

*ISSN 1028-8554*

**НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ**  
**INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA**

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**I**

**2015**

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**  
**В. А. Кажин**  
**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**  
**Vitaly Kazin**  
**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 18.03.2015. Подписано в печать 25.03.2015. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2015-1-ИРА.

Цена свободная

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

---

© НПА России, 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

60-летие МАНИФЕСТА РАССЕЛА-ЭЙНШТЕЙНА И ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ . . . . .	5
“ВОЙНА ИЛИ ЗДОРОВЬЕ?”. К 15-летию энциклопедического издания финских коллег . . . . .	6
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Отечественная психиатрия в эпоху упадка — Ю. С. Савенко . . . . .	9
К вопросу о влиянии среды на формирование личности — Б. В. Воронков (Санкт-Петербург) . . . . .	19
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Нервная анорексия, успех терапии — проф. Ю. И. Полищук, А. А. Болдин . . . . .	26
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Эрнст Кречмер — Проблема обязательного учебного анализа (1959) . . . . .	35
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Метафизический дискурс психотерапии — Ю. Т. Джангильдин. . . . .	39
“Слово внутреннее” и “слово прореченное” как средство общения и исцеления — о. Георгий Кочетков . . . . .	42
К диагностике и психотерапии панических атак — В. Е. Смирнов, Ю. А. Покровский . . . . .	47
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Лечить нельзя выписывать (О правомерности недобровольной госпитализации в психиатрический стационар гражданина, личность которого не установлена) — Ю. Н. Аргунова . . . . .	51
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Вместо солидарных действий — амбициозная реакция . . . . .	56
СУДЕБНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
К вопросу о психопатологических механизмах при совершении тяжких общественно опасных действий больными шизофренией — С. З. Ешимбетова, Б. Р. Чембаев (Ташкент-Узбекистан) . . . . .	60
Представление врачей и пациентов о цели госпитализации в психиатрический стационар — Н. Б. Захаров, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев (Киров) . . . . .	65
ИЗ ПРАКТИКИ	
Правовые и клинико-методические проблемы оказания скорой психиатрической помощи — В. С. Иванов . . . . .	69
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ	
Конформное поведение как социальное, биологическое, психологическое и психопатологическое явление — С. Ю. Циркин . . . . .	73
Еще раз о некоторых проблемах наркологии — А. Г. Гофман с соавт. . . . .	77
ХРОНИКА	
Конгресс Германской ассоциации психиатров и психотерапевтов . . . . .	80
XX Консторумские чтения. “В начале было Слово...” . . . . .	83
Пример положения дел в ПНИ и судьбы проверок (Звенигород) . . . . .	89
Какая Служба защиты прав пациентов будет в России? . . . . .	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Иоганн Себастьян Бах — Взгляните и посмотрите, есть ли болезнь, как моя болезнь — Кантата . . . . .	98
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	99
АННОТАЦИИ . . . . .	100

## CONTENTS

60 <sup>th</sup> ANNIVERSARY OF THE RUSSELL-EINSTEIN MANIFESTO AND HISTORICAL MEMORY. . . .	5
“WAR OR HEALTH?” <i>To the 15<sup>th</sup> anniversary of Finnish colleagues encyclopedia</i> . . . . .	6
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<b>Russian psychiatry in the epoch of decline — Yu. S. Savenko.</b> . . . . .	9
<b>On the effect of environment on personality development — B. V. Voronkov (St. Petersburg)</b> . . . . .	19
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>Anorexia nervosa, the success of therapy — Prof. Yu. I. Polischuk, A. A. Boldin</b> . . . . .	26
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
<b>Ernst Kretschmer — The problem of compulsory training analysis (1959)</b> . . . . .	35
PSYCHOTHERAPY	
<b>Metaphysical discourse of psychotherapy — Yu. T. Dzhangildin.</b> . . . . .	39
<b>“Word of the internal” and “spoken word” as a means of communication and healing</b> — Fr. Georgi Kochetkov . . . . .	42
<b>The diagnostics and psychotherapy of panic attacks — V. E. Smirnov, Yu. A. Pokrovsky</b> . . . . .	47
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>Treat can not discharge (On the validity of involuntary hospitalization to mental hospital of an unidentified person) — Yu. N. Argunova</b> . . . . .	51
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
<b>An ambitious response instead of solidarity actions</b> . . . . .	56
FORENSIC AND SOCIAL PSYCHIATRY	
<b>On the question of psychopathological mechanisms in the commission of serious socially dangerous acts by patients with schizophrenia</b> — S. Z. Eshimbetova, B. R. Chembraev (Tashkent, Uzbekistan) . . . . .	60
<b>View of doctors and patients concerning the purpose of psychiatric hospital admission</b> — N. B. Zakharov, M. V. Zlokazova, A. G. Solov’ev (Kirov) . . . . .	65
FROM THE PRACTICE	
<b>Legal and clinico-methodical problems of rendering the first aid. Facts of abuse of psychaitry</b> — V. S. Ivanov . . . . .	69
COMMENTS AND DISCUSSIONS	
<b>Conformal behavior as a social, biological, psychological and psychopathological phenomenon</b> — S. Yu. Tsyarkin . . . . .	73
<b>Once again on the problems of addiction medicine in Russia (in response to Prof. B. N. Piven)</b> — A. G. Gofman, P. A. Ponizovskiy, T. A. Kozhinova, I. V. Yashkina . . . . .	77
CHRONICLE	
<b>Congress of German Society of psychiatry and psychotherapy</b> . . . . .	80
<b>XX-th Konstorum reading</b> . . . . .	83
<b>An example of state of affairs in neuropsychiatric boarding and fate of inspections</b> . . . . .	89
<b>What Service for protection of patients’ rights will be in Russia?</b> . . . . .	91
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Johann Sebastian Bach — Take a look and see if there is any sorrow like my sorrow. Cantata</b> . . . . .	98
RECOMMENDATIONS . . . . .	99
ABSTRACTS . . . . .	100

# 60-ЛЕТИЕ МАНИФЕСТА РАССЕЛА-ЭЙНШТЕЙНА<sup>1</sup>, Лондон, 1955 г. И ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ

*“... Мы выступаем не как представители того или иного народа, континента или вероисповедания, а как люди, представители человечества как биологического вида, дальнейшее существование которого представляется сомнительным...”*

*Мы установили, что чем больше человек знает, тем мрачнее его прогноз...*

*Мы должны стараться ни единым словом не выражать пристрастие к тому или иному лагерю. Опасность в равной мере угрожает всем...*

*Нам надо научиться думать по новому. Надо научиться спрашивать себя не о том, какие шаги следует предпринять, чтобы обеспечить той стороне, которую мы предпочитаем, победу в войне — таких шагов более не существует; нам надо спрашивать себя какие шаги следует предпринять, чтобы предотвратить военное столкновение, итог которого будет гибельным для всех участников...”*

В 1932 году в письме к Зигмунду Фрейдю, Эйнштейн писал: “Политических лидеров и правительства ... нельзя считать представителями лучших слоев общества в своих странах — ни с моральной, ни с интеллектуальной точки зрения. В наши дни интеллектуальная элита не в состоянии непосредственно влиять на судьбы стран...”

В 1933 году Эйнштейн заявил о выходе из Прусской академии наук и отказе от прусского гражданства, мотивируя невозможностью служить прусскому государству при нынешнем правительстве, при котором “человек лишен равенства перед законом и свободы говорить и исповедовать все, что хочет... Я сравнил нынешнее положение дел в Германии с психическим расстройством в массах... массовым психозом.”

Джордж Орвелл писал в 1937 году: “Меня в войне, разразившейся в Испании, пугала, прежде всего, не жестокость которую я наблюдал собственными глазами, и даже не клановые распри в тылу, но то, что в левых кругах немедленно возродился дух Великой войны. Те самые люди, которые 20 лет твердили, что они выше любой военной истерии, первыми очертя голову бросились в духовное убожество 1915 года. Все привычные эксцессы военного времени — охота на шпионов, вынохивание неблагонадежных (дайте-ка нюхнуть: благонадежный Вы антифашист или нет?), распространение слухов о самых невероятных ужасах, все это немедленно вернулось в моду, как будто не было протекших лет”<sup>2</sup>.

Для нас самих чрезвычайно поучительно как трудно сбросить груз постыдной исторической памяти на

примере Германии: только спустя 20 лет после окончания войны, в 1965 г. “ценой героических усилий бывших узников концлагеря и международной ответственности в Дахау был открыт первый (и тогда единственный) в ФРГ антифашистский мемориал... Однако вплоть до 1975 г. большую часть посетителей составляли не немцы, а граждане иностранных государств”. В 1966 году канцлером ФРГ стал бывший член нацистской партии К. Г. Кизингер и были обнародованы проекты авторитарных антиконституционных законов о чрезвычайном положении. И в том же году 83-летний Ясперс, несмотря на свое “в высшей степени подавленное состояние” публикует предельно резкую книгу “Куда движется ФРГ?”<sup>3</sup> Главный порок Третьего рейха — “утрата человечности”, криминальный режим, с которым человечество “не имеет права сосуществовать на земле”. Между тем, “как показывает опыт последних 20-ти лет немцы не стали другими, несмотря на все ожидания и надежды которые мы питали в 1945 г.”. “Народ созревает для демократии в процессе собственной политической активности”. “Вакуум политического сознания до сих пор заполняется лишь ложью и самообманом”. До 1979 г. (спустя 34 года после войны!) в массовом сознании немцев не фигурировало “окончательное решение еврейского вопроса”, несмотря даже на процесс Эйхмана (1961 – 62 гг.). Переворот совершили не немецкие историки, а американский художественный сериал “Холокост” (Всесожжение) на материале истории немецкой семьи Вайс. На самом деле “недостатка в информации не было, не хватало лишь готовности её воспринять”, массовое сознание “не было еще потрясено”. Показательно, что первоначально руководители телекомпаний не решались показать фильм на общенациональном экране. Выдвигался аргумент: население не желает ничего знать о преследовании евреев... Противниками телепередачи были повреждены ретрансляторы под Кобленцем и Мюнстером... Граждане ФРГ начали понимать, что “груз национал-социалистического прошлого не сброшен” (Г. Моммзен). “Отвращение, вызванное уничтожением евреев еще не является гарантией основательного дистанцирования от нацистского прошлого... Мы должны работать методами персонификации, отбросив представления об абстрактных миллионах жертв... У всех преступников, у всех жертв были конкретные имена и конкретные адреса. Школьники спрашивают себя: “А как бы я поступил, оказавшись в подобной ситуации?”<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Ясперс К. Куда движется ФРГ? Факты, опасности, шансы. М., 1969.

<sup>4</sup> Борозняк А. Жестокая память. Нацистский рейх в восприятии немцев второй половины XX и начала XXI века. М., 2014.

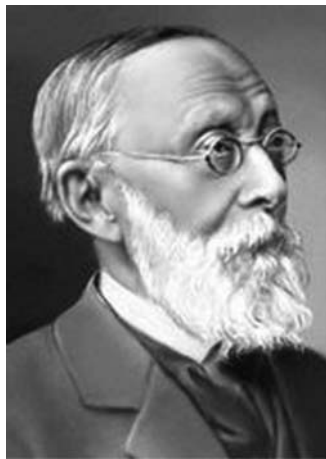
<sup>1</sup> Эйнштейн А. Мир, каким я его вижу. М., 2015.

<sup>2</sup> Орвелл Дж. // Пол Фассел. Великая война и современная память. СПб., 2015.

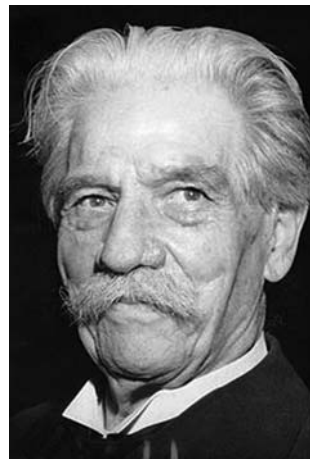
## “ВОЙНА ИЛИ ЗДОРОВЬЕ?”

К 15-ти летию энциклопедического издания финских коллег

---



Рудольф Вирхов



Альберт Швейцер

Призрак большой войны замаячил с началом братоубийственных событий в Украине, немыслимых еще накануне. Новые поколения, не понимающие что такое война, романтизирующие ее, не соприкоснувшиеся даже с пронзительной литературой “потерянного поколения” и искусством экспрессионизма, рискуют повторить судьбу своих предшественников, вопреки страшному опыту двух мировых войн.

Все это делает неоценимым энциклопедическое издание финских коллег “Война или здоровье?” (редактор-составитель Илкка Тайпале и др.) с предисловием Генерального секретаря ООН Кофи Аннана и выдающуюся заслугу проф. П. И. Сидорова, как организатора и редактора перевода этого монументального издания (680 с.) на русский язык и его издания в Архангельске (2004 г.).

Мы узнаём, что “самым выдающимся из врачей, стоявших у истоков движения за мир” был *Рудольф Вирхов*. Медицина, по его мнению, должна стать частью общественной и политической жизни, а политика, в свою очередь, — стать “медициной большого масштаба”. “В 1869 г. он положил начало идее всеобщего разоружения и Соединенных Штатов Европы. Он боролся против расизма и национального эгоизма в научной и политической сферах, опираясь на просвещенное общественное мнение”. Второе имя в этом ряду — *Георг Фридрих Николаи*, автор монументального исследования “Биология войны” (1919 г.), заложившего основы пацифизма, а также совместного с Эйнштейном “Призыва к европейцам”. (1922 г.). Третье имя — *Зигмунд Фрейд*, чьи — опять-таки со-

вместно с Эйнштейном — письма “Зачем война?” подчеркнули психологические причины войны (1938 г.). Еще в 1920 г. он писал: “Не может быть компромисса между служением гуманности и всеобщей воинской повинностью”. Четвертое имя — *Альберт Швейцер*, создатель этики “благоговения перед жизнью”, лауреат нобелевской премии мира 1954 г. Его “Призыв к человечеству” (1957 г.) против ядерных испытаний и последствий радиоактивности и последующее обращение, уже 88-летнего, в связи с возведением Берлинской стены и новыми ядерными испытаниями (1962 г.) **инициировали создание крупных антивоенных организаций** и подписание Договора о частичном запрещении испытаний ядерного оружия (1963 г.).

В 1961 году лондонский юрист Питер Бененсон положил начало организации “*Международной амнистии*” (AI), борющейся за свободу “узников совести”, с пытками и оскорбительным обращением, исчезновениями, смертной казнью, выдворением беженцев, взятием заложников, нарушением прав человека службами безопасности, полиции и военными. AI имеет отделения в 56 странах и более одного миллиона членов, в 35 странах созданы бригады медицинских работников. AI требует от правительств включения занятий по правам человека в официальные учебно-образовательные программы всех учебных заведений, включая силовые структуры.

В 1964 г. в Лондоне была основана *Международная ассоциация исследования Мира (IPRA)*, предтечи которой были американские, канадские и скандинав-



ские организации 50-х годов, которые стремились к обоснованию необходимости укрепления мира на основе междисциплинарных системных исследований социологов, философов, экономистов, медиков и представителей еще 15-ти научных дисциплин. Ассоциация каждые 2 года проводит генеральные конференции. В ее составе 18 постоянных комиссий, в том числе, по делам Восточной Европы.

В 1971 г. врачи-радикалы французской студенческой революции учредили гуманитарную организацию “*Врачи без границ*” (MSF), оказывающую помощь жертвам различных катастроф и вооруженных конфликтов. Она действует более чем в 80-ти странах силами добровольцев.

В 1980 г. кардиологи Бернар Лаун и Евгений Чазов учредили международную федерацию “*Врачи мира за предотвращение ядерной войны*” (IPPNW), объединяющую 200 тысяч членов в 80-ти странах, которая в 1985 г. получила Нобелевскую премию мира.

В 1986 г. группа американских врачей под руководством Джонатана Файна учредила организацию “*Врачи за права человека*” (PHR), работавшей в горячих зонах мира и, опираясь на судебно-медицинские исследования жестокого обращения и массовых захоронений, побудившую Американскую психиатрическую ассоциацию (АРА) и другие организации проводить семинары по правам человека в системе здравоохранения. В 1996 г. в Нидерландах представители PHR основали Международную федерацию медицинских и правозащитных организаций.

Важно, чтобы усилия всех этих и многих других общественных организаций не повторили судьбы сходных ассоциаций накануне Второй Мировой войны.

В 1930 г. впервые в истории по инициативе голландского семейного врача И. Роорда при Голландской медицинской организации был учрежден *Комитет по предотвращению войны*, объединивший 40 аналогичных национальных учреждений и Международную профессиональную медицинскую ассоциацию (АРИМ) для трансформации индивидуального неприятия войны — в коллективное. Роорда составил в 1935 г. письмо к государственным деятелям, посвященное проблеме военного психоза, которое подписали 350 психиатров 39 наций. Оно обсуждалось в 21 стране и привлекло внимание к “явному противоречию между индивидуальным сознательным неприятием войны и коллективной подготовкой к ведению войны, и к различию между популяризованным образом войны и ее реальным образом”. Но эта акция не имела успеха также, как воззвание Всемирного Конгресса против войны и фашизма (Амстердам, 1932 г.), созванного по инициативе Ромен Роллана и Анри Барбюса, к которой присоединились выдающиеся ученые и писатели, включая Максима Горького. На этом конгрессе врачи выступили за перераспределение военных расходов в пользу здравоохранения и социальной сферы. Была учреждена *Международная*

*ассоциация врачей против войны* с центром в Берлине с 11-тью национальными группами в Европе. Но победа национал-социализма в Германии положила конец этой организации. В 1936 г. в Брюсселе по инициативе лорда Роберта Сесила состоялся Международный конгресс за мир, а в Лондоне была учреждена *Медицинская кампания за мир* (MPC), инициировавшая запрет химического оружия и издавшая в 1938 г. до сих пор актуальную книгу “*Война с точки зрения врача*”, протестовавшую против покорной роли врача в войне, привлекая внимание к отказу врачей участвовать в подготовке к войне. Но протест врачей против мировой войны не был услышан. Тем с большей силой он остро необходим сейчас.

**Война и психическое здоровье** — тема, неоднократно обсуждавшаяся последние 100 лет. Это длительная дискуссия о рентных неврозах, начиная с Первой Мировой войны, об истерических и аффективных расстройствах, о панических реакциях населения и армии, о влиянии войны на детскую психику. Итогом был вывод, что война не повышает количество тяжелых психических заболеваний. Но долговременное наблюдение за пережившими Холокост и выделенные “концлагерного синдрома” и “посттравматического стрессового расстройства” показали, что психические расстройства непсихотического уровня неизбежны. В октябре 1935 г. Британский медицинский журнал опубликовал Манифест 350-ти психиатров из разных стран, где говорилось: “Мы, психиатры, заявляем, что наша наука достаточно развита для того, чтобы разоблачить истинные претенциозные и бессовестные мотивы со стороны государственных лидеров. Разговоры о мире не защитят политических лидеров от осуждения истории”.

Стоит напомнить не только невероятное, непредставимое число жертв Второй Мировой войны — 60 миллионов, не только Холокост и лагеря смерти, но и другие отвратительные спутники войны — мародерство и насилие над гражданским населением. Рут Зейферт приводит в этой книге ошеломляющие данные относительно военных преступлений в отношении женщин. Их фиксация началась с 1937 г., когда в первые месяцы японской оккупации Нанкина по крайней мере 20 тысяч женщин были изнасилованы и во многих случаях убиты. В период Второй Мировой войны германское военное командование практиковало принудительную проституцию. В 1943 г. вступление французской армии в Италию и юго-западную Германию сопровождалось, с разрешения командования, массовыми изнасилованиями. Около 200 тысяч женщин было изнасиловано солдатами Красной армии на территории Большого Берлина в 1945 г. Другим центром изнасилования стал регион Восточной Пруссии. Обычной практикой было изнасилование американскими солдатами женщин во время Вьетнамской войны. В 1971 г. 200 тысяч женщин были изнасилованы во время войны в Бангладеш. В 1993 г. 20 тысяч жен-

щин (60 тысяч по данным Боснийского правительства) было изнасиловано сербами, что было намеренным и систематическим элементом сербской военной стратегии и делалось по приказу, часто как принудительное публичное зрелище для боснийский мужчин, причем в первую очередь выбирали образованных женщин и жен наиболее видных людей. Автобусы с женщинами на 6 – 7 месяце беременности, исписанные циничными надписями, отправлялись за линию фронта в тыл противника, чтобы деморализовать его. Вступая в какой-то город, разрушались культурные памятники, а затем заключалась в тюрьму или уничтожалась интеллигенция. Какой контраст (“прогресс”) со времен Батя, который сохранял элиту завоеванных народов. “Влияние расистских идей национал-социалистической идеологии сказалось в декрете 14 мая 1945 г.: женщинам, которые пострадали от насильников низшей расы, особенно русских, можно было устроиться на аборт без всяких проволочек. Женщины, изнасилованные немцами или западными союзниками, должны были вынашивать ребенка”. Последующая судьба этих женщин и этих детей была трагичной.

Эти факты, о которых обычно умалчивают, отражают *массовую реакцию озверения или — точнее — чтобы не умалить зверей, которые не способны на пытки, — оскотинивания, одичания, памятью резкое отличие поведение волчьей стаи от стаи одичавших собак, т.е. одомашненных животных, выпавших в силу этого из живого равновесия Природы. Одичание касается всех нас: “зачистки” в Чечне и до сих пор в Дагестане — такие же изуверские акции карателей против гражданского населения, как в годы оккупации. Государственные каналы ТВ, нарушая закон, возбуждают ненависть, науськивают, кощунствуют, врут и развращают. Достаточно вспомнить Александя на цепи в больнице, а сейчас Надежду Савченко. Очевидна моральная деградация всех этажей власти. Молчание Патриарха, медицинских государственных и негосударственных организаций непростительно. У любого грамотного человека перед глазами контраст отношения к поверженному противнику: растиражированное фото раздетого трупа офицера Масхадова и погребение по мусульманским обычаям Бен Ладена, а в прошлом обращение с имамом Шамилем.*

Следует выделить в этом томе и яркую работу самого редактора российского издания проф. П. И. Сидорова “Психическое здоровье ветеранов афганской

войны”, описавшего у них комбатантную акцентуацию, психопатизацию и алкоголизацию. “Одной из основных психологических особенностей, приобретенных афганцами, был феномен недоверия... Теряли доверие и общественные институты, в том числе государство (которое послало их на войну в чужую страну), законы, нормы общественной, формально декларированной морали. Это недоверие... закреплялось и в мирной жизни. Оказалось, что и на родине нельзя доверять государству (провозгласившему формальные льготы и не выполнившего своих обязательств), согражданам вообще и даже довоенным друзьям (которые не понимали их или осуждали, обвиняя в насилии), специалистам в области психического здоровья (которые часто не могли помочь), врачам вообще (требовавшим при некоторых видах ампутаций ежегодных переосвидетельствований, словно часть конечности могла отрасти вновь), чиновникам всех видов... недоверчивость к окружающему миру, проявившаяся с особенной силой в отношении государственных структур, обостренное чувство справедливости, ... максимализм в суждениях и поступках, склонность к протестным реакциям, ... нарастающее разочарование, ощущение обмана, допущенного в отношении всех воевавших...”

В предисловии Бернар Лаун и Евгений Чазов пишут: “Пакт 1994 г. о прекращении наведения друг на друга ядерных ракет остается невыполненным... Ядерное оружие — это тоже своеобразные газовые камеры, только еще более “эффективные”... Его изобретение определяет и усиливает моральное уродство нашего века... Власть предрежащих невозможно поколебать декларацией высоких принципов... Перемены в обществе происходят благодаря возмущению общественности, права которой попираются... Даже небольшая группа людей, воодушевленных благородными идеями, может повлиять на широкое общественное мнение и таким образом осуществить значительные перемены... Нужно отказаться от организованного и поддерживаемого государствами насилия”.

100-летняя годовщина начала Первой и 75-летие Второй Мировой войны, их чудовищные жертвы и лавина литературы об этом не помешали нашим политикам поставить мир перед риском Третьей Мировой войны.

Ю. С. Савенко



## Отечественная психиатрия в эпоху упадка

Ю. С. Савенко

Основная тенденция развития российской психиатрии на протяжении последних 150 лет — противостояние полицейской и гуманистической психиатрии. На примере использования понятий “тоталитарные секты” и “меньшинства” показаны приемы манипуляторства, бросающие вызов нашему критическому мышлению. Дана панорама реформы здравоохранения в психиатрии, кризиса научных исследований, правоприменительной практики и экспертной деятельности, а также попыток противостояния негативным тенденциям и забвения математической модели того, что “оптимизация — путь к катастрофе”.

**Ключевые слова:** российская психиатрия сегодня, реформа российской психиатрии, кризис российской психиатрии.

### Основная тенденция развития

В 2001 году в двух выпусках Независимого психиатрического журнала (№ 3, 4) на основании анализа тенденций развития за предшествовавшее десятилетие мы забили тревогу в работах “Признаки упадка отечественной психиатрии” и “Признаки упадка обостряются” (1). Не будем повторяться, все сбылось и дело здесь не в нашей прозорливости, а в верно выбранных индикаторах упадка. Отмеченный тренд продолжался с ускорением, а одним из основных индикаторов была воскресшая и продолжавшая набирать силу советская традиция следования курсу партии и правительства, то есть все большая потеря независимости, профессиональной автономии государственной психиатрии. С наибольшей яркостью это выразилось во множестве с 1995 года судебных процессов по всей стране в попытке подавить самостоятельные религиозные организации, живое многообразие религиозной жизни, под выдуманным предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”. Выдуманным потому, что этим религиозным организациям вменялось в качестве преступных действий все то, что использовалось и используется и в разрешенных конфессиях. Многочисленные фальсификации, с которыми мы столкнулись, неприкрытый прессинг власти и послушность проводившихся судебно-психиатрических экспертиз свидетельствовали, что исполнялся политический заказ. Предъявляемые религиозным организациям судебные иски не выдерживали элементарной критики. Например, вменяемые им суициды и разводы оказы-

вались на порядок реже, чем в общей популяции. Наша, всякий раз строго обосновываемая позиция ненаучности формулировок самих исков, высказанная не только НПА, но и РОП, ширококвещательно трактовалась как защита “тоталитарных сект”<sup>1</sup>. Этот безграмотный термин был впоследствии заменен на “деструктивные культы”. При Центре им. Сербского была создана группа во главе с вышедшим на пенсию проф. Ф. В. Кондратьевым, который, выполняя социальный заказ, сотрудничал не с ведущими религиоведами (как мы), а с “сектоборцами” и экзорцистами (специалистами по изгнанию бесов), etc. В НПЖ были опубликованы примеры фальсификаций, к которым прибегал проф. Кондратьев, включая даже текст “Курса психиатрии” С. С. Корсакова (1901 г.). Этой группе, которой руководство Центра им. Сербского первоначально (1996 – 2000) даже стеснялось, не было на что сослаться на судебных заседаниях. Не было ни книг, ни статей в научных журналах, где бы идея о грубом вреде психическому здоровью от религиозных обрядов, медитации и образа жизни получила подтверждение, если не считать крылатую марксистскую фразу “научного коммунизма” — “религия — опиум для народа”. Впрочем, проф. Кондратьев избрал тут же термин “сектомания”, обозначив так нормальный психологический феномен аффилиации, т.е. притяжения к своей референтной группе. Вскоре спрос на обоснование вреда “неправильных” религиозных организаций породил вначале большую переводную литературу, написанную преимущественно депрограмматорами, убежденными в наличии особых технологий “программирования сознания”<sup>2</sup>, дви-

<sup>1</sup> И в то же время в постановлении Суда по делу АУМ-Синрикё я был выставлен сторонником официальной позиции, против которой активно возражал.

<sup>2</sup> Ничего принципиально нового кроме пропагандистских ухищрений древнего искусства обмана, демистифицированной еще в 50-х годах информации о “промывании мозгов” (Brainwashing), рекламного самообозначения метода “нейролингви-

жение которых во главе с Маргарет Сингер прокатилось за 15 – 20 лет до этого в США и кончилось признанием его ненаучности и запретом Верховного Суда США выступать его сторонникам в судах (2, 3). Наряду с гальванизацией этих американских авторов, появились и отечественные статьи на эту тему. Хорошая монография проф. В. Э. Пашковского была испорчена главой на эту тему в требуемом ключе, с опорой на избирательно цитируемые квазинаучные источники<sup>3</sup> (4). Мы увидели и назвали тогда это “приметой упадка”.

Прошло 12 лет и проф. Кондратьев опустил до политического доноса в наш адрес (5), а проф. Пашковский поддержал его. Когда известный правозащитник Александр Подрабинек дал содержательную отповедь проф. Кондратьеву, тот смог откликнуться не ответом по существу, а цветистой лексикой (“Савенко пополз под зонтик Подрабинека” и т.п.). Что касается проф. Пашковского, то его возмущение породил не политический донос Кондратьева, а то, что “Савенко не остановился перед тем, чтобы не лягнуть наших великих классиков Л. С. Выготского и других” по поводу указания, что Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия и др. творили в пределах официальной идеологии, заняв место отстраненных откровенных идеалистов — лидеров отечественной психологии досоветского периода, Георгия Ивановича Челпанова и Густава Густавовича Шпета. Между тем, я только повторил этот непреложный факт вслед за нашим выдающимся психологом — Владимиром Петровичем Зинченко (6). Вместо того, чтобы порадоваться, что есть еще неизвестный ему отечественный гений<sup>4</sup>, Пашковский попытался расширить политическое обвинение неуважением к традиционным кумирам, видимо, приняв Шпета за иностранца. Драматическая судьба Шпета и Выготского, взаимоотношение политики, администрирования, права и этики в области

---

стического программирования” (НПП) и многочисленных умозрительных концепций за этим не стояло. Новым стали средства донесения обмана до массовой аудитории, прежде всего телевидение. Депрограмматоры оказались ярким примером самопроекции: они занимались тем, что приписывали другим.

<sup>3</sup> Более десятка источников, на которые ссылается автор, есть на русском языке.

<sup>4</sup> Густав Густавович Шпет (1879 – 1937) — наиболее крупный наряду с Владимиром Соловьевым русский философ, психолог, искусствовед, провозвестник семиотического (лингвистического) поворота философии и применения феноменологического метода Э. Гуссерля, к социальным явлениям, а также логики к истории, несостоятельности “психологической причинности” у классиков психиатрии, прототип многих других обгоняющих на столетие пионерских идей, некоторые из которых впервые опубликованы только недавно в более чем 10-томном собрании сочинений, так как ему, отказавшемуся от “философского парохода”, запретили заниматься философией, а потом расстреляли.

психиатрии подробно обсуждались в нашем журнале. Мне, как шестидесятнику, хорошо знакома и легко узнаваема воскресшая атмосфера запуганности, яркие примеры которой из нашего времени неловко сейчас приводить. А отношение к себе рассматривал как индикатор общественной атмосферы.

Но мы также приводили примеры того, что попытки угождать власти не только не страхуют от ее репрессий, но даже повышают этот риск. Примером может служить проф. П. И. Сидоров, который один из первых поддержал псевдонаучные усилия Кондратьева. Пример последнего подменять компетенцию религиоведа, библеиста, привел его соратницу по “антисектантской борьбе” д.м.н. С. Н. Осколкову к сенсационному открытию — радостному узнаванию в противоречивых моральных мучениях апостола Павла синдрома Кандинского-Клерамбо. Такая легкость расширительной психиатрической квалификации по знаменитому, хорошо всем известному тексту — поразительная самонадеянность, порожденная безответственностью в силу привычной “симфонии” с властью в государственных судебно-психиатрических экспертизах, в частности, в несостоятельной экспертизе Михаила Косенко, под председательством Осколковой которую мы “не вправе критиковать”.

Так въяве на 20 лет растянулась, набирая мощь, эстафета по возвращению к советскому прошлому. Впрочем, председатель этической комиссии РОП проф. Е. В. Снедков на мою негативную интонацию “Вы — советский человек” ответил с позитивом: “Да, я советский человек”, зная, что такое homo soveticus. Что ж, если и жалеть об этой эпохе, то о советской системе здравоохранения.

### Пример нарастающего манипуляторства

За прошедшее с 2001 года время экспертный совет по религии при Минюсте, состоявший из известных религиоведов, был заменен на малограмотных антикультуристов во главе с одиозным графоманом А. Л. Дворкиным, использованным на время Московской патриархией для черновой работы искоренения “сект”. Его квазинаучный фолиант “Сектоведение. Тоталитарные секты” привлек известного социолога Л. Г. Ионина “богатством фактического материала”, словно не с этого начинаются все фальсификации, и словно сам он не отметил, что “даже лексика Дворкина показывает с каким отвращением и даже ненавистью исследователь относится к предмету собственного исследования”. Тем не менее, Ионин опирается явно только на него, так как не проводил полевых исследований и пренебрег научными исследованиями религиоведов, например обширными данными проф. И. Я. Кантерева, восприняв псевдонаучный термин Дворкина “тоталитарные секты”. “Тоталитарные секты”, — пишет Ионин — существенно отличаются от сект в традиционном понимании. Это поистине знак

нашего времени<sup>5</sup>, результат постмодернистской одержимости идентичностью”.

Хотя Ионин критикует дефиницию Дворкина — *“тоталитарные секты” это организации, лидеры которых, стремясь к власти..., скрывают свои намерения под масками, ... прибегают к обману умолчанием и навязчивой пропаганде*<sup>6</sup>, но сам продолжает использовать этот термин и подтасовывает классическое определение секты Макса Вебера под свою предвзятую интерпретацию. Он подменяет критерии секты, критериями функций сект. Для Ионина секты — это *“добровольные объединения, имеющие высокую социальную и политическую значимость, а главное являющиеся “орудиями обретения индивидами социальной идентичности”*, т.е. крайне общее определение, тогда как у М. Вебера секта — это *“добровольное объединение, куда вступают по желанию, если проходят религиозные испытания, которыми также добровольно себя подвергают”*. Таким образом, Ионин игнорирует главное отличие “сект” от “церкви”, отмеченное М. Вебером, — высокий барьер принятия в секту, что препятствует активному вовлечению в секты, в чем их обвиняли. При отсутствии такого барьера речь идет не о сектах, а о деноминациях, каковыми и являются “новые религиозные движения” — общепринятый термин в современной религиозоведческой литературе (Айлин Баркер). Но Ионин идет на дальнейшие упрощения и подмены. Он отождествляет безграмотный навоз и псевдонаучные доводы Дворкина с понятием “психосект” немецкого проф. Томаса Майера (T. Meyer), произвольно придавая им другой смысл, чтобы обосновать право **государственного вмешательства** в деятельность психосект, тогда как Т. Майер выдвинул идею легитимации **общественного контроля**, опираясь на опыт разрушения веймарской демократии нацистскими организациями. Современные российские GONGO, то есть государственно-негосударственные организации охотно подхватят этот подарок Ионина.

В результате этих подстановок и избирательного цитирования Ионин достигает более благовидной,

<sup>5</sup> Поистине знаком нашего времени в России является книжечка самого Леонида Ионина “Парад меньшинств” “для студентов и преподавателей ВУЗов и вообще для интеллигентных людей” с откровенной обложкой на которой комично изображен парад всех меньшинств, с социологической точки зрения безразлично какого содержания, каждая со своими знаменами: миротворцев “мир-труд-май”, медиков “бинт-йод-гной”, попов “бог-ад-рай”, борцов с алкоголем “квас-морс-чай”, сексменьшинств “пед-хот-гей, охотнорядцев “жид-поц-гой”, поваров “жир-край-филей”, вышибал “ой-уй-ай”. Получился меткий сарказм в адрес текста Ионина, как окрошки.

<sup>6</sup> Это определение является не просто ненаучным, открывающим дорогу любому произволу в силу своего сверхобщего характера, но для психиатра еще и содержащим признак патологической подозрительности. Но Ф. Кондратьев и К° охотно использовали его.

чем у Дворкина способности дискретировать любые меньшинства в соответствии с текущей конъюнктурой. Тоталитарными сектами у него оказываются и киевский майдан, и сексуальные меньшинства, и иммигранты, и нацменьшинства, и сепаратисты, и “меньшевики” и “большевики”. Возможность вполне по-ленински пнуть интеллигенцию он предоставляет понравившемуся ему журналисту: *“Майдан дает смысл никому не нужным бессмысленно шатающимся людям без работы, без внятного мировоззрения, ... торговцам, фирмам, ... интеллигентам, ибо они могут пудрить друг другу мозги своей никчемной перхотью и чувствовать, как замечательно они справляются с ролью разума народа...”*. *“Недаром туда ездили, — продолжает Ионин уже от себя, — наши отечественные либералы — Немцов, Ходорковский, вроде бы Макаревич и другие — и возвращались проникнутые, как они говорили, духом свободы и братства. Разумеется, как и все тоталитарные секты, Майдан использует специфические орудия для достижения своих целей, критичность сознания тщательно уничтожается речевками... К тому же позднее выяснилось, что майданный чаек был основательно одобрен галлюциногенными веществами, а охрана и активисты снабжались наркотическими препаратами. Эти и многие другие характеристики Майдана — стандартные признаки структур и процессов, имеющих в происхождении в недрах новых религиозных движений, тоталитарных сект, психосект”* — таков уровень “научности”, предлагаемый автором “интеллигентным людям”. Удивительно как низко ставит автор читателей, предлагая им такую стряпню, которую нам уже предлагал проф. Ф. Кондратьев, пытавшийся запатентовать её под названием “сектомании” как свое открытие. Ионин смело вторгается не только в область наркологии, но и в сексологию и сексопатологию на вульгарно-оценочном уровне. Права секс-меньшинств для него нечто невообразимое.

Такому опытному социологу, как Ионин, нетрудно сложить очередной пасьянс из большой колоды разнообразных данных и мнений. Достаточно расширить дефиницию “сект”, не побрезговать подхватить ненаучный термин “тоталитарной секты”, произвольно отождествить его с термином “психосекты” и придать ему негативную коннотацию только в таких политически злободневных событиях как киевский майдан, Болотная площадь и др.

Конечно социологический аспект рассмотрения, так же как политический и экономический при своей абсолютизации, ввергают в релятивизм, располагая к цинизму, способности переистолковывать все на любой лад в угоду кому угодно. Профессионализм, стоящий “по ту сторону” этики и сакрального отношения к истине, попросту не признающий истины как таковой, легко пренебрегает принципом фальсифицируемости (принципиальной опровержимости) Карла Поппера. Вместо этого Ионин прибегает к далекому



от социологии психоаналитическому понятию садомазохизма, который легко служит квазиобъяснением, не годящимся для серьезной науки. Психологическая причинность, психологические объяснения социальных явлений после критики Э. Гуссерля и Г. Шпета — очевидным образом тупиковый путь, как хорошо должно быть известно Ионину, автору монографии о феноменологической социологии.

Книга Ионина обнаруживает грубую политическую тенденциозность. Например, он пишет о “целенаправленной “фабрикации” украинского этноса в XIX веке” чуть ли не по прямому заданию австро-венгерской имперской администрации в тоне, провоцирующем возмущение любого украинца, тогда как речь идет о достойной подражания политике Габсбургской империи, начавшей освобождение крестьян от крепостного права с 1781 года, а с 1861 начавшей переходить к парламентаризму и давшей, например, Буковине свой выборный ландтаг и широкую культурную автономию. Не случайно туда бежали из России религиозные меньшинства. Толерантность гуцулов была связана с тем, что “только среди них сохранились (с домонгольских времен) остатки свободы, духовной независимости и протеста” (А. Я. Ефименко. История Украины и её народа. М., 1896, 2015). “До 19 века слово “украинец” как этнонима<sup>7</sup> вообще не существовало”, — пишет Ионин. У него получается, что если нет термина, то нет и предмета. Насмехаясь над украинскими коллегами, он забывает, что Карпаты — вероятная прародина славян.

Основным приемом, которым Ионин создает видимость научности своим позициям, является его собственное определение понятия “меньшинств”, тогда как общепринятое он подвергает декларативной критике. Сам Ионин отождествляет меньшинства с девиациями. “Меньшинства — это не те, кого меньше, а кто отличается чем-то от нормального, как бы не определять понятия нормы”. Это явное сверхообщение. Такое же бесполезное, как например, отнесение к аддикциям всех привычек. Ионин не упоминает о разных аспектах понятия “меньшинств”: статистическом, социологическом, медицинском, этническом и т.д. В широко используемом социологическом определении<sup>8</sup> “девиации” Н. Смелзера он игнорирует принципиальное ограничение: “девиация — это отклонение от групповой нормы и групповых ожиданий, что влечет за собой изоляцию, лечение, тюремное заключение или другое наказание”. Причем “один и тот же поступок может считаться одновременно

девиантным и недевиантным в разных аспектах и разных обстоятельствах” (N. Smelser, 1988). Намного адекватнее и точнее чем у Ионина определение **меньшинства** в Википедии: “это **социологическая группа, вес которой не является доминирующим среди общего населения в данном общественном и временном пространстве. Социологическое меньшинство совсем не обязательно должно быть меньшинством в количественном отношении: оно может представлять группу, ущемленную в своем социальном статусе, образовании, трудоустройстве, медицинской помощи и политических правах. Во избежание путаницы, иногда предпочитают пользоваться терминами **подчиненная группа** и **доминирующая группа** вместо меньшинство и большинство.**” Согласно дефиниции Ионина любая девиантность — признак меньшинства, а меньшинства и есть девиантность. Но ведь не любое меньшинство девиантно. Например, группа, сплотившаяся в окопах на передовой или на каторге, в альпинистском походе, может быть отнесена к девиантам разве что за счет беспредельного расширения понятия девиантности. В социологическом определении “меньшинств” Ионин опять-таки игнорирует основополагающее — дискриминируемость, уязвимость, подчиненность группы (что не симметрично дискриминирующим), а также групповую солидарность и определенную изолированность от общества. Ионина не смущает, что его примеры обнаруживают откровенно односторонний одномерный подход: “*Петербургские социологи не без оснований, — пишет он, — подозревают, что весь этот гомосексуализм с однополыми браками нам кто-то “вбрасывает”.* (!) Поток фильмов ужасов на ТВ для него достаточно убедительный пример для положения, что “отклонение становится нормой” и опасения, что найдутся желающие объединиться, чтобы попить человеческой крови. И, обсуждая “как создать группу меньшинства на примере вампиров”, приходит к выводу, что “нет ни одной категории, которая не может превратиться в группу меньшинств”. Такими поучительными для психиатра примерами квазибредоподобных преувеличений полна желтая пресса.

Буквальная расширительная трактовка меньшинств непродуктивна. Даже уязвимые меньшинства очень различны: девиантные и морбидные, религиозные и политические, этнические и социальные (бомжи, беженцы, мигранты, заключенные). Велико разнообразие даже в рамках морбидных меньшинств: большие заразными и особо опасными инфекциями, психически больные, наркоманы и хронические алкоголики. А среди девиантных меньшинств — психопаты и люди с парафилиями (секс-меньшинства), олигофрены и дементные, инвалиды и люди с уродствами. Мы видим длинную лестницу, нисходящую от индивидуального подхода к общему и сверхообщему.

<sup>7</sup> Само понятие “этноса” на русском языке появилось только с 1923 года.

<sup>8</sup> Психопатологическое определение девиаций намного тоньше. Оно выделяет “акцентуации личности” как вариант нормы и “расстройства личности” как характеропатии, компенсированные или декомпенсированные в разной степени.

Перед нами поучительный для психиатров пример специалиста, использующего свой профессионализм в политических целях на потребу злобе дня и, видимо, еще и органически не способного идентифицироваться с преследуемыми и протестующими, в отношении которых в тексте рассыпаны всевозможные насмешливые колкости.

“Парад меньшинств” Леонида Ионина (2014 год) — пример профессиональной обработки сознания “студентов и преподавателей ВУЗов и вообще интеллигентных людей” вместо обучения критическому мышлению. Поэтому разбор используемых в ней приемов, которых мы здесь только частично коснулись, превращают такие книжки в тренировочный полигон, даже своего рода рефлексивную игру для отработки контрприемов “информационных диверсий” подобных авторов, что сделалось бы хорошей школой для критического подхода к любой информации. Кроме того она выражает пейзаж и атмосферу нашей современной действительности.

Итак, начавшись с манипулятивного использования психиатрии для подавления неугодных религиозных организаций, понятие “тоталитарные секты” было с той же манипулятивной целью окончательно политизировано и использовано в качестве избирательного ярлыка для всего, что следует ликвидировать. Появилось немалое число статей, книг даже диссертаций на потребу возникшему спросу на ссылки и квазиобоснования. Однако легитимация борьбы с неугодными религиозными и другими некоммерческими организациями достигается теперь чаще с помощью Закона об экстремистской деятельности за счет размыто-расширительного определения понятия “экстремизм”, вмещающего содержание приснопамятной ст. 70 УК РСФСР (“антисоветская агитация и пропаганда”).

2014 год в связи с украинскими событиями российские ТВ и СМИ захлестнула волна психологической войны<sup>9</sup>, которая в отличие от обычной войны, имеющей запреты на химическое, бактериологическое, ядерное оружие, запретов не знает. Широко используемые провокаторские приемы черной пропаганды и грубого обмана типа “распятого мальчика” и другие примеры возбуждения ненависти и науськивания не учитывают ни обоюдности этого оружия, ни его долговременных последствий. Даже самые талантливые из ретивых исполнителей губят и талант и душу, вплоть до клинических форм невротических и психических расстройств. Необходимо давать ответ обращениям иных представителей СМИ к психиатрам с просьбой дать психологический портрет руководителей Украины. Этого требует сам статус

психиатра. Между тем некоторые руководители нашей психиатрии в надежде на финансирование предлагали даже некое “психопатологическое оружие”.

### Разрушительная реформа здравоохранения: “оптимизация как путь к катастрофе”

Вскоре после ухода с поста министра здравоохранения акад. А. И. Воробьева (октябрь 1992), выразительном символом чего стало снятие в министерстве портрета доктора Гааза, наметилась тенденция поиска дополнительного финансирования даже на кабальных условиях, а с появлением на посту министра впервые не медика, а финансиста М. Ю. Зурабова было заявлено, что государство не должно нести финансовое бремя охраны здоровья граждан, это дело самого населения посредством ОМС, за исключением ВИЧ, онкологии и психиатрии. Но быстро выяснилось, что федеральное финансирование распространяется только на крупные региональные психиатрические учреждения и что даже они получают средств недостаточно для полноценного лечения больных. При этом треть капитального фонда была объявлена с 2000 года непригодной к эксплуатации по санитарным нормам. Это подтолкнуло процесс сокращения числа психиатрических больниц и перевеса амбулаторной психиатрической помощи над стационарной, вопреки опыту восточно-европейских и балтийских стран, что успешная амбулаторная помощь обходится дороже. За этим последовало административное слияние больниц с диспансерами, затем сокращение числа коек и врачей, времени отпускаемого на больного и времени пребывания на койке. В этом контексте говорить о достойном уровне обеспечения психиатрического лечения, гарантированного законом, не приходится. Эта статья и была заблаговременно удалена из закона в 2003 году. Резкое сокращение врачей, среднего и младшего персонала в 2014 — 2015 годах сопровождалось еще и увеличением их нагрузки вдвое (один врач уже не на 25 тыс., а на 40 тыс. населения), что также не могло не сказаться на качестве оказываемой помощи. Наконец, психофармакотерапия ограничилась препаратами преимущественно отечественного производства и дженериками, новые поколения лекарств недоступны основной массе больных в силу дороговизны. Получение льготных рецептов обставлено массой препятствий. Время главных врачей творческих хозяйственников кончилось, давно отобраны процветавшие хозяйства, позволявшие чуть ли не самообеспечение, ликвидированы мастерские, новая генерация руководителей озабочена заполнением грандиозной документации, организацией потогонной системы, соблюдением строгой дисциплины и даже результатами выборов. Вся минздравовская стратегия развития здравоохранения РФ на 2015 – 2030 гг. пронизана только одним — максимальной экономией федеральных бюджетных средств,

<sup>9</sup> В духе нашего времени сейчас говорят об “информационной войне”, что является таким же модным наивным сверхобобщением, как “информационная теория эмоций” или “информационная теория психотерапии”.



переходом на преобладание частных медицинских учреждений и частных страховых компаний, наряду с ужесточением государственного контроля, тогда как государственная система здравоохранения активно разрушается. Задача улучшения здоровья населения, повышение качества медицинской помощи и заботы о медицинских кадрах даже не ставится. Число психиатров за несколько последних лет сократилась почти на 3 тысячи, а общий показатель смертности в 1,5 – 2,2 раза выше, чем в европейских странах. И все это подается как оптимизация (главный довод в качестве объяснения и оправдания) за счет прямой дезинформации даже в отношении демографической ситуации, используя всюду свои, а не общепринятые системы подсчета. Однако здравоохранение относится к тем сферам, которое население чувствует непосредственным образом.

“Оптимизация как путь к катастрофе — таково название основного раздела доклада выдающегося математика акад. В. И. Арнольда, сделанного в 1997 году на семинаре при Президентском совете РФ и опубликованного уже 4-мя изданиями (1997, 2000, 2011, 2013) под названием «“Жесткие” и “мягкие” математические модели» (7). “Оптимизация параметров плана может приводить (и приводит во многих случаях...) к полному уничтожению планируемой системы вследствие возникающей из-за оптимизации неустойчивости... Устойчивость восстанавливается, если заменить жесткое планирование обратной связью”.

### Кризис научных исследований в психиатрии

Общественно-политическая ситуация и атмосфера в России препятствует использованию феноменологического метода, как технологии непредвзятости при сборе фактов и их интерпретации, не только в психиатрии. В некоторых областях интерпретация данных из открытых источников трактуется как “аналитический шпионаж”, а реконструкция непредвзятой картины действительности как ее враждебное искажение. Это касается и наших публикаций, которые контрастируют с картиной, рисуемой Минздравом.

Значительно упал уровень диссертационных работ, а собственно клинико-психопатологических исследований стало значительно меньше. Повсюду мы видим тотальную все ускоряющуюся тенденцию к упрощениям, экспресс-методам, отказу от тонких дифференциаций, к расширительности понятий, размыванию границ между ними и — вместо индивидуализации — стандартизацию, которая легко соскальзывает в прагматически ориентированный шаблон.

Так профанируется наука с её ядерной ценностью — понятием объективной истины. “Господство релятивистских идеологий нашего времени” все еще не поколебала “успешная реабилитация абсолютного (объективного) понятия истины логиком и математиком Альфредом Тарским — самый важный философ-

ский результат современной математической логики” (Карл Поппер).

Власти действенным образом выразили отсутствие интереса к экспертной функции РАН в отношении проектов государственной важности и к самому ее существованию. В частности государственную поддержку не получила давно активно функционирующая со своим печатным органом комиссия по лженауке РАН, высмеявшая одиозного спикера Думы (которая, по его словам, “не место для дискуссий”) за лоббирование квазинаучных фильтров воды. Правящий класс совмещает доверие к квазинауке и квазимедицине со слабостью к научным степеням. Программа “Диссернет” обнаружила грандиозные масштабы плагиата и подтасовки данных исследований, в том числе в десятках диссертаций по медицине, а также систему лиц сопровождения, включая некоторых экспертов ВАКа. Но состоявшиеся разоблачения направляются в тот же диссертационный совет, который присудил липовую степень, а по истечении трехлетнего срока давности апелляция не рассматривается. Каков может быть уровень доверия к числу исследованных больных, который часто умножается, к адекватности диагностики, когда клинические примеры заменяются гистограммами, к корректности математической обработки первичных данных?

Необходимо отметить, что в силу попеременно сменяющих друг друга качаний маятника мировой научной моды, сейчас само время диктует перевес бихевиористских упрощений и неопозитивистских концепций. Наиболее выразительно это запечатлели новшества DSM-V и ICD-11. Точность, надежность возобладали над адекватностью, достоверностью, более важным признано отсутствие разнобоя (даже такой ценой) и возможность количественной оценки по однотипной системе. Игнорирование наукометрией разнородности предметов измерения и отсутствие соответствующих коррекций грубо искажает реальную картину научных достижений. Главным движущим мотивом служит необходимость расчета стоимости услуг.

Сверхприбыли фармакофирм позволяют им финансировать научные конференции и съезды, поездки делегаций на международные конгрессы и по обмену опытом, продвигая заодно, таким образом, свою продукцию. Международная организация, обеспечивающая обучение контролю за соблюдением необходимой методологии при проверке эффективности новых фармакологических средств, включая диагностику, с которой мы провели обучающий семинар, была быстро выдвинута из России. В работах одного из ведущих психомарфакотерапевтических коллективов мы обнаружили совершенно обескураживающие рекомендации. Например, назначение тофранила при тревожных психотических депрессиях (!). При этом трициклические антидепрессанты ругались, а рекомендация коаксила носила апологетический харак-

тер. Психотропные средства начали широко выписывать терапевты, не имеющие в этом опыта.

Деструктивным актом национального исторического масштаба стало подчинение Московского НИИ психиатрии Государственному научному Центру социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, как и другие нелепые слияния многих институтов, школ, даже театров, утрата уникальных узкоспециализированных лечебных, образовательных и научных коллективов, перепрофилируемых в простые, широкого профиля. Эта все более ужесточающаяся централизация вместо давно доказанной эффективности прямо противоположной тенденции — децентрализации, выдает иерархию приоритетов власти, не озабоченной утечкой кадров — основного национального достояния, намного превосходящего по значимости энергетические и прочие богатства, которые развратили и демобилизовали экономику страны. Новые поколения психиатров, — а эта профессия потеряла прежнюю привлекательность по многим позициям, — активно приобщаются к доминирующим сейчас на Западе позициям, утрачивая выдающиеся традиции отечественной психиатрии, вобравшей классические достижения немецкой и французской психиатрии. Очень показательно, что если поколение психиатров 60 – 80-х годов дорожило классической психопатологической литературой, буквально охотилось за ней, то теперь, когда все доступно, даже сокровенные прежде тексты, например, изданное нами собрание работ Артура Кронфельда, не расходятся.

Знаковым событием стало издание “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского, тенденциозно излагающей события не только последнего 25-летия, но даже дореволюционной эпохи. Большую часть текста монументального трехтомника занимают приложения, подбор которых, пожалуй, наиболее откровенно выражает если не позицию автора, то его представление о том, что востребовано в наше время. Оказалось, что это, в числе прочего, анекдотический панегирик главному антигерою отечественной психиатрии проф. И. Ф. Сикорскому за его судебно-психиатрическую экспертизу по знаменитому делу Бейлиса, вызвавшую отповедь ведущих психиатров всего мира, в отличие от некоторых современных российских психиатров. Огромен контраст и с реакцией дореволюционного профессионального сообщества, в частности сокрушительной критикой В. М. Бехтерева и В. П. Сербского, воспроизведенной в НПЖ. Урок квазинаучной экспертизы Сикорского — вмешательство не в свою компетенцию — не был усвоен, как мы видели, проф. Кондратьевым и К°. Аналогичным образом беспрецедентному по масштабу использованию психиатрии в политических целях посвящен текст, опровергающий этот признанный даже руководством Центра им. Сербского факт. Конечно, он представляет исторический интерес, но следовало поместить рядом рецен-

зию на него, опубликованную тогда же в НПЖ, без чего составитель сам оказывается откровенно тенденциозным в самом громком злоупотреблении психиатрией. Такого рода взгляд на историю обрекает на ответственное будущее, если пассивная, чуть ли не мазохистская позиция профессионального сообщества будет сохраняться сегодня.

### Закон, подменяющий право

Уже спустя 10 лет после вступления в силу первого в истории отечественной психиатрии закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в 2003 году он подвергся — в ряду других законов — существенному ограничению: государство отказалось от взятых на себя гарантий по оказанию психиатрической помощи на достойном уровне, затем последовали продолжающиеся до сих пор попытки расширить показания и упростить процедуру недобровольных освидетельствования, госпитализации и лечения, сузить права общественных организаций. Закон третируется как устаревший, тогда как самым красноречивым является 22-летие нарушение закона самим Правительством: ст. 38, одна из фундаментальных, предписывающая создание службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, то есть являющаяся для них гарантией исполнения всего закона, — не исполнена, вопреки единодушью и грандиозным усилиям всех профессионалов и общественности. В конечном счете, тщательно разработанный под эгидой Уполномоченного по правам человека в РФ проект, как уже ясно, будет подменен паллиативом.

Права лиц с психическими расстройствами всячески ограничиваются всевозможными министерскими приказами, которым придан статус “нормативно-правовых актов”, — микст, размывающий их различия и открывающий дорогу “правлению законами”.

### Уничтожение независимой (состязательной) психиатрической экспертизы

Наиболее явственным образом возвращение к негативам советской психиатрии обнаруживает практика судебно-психиатрической экспертизы, ее динамика. Если в начале 90-х гг. члены НПА России смогли легально участвовать и сыграть решающую роль в судебно-психиатрических экспертизах В. И. Новодворской и генерала П. Г. Григоренко, и входить в состав СПЭ комиссий Центра им. Сербского, то с 1995 г. ситуация начала быстро меняться, что запечатлено в НПЖ, в каждом выпуске которого помещался критический анализ типовых экспертиз. Достаточно вспомнить шесть (!) экспертиз полковника Ю. Буданова с участием руководства нашей психиатрии (8). Характерно, что в течение 20-ти лет отмечались периоды однотипных, как по команде, препятствий нашим доводам и самому нашему участию как специалистов в

судебной процедуре. Постепенное сужение этих прав закреплялось в законодательстве, но и посредством грубого нарушения УК РФ — отказу заслушать и приобщить к делу мнение специалистов по ходатайству адвоката. Но в самое последнее время устоялась наиболее удобная тактика: заслушать с понимающим видом, но проигнорировать, либо, заслушав, сказать: “Вы не вправе критиковать государственных экспертов, а у нас нет оснований не доверять им”. Любые, самые вопиющие просчеты государственных экспертов спокойно игнорируются как судами, так и руководством Центра им. Сербского. Так осуществляется имитация наличия необходимых процедур и научной добросовестности. Разумеется, это развращает экспертов и заметным для всех образом снижает качество экспертных актов. Такова и правоприменительная практика.

### Предгрозовая атмосфера

По таким показателям психического здоровья населения, как потребление алкоголя и наркотиков и уровню суицидов, а также высокая внушаемость населения и его низкая толерантность к людям с психическими расстройствами, Россия в числе передовых. Это связано, прежде всего, с аномией (Э. Дюркгейм), то есть потерей доверия к государственным институтам, и пассивным модусом поведения. Современную действительность определяют:

1. коммерциализация, коррупция, резкое имущественно расслоение;
2. снижение образовательного и культурного уровня;
3. снижение критического мышления, повышенная внушаемость, мистичность общественного сознания;
4. поляризация и радикализация взглядов, поиски внутренних врагов.

Торжествует дух Смердякова, “человека из подполья”. Вершина отечественной философии уже не Владимир Соловьев, а Василий Розанов. Пронзительно-проникновенной метафорой огромной художественной силы стали кинофильмы “Дурак” и “Левиафан”.

### Противостояние упадку

В соответствии с основной традицией отечественной психиатрии — извечного противостояния полицейской психиатрии и гуманистической гражданской психиатрии всех наших классиков дореволюционного периода, можно пройти снова по перечисленным рубрикам выделяя позитив, который фактически всегда есть.

Независимую психиатрию представляла последние четверть века не только НПА России, но — как и до нее — немалое число рядовых психиатров и профессуры, не склонных афишировать эти свои позиции, но воплощавших их в своей деятельности. Мы всегда чувствовали за спиной их молчаливую под-

держку. Примеры толерантности к манипуляторству подали:

еще в начале 90 гг. проф. Ю. Л. Нуллер и проф. В. А. Точилов в Санкт-Петербурге и проф. В. А. Тихоненко в Москве, начавшие разбивать первый лед вековой мерзлоты имперских порядков;

д-ра Л. В. Пустовалов и Ю. М. Воробьев (1990 г.), а затем проф. М. М. Кабанов (1991 г.), как председатель посмертной экспертизы генерала П. Г. Григоренко, не ставший выгораживать Центр им. Сербского;

Ученый совет Московского НИИ психиатрии под председательством проф. В. Н. Краснова, признавший в 1995 году ненаучность обвинений новых религиозных организаций в причинении грубого вреда психическому здоровью;

акад. А. И. Воробьев, выдавший церкви “Свидетели Иеговы” заключение относительно оправданности с современных научных позиций их права на отказ от переливания крови;

монография проф. Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике” (1997 г.) по материалам архива Центра им. Сербского за 1962 — 1983 гг. — эпохи злоупотреблений психиатрией, с их профессиональным анализом проф. А. К. Ануфриевым;

журнал “Социальная и клиническая психиатрия” (2003, 4, 120), опубликовавший отклик проф. Б. К. М. Рааса в отношении экспертизы полковника Ю. Буданова, где фактически прозвучало “ваша судебная психиатрия — флюгер власти”.

Примеры самостоятельной позиции были даже в советскую эпоху (В. М. Бехтерев, Н. П. Бруханский, А. Л. Эпштейн, Ф. Ф. Детенгоф, Е. Б. Коган, Д. Д. Федотов, А. Г. Амбрумова, А. К. Ануфриев, В. М. Гиндилис и др.).

Что касается так называемой реформы здравоохранения, то формами ее неприятия стала эмиграция наиболее активных и способных людей или уход в частную практику и даже другие профессии, а также протестное движение. Но и подавляющее большинство остальных вынесло из существа и формы проведения реформы тяжелое чувство, далекое от демагогии чиновников от медицины. И все же усвоена значительная часть успешных новаций международного опыта организации психиатрической помощи, лечения и реабилитации психических больных: различные виды полустационаров, полипрофессиональные бригады, клиники первого эпизода психоза, разнообразные социотерапевтические процедуры, специальная подготовка среднего и младшего медицинского персонала.

Однако основным препятствием на этом пути является принципиально другой, чем в демократических странах контекст общественного устройства: централизованное командно-приказное управление вместо децентрализации и т.д. Согласно современным математическим моделям, выводы из которых до



1990 года опубликовать не удалось, трех- и более ступенчатое управление неустойчиво и чревато опасностью катастрофического<sup>10</sup> нарастания колебаний, двух-ступенчатое управление приводит к периодическим колебаниям, и только одно-ступенчатое управление действительно устойчиво, когда управленец дорожит интересами дела больше чем поощрением начальства. Отсюда следует необходимость делегирования тактического управления на низовой уровень, что обеспечивает адекватность конкретным условиям. Это является математическим выражением независимости, что было у нас понято только в отношении необходимости независимости Центробанка (акад. В. И. Арнольд). Это соответствует также демократическому стилю управления как самому эффективному в отличие от тоталитарного и попустительского (на самотек), согласно знаменитым экспериментальным исследованиям Курта Левина, тогда как “многоступенчатое (административное) управление всегда ведет к разрухе” (В. И. Арнольд).

Роль контекста, в соответствии с моделью “фигура-фон”, наглядно выступает на примере наркологии, особенно метадоновых программ: успешные во многих странах, в современных отечественных условиях они — при отсутствии необходимого финансирования — легко прогнозируемым образом приобретут неузнаваемый вид. Аналогичным образом к антигуманному и нелепому итогу привело переусердствование ФСКН, грубо затруднившее лечебную помощь не только психически больных, но всех, кто мучится и гибнет в страданиях. Это в немалой мере увеличивает и без того рекордные показатели по числу жертв суицидов и могло бы трактоваться как доведение до суицида со всеми вытекающими отсюда последствиями. Если Европейский план действий в области психического здоровья на 2013 – 2023 гг. установил ответственность систем здравоохранения за соблюдение прав человека, то в современной России они неудовлетворительно соблюдаются не только в отношении психически больных, но и здоровых. Более того сейчас все чаще говорят, что это враждебная России идеология.

Попытки загнать науку в узкие бюрократические рамки могут обернуться только пышным расцветом реляций о квазидостижениях. Но пока можно порадоваться многочисленным новациям наследия проф. А. О. Бухановского, выдающемуся успеху организации нейрореабилитации проф. В. М. Шкловским и психореабилитации д-ром О. В. Лиманкиным, грандиозным фестивалям арт-терапии, организованным д-ром А. Л. Шмиловичем, твердыне клиницизма в лице акад. А. С. Тиганова, успехам биологической психиатрии вопреки нищенской оплате труда (“профессор в

<sup>10</sup> Катастрофами в математике называются скачкообразные изменения, возникающие в виде внезапного ответа системы на плавные изменения внешних условий.

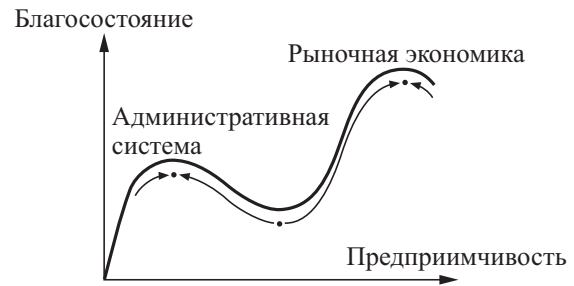


Рис. 1. Математическая модель перестроек (акад. В. И. Арнольд)

НИИ получает на руки в месяц 15 300 руб.<sup>11</sup>! — кто бы из европейцев работал за такие деньги? — свидетельство энтузиазма одной стороны и эксплуататорского неуважения к науке с другой), можно также порадоваться обилию психиатрических журналов, содержательных монографий и руководств, даже по судебной психиатрии (проф. А. А. Ткаченко, 2012 г.), по организации психиатрической помощи (проф. И. Я. Гурович, проф. Б. А. Казаковцев), высокоинформативной профессиональной газете В. Я. Евтушенко, и конечно, все большей самостоятельностью и успехам в регионах: Архангельске и Ростове-на-Дону, Самаре, Томске и мн. др. Характерен всплеск интереса к психиатрии представителей гуманитарных наук — социальных психологов, социологов, но особенно философов, среди которых нельзя не отметить серию высокоинформативных работ проф. О. А. Власовой.

Появились и стали широко востребованными частные исследования по истории отечественной науки и медицины и богатейшая мемуарная литература, позволяющая преодолеть пробелы и дезинформацию советских изданий. Это, прежде всего, “Сквозняк из прошлого” В. Д. Тополянского, “Герои, злодеи, конформисты отечественной науки” С. Э. Шноля, “Биология Германии и России — СССР” Э. И. Колчинского, мемуары В. М. Гиндилиса и мн. др.

Впервые удалось добиться расширения прав самой дискриминируемой группы людей — недееспособных и продвинувшись в опыте общественного контроля ПБ и ПНИ, удалось также сохранить в законе международный правовой минимум в отношении людей с психическими расстройствами.

Что касается судебно-психиатрической экспертизы, то остается высказанное еще в 1991 году юристами Б. А. Протченко и А. И. Рудяковым предложение

<sup>11</sup> Младший научный сотрудник НИИ психиатрии получает на руки в месяц 10 тыс. рублей, старший научный сотрудник — 13 144 руб. (Должностной оклад 7294 плюс доплаты: за высокие результаты 1533 руб., за ученую степень к.м.н. 3000 руб., за вредность 1823 руб., и повышающий коэффициент 1458 руб. Итого: 15108 руб. минус 13 %).

выделить ее в независимую от Минздрава и Центра им. Сербского организацию, наподобие коллегий адвокатов — коллегий судебных экспертов-психиатров (9).

Отмеченные признаки упадка тем острее и досаднее, что отечественная психиатрия была одной из передовых в мире даже после 70-ти летних репрессий и выведение породы *homo soveticus*, сохранила клинизм, моментально осваивала все новшества, не отпавляла на пенсию своих учителей по формальным основаниям и создала одну из лучших в мире систем здравоохранения, которая сейчас окончательно долаивается. Остается надеяться на закономерность, давно обоснованную в математической модели перестройки акад. В. И. Арнольдом, но выводы, из которой до 1990 г. опубликовать не удавалось (“Теория катастроф”, М., 1990, с. 101), (рис. 1, 10).

Признаки упадка, которые мы здесь указали, хотя и носят системный и глубинный характер, далеко не всегда на поверхности. На поверхности значительное оживление по многим направлениям деятельности. Это, прежде всего лечебные организационные и научные новации не только в столицах, но и по всей стране, это расширяющееся сотрудничество с зарубежными коллегами, это грандиозные возможности интернет-сообщества, вопреки всем политическим препонам, эта успешная менеджерская деятельность

проф. Петра Морозова, как зонального представителя в ВПА.

Профессия психиатра буквально обязывает постоянно затачивать свое критическое мышление, опираясь на клиническую феноменологию, логику и математику, что позволяет, не поддаваясь злобе дня, сохранять достойную гражданскую позицию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Савенко Ю. С. Признаки упадка отечественной психиатрии // НПЖ 2001, 3 и 4.
2. Савенко Ю. С. Использование психиатрии в немедицинских целях под эгидой ГНЦ им. Сербского // НПЖ, 2001, 1, 56 – 60.
3. Anthony Dick. Pseudoscience and minority religions: evaluation of the brainwashing theories of Jean-Marie Abgrail // Social Justice Research, 1999, 4, 421 – 456.
4. Паиковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. СПб, 2006.
5. Савенко Ю. С. Сохранит ли сайт РОП порядочность? // НПЖ 2014, 2, 98.
6. Зинченко В. П. Гетерогенез мысли: подходы Л. С. Выготского и Г. Г. Шпета // Густав Шпет и современная философия гуманитарного знания. М., 2006, 82 – 134.
7. Арнольд В. И. «Жесткие» и «мягкие» математические модели». М., 2013, 8.
8. Савенко Ю. С. Дело полковника Буданова. Последняя экспертиза // НПЖ, 2003, 3, 58 – 60.
9. Протченко Б. А., Рудяков А. И. Обязательное условие обеспечения научной обоснованности и объективности психиатрической экспертизы // НПЖ, 2014, 4, 8 – 11.
10. Арнольд В. И. Теория катастроф, М., 1990.

17-ая международная конференция  
по философии, психиатрии и психологии

**ПОЧЕМУ ЛЮДИ СТАНОВЯТСЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ?  
АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ  
И КУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ  
ПОДВЕРЖЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**

29 – 31 октября 2015 г., Фрутилар, Чили

E-mail: [centrodefenomenologia@mail.udp.cl](mailto:centrodefenomenologia@mail.udp.cl);  
[www.centrodefenomenologia.udp.cl](http://www.centrodefenomenologia.udp.cl)



# К вопросу о влиянии среды на формирование личности

Б. В. Воронков<sup>1</sup>

*Посвящается Вере и Паше Воронковым*

Автор высказывает свою позицию в отношении роли среды, воспитания, обстоятельств в формировании характера, психопатий и личности в целом. Обсуждается значение врожденных и приобретенных влияний в становлении личности.

**Ключевые слова:** социальная дезадаптация, характер, психопатия, средовые и биологические факторы.

В профессиональных дискуссиях мы обычно определяем свое отношение к оппонировавшим сторонам, по разным причинам симпатизируем какой-то позиции или отвергаем ее и по этому поводу высказываемся. Хочу поделиться собственными соображениями, по части взаимоотношений среды, характера, психопатий, не претендуя на серьезные научные обобщения.

Дискуссии на эту тему давние. В конце концов, сводятся они к оценке роли в становлении личности, в том числе, аномальной, социального и биологического начал.

Противоположные позиции имеют авторитетных приверженцев. Я отдаю себе отчет, что любое мнение (мое, в том числе) легко может быть оспорено, но исхожу из того, что полной истины не знает никто. Каждый руководствуется своим, исключительно субъективным о ней (об истине) представлением. Для психиатрии это особенно характерно. Материального субстрата обычно нет. Что называется, “потрогать” нечего. Аргумент не взвесить. У каждого собственные гири. На любой аргумент найдется контраргумент, на любой пример из жизни — десяток противоположных. Принцип доказательности, как и вообще в психиатрии, не очень работает. Мостик, соединяющий психику с материальными процессами пока не обнаружен, психическое остается замкнутым в самом себе и естественнонаучному изучению поддается плохо. Применение методологии соматической медицины к изучению психических болезней, интенсивный поиск соматоза больших психозов, не привели к ожидаемым результатам. Удручающая скудность этих результатов — залог бесперспективности насильственного внедрения в психиатрическую практику так модного нынче принципа доказательности. В дискусионных процедурах каждый готов обмениваться мнениями, а не поступаться ими.

К написанию этого текста меня побудило ощущение бытующих, мне кажется, преувеличенных представлений о роли социального, в частности,

среды, воспитания в происхождении психических расстройств вообще и психопатий, в частности.

На происхождение психопатий существуют, как известно, диаметрально противоположные взгляды. Одни полагают, что психопатия может быть порождена силой внешних воздействий на личность. И. Шульц, А. К. Ленц, Л. Мишо, Е. К. Краснушкин, О. В. Кербиков и др. Другие не менее авторитетные фигуры — Э. Крепелин, К. Шнайдер, Й. Кох, Е. Кан, М. О. Гуревич, П. Б. Ганнушкин считают ее врожденной (стабильной) дисгармонией психики. Г. Е. Сухарева и Т. П. Симсон стойко отстаивали позиции, отрицающие возможность психогенеза и динамики психопатий и решительно отделяли характерологические реакции, развития и сдвиги от психопатий, которые считали врожденными состояниями.

Не вдаваясь в суть дискуссий 70-летней давности по вопросу динамики психопатий, отмечу, что были они весьма драматичны, а стиль их (мне так кажется из сегодняшнего дня) не всегда был наполнен духом свободной научной полемики.

Отдавая должное влияниям среды, Э. Крепелин отводил ей роль моделирующего, но не создающего психопатию фактора. С. С. Мнухин отстаивал необходимость разграничения психопатий с созданными средой модельными обратимыми состояниями, включающими педагогически и социально запущенных. В те времена в ходу был термин “трудные” дети и подростки.

Как отличить “трудного”, семейно и социально запущенного (ребенка, подростка), воспринявшего стиль поведения зачастую антисоциального окружения, от психопата? Приблизительная дифференцировка в перечне возможна — сам С. С. Мнухин исходил из того, что психопат “не так нагл, далеко не всегда вульгарен, что от него меньше пахнет улицей и тюрьмой”, что он более, так сказать, номенклатурен, т.е. проглядывает в нем конкретный психотип. В отличие от психопата, в социально запущенном, как говорил Д. С. Озерецковский, обязательно чувствуется “хожалость”, т.е. бывалость. Конечно, в этих оценках много субъективного. Но вся наша работа такая. В большой степени поможет помещение в благоприят-

<sup>1</sup> СПбГПМУ, Санкт-Петербург.

ную среду и, конечно, время. Со временем в нормальной обстановке “трудный” и запущенный постепенно оттаивает, становится все более социально приемлемым, уходит постепенно уличные речевые и поведенческие стереотипы, т.е. среда свое дело делает — в нем все больше проявляется личностно-доброкачественное, если, конечно, совесть была заложена в его генетическую программу или если он изначально не был психопатом. В этих случаях бессильной окажется самая здоровая среда. Т.е. в примитивном переводе — у социально запущенного плохое поведение, а у психопата плохой характер. Социально запущенный, таким образом, — продукт среды, психопатия же — сама средообразующий фактор.

Окружающая среда организуется психопатом так, что становится для него источником постоянных конфликтов. В любой среде психопат ищет и находит раздражающие моменты, к которым он особенно чувствителен, перестраивает среду так, чтобы она обеспечивала необходимые ему раздражители и психопатическое поведение, следовательно, есть результат пребывания психопата в согласии с собой, со своей натурой.

Идя на поводу у побуждений, поступая в соответствии с характером, находясь в гармонии со своей природой, психопат находится в своей стихии и лишь в малой степени сожалеет по поводу последствий своих поступков. Для личности, у которой эмоции главенствуют над рассудком (а это корневое свойство психопатии) процесс важнее результата и процесс этот, скорее субъективно приятен, во всяком случае приносит удовлетворение, вероятно, даже в состоянии психопатического возбуждения. Таким образом, психопат стремится быть самим собой.

В соответствии с этой логикой требует дополнительных пояснений суть практического признака психопата К. Шнайдера: от особенностей своей личности страдает либо сам пациент, либо его окружение. Говоря о “страдании” психопата от своего характера, следует, вероятно, иметь в виду не страдание из ряда понятий христианской этики, не субъективно мучительное переживание, а скорее объективную невыгодность для него его поведения. Пребывание в согласии с собой приносит обычно удовольствие, удовлетворение, а не страдание и мучения. Субъективные мучения, совпадающие или нет с объективной невыгодностью психопатического поведения, возможно, свойственны склонным к рефлексии и самобичеванию психастеникам, тревожным и сенситивным личностям. Но трудно прогнать мысль, что рефлектирующим психопатам все-таки хочется помучиться, что страдание потребно их мятущейся натуре (попал под дождь — пусть промокну до нитки, обидели — настрадаюсь властью). Кроме того, в восприятии себя страдальцем есть нечто, как писал Гоголь, приятственное. Ну, а для близких жизнь рядом с психопатом,

безусловно, страдание во всех смыслах (христианских, прагматических и пр.).

В жизненный переплет может попасть каждый человек, но один воспринимает это как фрустрирующий фактор и старается изменить ситуацию. В том случае, если пребывание в этом переплете обеспечивает душевную гармонию, правомерно предположить, что эта личность аномальна. Среди других известных определений психопатии по своей краткости эта формула представляется достаточно удобной.

Причины дисгармонии психопата с окружающим миром имеют внутренний (врожденный) характер, в то время как у запущенных их следует искать и видеть именно в несовершенстве мира, то есть они по отношению к личности чаще внешние. Поведение, например, беспризорника соответствует условиям и требованиям той среды, которая его окружает. Бытие определяет не так сознание, как поведение. То есть у него на улице не характер меняется — там он усваивает нормы и формы поведения, помогающие ему выжить. Характер, конечно, проявляет себя в поступках, в поведении, но не надо их отождествлять и прямой связи между ними может не быть. Диктуемые средой и обстоятельствами поведенческие стереотипы (клянуть, красть и т.п.) не являются характерообразующими, тем более психопатообразующими.

Надо полагать, что какую-то часть социально запущенных, и вообще беспризорной среды составляют прирожденные, можно сказать, конституциональные бродяги и жулики, находящиеся в полной гармонии со своим образом жизни и промыслом.

Не следует думать, что крыша над головой, горячий обед и теплая постель обязательны для душевной гармонии и всякий бродяга хочет и должен быть пойман и водворен в семью, коллектив и пр. Немалая их часть находится в согласии с собой, будучи именно в “бродячем” состоянии и не очень нуждаются в сочувствии и участии социальных институтов. По всей вероятности, это психопатические личности и в этих случаях никакие макареновские средовые воздействия перспективы не имеют. В. Шаламов, много общаясь в колымских лагерях с бывшими колонистами макареновских трудовых коммун, сокрушался по поводу того, что “жульническая кровь неистребима”. С большой вероятностью можно допустить, что психопаты (и анэтические, не в последнюю очередь) широко представлены среди блатных и воров в законе.

Обосновывая выделение приобретенной психопатии, О. В. Кербиков опирается на работы Жоли, Эйе, Дюблино, Рейха, Биндера, Вебера, (см. в “Избранных трудах” О. В. Кербикова, главу, посвященную динамике психопатий), описавших у детей и подростков личностные реакции имитации, оппозиции, возмущения, госпитализма. О. В. Кербиков видел в этих явлениях переход от невроза к психопатическому характеру и выводил идею о реактивном формировании

патологических черт характера как этапа на пути к нажитой или краевой психопатии,

Десоциализация личности, обусловленная средовыми влияниями, при которой поведение определяется примитивными влечениями и навязанными этой средой шаблонами обратима, как выше отмечено, при изменении жизненных обстоятельств. О. В. Кербилов рекомендовал не смешивать ситуационно обусловленные патологические развития, ведущие к нажитым психопатиям с изменениями личности вследствие отрицательных социальных влияний, не предложив способов отделить одно от другого. Как их дифференцировать практическому врачу? Мне кажется, выход в том, чтобы не считать неприемлемые формы поведения социально запущенных новыми свойствами их личности. В противном случае социальная запущенность и “краевая или нажитая” психопатия оказываются, практически неотличимыми. Оба феномена сформированы средой, оба выносятся на социальную обочину, оба обратимы. Диагностика в этом случае становится делом вкуса лечащего врача, что вряд ли корректно, поскольку перестает быть предметом клинического анализа.

Что касается выраженности психопатических черт до степени, приводящей к социальной дезадаптации, то в формализованном виде заключается она в том, что психопат не может удержаться ни в учебном заведении, ни на работе. Хотелось бы предостеречь от формального подхода к критериям социальной дезадаптации, сведенным в советских учебниках к формуле — “не работает, не учится”. Кроме того, расстроенными могут оказаться отношения в семье и с ровесниками. Но. Исключение из школы может быть несправедливым, нетрудоустроенность временной, увольнение с работы незаконным, ссора с сестрой носить житейский характер, а в отношениях с товарищами могут звучать мировоззренческие расхождения. Таким образом, без глубокого анализа личностно-ситуационных отношений формальные признаки социальной дезадаптации не могут быть диагностически надежными. Мы видим, таким образом, насколько формален и ненадежен диагностический критерий психопатии — социальная дезадаптация.

Позиция, состоящая в том, что описанные выше-названными французскими и швейцарскими авторами поведенческие реакции оппозиции, имитации, госпитализма, возмущения и т.п. не создают характер, а являются по отношению к нему вторичным (привнесенным) наслоением и не должны с ним (характером) отождествляться — выглядит, на мой взгляд, предпочтительнее. Ситуативно обусловленные реакции и состояния не тождественны характерологическому сдвигу, далеко не всегда являются болезненными (да и какие признаки у болезненности в каждом конкретном случае?) и рассматриваться в качестве этапа формирования характера, его новых, патологических черт, по моему, не должны. Говоря о ситуацион-

ном типе развития, Ганнушкин никогда не считал его приводящим к психопатии и к принципу динамики психопатий относился осторожно, если не скептически.

Жизнь человека в мире людей целиком состоит из его реакций на окружающих и реакций окружающих на него самого. И через эту жизнь человек проходит со своим характером, весьма жесткой и стабильной структурой, достаточно устойчивой к ситуационным воздействиям. Будь иначе, человек представлял бы собою аморфное, лишенное индивидуальности, постоянно меняющееся и не прогнозируемое существо.

О. В. Кербилов, допуская возможность приобретения психопатии в течение жизни под влиянием ситуационных воздействий, надо признаться, полностью дезавуировал представления о критериях психопатии П. Б. Ганнушкина и полагал становление нажитой психопатии конечным этапом так называемого патохарактерологического развития.

Термином “патохарактерологическое развитие” или “патологическое развитие” личности лучше не пользоваться, во-первых, потому что самим термином ребенок или подросток автоматически погружается в область патологии, а во-вторых, потому что критерии диагностики того, что О. В. Кербилов называет патохарактерологическим развитием, далеко не бесспорны, границы психопатий искусственно расширяются, и, как следствие, диагноз “краевая психопатия” в 80-е годы прошлого века ставился вдвое чаще, чем в 60-е. (о моде в медицине — вообще отдельный разговор). Это может быть объяснено, кроме тогдашней модности диагноза, только отсутствием четких диагностических критериев патохарактерологического развития и краевой психопатии, неоправданным их расширением, в связи с чем в области патологии включалось то, что ею, почти наверняка, не являлось.

Я думаю, что окружающая среда, воспитание, обстоятельства могут в в какой-то степени способствовать формированию привычек, манер (тогда они, как правило, в отличие от унаследованных гораздо менее стойкие), м.б. вкуса, что, впрочем, тоже достаточно спорно, но не характера вообще и аномального, в частности. Обстоятельства могут выявить ранее не востребованные черты, воспитание может смягчить или заострить заложенные в генах особенности, но трудно себе представить, чтобы среда создавала черты характера, тем более, чтобы они могли приобретать необходимые для диагноза психопатии качества тотальности и стабильности. Роль общества, среды, непосредственно воспитания, в том, чтобы проявлять, взращивать, культивировать или, наоборот, микшировать, сдерживать, скрывать имеющееся, но чтобы создавать новое (чеканить, отчеканивать С греческого характер — чеканка, отпечаток.) — по моему — вряд ли. Чеканит, отпечатывает природа, генетика. Среда, а точнее, ситуационная необходимость может вынудить к широкому общению, но общительность (а

также замкнутость, обидчивость, вспыльчивость, злопамятность, отходчивость, однолюбие или, наоборот, жизнелюбие и т.п.) как корневые свойства характера не возникнут. Открытость и добродушие, также как подозрительность и недоверчивость — врожденные, генетически детерминированные, наследуемые черты.

Характер — внутренний стержень, на который нанизываются всякие другие свойства. Объяснение замкнутости тем, что мама в раннем детстве мало разговаривала и уделяла мало внимания и, наоборот, общительность тем, что много — представляются поверхностными, механистичными и неубедительными. (Вспыльчивость, стыдливость, отзывчивость безусловно врожденны, в их основе эмоциональный отклик, к воспитанию они отношения не имеют. Не способного переживать чувство стыда, мы воспринимаем не как дурно воспитанного, а как уroda.)

При определенных усилиях можно воспитать поступки, сформировать линию и даже стратегию поведения. Появление на склоне лет у разумных людей неторопливости, да и умеренности, кстати, тоже — не следствие средовых влияний, воспитания или самовоспитания, не свидетельство появления новых черт характера, а, скорее, отражение состояния здоровья. Так сказать, трезвая оценка своих физических возможностей, замешанная на страхе помереть раньше срока. Что касается характера, то окружающая обстановка, среда, события раскрывают характеры, а не создают их.

Обстоятельства могут сделать личность асоциальной и даже антисоциальной, т.е. выработать разнообразные поведенческие шаблоны, но характер останется неизменным.

Даже, если допустить, что среда сформирует мерзавца, но, если мерзавец от рождения общителен, то пребывание в одиночной камере не изменит его природу, не сделает его замкнутым. Родившийся, что называется, толстокожим не станет ранимым, а замкнутый по натуре всегда будет испытывать определенный дискомфорт при необходимости широкого общения. Тяжеловесный эпилептоид не станет легким гипертимом ни при каких обстоятельствах. Это — то, что является натурой, природой, породой, если хотите. От владимирского тяжеловоза или от немецкого битюга не родится ахалтекинец. По отношению к базовым свойствам человека — темпераменту и характеру личность, являясь системой унаследованных и воспитанных социально значимых черт, отражая социальный уровень организации человека, оказывается в определенной степени “настройкой”, уже допускающей нравственную оценку. Личность ставит цель, опираясь на имеющиеся в наличии средства (темперамент, характер) — на биологическую базу. Шофер (личность) выбирает куда и каким путем ехать. Максимальная скорость, мощность, грузоподъемность от него не зависят — они базовые характеристики автомобиля.

Характер (по одному из определений) — совокупность устойчивых черт, отражающихся в поведении, во взглядах, в отношении к миру и к людям.

Что касается взглядов, то, в широком смысле, это оценка — что такое хорошо и что такое плохо, я думаю, что они пусть в чем-то, но далеко не во многом продукт среды, что они серьезно зависят от состояния совести, ума, способности к самостоятельному мышлению, которые сами являются, я убежден, врожденными свойствами. Конечно, при наличии способности к самостоятельному мышлению. Наши взгляды (от научных до политических) опираются на внутреннюю предрасположенность, воспринимающую именно эту конкретную идеологию как наиболее близкую. В формирование взглядов и даже некоторых *credo* могут вмешиваться и обязательно вмешиваются иррациональные моменты — обаяние учителя, например, зачастую, оказывается значимее его авторитета. В восприятии и принятии позиции лектора участвует не только знание им предмета, но и иррационально образующаяся симпатия к нему аудитории, основанная на неосознаваемых причинах, которых может быть очень много. И есть в этой симпатии нечто изначальное, первичное, опирающееся на что-то внутри нас. (Этот элемент присутствует и в выборе рода деятельности).

То есть из массы предложений, как точно и емко выразился Юрий Левитанский, “каждый выбирает по себе — женщину, религию, дорогу, дьяволу служить или пророку...”. Одна строка вобрала весь смысл и пафос статьи. К талантливым поэтам нужно очень прислушиваться.

В принятии той или другой системы взглядов имеет место, изначальная предрасположенность, а воспитательные и прочие средовые воздействия работают на уже, что называется, вспаханном поле (повторяю — на мой взгляд). В принятии той или другой системы взглядов имеет место, изначальная предрасположенность, а воспитательные и прочие средовые воздействия работают на уже, что называется, вспаханном поле (повторяю — на мой взгляд).

То же можно сказать и о социально-личностной направленности, а в широком смысле — о личностной доброкачественности. Свод, перечень, список этических положений — в соответствии с положениями В. П. Эфроимсона [15] продукт постепенно гуманизирующегося сознания, а следование этическим постулатам есть необходимое условие успешной эволюции. Клирики не устают настаивать на божественном происхождении этики. Теологические споры на эту тему в контексте статьи интереса не представляют. Индивидуальная восприимчивость к этическим положениям, у конкретных людей разная и, на мой взгляд, биологически детерминирована.

Один почему-то всю жизнь честно трудится, другой же любым способом хочет прожить за чужой счет — нищенствует, ворует, мошенничает, грабит, разбойничает. Дело не только в плохом воспитании.



Мало кого специально учат плохому. Плохое в человеке уже есть, равно как и хорошее. В разных соотношениях, конечно. Давление обстоятельств лишь пробуждают то или другое и в роли посредника между побуждением и поступком выступает то, что И. Кант называл нравственным законом внутри нас, а мы обычно используем слово “совесть”. Совестьливый, может поступить не по совести, но будет переживать, стыдиться и каяться. Душегуб-рецидивист — генетически дефектен, бессовестен изначально, и именно поэтому неисправим. Все эти кающиеся Опты и Козьмы, примеры обращения их в праведников легендарны и доверия не вызывают. Нравственный дефект у анэтических личностей, по-видимому, опирается на биологическую основу. И в слове выродок слышится не только моральное осуждение, но и констатация биологической дегенерации. И не при чем здесь плохое воспитание, дурные влияния или производственные отношения капиталистического общества, всяческие пережитки и т.п.

Почему у очень многих, даже рано усыновленных отказных детей плохой социальный прогноз? Чтобы видеть или слышать, нужны глаза и уши. Чтобы улавливать и усваивать нравственные послы или сигналы из окружающей среды, из социального окружения, нужно иметь соответствующее приемное устройство, антенну, если хотите. Мы знаем, что отказные дети со временем часто, что называется, пускаются “во все тяжкие”. И если раннюю разнузданную половую жизнь можно пытаться объяснять расторможением влечений, то неспособность любить, сочувствовать, стыдиться, угрызаться совестью — это явления совсем другого порядка, другого уровня и качества, это следствие не воспитательского, а генетического дефекта.

Воспитание не продуцирует и не конструирует способность к стыду и сочувствию, а всего лишь рекомендует или обязывает или призывает реагировать этими чувствами в соответствующих обстоятельствах. “Как тебе не стыдно. Тебе должно быть стыдно или жалко т.д.” Ну а, если не стыдно и не жалко, значит, проявляются родительские гены и хорошая среда пасует перед плохой генетикой. Кстати, и воровство и половая распущенность уже в нежном возрасте у них тоже не от хорошего или плохого воспитания, а от папы с мамой. Народная мудрость насчет яблока и яблони имеет массу подтверждений и в жизни, и в психиатрической практике. Если бы усвоение нравственных императивов регулировалось исключительно средой и воспитанием, то у человечества вообще не было бы проблем. На воспитательный призыв нужно иметь, чем откликнуться. В процессе воспитания реализуются заложенные потенции. Если таковые отсутствуют, та же совесть, например, то ее и не разбудить, возможна только дрессировка. Активные участники и рычаги воспитательного процесса — совесть и страх. Воспитание взывает к совести, дрессировка больше

полагается на страх. Среда и воспитание, в большей степени пробуждают и раскрывают, чем создают и формируют. Совесть можно разбудить, но создать — вряд ли. Как говорится — буди, не буди...

Дискуссия в какой-то, может быть, серьезной степени, сводится к разному пониманию смысла слов: создать, сформировать. Характер (психопатический, в частности) формируется в широком смысле средой или со временем проявляется? История педагогики пронизана борьбой тех же взглядов на вопрос о факторах, формирующих или закладывающих характер.

К. Д. Ушинский считал, что развитие характера обусловлено воспитанием и обучением. Его предшественник А. П. Нечаев полагал, что воспитание только выявляет врожденные свойства.

То, что имеет биологическую основу (а черты характера биологически детерминированы) может быть выявлено средой, а может остаться не выявленным. Впрочем, где-нибудь, когда-нибудь да проявится. Но то, что не заложено — уж точно не выявится. Среда в виде скученного проживания в сыром подвале может запустить чахотку, но палочка Коха — главное. И причина сифилиса — не беспорядочная половая жизнь, а все-таки спирохета, так сказать, биологическое начало.

Роль воспитания в передаче традиций неоспорима, но без генетической основы социальная преемственность “добрых традиций” не была бы такой универсальной и стойкой.

Фигурально говоря, люди становятся тем, кем они уже родились. Из множества социальных возможностей биологическая предопределенность делает свой выбор. Если социальный статус, место в обществе (в том числе, род занятий) способствует гармонии человека с миром и самим собой, не обошлось здесь без предопределенности.

Есть, мне кажется, врожденные начальники и подчиненные, палачи и жертвы, любящие и любимые, правители и правимые. Тезис только кажется уязвимым. Он вполне справедлив. Можно возражать, можно сколько-то примеров наскрести, на Пушкина сослаться — он писал об Александре I — начальнике как бы не на своем месте — властитель слабый и лукавый ... над нами царствовал тогда... Бывают исключения. Впрочем, способность к лукавству — свойство сильных.

У меня почти нет сомнений, что не только среда, но и, в широком смысле, биология, если и не определяет, то как-то влияет и на общественно — политические воззрения. Либералы и консерваторы, почвенники и космополиты, славянофилы и западники это не только и не столько воспитанные средой идеологические и политические антиподы, но прежде всего это разные натуры.

Я думаю, что не все просто и с эстетическими пристрастиями и предпочтениями, что и они определяют не только средой (временем, окружением и т.д.),



хотя они безусловно важны, но и опираются на некие, как говорил Крепелин по другому поводу, предуготованные механизмы (вредность не создает психические расстройства, а пробуждает их в местах своего приложения, вызывает к жизни предуготованные механизмы). Авангардизм и модернизм как воплощение разрыва с академической традицией, наверняка ближе либералу и космополиту (последние близки, но не тождественны), нежели консерватору и почвеннику.

Иначе говоря, человек не чистая доска, на которой можно писать любые тексты; он выбирает из предлагаемого средой лишь то, с чем он готов жить, находясь в согласии с самим собой, со своей природой. Именно в этом смысле нужно понимать парадокс Ф. Ницше — “человека можно научить лишь тому, что он уже знает”. Примерно о том же Гете — “каждый слышит только то, что понимает”. Человек чувствует то, что способен почувствовать и понимает то, что способен понять.

И. Шульц заложил основы новой дифференциации психопатий и неврозов на основании этиологического фактора, но его идеи не встретили в Европе поддержки и вскоре были забыты. Зато в СССР они нашли вторую родину.

У меня нет сомнений в том, что внедрение идеи большей значимости социального связан не только с тотальным изгнанием генетики из советской науки, но и с жесточайшим давлением социалистической идеологии с использованием пропагандистского и репрессивного аппарата по созданию нового советского характера (“коммунистического человека” — Н. Бухарин) условиями советской действительности. Не в последнюю очередь отсюда, я думаю, торжество в советской психиатрии доктрины о нажитой или краевой психопатии.

В начале 60-х годов О. В. Кербикив и его сотрудники интенсивно изучали “краевые” психопатии. Не настаиваю, но предполагаю, что это направление исследований, не очень убедительно доказывающее факт влияния среды на изменчивость психопатий, является отголоском мощного социального заказа недалекого прошлого. Впрочем, небесполезно вернуться к высказанному в самом начале статьи положению о том, что каждый (и автор, в том числе) руководствуется своим, исключительно субъективным об истине представлением, и вспомнить Франсуа Вийона “Но как понять, где правда, где причуда? А сколько истин? Потерял им счет”.

В этом контексте любопытно, я думаю, обратиться к казусу Е. К. Краснушкина.

Е. К. Краснушкин, всю жизнь, до 30-х годов, придерживавшийся конституционального направления в психиатрии, (будучи обвиненным в биологизации социальных явлений и даже в неоломброзианстве, в 50-летнем! возрасте решительно, как пишет В. М. Банщиков, отмежевался от генетических установок и стал активным пропагандистом физиологического

учения Павлова в психиатрии), перечеркнув, таким образом, предыдущий свой путь в науке.

В качестве примера изменчивости психопатии под влиянием среды, в докладе о динамике и изменчивости психопатий на конференции, посвященной 50-летию клиники Корсакова в 1938 г. Краснушкин приводит случай перековки, перерождения, по сути выздоровления психопата: — буквально — “мы знаем случай перерождения безнадежного психопата, многолетнего жителя психиатрических больниц”, (заметьте!!! Речь идет об одном пациенте!) и где? — “на строительстве канала “Москва-Волга” — хочется воспринимать как горькую усмешку, саркастический выпад ученого, вынужденного обстоятельствами времени спрятать кукиш глубоко в карман\*.

Укрепление собственной позиции поэтическими свидетельствами, вероятно, не самый убедительный, с точки зрения науки, метод, но, во-первых, в начале статьи я уже говорил об отсутствии претензий на серьезные научные обобщения, а, во-вторых, где-то в середине упоминал, что смысл и пафос солидной работы может быть заключен в одной талантливой поэтической строке. И в этой связи сочту уместным процитировать Игоря Губермана: “Наука ускоряет свой разбег и техника за ней несется вскачь, но также неизменен человек и также неутешен женский плач”.

Но представление о всемогуществе социальных влияний оказалось не только пленительным (еще бы — все-то нам подвластно, даже психопата можем исправить, переродить, перековать...и вообще нам нет преград...), но и достаточно косным. Чем еще объяснить сегодняшние попытки увязать возникновение и характер течения даже больших психозов с условиями среды, воспитания и т.п. Возникновение, симптоматика и характер их течения подчиняются внутренним закономерностям, а связь с окружающим ограничивается обычно не более, чем сюжетной канвой.

Психозы — замкнутые гармоничные системы, не допускающие чужеродной симптоматики. Аутизм, как известно, не сочетается с расстройствами памяти, витальной депрессии не свойственны идеи величия, анэтическую личность не будут терзать идеи виновности. Именно это делает психозы узнаваемыми, можно сказать, специфическими комплексами и в проявлениях своих они зависят от собственной программы, а никак не от воздействий среды.

Возвращаясь к вопросу о влиянии среды, в частности, на формирование, тем более на создание характера, в том числе, психопатического, считаю такую возможность призрачной. Миллиарды лет эволюции органического вещества создали человека — невысказанной сложности биологическую структуру, надежную психикой и во многом благодаря ей прекрас-

\* К сожалению, все что известно о Краснушкине свидетельствует о нем как активном функционере власти, антигерое отечественной психиатрии (примеч. редактора).

но приспособленную для жизни на планете и в социуме. Трудно представить, мне во всяком случае, чтобы мудрая природа, сумев создать самое совершенное и непостижимо сложное — психику, допустила возможность легкого вмешательства в этот процесс, сделала нормальную психику уязвимой и податливой к воздействиям на неё таких неббиологических (я подчеркиваю — неббиологических!) факторов как социальный строй, воспитание и даже удары судьбы, тем более, что она (судьба наша) не снаружи, а в основном внутри нас.

Другое дело, если среда воздействует не на психику, а на сому, на плоть, так сказать. Избиения и пытки, холод и голод разрушают в человеке то, что делает его личностью — достоинство и жертвенность, разборчивость в средствах и брезгливость в фигуральном и буквальном смысле. Жесткое биологическое воздействие может снять цивилизационные запреты и культуральные табу, способно вынудить к поступкам, которые человек, возможно, никогда бы не совершил при любом психологическом давлении. По свидетельствам современников и опубликованных рапортов Управления НКВД в секретариат обкома партии мы знаем о не таких уж редких фактах людоедства в блокадном Ленинграде. В одних случаях речь идет об убийцах, торговавших человечиною, в другом, например, об ужасном умерщвлении матерью одного ребенка, чтоб накормить остальных, и разных других кошмарных ситуациях. Не менее ужасно, что и к выродкам, и к людям с разрушенной личностью и, возможно, даже к психотикам применялась одна и та же мера социальной защиты.

Наряду с другими возникают вопросы — насколько морально ожидать высоконравственного поведения от человека, вынужденного выживать на биологическом уровне? Ответ вовсе не очевиден. И совсем

не риторический — почему люди, эти “божьи создания”, призванные и даже обязавшиеся нести в своих сердцах христианское понимание любви, терпения, милосердия, сострадания так часто оказываются по отношению друг к другу агрессивной средой, а всеобщий мир как был, так и остается ускользающей фата-морганой?

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ганнушкин П. Б. “Избранные труды” Клиника психопатий, М. “Медицина”, 1964.
2. Гуревич М. О. К постановке вопроса о классификации психопатий. Совр. псих., 1927, № 7 – 8.
3. Симсон Т. П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста, М.—Л., 1929.
4. Kahn E. Die psychopathischen Persnlichkeiten (Hndb. d. Geisteskrankheiten, tirsir. v. O. Bumke, B. V, B., 19281.
5. Schneider K. Die psychopathischen Persnlichkeiten, Lpz. —“Wien, 1928; Schroder P., Psychopathen u. abnorme Charaktere, Munch. med. Wochenschr, 1933, № 26. См. также лит. к ст. Психиатрия и Психопатология. В. Внуков.
6. Ленц А. К. Криминальные психопаты (социопаты) Издательство: Рабочий Суд Л-д, 1927.
7. Симсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение / Т. П. Симсон. — М. : Медгиз, 1958.
8. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 2. — М. Медгиз, 1955.
9. Michaux L. Les trouble du caractere. — Paris: Hachette, 1964. 231 p.
10. Schultz J. Цит. Н. Binder. Клиническая психиатрия. М. “Медицина”, 1967. стр. 151.
11. Краснушкин Е. К. Избранные труды. Медгиз 1960. Проблема динамики и изменчивости психопатий. стр. 413.
12. Кербинов О. В. Избранные труды. К учению о динамике психопатий. с. 173 – 175.
13. Крепелин Э. Психопатические личности”. Руководство по психиатрии. Изд. 7. 1904.
14. Кох Й. О состояниях психопатической неполноценности, 1891.
15. Эфроимсон В. П. Родословная альтруизма. “Новый мир” 1976, № 10.

## Нервная анорексия, успех терапии

Разбор ведет проф. Ю. И. Полищук, врач-докладчик А. А. Болдин (19.11.2014)

**Пациентка Вера К., 19 лет. Поступила 12.11.14.**

**Жалобы:** плохое настроение, особое отношение к приему пищи, с эпизодами булимии и голодания, нарушение сна, раздражительность.

**Анамнез:** Поступление в ПКБ №3 первичное. Мать отца страдала сосудистой деменцией, других заболеваний не выявлялось. Единственный долгожданный ребенок в полной семье. Ранее матери ребенка был поставлен диагноз бесплодие, около 4 лет она не могла забеременеть.

Мать больной тревожно-мнительная по характеру, была очень тесная связь с ребенком. Отец более строгий, грубый, взрывной, в воспитании девочки принимал поверхностное участие, практически полностью отстранился от семейных дел, преподает стрельбу и работает спортивным тренером в кадетском корпусе. У матери во время беременности была угроза выкидыша, гипертонус матки, лежала на сохранении. Роды в срок, самостоятельно. В первый год жизни у больной отмечался гипертонус, в первые месяцы частые срыгивания. Вес набирала в срок, с началом самостоятельного питания иногда возникали пищевые причуды, когда она отказывалась от тех или иных продуктов. Масса тела больной держалась в границах возрастной нормы. Росла и развивалась в соответствии с возрастом, рано начала ходить, говорить. Воспитывалась в атмосфере повышенного внимания к ее персоне, отмечалась гиперопека. В детский сад ходила примерно два месяца, постоянно болела, капризничала. Была общительна, но не знала, как познакомиться с детьми. Когда мать ребенка знакомила ее с другим ребенком, то охотно с ним играла, тянулась к детям. Больше времени проводила со взрослыми, любила с ними общаться, играть. С трех лет начала читать, сочиняла стихи, любила пародировать взрослых, выступать перед ними, петь, танцевать. Многие говорили, что ей нужно идти в артисты. Очень любила читать книги. Рано научилась плавать.

По характеру аккуратна, упряма, стремится к самоутверждению, активна, любит привлекать к себе внимание, но это сочетается с нерешительностью, застенчивостью, некоторой боязливостью. Со слов матери, всегда боялась перемен, даже если это были перемены к лучшему. Для пациентки очень важны обещания, в этом похожа на бабушку по материнской

линии: если давала кому-нибудь слово, то старалась обязательно его выполнить.

В школу пошла с семи лет, в платную “школу здоровья”. Ходить в школу ей очень нравилось, занималась с удовольствием. Закончила первый класс, но папу не устраивала школа из-за слишком, по его мнению, демократической атмосферы, он устроил там скандал, и девочку перевели в другую школу. В это время мама нашла у девочки записку: “Мама, я не хочу идти в другую школу, мама, я хочу умереть”. В новой школе быстро адаптировалась, появилась подружка, со слов матери, то же “своеобразная девочка”. Школа была математическая, пациентка больше склонна к гуманитарным наукам. Во время обучения в школе занималась верховой ездой, очень любила ухаживать за лошадьми.

В 12 лет начались месячные. В 16 лет весила 55 – 60 кг.

У пациентки была очень близкая связь с бабушкой по материнской линии, которая жила в Улан-Удэ, иногда жила вместе с ней довольно продолжительное время. Бабушка по характеру строгая, но справедливая, была большим авторитетом для девочки, та во многом брала с нее пример. Бабушка прилетала на лето в Москву, любила проводить с ней время, общаться. Когда бабушка уезжала, пациентка несколько дней была “сама не своя”, плакала, замыкалась в себе. По настоянию отца родители попытались ограничить общение с бабушкой, и около шести лет она не приезжала. В 2011 году после долго перерыва бабушка собиралась приехать на все лето, но в марте неожиданно погибла, “была сбита автомобилем”. Мать и пациентка переживали смерть бабушки очень тяжело. Однажды пациентке приснилась бабушка, которая как будто прощалась с ней. Сильно плакала, не спала ночью, устроила истерику. Отец отхлестал ее по щекам, после чего пациентка замкнулась и долго не разговаривала с отцом.

После смерти бабушки отец как-то сказал: “Хватит себе попу наедать, лучше бы посуду помыла”. Мать до сих пор вспоминает этот случай. Девочка очень обиделась и после этого стала тщательно рассматривать свою фигуру, часто измеряла бедра и талию сантиметром. В 2011 году она на лето уехала в Болгарию, в лагерь. После приезда начала ограничивать себя в еде, перестала есть любимые до этого бу-

лочки, стала подсчитывать калории съеденного, фотографировать себя. Стала часто говорить, что она полная и ей надо худеть. Попросила маму записать ее на фитнес. Придя первый раз с фитнеса, была очень рада, улыбалась. Сказала, что встретила подружку, которая очень похожа на нее и тоже хочет похудеть. Начала очень активно заниматься фитнесом дома. Вместе с подругой пробовала различные диеты. Пациентка говорила: “Алина сегодня ничего не ела, и я должна”. За месяц снизила вес с 55 до 43 кг. После этого круг интересов пациентки сузился, говорила, в основном, о еде. Много готовила, пекла, изучала рецепты, но сама не ела. Заставляла есть родителей, окунала голову в пищу, чтобы лучше ощутить запах, обжигала себе нос, губы, нравилось смотреть и нюхать пищу, но есть себе запрещала. Началась аменорея. Родители сразу стали обращаться к врачам. Девочка получала рисперидон, ципролекс, однако, изучив аннотацию рисперидона, отказалась от него, так как прочитала, что от него поправляются. Позже была консультирована профессором Гофманом, был назначен этаперазин с ципролексом. В 2012 году была госпитализирована в ПБ № 6, но родители забрали ее через сутки, после того, как пациентку начали насильно кормить. После госпитализации сказала: “Я не хочу долго жить, хочу умереть в 19 – 20 лет”.

Продолжала учиться в школе. Готовилась поступать в литературный институт, но в июне 2013 года не сдала ЕГЭ по математике. После этого снизилось настроение, появилась апатия, не выходила на улицу, перестала ухаживать за собой. Со слов матери, “ходила по квартире с планшетом, в котором были разные экзотические рецепты, которые она мечтает приготовить”. ЕГЭ пересдала в 2014 году, но поступать в институт не стала, — “нет сил учиться”.

Год назад перестала принимать лекарства. В последнее время появились частые эпизоды булимии, с последующим вызыванием рвоты. Диуретики, слабительные не принимает. Появились явления дисфории, кричит на родителей, не может смотреть, как они едят. Со слов матери, если раньше пациентка ее жалела, успокаивала, то теперь “ей как будто нравится, когда я страдаю, для нее лучше, когда я переживаю”. Дает себе изнурительные физические нагрузки, чтобы “скинуть съеденное”. Ослабла и продолжает терять вес. Вес при поступлении 34 кг. Рост 165 см. Лекарства дома не принимает, прячет их от родителей, отказывается идти к врачу. Доставлена в ПБ матерью, обманным путем. Госпитализирована в недобровольном порядке по ст. 29 А, В Закона о психиатрической помощи.

**Сомат. статус:** Среднего роста, пониженного питания. Вес 37,5 кг, рост 165 см. Тургор снижен. Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся, цианотичные. Атрофия подкожно жировой клетчатки. Повышенная ломкость ногтей. Периферических отеков нет. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Зев

чистый. Дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичные, ЧСС 98 в минуту. АД 90/60 в последнее время является привычным. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус. Зрачки равновеликие. Нистагма нет. Лицо симметричное. Тонус мышц в норме. Сухожильные рефлексы д=с, острой менингеальной и очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Пальце-носовую пробу выполняет четко. Общий анализ крови: лейкопения, анемия (снижено железо, гемоглобин). б\х К, Na в норме, глюкоза 3,92). Вес на 17.11.14 38,150 кг.

**Психический статус:** На беседу пришла самостоятельно. Войдя в кабинет, села в сгорбленной, неуверенной позе. Понимает, что находится в ПБ. Внешне аккуратно одета, с большим количеством макияжа на лице. В словесный контакт с врачом вступает с некоторым недоверием и напряжением. Вначале о своем состоянии говорит неохотно, тихим голосом. Затем в процессе разговора успокоилась, стала отвечать более уверенно и подробно. Манерна, говорит, особым образом вытягивая слова, поднимает глаза вверх. Мимика несколько обеднена. Оживляется при разговоре об анорексии. В месте, времени, собственной личности полностью ориентирована. Сообщает, что когда смотрит на себя в зеркало, видит, какая она стала уродливая, но “я люблю эти кости, вижу что я страшная, но я не могу отказаться от этих костей”. Считает, что у нее болезнь, но уверена что справится с этим сама. Просит немного увеличить ей вес, на 5 кг, “но больше не надо, не хочу быть толстой”. Говорит, что она согласна, если врач будет приезжать к ней домой и кормить ее лично, проверять прием лекарств, что она не может жить без родителей, не может и часа провести вне дома. Сообщает, что дома наблюдаются приступы “обжорства”, которые она не может контролировать, иногда ест из мусорного ведра, куда сама выбрасывает еду, ест сырые размороженные продукты, затем после раскаянья, вызывает рвоту. Обращает внимание, что в последнее время ей трудно сосредоточиться, т.к. думает только о еде, и если раньше любила заниматься творчеством, то сейчас не может этого делать. Настроение сниженное, так как видит, как страдает мама. Мышление обстоятельное, многословная, с поверхностным восприятием и формальным отношением. На вопрос об отношении к смерти, немного подумав, ответила, что думала выброситься из окна в ПБ № 6 им. Соловьева, когда ее насильно кормили.

Узнав, что госпитализируется, начинает кричать, демонстративно заламывать руки, причитать, громко без слез плакать, падает на колени, постоянно повторяет “я умоляю”. После беседы быстро успокаивается, следует за персоналом в отделение.

Поведение в последние два дня упорядочилось, нормализовался сон, ест больничную пищу отмечая, что она очень вкусная, отмечает расширение рациона,



начала включать мучное, хлеб, которого не ела около двух лет, питание дробное. Со слов мед. персонала, эпизодов вызывания рвоты не было. В отделении стала общаться с другими пациентами. Без уговоров согласилась на участие в конференции. Интересуется длительностью лечения и возможностью амбулаторного лечения, так как довольна успокаивающим действием лекарств.

**Лечение:** С учетом предстоящего разбора мы постарались минимизировать лекарственную терапию для сохранения чистоты клинической картины. Кветиапин — пролонг 200 мг/на ночь. В дальнейшем планируется назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

### БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Верочка, здравствуйте! Вот сюда проходите, пожалуйста, на этот стульчик присаживайтесь. Здесь все врачи, многие Вас уже знают, поэтому мы пригласили Вас для того, чтобы поинтересоваться, как Вы себя чувствуете на сегодняшний день. — *Хорошо.* — Хорошо чувствуете? Жалоб никаких нет у Вас? — *Нет.* — Ни на слабость, ни на утомляемость? — *Нет.* — Ни на изменение аппетита, ни на сон? — *Нет.* — Нет. Хорошо себя чувствуете. — *Да.* — Сколько длится это улучшение состояния уже? В течение, какого числа дней Вы так себя стали чувствовать, будучи здесь у нас в больнице? — *Где-то со второго дня поступления.* — Даже со второго дня поступления, да? — *Ну, не со второго, но в конце второго дня, вот так вот.* — В конце второго дня. Но это проходило постепенно? — *Постепенно.* — Чего не хватает до полного здоровья, до хорошего самочувствия, если можно так Вас спросить? — *У меня еще остались небольшие такие страхи, которые я стараюсь преодолеть. Например, перед мучным.* — Перед мучными продуктами, изделиями страх, опасение остается. — *Да, да-да-да.* — Но Вы их все равно употребляете? Хлебушек кушаете? — *Уже отщипываю с каждым разом больше и больше.* — Все больше и больше. Удовольствие получаете? — *Да.* — Вам нравится вкус этого хлеба? — *Да.* — Вам нравится вкус, но все-таки опасения какие-то остаются. Или страх настоящий? — *Остаются, но вот, например, я съедаю кусок — в следующий раз мне уже гораздо легче съесть его, я тогда отщипываю побольше кусочек. В следующий раз я стараюсь еще побольше. То есть с каждым разом...* — Побольше, увеличиваете объем. — *Да. Так легче.* — Легче. Правильно, конечно, постепенность. — *Сразу много я бы испугалась.* — Разумно. Нельзя сразу. Очень постепенно, по небольшим кусочкам нужно. Верочка, а какое было самочувствие при поступлении сюда, в больницу? — *Оно у меня уже улучшалось, потому что я уже очень устала, и мы с родителями вместе стали выходить из этого состояния. Но в больнице сначала у меня, конечно, был большой*

*стресс, потому что я не готова была.* — Обстановка вся, сама больница — это потрясение такое было эмоциональное, да? — *Да.* — Но сейчас Вы не жалеете о том, что все-таки Вас поместили в эту больницу? — *Нет.* — Не жалеете? Ведь состояние улучшается, и перспективы вполне хорошие. — *Да, потому что сейчас я уже стала ощущать себя полноценным человеком, а не каким-то...* — Ущербным. — *Да. Я себя не ощущала человеком. Я ощущала себя существом, которое вот живет в какой-то скорлупе. Даже когда я выходила на улицу, я не могла ощущать себя такой же, как все люди.* — Все люди. — *Да.* — А как Вы себя ощущали? Какой именно? Изолированной, ущербной? — *Ущербной, ущербной.* — Неполюценной? — *Да.* — В каком именно отношении, прежде всего, неполноценной? В плане еды, питания или в плане внешности? — *Да, в плане внешности.* — В плане внешности. — *Потому что я стала уже совсем ужасно выглядеть.* — Вы понимали, что остается кожа и кости, что на Вас начинают... — *Да, на меня смотрели, обсуждали.* — Смотрели, обращали внимание, так ведь? Особенно в летний период времени, когда нельзя было скрыть одеждой все эти, да? Вы понимали, что это уже ненормально, и что надо что-то делать? — *Да. Я еще начала, потому что мне не хотелось... Ну, я устала от этого всего.* — Измучилась уже. — *Потому что мои сверстники, они живут, они интересуются жизнью, они веселятся, ходят в кафе, а я ничего этого не получаю. Я просто прожигаю свою жизнь вот так.* — Впустую как бы, без смысла? Или Вы видели какой-то смысл, какую-то цель, когда Вы начинали ограничивать себя в питании? — *Нет.* — Нет? А как это все начиналось? Какова причина, почему? Откуда это все взялось у Вас? Крайнее ограничение, вызывание рвот, похудение резко... Вы сами себя доводили до такого плачевного состояния. Во имя чего? Во имя какой цели и смысла? Чем Вы руководствовались? — *Не знаю. Какими-то лживыми, наверное, идеалами.* — А именно? Расскажите немножечко. — *Ненормальной худобой.* — Вот это был для Вас вначале как бы идеал внешности — худоба, грациозность такая вот. Откуда появился этот идеал, как он возник? Какие причины были его появления, формирования? — *Вернее, идеала не было. Я никогда не любила кости, слишком ярко выраженную худобу, просто я потом не смогла остановиться. Мне казалось, что надо еще про запас пару килограмм, еще...* Вот так. — Все-таки Вы как-то сопротивлялись, не были полностью поглощены эти лживым идеалом, да? — *Нет, кости мне не нравились.* — Не нравились. — *Скелетом я быть не хотела.* — Не хотели. Хотели быть миниатюрной просто. Но остановиться уже Вы были не в состоянии на этом пути, на этой дороге. Чем Вы были охвачены, и что не позволяло Вам остановиться? — *Страх, что я начну кушать, и все вернется.* — Страх был такой, он доминировал? — *Да.* — Он доминировал, поэтому Вы продолжали резко ограни-



чивать себя в питании. Но, по-видимому, родители обращали на это внимание. Они пытались Вас уговорить, как-то склонить к тому, чтобы Вы питались более нормально? — *Да.* — Так? Настаивала мама. А папа? — *Они оба.* — Были озабочены? — *Да, очень.* — Очень были озабочены, взволнованы. И как они пытались Вас все-таки как-то направить на путь нормального питания с тем, чтобы дальше не продолжалось? — *Сначала разговорами, уговорами. Но они никогда не проявляли насилия, потому что насилие в нашей семье...* — Не принято? — *Не принято, да. Вот не было такого, что связывали, сажали за стол и кормили насильно.* — Не было никогда такого? — *Нет.* — Не было никогда такого. А ведь в больнице такое было, да? Эпизоды принудительного питания. — *В этой — нет, слава Богу.* — Это в клинике неврозов Соловьева, да? — *Нет, где я сейчас. А, в 6-й?* — В 6-й. — *В 6-й больнице было такое.* — И Вас это потрясло? — *Это было очень-очень ужасно.* — Тяжело, ужасно было. У Вас даже появились мрачные мысли какие-то. — *Да.* — Это впервые такие мысли появились? — *Да, из-за того, что вот так вот со мной...* — Это в качестве протеста? Или просто не хотелось жить? — *Просто я была настолько в шоке, ну, я не знаю, как это описать состояние, что мне действительно не хотелось... Мне хотелось исчезнуть, провалиться, и все.* — Покончить, чтобы это не продолжалось. Уйти от этого любой ценой. А мысли до этого о том, чтобы уйти из жизни, или после этого эпизода возникали иногда? — *Нет.* — Не возникали. Хорошо, спасибо. Настроение сейчас ровное? — *Да.* — Спокойное, уравновешенное? — *Да, хорошее.* — Хорошее даже, да? Чему Вы радуетесь? Что Вам приятно? — *Мне приятно, что я наконец-то ем ради вкуса пищи.* — Получаете удовольствие от вкуса, запаха, вида пищи, да? — *Да, удовольствие. Я уже мечтаю о том, как я выйду из больницы, встречусь с друзьями, и мы пойдем в кино и летом поедим отдыхать куда-нибудь.* — Обязательно, конечно. Значит, Вас радует эта перспектива. — *Да.* — Вы поддерживаете какие-то отношения со своими подружками, сверстницами? — *А сейчас я не могу, потому что в больнице.* — Условия больницы закрыты, так что этого нет. — *Да.* — А взаимоотношения с мамой и папой до того, как Вы начали практику резкого ограничения в питании? Там было все гармонично, там было все спокойно или были какие-то трения, шероховатости? — *Вы имеете в виду до моей болезни?* — До болезни, да, до болезни. — *Да, мама у меня болеет, она инвалид, у нее грыжа спины, и она, естественно, периодически очень нервничает, переживает, плачет. У нее депрессии такие случаются.* — Депрессии. Вам ее жалко? — *Да.* — А папа? — *А папа — просто вспыльчивый характер, иногда он не может сдержаться, они начинают ссориться, и я очень переживала всегда.* — Сколько это длилось, вот такие конфликтные отношения? — *Это вот с тех пор, как я переехала от*

*бабушки к ним жить. С 6 лет.* — С 6 лет. Это длительный период. — *Да. Периодически были ссоры крупные, да.* — И всегда Вы очень тяжело переживали это? — *Да.* — Тяжело оставалось. Вот как-то папа сказал обидные слова Вам, Вы помните? Вы рассказывали доктору об этом. В отношении Вашей внешности. Не помните? Не было такого? — *Ну, он не то что... — Что, дескать, “ты наела слишком какие-то части тела”.* — *Ну, он всегда говорил в грубоватой форме.* — Грубовато. — *Когда разозлится, мог вообще назвать...* — Обидным словом? — *Да.* — Обидным словом. И Вас это ранило, Вы это остро переживали всегда. А сейчас отношения с папой стали более спокойными, мягкими? Или все-таки какая-то немножечко настороженность, отчужденность, недопонимание остается? — *Сейчас все понемножку устанавливается.* — Устанавливается. — *Как я успокаиваюсь, так и, естественно, выравниваются отношения с родителями. Потому что когда я болела, естественно, я к ним очень плохо относилась, меня раздражало все.* — В чем это проявлялось, Ваше раздражение? Плакали ли Вы, повышали голос, отвечали резкостями, куда-нибудь уходили? Как Вы это все переживали, в каких формах? — *И плакала, и истерики были.* — Были истерики. — *И грубила даже.* — А потом? — *Но потом мне становилось жалко. Я такой человек, очень эмоциональный, вспыльчивый. Я вот могу накричать даже.* — Резко, грубо. — *Да. А потом, когда я немножко... Но я обычно очень быстро успокаиваюсь. У меня начинает просыпаться совесть, я иду и извиняюсь по-любому за то, что я так...* — Сожалели, что так Вы выражались, высказывались, реагировали? — *Да.* — Обычно было как-то не по себе.

Какие вопросы к Вере по ее состоянию? Пожалуйста.

— Скажите, пожалуйста, кроме того, что было стремление быть такой девочкой-тростиночкой худоватой, как еще Вы относитесь к своей внешности? Не было ли у Вас желания поправить что-то еще в своей внешности? — *Нет.* — Вот смотрите в зеркало — все нравится Вам в зеркале в Вашем лице? — *Когда, например, я не выплюсь или неважно себя чувствую, то не все, конечно, нравится. Ну, а так я не столько за лицо переживала, сколько за фигуру.* — Сколько за фигуру? — *Да.* — Просто сейчас, знаете, есть такая косметическая хирургия, и молодые девушки сплошь и рядом себе... Можно сделать нос какой-то, уши, лицо какое-то совершенно другое. — *Нет.* — Такого не было? Таких мыслей не было? — *Нет, я никогда не хотела исправлять что-то хирургическим способом.*

— Верочка, какие у Вас планы вообще на жизнь? Кем Вы хотели бы стать, и какой бы вес для Вас считался идеальным для того, чтобы чувствовать себя комфортно? — *Нет, может быть, для меня считался бы идеальным вес 45 килограмм, но я не хочу сейчас думать о весе. Я хочу просто кушать и не задумываться о том, потому что, достигнув 45 килограмм,*

он, может, дальше захочет набираться. Это опять ограничение, значит, опять я начну из-за этого нервничать. Я не хочу. Я хочу забыть вес. — А кем бы Вы хотели быть в жизни? Какой профессией овладеть, чем заниматься? — *Журналистом. — Журналисткой. Международным журналистом или вообще? — Нет, вообще пока просто. — Хорошо. Верочка, в какой мере Вы понимаете, что то, что с Вами произошло, носило болезненный характер, ненормальный характер и послужило основанием для помещения в больницу, которая Вам теперь помогает, улучшает Ваше состояние? Вы поняли до конца, что это было болезненное состояние, ненормальное? — Естественно. Я это давно поняла. — Давно поняли. — Просто у меня не совсем хватало сил на то, чтобы... — Самой справиться с этим. — Да. — Понятно.*

**Ведущий:** Есть ли еще вопросы? Верочка, может, у Вас есть какой-то вопрос или просьба к врачам, которые Вас лечат, или к другим собравшимся коллегам, специалистам? Что-то уточнить, что-то выяснить дополнительно? — *Нет. — Или у Вас особо желаний нет, Вам в целом ясно, в какой Вы находитесь ситуации, как идет процесс лечения? — Ясно. — Есть ли у Вас уверенность в том, что победа будет окончательная над болезнью? — Да. — Есть уверенность. — Я точно сейчас знаю, что я ни за что не хочу возвращаться туда, ни за что. Это мне кошмары снятся, что я туда возвращаюсь. Я не вернусь туда. — Вы имеете в виду что именно? “Не вернусь” — куда именно “не вернусь”? — В эту болезнь. — В эту болезнь, так? И в качестве предупредительных каких-то шагов, что Вы намерены выполнять и что Вы намерены избегать? — Если у меня будут появляться мысли опять какие-то о своем весе, о том, чтобы подсчитывать калории и худеть, то я сразу пойду к психологу в психдиспансер, чтобы опять поработали со мной. — Помощь, поддержку получить, разъяснения и не допустить дальнейшего... — Да. Потому что опять выкарабкиваться — это будет еще тяжелее. — Очень тяжело. — Второй раз, наверное, я не смогу уже. — Да, чтобы не было рецидива и повтора того, что было. Это был кошмар просто, по-видимому, какой-то. Вы правильно все думаете и рассуждаете совершенно верно и справедливо.*

Если у Вас нет вопросов, если нет вопросов у докторов, то, по-видимому, мы можем Вас поблагодарить за беседу, за согласие прийти сюда к нам, рассказать о себе, о своей болезни, и главное — пожелать Вам окончательного выздоровления, выполнения всех советов и рекомендаций врачей и дальнейшего успешного пути жизненного, овладения профессией, о которой Вы мечтаете. — *Спасибо большое. — Мы думаем, что так все и будет. — Спасибо большое. — Всего Вам доброго. Будьте здоровы! Будем ждать Ваших статей. — Спасибо. До свидания! — До свидания!*

**Ведущий:** Александр Андреевич, прошу на трибуну. Вам слово для анализа этой истории болезни,

для дифференциальной диагностики, прогноза и окончательного резюме. Слушаем Вас.

**Врач-докладчик:** Настоящее психическое состояние можно характеризовать как нервную анорексию в стадии кахексии, в сочетании с нервной булимией как самостоятельным заболеванием, на фоне акцентуации истерических черт личности. Особенности заболевания являются сверхценный характер дисморфоманических переживаний, умеренная выраженность аффективных расстройств, идеи отношения, снижение веса больше 15 %, аменорея, потеря веса вызывается самим пациентом за счет вызывания у себя рвоты. Страх перед полнотой сохраняется на уровне навязчивой или сверхценной идеи, снижение настроения, необоснованный гнев и чувство обиды. Увлечение темами, связанными с едой, внезапный интерес к приготовлению пищи, коллекционирование рецептов, просмотр книг о кулинарии, приготовление блюд для родственников, интерес к разным диетам, отдельное питание от семьи, изменение поведения, раздражительность, грусть, сниженное настроение. С детства отмечалась акцентуация в плане инфантильности, незрелости, демонстративности, астенических нарушений. В характере преобладали черты аккуратности, некоего упрямства, стремления к самоутверждению, активность. Любит привлекать к себе внимание, но это также сочетается с нерешительностью, застенчивостью, некоторой боязливостью. По мнению некоторых авторов, этот тип можно отнести к холодным истерикам, и именно они склонны к образованию сверхценных идей, они очень настырны. У нее игра, но монотонная, туеская игра.

Основной вопрос: нозологическая принадлежность состояния. Дифференциальный диагноз следует проводить между самостоятельным заболеванием нервной анорексии и заболеваниями шизофренического спектра, где более выраженные расстройства мышления, более выраженные идеи отношения, более заметно снижение настроения, выраженная полидисморфомания, а также парадоксальная убежденность в уродливой полноте, даже при дефиците массы тела, присоединение деперсонализации, дереализации, дереализационных переживаний, бесплодное мудрствование, более выраженное снижение критики. Сказать, что ее не критичность является выражением дефицитарности мышления, ярких расстройств мышления, мы не можем. Исходя из ее текущего статуса, я не обнаруживаю заметной эндогенно-процессуальной симптоматики, ни негативной, ни продуктивной.

**Диагноз:** Нервная анорексия, стадия кахексии F.50.0 в сочетании с нервной булимией F.50.2 у личности с преобладанием истерических черт характера. (Истерическое расстройство личности, декомпенсация F.60.42)

Прогноз на данный момент, в условиях сегодняшнего дня. Нервная анорексия, конечно, может носить

хронический характер, но сейчас явление этой нервной анорексии постепенно редуцируется, и прогноз в этом плане более-менее благоприятный.

**Ведущий:** Более или менее? — *На данный момент более.* — Но это все-таки ремиссия или начало выхода в ремиссию? — *Начало выхода в ремиссию.*

**Ведущий:** Пожалуйста, вопросы к докладчику по анализу данного наблюдения.

— Скажите, пожалуйста, я так понял, что депрессивное состояние сопутствовало анорексии. Как Вы квалифицировали эту депрессию, как бы Вы ее описали? В чем ее особенности основные? — *Депрессивный синдром входит в структуру нервной анорексии. И мне все-таки кажется, что это больше на фоне вот этой нервной анорексии, а не какой-то эндогенный процесс.* — Но психогенная составляющая была у нее до этого? — *Конечно, она реагировала. Конечно, отрицательная ситуация в семье усиливала анорексию.*

**Ведущий:** Скажите, Александр Андреевич, вот кветиапин пролонг — это хорошо, мы видим, что он работает. А психотерапия? Каким видом терапии Вы пользовались? Применялись ли по отношению к этой пациентке какие-либо виды психотерапии или нет? — *Я неоднократно, практически каждый день с ней беседовал после ее госпитализации, после моего первичного осмотра, и эта психотерапия проходила в рамках рациональной психотерапии, после которой уже на второй день она...* — В чем заключались основные опорные пункты Вашей рациональной психотерапии? В чем они состояли? — *Разъяснение данного ее состояния в рамках вот этой тяжелой реакции на госпитализацию.* — Элементы когнитивно-бихевиоральной психотерапии не использовались? — *Использовались, но...*

**И. П. Лещинская:** Мы с доктором совместно курировали эту больную. Она вообще не в нашем отделении, но мы с ней беседовали. Никакой, конечно, психотерапии мы с ней не могли проводить. Она лежит только третий день, тут надо снять аффективную напряженность переживаний, и только после этого заниматься психотерапией. Конечно, мы возлагаем большие надежды на наших психотерапевтов больничных, которые ей займутся и в рамках когнитивной, и бихевиоральной психотерапии, и, возможно, еще какие-то методики, и аутотренинга определенно. Но это все, мы думаем, будет немножко позже, а пока надо медикаментозно ее скомпенсировать.

— Я бы сказал, что недостаточно прозвучала железodefицитная анемия. — *Мы лечили, конечно.* — Соматогенез, а не только психогенез и эндогенез.

**Ведущий:** Соматический фактор тоже важен. Это надо, конечно, добавить, если она получала укрепляющую терапию общесоматическую. — *Она получает терапию, да.* — Что по этой линии Вы использовали? Антианемические средства применялись, нет? Дисбаланс все-таки был у нее. — *Препараты железа, витаминотерапия.* — Так, так. Еще что? Больше ни-

чего терапевт не рекомендовал? — *Вот это терапевт как раз рекомендовал.* — А по линии диетотерапии что-нибудь предпринималось или нет? Какая-то последовательность изменения рациона, его калорийности, его состава, белки, жиры, углеводы? Или она получала какой-то общий стол? — *Общий стол. Но тут, мне кажется, положительный эффект уже идет от того, что она начинает в рамках этого общего стола какие-то свои...* Сильно ее заоглянуть в какие-то рамки не хочется в этом плане. — Она сама идет испытательным подходом. — *Она регулирует, да. И с учетом того, как она реагирует в силу своего характера на какое-то давление на нее, вот тут...* — Ограничений Вы избегали. — *Да. Также и в рамках каких-то условий ее именно в стационаре.*

— А как Вы относитесь к инфузионной терапии общеукрепляющей? — Глюкоза у нее в норме, по биохимии калий, натрий тоже в пределах нормы. Вот какое-то парентеральное питание в этом плане можно, конечно, использовать, но мы не считали необходимым, и терапевт не советовал.

— Она получала rispолепт и ципралекс. Риспoлепт она бросила потом принимать, а ципралекс продолжала. Вы планируете ципралексом ее лечить или другим серотонинэргическим антидепрессантом? — *Я думаю, да...*

**Ведущий:** Есть ли еще вопросы? Нет больше вопросов. Спасибо, Александр Андреевич, присаживайтесь. Переходим к обсуждению, к свободному высказыванию по результатам проведенного анализа по динамике, по этиопатогенетическим механизмам данного болезненного состояния, по диагностике и прогнозу. Пожалуйста, коллеги, давайте, высказывайтесь. Хотя бы по каким-то, может быть, не слишком общим, а частным, конкретным вопросам. Все ли делается правильно? Все ли разделяют оптимистический прогноз? Что еще можно посоветовать, порекомендовать в плане реабилитации, психосоциальной реабилитации, психосоциальной терапии, может быть, или просто психотерапии в сочетании с фармакотерапией?

**К. В. Андиров:** Здравствуйте! 1-й филиал, ведущий отделением интенсивного оказания помощи Андиров Кирилл Валерьевич. В клинике заболевания обращают на себя внимание особенности воспитания, симбиотическая связь с матерью, симбиотическая привязанность к бабушке, гиперопека. Нельзя не обратить внимания на индивидуальные органические нарушения и такую доминирующую позицию отца. Личность была особенной с раннего возраста, так она развивалась. Были черты тревожности, obsессивного расстройства, перфекционизма, черты незрелости и демонстративности, истерических проявлений. Все-таки по анамнезу еще до истории с анорексией мы видим, насколько я понял, реакцию на смерть бабушки, что никак нельзя отнести к заболеванию анорексия, а



можно отнести к личностной патологии, с моей точки зрения, и поэтому в данном случае, мне кажется, диагноз правильный, но я бы его перевернул. Все-таки ей 19 лет, можно говорить, в первую очередь, о личностных особенностях, о расстройствах личности из группы незрелых и уже с синдромом анорексии и булимии — все-таки его можно засунуть в один синдром — и аффективными колебаниями. По лечению — ну, как бы, пока победителей не судят. По лечению назначен первичный нейролептик, который сработал и как корректор поведения, и как седатик. Помимо нейролептика, считаю, нужно рассмотреть возможность назначения нормотимика, может быть, карбамазепина — надо сделать электроэнцефалограмму, посмотреть, там ожидаемая органика была. В антидепрессанте я не вижу на данный момент вообще потребности, и, может быть, ограничиться сероквелем и карбамазепином.

**Участник разбора:** Я считаю, что в данном случае все-таки о каких-то расстройствах личности говорить рано. Не настолько выражены эти черты личностные у этой девушки. — *Личность сформирована или еще не совсем сформирована?* — Личность не совсем сформирована, конечно. Она инфантильная, незрелая, и диагноз, конечно, “нервная анорексия” как единое заболевание — с этим я согласен. Личностные черты: помимо истероидных выраженных, характерны еще немного психоастенические — нерешительность, зависимость от мнения окружающих, возможно, некоторые ананкастические черты. Ананкастные расстройства часто сочетаются с нервной анорексией. Что касается того, как протекало заболевание, то тут отчетливо виден провоцирующий психогенный фактор — это высказывание отца, которое привело к такому поведению девушки, и там уже все постепенно развивалось. Лечение, в общем-то, лекарственное, тут можно разные препараты принимать, но считается, что патофизиологический механизм — это избыток серотонинэргического механизма для нервной анорексии, тогда как для нервной булимии это недостаток наоборот серотонинэргического механизма. Также, конечно, необходима психотерапия. Помимо рациональной, поведенческой можно применять различные виды. Можно применять и арт-терапию, тем более, что она склонна к творчеству, любит рисовать, любит читать и так далее. При желании, конечно, можно пробовать аутогенную тренировку, но это, я думаю, здесь меньше. Но в любом случае мне кажется, что прогноз достаточно благоприятный. — *В силу чего?* — В силу того, что все-таки все это заболевание развилось в ответ на острый стресс, связанный с поведением отца, и кроме того, лечение было начато не так поздно. И личностные черты все-таки не настолько ярко выражены, чтобы говорить о том, чтобы это ядерная психопатия. — *А медикаментозно что?* — Медикаментозно можно применять серотонинэргические антидепрессанты, можно продолжать серок-

вель-пролонг. — *А Вы считаете, ее состояние улучшилось из-за того, что она кветиапин пролонг принимать начала?* — Нет, я не думаю, что это от кветиапина пролонга. — *Больница помогла? Ситуация, общение?* — Да, все вместе помогло, спало напряжение нервно-психическое.

**Е. В. Кузьмина:** Я хотела сказать о том, что принимала пациентку я, поэтому сероквель пролонг — это мое назначение. Я хотела объяснить смысл. У девочки еще с 2011 года, как это можно было полагать, исчезли менструации, а ранее они ходили достаточно регулярно, с нормальной периодичностью. Она потеряла 15 килограмм за раз. Поэтому, беспокоясь за ее гормональный фон, я выбрала сероквель пролонг для начала терапии, так как он считается наименее воздействующим на пролактин. Кроме того, она бросалась на пол, кричала, была очень удручена госпитализацией. Она, конечно, с ней смирилась после беседы, но, тем не менее, нужны были седативные компоненты и возможность не назначать дополнительных ночных препаратов. На тот момент моя мысль была свести к минимуму назначение лекарственных препаратов, и поэтому был выбран сероквель пролонг как наиболее функциональный и удобный в приеме. К тому же, она вызывала рвоту, а сероквель пролонг прилепляется, его трудно из себя вырвать. Антидепрессанты мной, если бы я ее вела, не планировались, так как у нее сохранялся гипертимный аффект, подъем с активной деятельностью в течение всего периода заболевания, особенно усиливающийся ципралексом, назначенным предыдущими врачами. Планировалось его заменить именно на те препараты, что рекомендовал предыдущий доктор, хотя я бы не хотела назначать карбамазепин, потому что он не очень хорошо переносится в больших количествах.

**Ведущий:** Есть ли желающие еще что-то сказать, добавить? Я вижу, что нет желающих. Тогда, видимо, мы будем выходить на финишную прямую, и мне, как ведущему, наверное, тоже следует высказать свое отношение, свое мнение по этому красивому, я бы сказал, клиническому наблюдению.

На мой взгляд, это классический случай действительно нервной анорексии, булимии, потому что булимические проявления имели место, анорексия совершенно тоже в классическом виде.

Надо сказать, что за последнее время наши СМИ, особенно, конечно, телевидение, уделяют этой проблеме достаточное внимание. Мы видели, как на экране демонстрировался ряд довольно красноречивых случаев нервной анорексии с выраженной кахексией, и это подвергалось всеобщему показу, обсуждению, против чего я обычно готов возразить, ибо показ случаев прежде всего психической патологии на так называемых ток-шоу, с моей точки зрения, недопустим, потому что вокруг этого сразу же возникают различные дилетантские, обывательские суждения и различные кривотолки, и сами пациенты, которые попадают



в поле этой демонстрации, конечно, получают дополнительное психотравмирующее воздействие, стрессовое воздействие, и это наносит ущерб самим пациентам.

Доказывать, что это классический пример нервной анорексии и булимии, мне думается, нет оснований. Сама больная адекватно отвечала на почти все поставленные вопросы, и это говорит о ее критическом, достаточно полном отношении к своему болезненному состоянию. Это залог положительного прогноза, особенно если добавить к этому ее ответы относительно нежелания ставить какой-то предел в отношении своего собственного веса, массы тела. Она не хочет и побаивается говорить о каких-то горизонтах, о каких-то критериях, к которым она должна подойти. Она проявляет осторожность, она проявляет сдержанность и понимает необходимость постепенного выхода из этого состояния. Кроме того, она рассчитывает на помощь и поддержку со стороны психологов и врачей, что также свидетельствует о достаточно глубоком критическом отношении к этому болезненному состоянию. Для анорексии, булимии эндогенного, процессуального происхождения это, конечно, не типично, не характерно. Я уж не говорю о том, что сам синдром, переживания не носили, конечно, бредового или бредоподобного характера.

Это сверхценная идея, которая возникла на основе психогенных невротических расстройств в форме невротической дисморфобии. Почему психогенных? Почему невротической? Потому что генез этого заболевания, на мой взгляд, тесно увязывается с семейной ситуацией, с семейными взаимоотношениями и перфекционистскими установками как у родителей, так и у их дочери, что неоднократно подчеркивалось в литературе, в том числе и психоаналитической литературе. Взаимоотношения между родителями, взаимоотношения между родителями и ребенком, тем более единственным ребенком, по отношению к которому проявлялись гиперопека и перфекционистские установки, могут стать тем началом, тем источником, который запускает психогенные механизмы нервной анорексии, особенно в период пубертата и постпубертата, особенно у девочек, которые озабочены на этом этапе своей внешностью, своей фигурой, и всякое психотравмирующее воздействие в виде обидного слова, даже единственного слова, единственной реплики, может запустить весь этот сложный и опасный механизм, который чреват серьезными последствиями. Она этого на данный момент избежала — этого перелома, этой тенденции к уменьшению массы тела, которая нередко сопровождается даже смертельными исходами. Вот на ток-шоу демонстрировались несколько таких случаев, один или два, с печальным исходом в последующем, с учетом катамнеза.

Тот факт, о котором она сама открыто сказала, что между родителями существовали длительное время конфликтные отношения с ссорами, скандалами, ко-

торые она очень остро и болезненно переживала, конечно же, неблагоприятным образом сказался на ее психическом состоянии с учетом, действительно, акцентуированных черт. Можно согласиться, что это были преимущественно истерические черты, черты, не достигающие, конечно, степени расстройства личности, а такой акцентуации. Может быть, к истерическим примешивались и некоторые сензитивные черты личности в виде некоторой нерешительности, заниженной самооценки — это сочеталось. На эту почву падает затяжная психотравмирующая ситуация, и, наконец, последней каплей являются слова отца, что она наела себе заднее место, “попу”.

Так часто бывает. Неосторожное слово, неосторожное выражение, особенно в присутствии других лиц, является механизмом запуска вот такой поведенческой патологии.

Радует то, что изоляция из семейной среды, несмотря на негативные, может быть, аспекты пребывания в больнице, стала позитивным, мне думается, элементом в ее саногенезе. Правильный выбор нейрорегулятора, который снял напряжение, способствовал упорядочиванию нейроэндокринно-вегетативной системы и восстановлению нормальных пищевых функций, и, конечно же, психотерапевтический заинтересованный подход лечащих врачей, — все это включилось в терапевтический комплекс. И то, что она настолько позитивно, активно и эффективно откликнулась на эти терапевтические воздействия, говорит о том, что это, конечно, не эндогенные механизмы, это невротические механизмы, и прогноз, действительно, с моей точки зрения, достаточно положительный при учете ее сознательного, критического, разумного, толкового отношения.

Пока она астенизирована. Астенические проявления видны и в тихом голосе, и в мимических проявлениях. Тем не менее, этот астенический симптомокомплекс, уже постепенно идет на убыль.

Необходимо уделять больше внимания соматическому состоянию. Нужно продумать еще последовательность ее питания, что необходимо сделать с учетом мнения специалистов, которые знают особенности тактики и стратегии пищевого режима при выходе из таких состояний. Я полагаю, что есть соответствующая литература, есть опыт кафедры психиатрии Института дружбы народов, которая многие годы целенаправленно занимается этими видами патологий — подростковой дисморфобией и дисморфоманией и тесно связанными с ними психогенетически нервной анорексией и нервной булимией, в лице покойной Марии Васильевны Коркиной, в лице ее сотрудницы Цивилько, в лице профессора Марилова. Неплохо бы заглянуть в публикации этих специалистов в отношении аспекта терапевтической помощи, тактики и стратегии выведения из этой патологии. Это в качестве пожелания и рекомендации дополнительной.

Я тоже занимался лечебным голоданием, в клинике профессора Николаева такие пациенты тоже были, и Мария Васильевна Коркина имела контакты творческие и научные с клиникой профессора Николаева. После лечебного голодания важно правильно организовать рацион восстановительного питания, это дробное питание с постепенным расширением калорийности и белково-жирового, углеводного состава плюс микроэлементы. Этому стоило бы уделить в данном случае дополнительное внимание с тем, чтобы обеспечить более надежный и более полноценный выход по соматическому, а не только по психическому состоянию.

Мне думается, что психотерапевтическая помощь должна быть ей оказана в более полном объеме. Должны быть подключены и когнитивно-бихевиоральная, и семейная психотерапия с воздействием на родителей и их позиции по отношению к дочери и по отношению друг к другу. Необходимо улучшить семейную атмосферу, оптимизировать ее с тем, чтобы предупредить возможные рецидивы или тенденции к ухудшению ее состояния в будущем. Эта работа с родителями, конечно, занимает, мне думается, в плане отдаленных результатов того лечения, которое будет здесь проведено, важное место.

А так в целом я могу выразить удовлетворение представленной историей болезни, выбором этого наблюдения для сегодняшней конференции и поблагодарить участников обсуждения, которые решились высказать свои соображения в отношении этой пациентки. Мне думается, что ставить на первое место в

диагнозе расстройство личности нельзя — недостает для этого должных клинических оснований, можно говорить лишь об акцентуации. Не настолько эта личность разбалансирована, она сохраняет достаточную цельность и единство, а отдельные характерологические радикалы, истероидные радикалы, эгоцентризм, не меняют общего впечатления относительно диагностики личности с наличием акцентуированных черт, но не расстройства личности. Это дополнение к моему заключению.

В отличие от традиции, что слово ведущего является уже заключительным и окончательным, я могу предложить задать, если есть желающие, какие-нибудь вопросы, может быть, поймать меня на каких-то неточностях, на каких-то недоговоренностях, может быть, поспорить с моими соображениями. Если есть такие вопросы и желание, то, пожалуйста. Если нет, мне остается только поблагодарить вас за присутствие и выразить удовлетворение, если не восхищение тем, что в 3-й психиатрической больнице на Матросской тишине при активном участии Независимой психиатрической ассоциации России продолжается традиция клинических разборов, как основы подготовки и совершенствования нашего российского клиницизма, который сейчас находит противодействие, сопротивление со стороны приверженцев доказательной психиатрии, со стороны приверженцев психометрических, дименсиональных подходов, с игнорированием великих традиций московской клинической психиатрии.

Спасибо всем за внимание!

11-й международный конгресс по психиатрии в Александрии

**ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОБЕЛОВ  
МЕЖДУ НАУКОЙ И ПРАКТИКОЙ**

*30 октября – 1 ноября 2015 г., Александрия, Египет*

**molokhiatark@yahoo.com; <http://www.psychiatryalex.com>**

## Эрнст Кречмер Проблема обязательного учебного анализа<sup>1</sup>

Вопрос учебного анализа, а именно: вопрос о том, следует ли подвергать анализу здоровых людей, или, точнее, **разрешено** ли вообще подвергать их анализу, становится все более серьезной проблемой с распространением интереса к психотерапии в широких кругах общественности. Стало известно о целебном действии анализа при неврозах, и стремление к анализу, разумеется, стало распространяться всё шире и среди здоровых. В основе этого лежала идея, что, по возможности, более глубокое осознание душевных проблем и процессов — другими словами, максимальная рационализация психического — в любом случае желательна, является профилактикой заболеваний и несет в себе более свободное и высокое психическое существование.

Нашей задачей не является еще раз представить наглядные преимущества опыта, который несет в себе анализ при определенных обстоятельствах и при изучении аналитических методик. Наша задача показать все “за” и “против”, которые не замечают люди, требующие учебного анализа. Вопрос надлежит исследовать основательно и со всей серьезностью, тогда мы увидим, что проблема учебного анализа — это не только чисто дидактическая проблема обучения будущих психотерапевтов. Корни этой проблемы гораздо более глубокие и касаются основ человеческих ценностей.

Сразу скажу: речь не идет о ценности аналитических методов и их создателей. Если психика в состоянии хаоса, то неоднократно проводить анализ можно и нужно. Речь также не идет о достижениях ведущих аналитиков и вообще отдельных людей, проводивших учебный анализ. Когда мы говорим о недостатках учебного анализа, то имеем в виду среднестатистические данные, и мой опыт, опыт нескольких десятилетий — ведь через мои руки прошло множество людей, я был одним из основателей и руководителей психотерапевтического направления в Германии — такие данные имеет.

<sup>1</sup> Von Ernst Kretschmer, Tübingen. Das Problem der obligaten Lehranalyse// Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Herausg.: Viktor E. Frankl, Victor E. Freiberg von Gebssattel, J. H. Schultz. Band I: Urban & Schwarzenberg, München und Berlin. — 1959, 594 – 600. Перевод Евгении Сельской.

### ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Существенные сведения по глубинной психологии исходят, большей частью, от лиц, не подвергавшихся анализу. Это касается, прежде всего, самого Фрейда, о котором его горячие сторонники говорят еще и в наши дни: “Психоаналитические исследования, проведенные независимо от Фрейда и после него, доказывают, что чрезвычайно тяжело улучшить его достижения” (Мичерлих — Mitscherlich). Современники Фрейда, заслуженные психотерапевты и его первые ученики, также не подвергались анализу во все или подвергались, но без соблюдения всех условий и требований.

Можно проследить эту проблему вплоть до наших дней. В моей клинике велась работа с большим числом пациентов — тяжелых невротиков. С ними работали — без ограничения их личной рабочей методики — ассистенты, подвергавшиеся и не подвергавшиеся анализу. Когда я ретроспективно оцениваю их работу, то я не могу сказать, что у врачей, прошедших анализ, были значительно большие успехи. А если оценивать терапевтические успехи по числу и качеству терапии, то как раз у не подвергавшихся анализу врачей бывали яркие результаты.

Мы не будем здесь обсуждать проблему, насколько рекомендуется в клинической психотерапии действовать только психоанализом Фрейда и, соответственно, вводить его в систему образования врачей (насколько иные и комбинированные методы приводят к быстрому и лучшему результату). Этот вопрос рассматривался в другом разделе данной книги (Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie), а также в одиннадцатом издании моей “Медицинской психологии”.

Итак: проведенный анализ не может быть главным решающим фактором позднейших психотерапевтических успехов врача. Более того, успехи будущего врача в психотерапии зависят в огромной степени, наряду с надлежащим уровнем его интеллекта, от определенных характерологических черт его личности, а именно — от характерной комбинации тонкости и энергии лидера; это два качества, которые не часто встречаются вместе, будучи выражены в достаточной степени. Это основная проблема выбора преемников в психотерапии.

Некоторые скептики идут еще дальше и так ставят вопрос: разве проведенный учебный анализ не повредит самостоятельному беспристрастному оригинальному видению психологических фактов? Разве неизбежные

воздействия переноса (Uebertragungswirkungen) не вызовут, по меньшей мере, у не очень твердых личностей нежелательную привязанность к врачу-аналитику и, тем самым, к его “школьным” формам мышления? Как известно, и у пациентов именно сновидения очень подвержены нашему влиянию и принимают символический характер в зависимости от школы врача-аналитика, т.е. сновидения принимают то символику Фрейда, то Юнга. И разве это не способствует образованию закрытых кружков, подобных сектам, постоянно тормозящих дальнейшее развитие психотерапии? Это проблема, к которой следует подойти со всей серьезностью.

Часто можно услышать следующее: “Кто не был подвергнут анализу, тот стоит перед основными достижениями психотерапии, как перед закрытой дверью”. Этот тезис был уже давно опровергнут самим Фрейдом, и был также опровергнут психотерапевтической практикой. Наша формулировка чуть скромнее. Мы говорим: видимо, учебный анализ может быть для некоторых студентов пригодным дидактическим средством. Это звучит по-деловому и не вызовет даже у противников психотерапии фатального привкуса тайных знаний, мистики и высших посвящений.

#### ФОРМУЛИРОВКА ПОНЯТИЯ

Следующий вопрос. Что мы понимаем под учебным анализом и в какой степени он возможен и позволителен? Существуют вещи, которые при любом психотерапевтическом образовании по праву считаются необходимыми и целесообразными. Прежде всего, к ним относится систематическое глубинное проникновение в язык и символику сновидений. Психотерапии известны и другие не менее ценные пути к достижению цели, помимо фрейдовского анализа. Но дидактика сновидений и свободных ассоциаций по ним, не подвергшихся цензуре, находится, по-прежнему, в центре нашего внимания; она необходима для вскрытия глубинных тяжело доступных комплексов. Обучающийся врач будет использовать эту технику в упражнениях с собственными сновидениями и с кем-то из своих сведущих в этом, свободных от догматического мышления доверенных лиц (последнее происходит, разумеется, с согласия этого лица). Рука об руку с этим проходит “семинар по сновидениям”, т.е. совместное в течение всего срока обучения обсуждение протоколов анализа сновидений пациентов, проходившего либо строго по технике Фрейда, при принципиально пассивной позиции врача, либо по типу “амплификации” Юнга — в диалектической форме.

В этих границах при тесном переплетении добровольного собственного анализа и анализа пациентов на проходящем семинаре по сновидениям, т.е. в рамках интенсивных и длительных занятий, проводимых опытным терапевтом с группой молодых врачей или индивидуально, возможно великолепно подготовить врачей, имеющих дар интуиции. Это соответствует моему многолетнему клинически-дидактическому опыту. Можно также заметить, что “слепое пятно”,

имеющееся у лиц, не прошедших анализ, в их собственных комплексах устраняется путем серьезной, основательной воспитательной работы в форме, нами установленной. Плохо структурированным и даже серьезно невротизированным личностям не следует давать такого основательного образования, хотя они и стремятся к нему по понятным причинам.

Последовательные сторонники учебного анализа возражают нам: это как раз неверно, с самого начала требуется терапия терапевта и глубокая проработка его личности до самых дальних закоулков. Однако, это требование, далеко выходящее за пределы дидактики и нуждающееся в критической оценке на более широком человеческом уровне.

Где же граница и почему мы ее проводим здесь? Где начинается вред и могут встретиться опасности, выходящие за рамки обычных недостатков метода, которые неизбежно несет с собой любое интенсивное занятие интроспективной психологией? Я не хочу быть неверно понятым, я не имею в виду, что каждому, подвергавшемуся учебному анализу, в особенности, если речь идет о зрелых и твердых людях, был нанесен вред. Однако, если оглянуться на огромное число врачей, обучавшихся данному методу и прошедших учебный анализ, то нельзя игнорировать тот факт, что среди них есть немалое число случаев, где обнаруживается характерный вред как в критически-научном, так и в аффективном плане. Эти вещи не следует игнорировать, так же, как нельзя закрывать глаза на тот вред, который доставляет рентгенологу работа с рентгеновским аппаратом. Раз мы этот вред заметили, значит, следует изучить, отчего он.

И об этой проблеме вынес свое суждение Зигмунд Фрейд: “Кажется, словно психоанализ пробуждает злейшие инстинкты” (Цитируется по F. Wittels, Sigmund Freud, Verlag E. P. Tal, Leipzig\Wien, 1924). Эти слова говорил он, становясь все более одиноким, тяжело удрученным снова и снова повторявшимся отходом талантливейших учеников, исполненных подозрительностью, стремлением к власти и ненавистью. Эти горькие слова следовало бы сказать по-другому, менее жестко. Но этот пылкий исследователь видел суть вещей, он видел, что в корне психоанализа есть, видимо, что-то, что может надолго нарушить важную психическую регуляцию и поставить под угрозу ценнейшие человеческие связи. Во всяком случае, мы не можем сказать, что серьезное трагическое предостережение самого Фрейда было опровергнуто последующей жизнью.

Чтобы это понять, следует осветить некоторые биологические основные положения, часто плохо осознаваемые.

**1. Инстинкты (влечения) и сдерживание (торможение) инстинктов (влечений)** следует ясно видеть в их взаимосвязи. Инстинкты (влечения) как таковые полярны. Мнение, что только позитивный инстинкт (влечение) является истинной “природой”, а сдерживание (торможение) соответствующего инстинкта (влечения) — напротив, является поверхностным и искусственным установлением общества, —



такое мнение — роковое заблуждение с медицинской и этической точек зрения. Это мнение опровергнуто современными исследованиями в области физиологии мозга и других областей (Э. Кречмер “Медицинская психология”, 11-е издание). Так, например, в области сексуальных инстинктов истинным частичным инстинктом является чувство стыда, точнее, оно — комплементарная половина сексуального инстинкта. Глубокая связь с вегетативным аппаратом как специфика истинного влечения отчетливо видна на примере чувства стыда (покраснение лица и т.д.). Оно может быть нарушено энцефалитными очагами мозгового поражения, например, в процессе детской летаргии так же, как и функция позитивного влечения. Если мы это хорошо понимаем, то задумаемся и о прочих возможных проблемах. В психотерапии давно известно, что длительное неестественное принудительное сопротивление существенным компонентам нормальной структуры влечений никогда не будет безобидным, оно часто бывает источником неврозов. Разве с чувством стыда это не так? А как с этим обстоит дело при учебном анализе? Длительное, доведенное до крайности беспощадное обнажение своей души во всех областях, не только в области сексуального влечения, является для здорового человека массированным и далеко не безобидным вмешательством в регуляцию здорового влечения, и это вовсе не должно преодоление надоевших общественных установлений. “Сопротивление” здесь — не невротическое явление, а, напротив, ясный, здоровый инстинкт.

2. **Вытеснение** в его основополагающем значении, как это у Фрейда, — явление совершенно ясное. Патогенную роль, которую оно играет при неврозах, не следует понимать обобщенно. Для динамики здорового человека оно является необходимым физиологическим процессом. Личность вытесняет ранящую ситуацию, и это вытеснение является решающим для характерологического рисунка и действия. Такие вещи невозможно понять с позиций человека, отстраненно анализирующего ситуацию, их можно понять с точки зрения действующего, деятельного человека. Здоровый деятельный человек думает как раз наоборот: он не очень-то смотрит в прошлое, и он не всматривается в себя. Он смотрит в будущее и видит перед собой каждый день новые цели.

3. **Гипоноическая (hyponoisch) проработка переживания.** Почему это возможно и почему пациент этой наивной прямолинейностью своих стремлений часто достигает большего, чем работой со своими комплексами? Здесь следует освободиться от фундаментального заблуждения, а именно, что и у здорового человека проработка тяжелого травмирующего душевного материала должна проводиться **сознанием**. Простой пример: когда человек не может принять решение в сложной ситуации, он говорит: “Это надо переспать”. На другой день в сознании этого человека возникают не мучительные и путаные “за” и “против” ситуации. А ясное готовое решение-руководство к действию. Важная работа проведена вне бодрствующего

сознания, в состоянии сна. Это способ, при помощи которого здоровый организм прорабатывает большинство тяжелых ситуаций. Вначале эти ситуации, видимо, неприятны и мучительны, но если с ними нельзя справиться при помощи актуального действия, то они, в большинстве случаев, постепенно теряют аффективный заряд и детальную осознанность. Им не нужна роль опасных, угрожающих, глубоко запертых призраков. Они не “замурованы”, а прорабатываются в процессе активной жизни, спонтанной деятельности личности гипопоноически (hyponoisch) слоями психики здорового человека, и это без нашей учебной работы. Эти ситуации более не проявляются в сознании личности как реминисценции или как мучительные плохо осознаваемые и неверно понятые ситуации, а как формирующая регуляция, торможение или новый путь чувствующей и деятельной личности. Мы здесь можем лишь удивиться осмысленности законов жизни, тому, как природа — без нашего боязливого участия — в тиши, даже во сне, превращает болезненные и вредоносные ситуации в продуктивные импульсы личности, и свежесть решения не сковывается постоянным наблюдением холодного рассудка.

“Работа сна” — замечательный термин Фрейда. У незрелых невротиков этой работы хватает лишь на образно-символическое представление конфликта. У здорового же — на его проработку и претворение в деятельную жизнь.

Если мы это поймем, то будем более критично и осторожно подходить к вопросу анализа здоровых людей, в том числе и к учебному анализу. В этом последнем случае проблемы дидактики также отходят на второй план перед вредом, который может возникнуть при вмешательстве рации в естественную саморегуляцию организма.

4. **Интеллектуализация** инстинктивных жизненных процессов или процессов влечения должна быть понята со всей ее проблематикой. Инстинкты при направленности на них активного сознания нарушаются как рефлексы, они этого не выносят. Они — высокоинтегрированные жесткие формы реагирования организма, которые часто бывают нарушаемы уже ясным их осознанием и — тем более — аналитическим расчленением. Ежедневный опыт общения с ипохондриками и больными простым неврозом ожидания показывает каждому врачу, как сильно страдает при активном сознательно направленном внимании гладкое протекание, например, языковых автоматизмов, функций желудка, а также инстинктивной сексуальной функции. Эта повышенная чувствительность к дифференциальному ясному осознанию выходит за пределы узко рефлекторной области. Где нарушено инстинктивное течение чувств, там необходимо осознание и анализ. **Здоровую чувственную жизнь надо оставить в покое**, это относится и к тонким высоко ценным обертонам инстинктивной жизни. Можно **заболтать** (испортить болтовней) естественный воодушевленный эрос; так можно даже сломать брак и спо-

способность к стабильному браку. Ко мне на прием приходили женщины-врачи, подвергавшиеся анализу, испытавшие этот трагический опыт на себе и своей судьбе.

**Вред**, который может принести с собой анализ, можно оценить лишь при просмотре — без догматических оценок — огромного количества случаев. Вред вовсе не обязательно **должен** быть получен, во всяком случае его не наблюдаем у стабильных зрелых личностей, однако мы можем наблюдать типичные риски, типичный отход от нормы, этому особенно подвержены молодые и неуравновешенные люди.

Риски эти можно представить следующим образом. Что касается **технической** стороны, то у некоторых ассистентов наблюдается склонность к бесконечному анализу, довольно туманному на выходе, этот анализ теряет свою динамичность, приносит чрезвычайно поздние и незначительные результаты или не приносит их вообще. Этих недостатков можно избежать, если привнести в аналитическое образование врачей существенно более сильные активные моменты, касающиеся как строгости и концентрации аналитического процесса, так и динамического фактора и активирующих методов наряду с анализом, с тем чтобы, в конце концов, помочь данной личности включиться в деятельную жизнь (подробнее об этом см. в моих книгах).

Следующая методическая опасность, нередко возникающая во время учебного анализа, — это более или менее **скованное догматическое сужение** поля обозрения с потерей способности воспринимать психические факты пациента непредвзято и вне зависимости от всякого заранее принятого учебного воззрения и, с научной точки зрения, видеть истинно новое в новом свете. При длительном учебном анализе также может нежелательным образом воздействовать динамика переноса и почти неизбежное прямое или косвенное навязывание (вдалбливание) определенных школьных воззрений.

Естественно и окончательно сформированную личность невозможно расчленить без значительного риска. Это относится и к врачам, подвергающимся анализу. У структурно не очень твердых людей порой наблюдаются крайне нежелательные процессы, которые следует обозначить термином **дробление** (Zerfaserung) **личности**, и последствия которых заметны и в повседневной жизни. Это постоянные шуточки с тривиальным символическим толкованием, плоским снобизмом, так же бестактно “треплющим словами” ценности других людей, как и важнейшие общественные и этические нормы. А ведь большинство людей с утратой этих норм теряют всякую опору в жизни. Ценности нарушить так же легко, как и инстинкты.

Сюда относится упомянутая нами ранее возникающая нестабильность инстинктивной регуляции и тонких чувств как следствие интеллектуализации, а также нарушение контакта в любовных отношениях, в браке и семье и жизни вообще.

Если еще раз посмотреть на все это с **высших уровней человечности**, то можно сказать об анализе здоровых людей, в том числе и об учебном анализе, следующее. Фраза “Познай самого себя” звучит просто, понятно и как нечто, само собой разумеющееся. Однако это не так. (Подробнее см. Э. Кречмер, “Психотерапевтические этюды”, глава 1). Никто и никогда не рассматривал все “за” и “против” углубленного занятия интроспекцией и самопознанием. Гете называл этот тезис “подозрительным” и привел такие аргументы, которые нельзя игнорировать.

Между действующим и интроспективно анализирующим человеком существует истинная антиномия. И есть множество таких полярностей, у здорового человека они должны находиться в состоянии равновесия. Следует ограничивать как бесконечное анализирование и ретроспекцию, так и бездумные скороспелые действия. А границу эту мы переступаем, подвергая анализу интимнейшие движения души здоровых людей, причем анализ этот длится месяцы, а то и годы.

Уже говорилось об угрозе истинной **дружбе и любви** любых интеллектуальных расчленений со стороны партнера (это относится не только к психоанализу). Если хочешь потерять друга, проанализируй его. Дружба и любовь требуют некоторой дистанции, уважения защитных механизмов другой личности.

**Защита личной территории** — вот одно из основных требований развитой культуры. Людям определенных профессий можно порекомендовать посетить Институт управления или пройти курсы рентгенологов. Может быть, также возможно требовать от будущих психотерапевтов окончить курс учебного анализа, и это будет допуском к психотерапевтической деятельности? Создается впечатление, что современный человек более не чувствует разницы между одним и другим. Разумеется, это не вина психоанализа: мы сталкиваемся здесь, скорее, с общим социологическим феноменом жизненного пространства. Современный человек более не защищается от бюрократии, беспардонно проникающей со своими ревизиями в его дом. Человек забыл замечательный древнеанглийский принцип: “Мой дом — моя крепость”. Он забыл “пафос дистанции”. Он забыл изречение ШОПЕНГАУЭРА, что дела идут лучше всего, когда между людьми сохраняется дистанция средней величины. Речь идет вовсе не о том, что внутреннее пространство личности — это что-то “священное” или “не священное”. Здесь речь идет о том, чтобы уважать границы личности. Отсюда следует, что проблема учебного анализа может дискутироваться только с учетом всех ограничений и только на принципах добровольного участия. И разумеется, учебный анализ не принимается как принудительный элемент при обучении будущих психотерапевтов. Поэтому в германской психотерапии принято предоставлять право каждой клинике или институту самостоятельно решать, вводить ли учебный анализ в курс психотерапии, и учебный анализ вовсе не является обязательным условием признания полноценного психотерапевтического обучения.

## Метафизический дискурс психотерапии

Ю. Т. Джангильдин<sup>1</sup>

Одним из основополагающих компонентов междисциплинарной парадигмы современной психотерапии являются доминирующие на том или ином историческом этапе общественного развития мировоззренческие концепции, призванные очертить границы личностных смыслов и ответить на основные вопросы человеческого существования. Такие духовно-мировоззренческие идеи на протяжении нескольких тысячелетий развивались в рамках религиозного дискурса, звучание которого в психотерапевтических моделях остается достаточно существенным.

**Ключевые слова:** психотерапевтическая парадигма, христианство, механизмы защит, копинг-стратегии, страдание, смысл существования.

*“Лишь тот достоин жизни и свободы,  
кто каждый день идет за них на бой”.*

*Гёте*

Уникальность психотерапевтической парадигмы состоит в том, что ее корни можно обнаружить во множестве других дисциплин, особенно содержащих в себе общие философско-мировоззренческие концепции. Каждая из них содержит свой, уникальный, психотерапевтический потенциал. Уровень развития и представлений человека дохристианского общества и даже последующих эпох определял религиозный характер идеологических воззрений. Человек ранних цивилизаций сравнительно недавно отделился от природы. Она оставалась еще частью его, представления и мотивы поведения определялись мало управляемой эмоциональностью и даже чувственностью. Религиозная философия древнего общества была призвана удовлетворить эти эмоционально-чувственные, гедонистические потребности человеческой сущности, что находило выражение в соответствующих религиозных действиях. Соблюдались ритуалы в виде жертвоприношений, были сексуальные ритуалы. Иной смысл имели многие слова и выражения. Для нуждающихся была своя прикладная психотерапия, которая носила ритуальный, храмовый характер. Отголоски этой магической психотерапии проявляются иногда и в наше время, оживая в периоды идеологического вакуума. Динамика исторического развития привела к постепенному освобождению человека от природных сил и укреплению в нем, гуманистических, духовных качеств. Изменившиеся потребности

желания большинства населения пришли в противоречие с философско-идеологическими воззрениями рабского существования. Прежние ритуалы теряли былой терапевтический эффект и не снижали хронического напряжения общества.

Постепенно росла настоятельная потребность в создании иной религиозно-нравственной системы, более эффективно защищающей массовое сознание от психотравмирующих воздействий новых социальных процессов. На основе этой потребности сформировалось новое религиозное учение — христианство. Его философско-этическая направленность довольно жестко структурировала взгляды, эмоции и поведение человека. В христианских, особенно раннехристианских, учениях, идеальная модель человеческого поведения строилась таким образом, чтобы массовые отрицательные воздействия на человека приобрели иную значимость и человек раскрыл бы некий жизненный ресурс с более адаптивными функциями, реализуя потребности в саморегуляции, привязанности, эмоциональном комфорте, обретении смысла жизни и духовности. Необходимо было избыток отрицательных эмоций если не устранить, то каким-то образом нейтрализовать. Причем задействовать как сознательный, так и подсознательный уровень, используя соответствующие механизмы защит и копинг-стратегий. В этом плане основным психотерапевтическим потенциалом христианской идеологии обладают несколько важных компонента: искупление (или воздаяние), любовь и смыслообразующая функция. Воздействие этих стержневых мотивов осуществляется посредством когнитивно-эмоционального механизма, преимущественно на подсознательном уровне.

---

<sup>1</sup> Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета.



Возможность воздаяния позволяет снизить отрицательную оценку страдания и даже придать ему особый характер. В некоторых христианских течениях страданию придается даже ведущий смысл человеческого существования, и его намеренно стремятся приумножить. В качестве психотерапевтического приема использования позитивной стороны отрицательных переживаний в обыденной жизни может послужить цитата из романа Ф. Достоевского “Братья Карамазовы”. Вот так утешает мать, потерявшую ребенка, монах Зосима: “...А это древняя Рахиль плачет о детях своих и не может утешиться, потому что их нет, и такой вам, матерям, предел на земле положен. И не утешайся, и не надо тебе утешаться, и плачь, только каждый раз, когда плачешь, вспоминай неуклонно, что сыночек твой — есть единый из ангелов Божьих. Откуда на тебя смотрит и видит тебя, и на слезы твои радуется, и на них господу богу указывает. И надолго тебе сего материнского плача будет, но обратится он под конец тебе в тихую радость, и будут горячие слезы твои лить слезами тихого умиления и сердечного утешения, от грехов спасающего”. Вера в загробную жизнь начинала играть ключевую роль в уменьшении базовых тревог экзистенциального характера. Восполнение дефицита положительных эмоций осуществляется через переживание любви к Богу-отцу, Богу сыну, Богородице и т.д. Для верующего эта любовь взаимная. Бог любит тебя, принимает тебя таким, какой ты есть, он может простить тебе грехи, проступки, не отвергнет от себя. Единый Бог становится психотерапевтом для каждого страждущего. Зачастую подавленное и не удовлетворенное либидо сублимируется через эту возвышенную любовь. Такие чувства обладают катартическим эффектом, позволяя человеку отреагировать свои многочисленные эмоции. Переживанию любви отводится очень большое значение в христианских теологических учениях. Слова: любовь спасет мир, принадлежат христианину. Присоединенность к божественному позволяет людям в то же время обрести общность с другими людьми, найти подлинного себя и получить большую социальную поддержку.

Но кроме эмоциональных мишеней для психотерапевтического эффекта необходим интеллектуальный компонент. Для него предназначается тщательно разработанная этическая сторона учения. В наиболее концентрированном виде она отражена в известной Нагорной проповеди Христа, начинающейся призывом: “Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное”. В этом плане напутствия Иисуса Христа имеют четко направленные психотерапевтические интервенции по коррекции неадекватных личностных установок, претензий, желаний, невротического эгоцентризма. Он учит реально воспринимать себя в мире, понизить завышенные требования к окружающим, что в принципе позволяет избежать межличностных конфликтов и дополнительных эмоциональ-

но-стрессовых ситуаций. И, что очень важно, формирование этих поведенческих паттернов имеет особую ценность для благожелательного отношения со стороны Бога.

Указанные когнитивно-эмоциональные функции приводят в итоге к удовлетворению важнейшей экзистенциальной потребности человека — обретению смысла своего существования в этом “невыносимом” мире. И как достижение предельного смысла — героическое самопожертвование ради других как причастность к божественному образу.

Разумеется, христианство не могло удовлетворить потребности всех без исключения людей, оно само заключало в себя противоречивые тенденции и явную односторонность. Обращаясь к возвышенно-духовному, оно игнорировало биологическую, чувственную сторону человеческого существа. Иногда вовсе подавляя ее, христианство подкладывало под себя мину замедленного действия. Теоретики указывали, что “обратная сторона” веры отмечена принесением интеллекта в жертву, регрессивными фантазиями, неспособностью переносить свободу и невротическими копинг-стратегиями, ей недостает всесторонности, глубины, гибкости, динамики, баланса и согласованности. Исторические хроники свидетельствуют, что в маргинальных слоях человеческого общества то и дело возникали различные социальные и психические девиации. Но ее лечебный потенциал продолжал все же действовать на протяжении почти двух тысячелетий. На основе христианской философии сформировались такие научные психологические и психотерапевтические теории, как психоанализ, экзистенциальная и гуманистическая психология и другие их разновидности.

В христианской религии и затем в западной философии легко прослеживается такой тип взаимодействия противоположностей, когда они сталкиваются и дают новое качество или переходят друг в друга, а то и достигают абсолютного покоя. Два последних типа характерны для китайской и индустской философии. Именно они составляют суть восточных религиозных систем. Возникнув несколько раньше христианства, они продолжали совершенствоваться и в эпоху его триумфа. На другом краю земли, для других этнических групп восточные религиозные учения также выполняли свою психотерапевтическую функцию. Они исходят из своеобразной концепции человека, находящегося в одном непрерывном ряду другими природными явлениями и объектами. Идеальным для них является состояние, когда исчезает внутреннее противоречие между отрицательными и положительными эмоциями. Человек достигает состояния абсолютного покоя, он отказывается от эмоций, поскольку они зачастую являются порождением надприродного, искусственного мира. Он не должен нарушать единство связи “человек — природа”. Почему так раздражают грубые люди, грубые слова, жесты, звуки, поступки,



мысли? Потому что они нарушают ритм внутренней энергии — ЦИ, вызывая диссонанс, аритмию в организме человека. В тоже время каждое природное явление содержит в себе источник положительных эмоций и свидетельствует о внутренней красоте мира. Девизом этой философии будут слова: “Красота спасет мир”.

Психотерапевтические подходы, сформировавшиеся на основе этих воззрений, содержат в себе большой элемент аскетизма, самоограничения, физического и духовного усовершенствования. К ним можно отнести техники дзен-буддизма, йоги, европеизированной аутогенной тренировки и другие.

В этой статье затронуты только две противоположные мировые религиозные системы. Другие возникли несколько позже. Например, ислам в своей теоретической основе содержит знакомые по христианству или восточным учениям черты. К концу 19 века и особенно в 20 столетии недостатки и противоречия мировых религиозно-философских систем стали вырисовываться более отчетливо. Реальная жизнь, массовое сознание изменились столь кардинально, что эти концепции постепенно стали терять былые психотерапевтические потенциалы. Это обстоятельство послужило основой для трансформации уже заложенного в них стремления построения “Царства божьего” не в потустороннем мире, а здесь, на земле. Эти тренды были озвучены в широко распространенных коммунистических и социалистических идеях. Социалистическая идея создавала, с одной стороны, иллюзию активности, творчества, освобождения, с другой же — призывала к сознательному ограничению своих желаний и эмоциональных порывов. Однако, ее глобальный психотерапевтический эффект, несомненно, имел место и оказывал огромное воздействие на фор-

мирование психики нескольких поколений людей. Правда форма, в которой реализовалась идея, оказалась на данном историческом этапе нежизнеспособной. Хочется подчеркнуть, что формирование новых исторических концепций, обладающих возможностями реальной защиты человека, занимает жизнь многих поколений и растягивается на столетия. Думается, что ошибочным является утверждение, что сейчас происходит простое возвращение к традиционным западным или восточным духовным ценностям. Существует настоятельная потребность в создании нового философского дискурса, полнее соответствующего изменившимся реалиям жизни. Все более настоятельно мыслителями подчеркивается, что мир, особенно христианская цивилизация, переживает системный цивилизационный кризис. Идеология постмодернизма способствует уничтожению целостного представления о мире с возвращением к явной варваризации и архаизации. Это в полной мере относится к ситуации российской действительности. Отсутствие же новейших теоретических и методологических парадигм о человеке и мире в целом напрямую может быть связано со снижением эффективности в практической работе психотерапевта. Перефразируя слова известного психотерапевта Граве: “от конфессии к профессии”, можно сказать: “и вновь к конфессии” с обновленным метафизическим дискурсом.

Вот, то русло, в котором философские и социально-политические проблемы трансформируются в социально-психологические и смыкаются с медико-биологическими. Поэтому часто декларируемые понятия, такие как духовность, идеология, национальная идея имеют прямое отношение к состоянию психического здоровья человека.

Международный конгресс ВПА

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ  
ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ**

*24 – 27 июня 2015 г., Бухарест, Румыния*

**E-mail: [secretariat@wpa2015bucharest.org](mailto:secretariat@wpa2015bucharest.org);**

**[www.wpa2015bucharest.org](http://www.wpa2015bucharest.org)**

# “Слово внутреннее” и “слово прореченное” как средство общения и исцеления<sup>1</sup>

о. Георгий Кочетков<sup>2</sup>

Тема у меня должна быть или очень конкретной, или она должна быть очень-очень общей. Конечно, мне придётся быть предельно кратким. Я хотел бы, прежде всего, немного рассказать вам о том, как смотрит на эту проблематику — очень традиционную, даже древнюю — христианство, православная традиция. Ведь вы прекрасно понимаете, что слова: “В начале было слово” были написаны очень-очень давно. Это евангельские слова, поэтому в истории было много поводов у самых разных людей, в разные эпохи, в разных странах порассуждать на эти темы. И если вас что-то особо заинтересует — какое-либо высказывание, какое-то положение из моего доклада, — то задавайте, пожалуйста, соответствующие вопросы, как-то проявляйтесь, а я тогда постараюсь развернуть эти мысли.

\* \* \*

Конечно, вопрос о слове существует столько, сколько существует человек, столько, сколько существует слово. Нельзя себе представить слово без человека и человека без слова. Вопрос о **слове** — один из основных в христианской философской антропологии. Без его разрешения невозможно и думать об исцелении человека. Ведь вполне бессловесное существо — это уже не человек...

Таково положение — фундаментальное, основное положение, — касающееся самого понятия “человек”. В истории много раз оно оспаривалось, и сейчас часто оспаривается. Мы сами иногда говорим о человеке в каком-то совершенно ином смысле. Но вот, тем не менее, есть все основания, на мой взгляд, придерживаться именно этой традиционной точки зрения.

1) **Что есть “слово”**, что есть логос, который только и может быть “в начале” всего в жизни человека и мира? Трудно давать такие определения, может быть, даже невозможно. Но я всё же попытался это сделать, чтобы показать, скорее, какой-то смысловой вектор. Это не столько дефиниция, сколько какой-то иероглиф. На мой взгляд, слово — это личное (ипостасное) или даже, может быть, личностное начало, творящее все формы **духовного смысла** и в мире, и в человеке. Конечно, это “слово” требует воплощения, требует воплощённости. Слово — начало не матери-

альное, но оно требует своего воплощения. И оно **способно к воплощению**.

В каждом человеке, живом существе и даже в порядке всех природных вещей заложено это его словесное начало, то, что можно было бы назвать началом “логоистическим”, или “логосным”. Я это обычно называю таким странным словом “логоистическое”, от греческого слова “логос”. Но ведь во всём тварном мире есть свой порядок и есть свой смысл. Понятно, что такая “логоистичность” отличается от логичности и от логики. Думаю, это не требует особых пояснений.

2) Если мы попытаемся как-то приблизиться к тайне “слова”, мы обнаружим, что “слово” может быть, по меньшей мере, **“внутренним”** и выраженным вовне, например в каком-то действии, т.е. **“словом прореченным”**.

**“Слово внутреннее”** — понятие традиционное и тоже очень древнее. По-гречески это выражение звучит “**λόγος ενδιάφетος**”. Оно не переносит никакой информации, это не есть некое со-общение, но оно может быть живым и действенным, приводящим к внутреннему **общению**, можно было бы даже сказать к общению духовному. Впрочем, общение в подлинном смысле слова всегда духовно. Два словесных, хотя и молчащих, существа могут находиться в глубочайшем общении. Возможно живое и личное, непосредственное общение между человеком и человеком, как и между человеком и Богом. И ещё в начале II века нашей эры святой мученик Антиохийский Игнатий Богоносец говорил о способности доверяющего и верующего человека **слышать молчание Бога**. Это даст нам возможность слышать и молчание человека. При этом могут совершаться акты **познания Бога** и **познания Богом человека**, а в случае общения между людьми — и познания **человеком человека**. Это познание — мистическое, глубинное, необъективированное, как бы мы сказали на современном языке экзистенциальной философии.

3) А что есть “слово прореченное”, т.е. слово, отличное от “внутреннего слова”, которое одновременно молчание и слово, источник общения, источник духа? Что мы можем сказать о “слове прореченном” (“логос профорикос”)? **“Слово прореченное”** тоже может быть живым, экзистенциальным общением между людьми или между человеком и Богом. Но оно может быть и объективированным со-общением, полезным, но не живым. В первом случае оно носит характер творческого действия, поэтому оно может быть воплощено и может иметь **исцеляющую силу**, в чём так часто нуждаются люди. Исцеляющую силу в

<sup>1</sup> Доклад на “Консторумских чтениях” 19 декабря 2014 г.

<sup>2</sup> Ректор Свято-Филаретовского института, профессор-священник.

смысле силу, восстанавливающую утраченную **целостность** человека в его духе, душе и теле. А значит, и в его уме — “рацио”, и в разуме — “нус”. “Слово прореченное” может быть и **пророческим** словом, говорящим о будущем и открывающим его тайны.

4) Если взять все эти понятия в наш обиход, то что здесь ещё надо было бы сказать? Прежде всего то, что человек может носить в себе тайну Слова, можно даже сказать **тайну Христа** как воплощённого Слова, Который Сам есть и действительно воплощённое “Слово внутреннее” и “Слово прореченное” от Бога, и в то же время — совершенное и вдохновенное человеческое слово и совершенный человеческий разум. Всякий человек может стать христоносцем, как это утверждал тот же святой Игнатий, и значит — “словоносцем”, носителем высшего смысла и познания. Но **открывается Тайна Слова как тайна Христа только в духе** — и в духе человеческом, и в Духе Божьем. Это приводит человека к нужде в новом, духовном рождении, к возрождению в качестве уже не простой социально-психологической индивидуальности, и даже уже не только в качестве онтологического “лица” (ипостаси), а в качестве **экзистенциальной личности**, в качестве духовного Человека с большой буквы, говоря другими словами, Человека, “рождённого свыше”, а в пределе — богочеловека, которому в этом качестве становится “всё возможно”. Как говорит нам Новый завет: “Всё возможно верующему” (Мк 9:23). Жизнь такого человека и есть непрекращающееся общение, служение и исцеление себя, жизни и мира, хотя, конечно, у каждого в свою меру. Вот отсюда могут проистекать и наши задачи, вообще говоря, вплоть до самых-самых конкретных, ежедневных, даже почти житейских.

5) Задача исцеления любого человека — это задача его очищения, которое мы можем называть также спасением. Это задача его освящения и усыновления, даже богоусыновления. Это не просто его индивидуальная этическая и эстетическая задача, это его задача “прийти в себя”, стать самим собой, отвергнуть в себе зло и грех, найти в себе и очистить подлинный **образ Божий**, в который включается и логоистичность человека. В понятие образа Божьего включаются все высшие качества человеческой жизни, каждого человека, независимо от его мировоззрения, идеологии и т.п. Сюда включается и его вера, и надежда, и любовь, и дух свободы, и творчество и познание истины, и человечность, и жертвенность. Всем нам надо ещё учиться жить по-Божески, и это будет означать жизнь по-человечески. А отсюда происходит наше стремление к **богоподобию**. В нём заключается, в нём находится конечная цель и предельный смысл жизни каждого человека на земле.

Вот мои краткие тезисы. Как видите, они носят очень общий характер. Но всё-таки я надеюсь, что высказанные мною сейчас утверждения вами будут соотнесены с вашим практическим опытом, опытом работы с людьми, нуждающимися в помощи, всякого рода ментальной помощи, душевной помощи, а иногда и духовной, и телесной. Тема, предложенная мне сегодня, касается вообще всех. Здесь даже трудно отличить врача от пациента, психотерапевта от того, кто к нему пришёл на приём. В каком-то смысле все люди нуждаются в подлинном исцелении, нуждаются в становлении в качестве личности, в качестве воплощённого духа и смысла.

Ну вот, может быть, на этом я закончу.

**Б. А. Воскресенский:** Спасибо. Пожалуйста, вопросы.

**Вопрос:** Отец Георгий, существует две таких точки зрения на сегодняшний день. С одной стороны, политики, люди, занимающиеся макросоциальными процессами, происходящими в мире, говорят о том, что происходящее сейчас на земле есть Кризис с большой буквы, не только экономический, но и Кризис душевный, и Кризис духовный. Другое предположение психиатров и психологов, которые занимаются вопросами душевного здоровья. И оно, в общем-то, параллельно первому, указывает на то, что последний год, если так упрощённо говорить, все сходят с ума.

Можно ли провести, во-первых, параллели между этими двумя точками зрения? И нет ли здесь ключевой проблемы, касающейся как раз слова? Можно ли говорить о деградации языка и языков, о информатизации и уходе как раз в бессловесные контакты? Или, например, можем ли мы говорить о том, что люди просто разучились слышать друг друга, слышать вот это слово, какими бы они ни были, и что в связи с этим и происходят все эти события?

**ОГ:** Что говорить, то, что люди сходят с ума, это понятно. В нашей-то стране это особенно понятно, здесь, как говорится, куда ни глянь, всё будет окрашено определённым образом. Мы уже сто лет сходим с ума, и уже, наверное, десять раз сошли. И у нас ещё не было времени даже одуматься, подумать над тем, что же с нами происходит. Конечно, это вырождение человека и вот эта возрастающая бессловесность, даже невозможность общения, и отсюда огромные ментальные, психологические, психические и прочие проблемы, безусловно, это всё связано с тем, о чём Вы сказали. Да, в нашей стране это особенно так. Я был в десятках стран и скажу вам, что нигде в мире нет такого, как у нас. Нам очень дорого стоят все наши эксперименты XX века. Мы ещё не одно поколение будем за это расплачиваться и будем всё больше сходить с ума. Конечно же, для того, чтобы “прийти в себя”, нужны какие-то очень определённые действия. Безусловно, надо не просто прийти в храм. Вот пом-

ните, в конце “перестройки” был замечательный фильм “Покаяние”, и там был этот символ “дороги, которая ведёт к храму”. И многих это тогда вдохновило и как-то вооружило. Но оказалось, что этого мало, для современного нашего человека этого слишком мало. Ведь можно прийти в храм и, увы, остаться со своими проблемами наедине. И поэтому мало прийти в храм, нужно “прийти в себя” и прийти к Богу. И ещё надо соединить эти два начала непротиворечивым образом. Помните знаменитую евангельскую притчу о блудном сыне? Там ведь тоже начинается всё с того, что человек, вот этот самый блудный сын, грешник, ушедший от отца куда-то там к блудницам, ушедший, в общем, куда-то, в сумасшедший дом, он сначала пришёл в себя и уже потом он возвращается к отцу и получает то, что хотел, хотя уже и не надеялся ничего получить. Вот это “прийти в себя”, стать самим собою, определить свою норму жизни — это задача колоссальной важности. Думаю, она особым образом стоит и перед каждым психотерапевтом, и психиатром, и психологом, и психоаналитиком. Обязательно! Она стоит, конечно, и перед каждым священником, да и вообще перед каждым совестливым человеком, особенно если он отвечает не только за себя, но хоть в какой-то степени и за других.

Я только не совсем понял ту антитезу, которую Вы высказали в начале. Мне показалось, что эти процессы идут как-то в одну сторону. Люди сходят с ума, с одной стороны, а с другой? — *А с другой стороны, происходит глобальный кризис, политический кризис, экономический кризис.* — Да, это всё в одну сторону. Действительно антитезы-то здесь нет, это просто разные стороны одного процесса. И будут эти кризисы, и никуда мы от них не денемся. Мы будем сходить с ума и параллельно переживать какие угодно кризисы — экономические, политические и прочие. Пока мы не придём в себя, у нас нет оснований для иного — вот в чём дело. В этом трагедия нашей жизни, но и какая-то надежда. Всё-таки пока человек жив, у него есть возможность “прийти в себя”, у него есть хороший шанс, пусть иногда и очень маленький. И здесь надо хоть немного помогать друг другу. Вот, вы это делаете и мы это делаем, мы все вместе что-то для этого делаем. Конечно, делаем мало, конечно, делаем плохо, но делаем. Самое тяжёлое, когда мы друг друга не слышим. Когда мы друг друга не слышим, не люди вообще, а вот мы, те кто призван как-то помогать другим, вот тогда плохо. Нам нужно друг друга очень хорошо понимать, друг друга слышать, друг другу помогать. Есть слишком немного людей, способных вообще почувствовать эту внутреннюю норму, то, где находится тот спасительный путь, по которому надо сейчас нам идти, а где, так сказать, лжепуть, который ведёт в болото, в топь. Всем нужно освободиться от миражей всякого рода. И конечно, словесность человека в этом смысле имеет огромное значение. Вообще мне кажется, что ничто не может

заменить словесного общения. Другое дело, что мы часто понимаем под этим не совсем то, что надо. Нам иногда кажется, что чем больше слов, тем больше общения. Ничего подобного! Я специально здесь говорил об этом молчании, о способности слышать молчание. Это как раз высшая точка. Я об этом не имел возможности сказать подробно, но думаю, что вы почувствовали, что “логос эндиафетос” первороднее “логоса профорикос”, что первоначально-то здесь молчание, покой, внутренний мир, а потом уже находится способность всё воплощать и выражать. Даже если твоё слово пророческое, надо уметь его сдерживать, надо уметь к нему относиться, что называется, кенотически (от греческого слова “кеносис”, означающего самоограничение, самоистощание, умение проходить через тесные врата и идти узким путём).

Ну, об этом можно было бы много говорить, тут это дело опыта. Люди боятся общаться. Ведь страхи, как известно, являются основой для множества, множества внутренних искажений в человеческой жизни. Люди порабощены страхом. И один из основных страхов — это страх общаться, открыться, вообще довериться, даже просто довериться, просто доверять. Доверять себе, Богу, человеку, близким, дальним, обстоятельствам в своей жизни, какой-то своей внутренней судьбе. Не в фаталистическом, конечно, смысле, а в христианском. И вот те люди, которые умеют общаться, могут найти и указать нам истинный путь. Это люди, которые владеют силой внутреннего слова, если только они не злоупотребляют ею, если она не превращается в магию — а такое бывает, мы знаем, как это бывает, как это было не только в революционное время, но и в разные иные времена. Нельзя словом злоупотреблять, оно не должно быть фальшивым. “Слово прореченное” может быть нестерпимой фальшью, а может быть действительно пророческим, великим словом, дающим вдохновение и указывающим выход из любого тупика, из любого трудного положения. Ну, простите, у Вас просто такой глобальный вопрос, что можно говорить очень много.

*А. Я. Басова: Большое спасибо за такие потрясающие слова, которые ещё явно нужно осмыслить, желательно бы послушать ещё раз.*

*У меня вопрос: путь к себе, дорога к себе — это ведь всегда диалог с другим. Здесь есть и слово внутреннее. Можно ли сказать, что слово внутреннее — это всё равно диалог, диалог с самим собой, диалог с Богом, диалог со своей совестью, но всё равно это диалог с другим, это всегда “я” и “ты”, а не “я” и “я”?*

**ОГ:** Конечно, ведь это и есть общение. Но есть и разница в том, что есть общение в этом молчании, а есть общение в слове. Диалог — это всё-таки общение в слове. “Диа-логос” — от корня логос, слово. И ничего плохого нет в воплощённом слове, в изречённом слове, и, следовательно, в диалоге. Диалог — вещь часто целебная, но это трудная вещь. Диалог требует



внутреннего напряжения. Не все могут нести это напряжение. Сначала надо установить общение без слов. Это сперва кажется, может быть, чем-то немного более простым. Но Вы знаете, как часто люди не умеют молчать и насколько современному человеку бывает трудно молчать. Выключите все телевизоры, компьютеры, всё-всё-всё, что шумит вокруг нас или внутри нас, и очень многие люди почувствуют себя крайне некомфортно. Вообще они не будут знать, куда им деваться. Я видел много таких, особенно молодых, людей, но это касается не только молодёжи, это не только проблема молодёжи. И у пожилых людей часто возникают с этим огромные проблемы. Они совсем не знают, куда себя деть, когда им не нужно что-то практическое, житейское делать, и не нужно просто говорить, говорить, говорить или слушать, слушать, слушать, непонятно зачем и что. Вообще нахождение нормального модуса существования человека как исихими — это необходимая задача. Вы знаете, наверное, это слово “исихимия”. Это именно не “молчание”, а “безмятежие”, в смысле полного внутреннего мира. Вот исихасты этого искали, они не искали просто ухода из мира, мол, мы ушли, заперлись где-то, и там живём, как хотим. И вот, современному человеку найти этот внутренний мир, эту исихию, ещё сложнее, чем древним. Многие люди этого делать совершенно не умеют, ведь они уже поработаны внешними техническими средствами, они просто рабы при машинах. Вы посмотрите, сколько людей тратит кучу времени, сил и средств на всё это. Люди целыми ночами сидят перед компьютерами и Бог знает чем занимаются. Это рабство, это одна из худших форм рабства, причём самое неприятное то, что не очень-то понятно, как освободить человека, уже попавшего в это рабство, от него.

Таким образом, диалог — вещь великая и очень плодотворная, но уже требующая духовных сил, уже требующая какого-то восстановления, какого-то исцеления. И если этого нет в человеке, если сил для этого нет, тогда надо, на мой взгляд, начинать не с диалога.

**Вопрос:** Отец Георгий, Вы знаете, что в России и во многих других странах создаются негосударственные, общественные, конфессиональные реабилитационные структуры, которые помогают человеку избавиться от многих своих личных бед, в частности, от зависимостей и прочее. Как Вы считаете, что лежит в основе деятельности таких центров, создаваемых конфессиями?

**ОГ:** Знаете, может быть, мне не везло, но у меня опыт общения с деятелями таких центров не очень положительный. Я часто встречаюсь там с какими-то странными фундаменталистскими основаниями, совершенно формальными, очень жёсткими, очень безличностными. Вроде бы люди хотят помочь, но помогают так, что загоняют человека в клетку. Я говорю сейчас, прежде всего, о церковных структурах, я зна-

чительно меньше знаю о других. Но меня очень не устраивают такие реабилитационные центры. То есть идея-то у них хорошая, ведь как ещё помогать людям? Но у меня был только один положительный опыт, и то не православный, а баптистский. Когда мы не могли помочь одному очень тяжёлому алкоголику, а он был верующим постольку-поскольку, я попросил его православных родителей отдать сына, который просто погибал, и всё, в один баптистский реабилитационный центр. Они его исцелили, он действительно перестал пить, он действительно сохранил свою жизнь. Я с ним после этого уже общался, он стал прекрасным человеком. Ну, понятно, были применены, конечно, специфические баптистские методы, как и предполагалось, он стал баптистом, но это всё лучше, чем он был бы уже мертвецом. И мне кажется, что это совсем неплохой исход. Другое дело, что там тоже много каких-то жёстких методов. Мне кажется, что нужно больше базироваться на духе любви и свободы. Всё-таки есть ещё исцеление, которое может даровать человеку свобода духа. И почему мы не пользуемся этим ресурсом любви и свободы, я не понимаю. Почему мы ему не доверяем, почему мы считаем, что порядка больше там, где меньше свободы? Я считаю наоборот.

**Вопрос:** Вопрос о бессловесном общении не самого с собой, а именно с другим человеком. Это возможно?

**ОГ:** Да, конечно, и с Богом, и с людьми. Я об этом говорил. — А как бы это Вы можете описать, чтобы доступно понять? Опишите это, пожалуйста. — Знаете, описать это трудно, ибо внешне здесь же ничего не происходит. Может быть, Вы слышали такое имя: митрополит Антоний Сурожский. Нет, не слышали? Очень жалко. Он был профессиональный психиатр ещё во время Второй мировой войны. Он жил в Англии, но дело не в этом. Он из русской эмиграции первой волны. Он умер несколько лет назад. И у него есть такая книжка “Школа молитвы”, где он пытается описать именно этот опыт и эту практику. Эту книгу можно сейчас найти, она уже издана сейчас в России. Антоний Сурожский замечательно описывает эти вещи. Посмотрите, это целая книжечка, она написана очень современно. Я не отсылаю вас к каким-то древним авторам, потому что там Вам нужно будет продирается через какие-то особенности и условности текста, а это слишком трудно.

**Вопрос:** Можно ещё один вопрос? Что входит в понятие “прийти к Богу”? Это прийти к самому себе и принять самого себя в тех облициях, в которых ты есть, вообще полностью себя принять без поруганий? Или что это, что значит прийти к Богу?

**ОГ:** Конечно, есть некоторая разница между желанием человека прийти к Богу и прийти к себе. Мы стараемся объединиться с Богом как можно полнее, но без потери личности. Мы не сливаемся с Богом, а объединяемся. Поэтому прийти к Богу — это значит

прийти к Богу, а прийти к себе — это значит прийти к себе. Другое дело, что одно и другое — это как два сообщающихся сосуда. Если происходит одно, обязательно начинает происходить и другое. Если происходит одно, обязательно начинает происходить и другое, что бы человек при этом о себе или о Боге ни думал. — *Что происходит с человеком, когда он приходит к Богу?* — Возрождение, исцеление, всё то, о чём мы с вами уже говорили. Или, если говорить на старом языке, спасение, богоусыновление и т.д. Именно это часто называют просто исцелением. — *И гармония.* — Да, это и есть нахождение себя. Действительно, всё внешнее и мёртвое начинает от человека “отваливаться”, с него спадать, и остаётся только то, что натурально, то, что подлинно.

**Вопрос:** *Отец Георгий, последнее. Скажите, что есть Бог?*

**ОГ:** Ну, тогда не “что”, а “кто”. Потому что если “что”, то это должно быть какое-то понятие. Но Бог — не понятие, а живой Дух. В Писании много сказано об этом, почитайте Евангелие от Иоанна. В Новом завете Бог есть Любовь, Бог есть Свобода, Бог есть Истина, Бог есть тот самый внутренний Мир и Свет. — *Ну, это ипостаси...* — Нет, это не ипостаси, это качества. Это те качества, через которые мы соединяемся с Богом, с теми же самыми Его качествами. Как мы объединяемся с Богом? Мы просто объединяемся в одной жизни, у нас одни качества жизни. Только у Бога это, ну, скажем так, в совершенстве, а у нас не в совершенстве. Но это не всегда большая беда...

**Вопрос:** *На сегодняшний день роль священнослужителей достаточно высока. Вот в связи с этим у меня вопрос к Вам: скажете, пожалуйста, вот сегодня люди одинаково обращаются за помощью и к психотерапевту, и к священнослужителю. Вот, на Ваш взгляд, существует ли здесь какая-нибудь грань? Вы же можете как-то, например, быть бессильным.*

**ОГ:** Безусловно, это может быть.

**Вопрос:** *И как Вы это преподносит прихожанам, которые к Вам ходят?*

**ОГ:** Спасибо. Хотя мы уже затрагивали в прошлые годы эту тему, но я вижу, она всё равно продолжает существовать в жизни. Конечно, существует такая грань. Есть определённая, скажем так, специализация: что-то может сделать священник, а что-то психиатр или психотерапевт и т.д. Мне не даст соврать Борис Аркадьевич, почтеннейший наш председатель, потому что я пользуюсь нередко именно его консультациями. Я к нему посылаю людей, когда нужен не священник, а профессионал психотерапевт или психиатр высокого класса. — *Я задал этот вопрос, поскольку знаю не один случай, когда священнослужитель лечит шизофрению.* — Ну, это печально в таком случае. — *Поскольку мы работаем вместе, делаем одно хорошее дело, может быть, не нужны какие-то быстрые показания, противопоказания и т.д.?* — Я думаю, что нужно, прежде всего, то самое

понимание, о котором мы уже упоминали. Все эксцессы происходят от недоверия и непонимания. Ведь не только священники часто не знают пределов и границ своей, скажем так, духовной ответственности и компетенции в общении с другим человеком, но точно так же и врачи, и психотерапевты, и психиатры, и, тем более психоаналитики, точно так же и они часто этого не знают и начинают выполнять функцию духовника. Не нужно психотерапевту быть духовником и отвечать на все жизненные вопросы пациента. Есть вещи, где нужен действительно, мудрый, духовный человек. Это не всегда будет священник. Священнику вместе с саном высочайшая духовная мудрость ещё не даётся. В потенции — даётся, но её ещё надо реализовать в жизни каждому священнику. Священник такой же человек, как и все, у него самого могут быть такие же проблемы, в том числе и душевного свойства. Так же как у психотерапевта могут быть проблемы душевного и духовного свойства, и ему самому бывает нужно прийти, скажем, для общения к священнику, и не только на исповедь. Почему-то у нас часто существуют очень узкие представления, будто церковь — это только какие-то внешние обряды. Это всё наша дикость, это всё наша ограниченность. Конечно, чем лучше священник разбирается в нюансах душевного склада человека, тем лучше, кто спорит. Потому что очень часто приходит человек на исповедь или на разговор — а сейчас уже не советские времена, и у священника есть возможность разговаривать с любым человеком, — и этот человек часто описывает в духовных терминах состояние, которое совсем не духовного характера и свойства, а как раз душевного, психического. И священник ещё должен догадаться, что перед ним м.б. шизофреник. Он не должен начинать лечить шизофрению, если он сам не профессионал в этой области, но он должен догадаться, он должен увидеть, он должен понять это. Это не всегда просто, как вы прекрасно понимаете. А люди осознают себя и описывают себя часто неадекватно. Вот священнику и нужно это прозреть. Очень хорошо, если священник это понимает и видит. А если он не понимает и не видит, то это бывает плохо и для того, и для другого. Поэтому нам обязательно нужны здесь какие-то общие действия. В нормальном случае, будь у нас немножко более спокойная атмосфера, нужно было бы созывать какие-то совместные конференции, где можно было бы решать все проблемы. Есть некоторые книги, допустим, Д. Е. Мелехова, на эту тему, но их немного.

**Б. А. Воскресенский:** Да, совсем немного. Опять же митрополит Антоний...

Огромное спасибо, отец Георгий, за Ваше выступление, за ответы на вопросы, за тот труд, который пришлось Вам претерпеть, добираясь к нам.

**ОГ:** Я Вам благодарен за приглашение и за внимание.

# К диагностике и психотерапии панических атак

В. Е. Смирнов, Ю. Л. Покровский

На протяжении многих лет наблюдались амбулаторно 56 больных с паническими атаками (ПА) с агорофобией и другими фобиями. Выявлена коморбидность этих расстройств с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и употреблением психоактивных веществ. Впервые описан комплекс мер по оказанию “первой помощи” в этих случаях. Прослежены катамнезы. Результаты психотерапии не уступают медикаментозному лечению панических атак.

**Ключевые слова:** панические атаки, соматоневрологические расстройства, психотерапия панических атак.

По данным социологических опросов (на 2013 г.) — 50 % москвичей и гостей столицы, спускаясь по эскалатору, испытывали страх. В отдельные периоды, например, после задымления на двух станциях Московского метрополитена, эти цифры возрастали до 80 %. Собственно панические атаки (ПА), панические реакции (ПР) составляли ориентировочно 1/5 от названных цифр (10 %). Но и эти цифры масштабны, если учесть, что в течение дня (особенно в часы “пик”) поезда метрополитена перевозят миллионы пассажиров.

Опросы выявили, что жители крупных городов России больше всего боятся: 1) терактов, 2) преступников, 3) техногенных и природных катаклизмов, а также 4) неправомысленных действий мигрантов.

Несмотря на распространенность панических расстройств (по некоторым данным ПА страдает от 1 % до 2 % населения, в США — 3 %), клиника этих состояний недостаточно освещена в отечественной литературе и весьма скудно представлены подходы к этим нарушениям.

Панические реакции (ПР) начинаются обычно после 20 лет, чаще у женщин. Иногда говорят о семейной предрасположенности. Антидепрессанты и анксиолитики на первых порах лечения нередко дают определенный эффект, и госпитализации таких больных крайне редки.

Больные с ПР нуждаются в тщательном обследовании для исключения соматических заболеваний. Физические нарушения могут имитировать ПР, вызывать их, ухудшать течение посредством различных патофизиологических механизмов. Симптомы расстройств часто служат триггерами ПА и могут наблюдаться: а) смешанные состояния; б) преморбидные отклонения; в) нарушения, идущие параллельно (коморбидные) (Табл. 1)

Пример: мерцательная аритмия может протекать самостоятельно, но внезапное учащение сердечбиения может привести к ПА. В то же время аритмия может имитировать ПА, и при неточном диагнозе лечение оказывается неадекватным.

Изменение сердечного ритма, помимо названных — тахикардия, экстрасистолы, могут вызывать и нередко вызывают фобии с паническими атаками, с последующим тревожным ожиданием повторного приступа (кризиса).

Ещё одна возможная ассоциация патофизиологических состояний — пролапс митрального клапана (ПМК). В исследованиях последних лет предполагается возможная связь этих двух состояний (через хромосому 13) с синдромом, характеризующимся В-адренергической гиперактивностью, ПМК, паникой и поражением почек.

Следует упомянуть, что гиперкортицизм (при синдроме Кушинга) наряду с депрессией (дистимией), тревогой, едва ли не в половине случаев (50 %) протекает с ПА.

До 70 % пациентов с паническими расстройствами списывают эпизоды паники во время сна. В анамнезе отмечаются внезапные пробуждения с последующей ПА. В этих случаях не регистрируется уменьшение латентной фазы “быстрого сна” и типичная ночная паника происходит в течение 2-й или 3-й стадии сна. Они не связаны с фазой “быстрого сна”, но со сновидениями (по данным ночных записей ЭЭГ).

По-видимому, особенно распространено паническое расстройство вместе с агорофобией (более, чем ПР без нее). Пациент, главным образом, испытывает страх перед двумя ситуациями: 1) когда он не может

**Таблица 1.** Сомато-неврологические расстройства и ПА

Сомато-неврологические расстройства	%
1. Болезни сердца: а) аритмии; б) наджелудочковая тахикардия; в) пролапс митрального клапана	30 %
2. Эндокринные расстройства: а) патология щитовидной железы; б) гиперпаратиреоз	28 %
3. Гипогликемия	16 %
4. Вестибулопатия	9 %
5. Височная эпилепсия	5 %
6. Гиперкортицизм (синдром Кушинга) и др.	10 %
Всего:	100 %

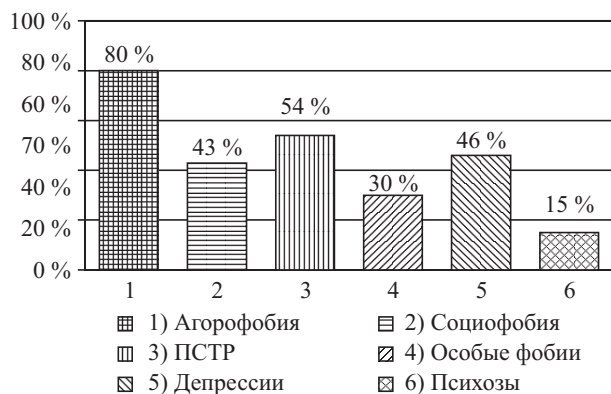


Рис. 1. ПА в связи с психическими расстройствами

незамедлительно вернуться в безопасное место (домой) или 2) в которых невозможно получить немедленно помощь в случае появления первых признаков ПА. (Рис. 1)

Употребление психоактивных веществ, синдром “отмены” при приеме антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, курительные смеси и т.п. могут осложниться ПА.

Часто симптомами, по поводу которых возникает страх, являются: 1) вертиго (головокружение); 2) потеря контроля над функциями: а) мочевого пузыря, б) желудочно-кишечного тракта.

С точки зрения практического оказания помощи и психотерапии, в частности, следует сказать и о приступах гипервентиляции (ГВ), протекающих с частым поверхностным дыханием, фобией или паникой и пугающими соматическими ощущениями. ГВ приводит к респираторному алкалозу за счет недостатка СО<sub>2</sub> (двуоксида углерода). Усилия организма поддерживать рН за счет буферных систем приводит к снижению Са (кальция) в сыворотке (что может вызывать тетанус)

и к сужению сосудов кожи и ЦНС. Синдром ГВ часто связан с ПР.

Напомним, что паника (паническая реакция — ПР) — это внезапное кратковременное состояние сильного душевного дискомфорта, страха в ситуации мнимой или реальной опасности, длящееся обычно от 2-х до 3-х минут до получаса (пациенту эти минуты кажутся вечностью). Панике в большей степени подвержены впечатлительные, тревожные и склонные к интроверсии (замкнутые) люди.

Среди основных причин ПР — дистресс, болезнь, переутомление, страх перед новым приступом паники и т.п.

Симптомы ПА: 1) вялость, дурнота, слабость; 2) тахикардия; 3) затрудненное дыхание, апное, сжатие, давящие боли в области груди; 4) приливы (бросает то в жар, то в холод); 5) неприятные ощущения в области желудка (урчание, тяжесть), расстройство функции кишечника; 6) вертиго; 7) тремор в руках и ногах; 8) страх лишиться рассудка или жизни.

По данным литературы, КИТ (когнитивно-поведенческая терапия) влияет на 1) “копинг” (реакция совладания со страхом); 2) ритуал безопасности; 3) избегание.

М. М. Асатиани (1923) предложил метод репродуктивных переживаний в гипнозе (Н. М. Асатиани, 1974). Хотя В. С. Лобзин и М. М. Решетников (1986) считают аутогенную тренировку (АТ) противопоказанием при клаустрофобиях (боязни закрытых мест и страха людных мест (агора- и социофобиях), ряд авторов находит бесполезной релаксацию.

С 1988 по 2012 гг. нами, главным образом амбулаторно, наблюдались 56 больных с ПА. Их возраст составлял от 21 до 39 лет, 31 год + 1,2. Пол: 34 мужчины, 22 женщины. 18 пациентов — с высшим образованием, остальные со средним и незаконченным высшим.

По диагнозам больные распределялись следующим образом (Табл. 2).

Таблица 2. Диагнозы больных с паническими атаками

№ №	Синдромы / Название болезни	Пол		Сопутствующие фобии			Всего больных, %
		Муж.	Жен.	Агора-фобия	Социо-фобия	Особые фобии	
1.	Гипертоническая болезнь (мерцательная аритмия)	7	3	6	2	2	17,9
2.	Патология щитовидной железы	2	6	3	4	1	14,2
3.	Алкогольная зависимость (1 – 2 ст.)	11	5	8	4	4	28,6
4.	Зависимость от наркотических(стимулирующих) веществ	4	2	4	1	1	10,7
5.	ПСТР (посттравматическое стрессовое расстройство)	3	2	2	2	1	8,9
6.	Посткоммоционный синдром(травматическая энцефалопатия)	5	1	4	2	–	10,7
7.	Височная эпилепсия	2	1	2	1	–	5,4
8.	Депрессия (тревожная униполярная)	–	2	1	1	–	3,6
Итого:		34	22	30	17	9	–
Всего:		56		56			100 %



Следует сказать, что у 40 % больных диагностирована алкогольная зависимость (1 – 2 ст.) и зависимость от психоактивных веществ — 8 %. Отдельные авторы считают этот алкоголизм вторичным, видя в нем трансформацию тревоги (с попыткой самолечения).

Патология щитовидной железы чаще наблюдалась (в нашей выборке) у женщин. К особым фобиям относилась, например, фобия экзамена. Как пишут А. М. Вейн с соавторами (1997), среди клинических случаев агорофобия без ПА чрезвычайно редка. Эти же авторы справедливо отмечают, что нелекарственное купирование ПА психологически более предпочтительно для больного, поскольку способствует “реконструированию внутренней картины болезни”. Как только пациент осознает, что самостоятельно способен купировать криз ПА, у него исчезает ощущение фатальности происходящего, ему легче отказаться от соматической идеи своего заболевания.

Симптом-мишени 1-го ранга — внутреннее беспокойство, тревога. Предварительные рекомендации больным включали в себя:

1) составить список своих “особенных” беспокойств, включив в него все фобии (К. Свит, 2013);

2) при усилении тревожности поменять положение тела: встать, потянуться, пересесть в кресло;

3) попытаться ущипнуть себя правой рукой за левое запястье (в предвидении приступа). Надеть на предплечье (запястье) тонкую резинку и щёлкнуть ею по коже руки;

4) для купирования ПА, в структуре которых часто представлены дыхательные расстройства, полезно “дышать в мешок”, — больной дышит в бумажный или полиэтиленовый пакет для накопления собственного углекислого газа, который чрезмерно теряется во время панической атаки с элементами гипервентиляционного криза;

5) нажать безмянным пальцем правой руки на угол между большим и указательным пальцем левой руки;

6) осуществить воздействие холодом на нижнюю треть середины лба, например, смоченным в холодной воде уголком носового платка.

Еще С. С. Корсаков (1957) указывал, что при сложных АФ (агорофобиях) помогают “простые, но действенные средства”.

Отдельно проводятся следующие комплексы:

1-й комплекс — обучение спокойному (диафрагмальному) дыханию. Следует объяснить нецелесообразность поверхностного дыхания. Пробовать дышать немного глубже, немного медленнее (до 10 – 12 дыхательных движений в 1 минуту).

2-й комплекс — объективизация страхов — описать их, нарисовать (в подробностях).

3-й комплекс — обучение технике последовательной релаксации — двухзвеньевой: напрячь мышцы (стопы и т.д.) и расслабить. Напрячь мышцы голени,

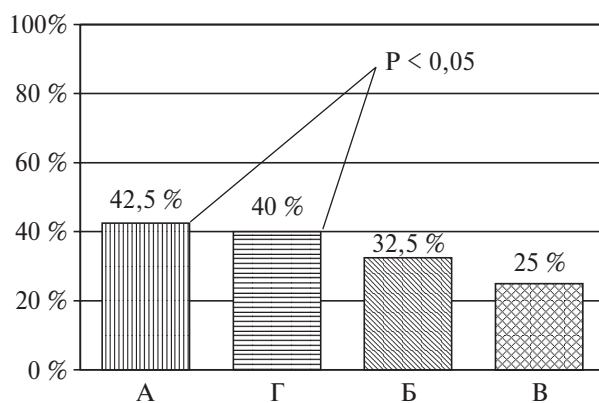


Рис. 2. Катамнезы лечения ПЗ

А. Экзогенно-органическая группа — больные с постримонным синдромом (ЧМТ) и с алкогольной зависимостью 1 – 2 стадии — ПА в наблюдаемые сроки — до 1-го года, отсутствовали, уменьшалась вспыльчивость, неуровненность — 42,5 %;

Б. Пациенты “соматической” группы (с гипертонической болезнью, мерцательной аритмией, с патологией щитовидной железы) — ПА изредка напоминали о себе (не чаще 1-го раза в 1 – 2 месяца) в разбавленном виде — 32,5 %;

В. Рефракторная группа — больные с ПСТР, височной эпилепсией, депрессией — ПА возникали реже (1 раз в 1 – 2 недели до 1 – 2-х месяцев), уменьшалась тревожность, раздражительность — 25 %.

Г. Пациентам оказывалось только медикаментозное лечение (60 % рецидивов после отмены препаратов) Л. С. Чутко (2010).

расслабить. Напрячь все мышцы и отпустить. (Релакс противопоказан при ПА сна. Чаще эти пациенты говорят о том, что расслабление может стать триггером ПА).

Дополнительно использовалась работа с рисуночным тестом фрустрации. Предлагалось продумать те или иные опасные ситуации, подумать о поведении в них.

“Функциональные” тренировки (Т. Л. Бортник, 1963, К. Леонгард, 1968, Ю. Л. Покровский, 1985) включали в себя выход совместно с врачом в сад, прогулки в парке и (при клаустрофобии) поездки по городу, в метро.

Как пишет Н. М. Асатиани (1974), когда больной находится в трудной для него ситуации, то разъяснения, успокоения и разубеждения излишни. В эти периоды наиболее эффективной следует считать отвлекающую психотерапию и, добавим, “активацию”. По словам С. И. Консторума (2010), “активирующую психотерапию” следует применять даже тогда, когда терапевтические надежды невелики.

Любопытно, что еще Дёре (1831) при кардиофобиях (с ипохондрией) рекомендовал активное отвлечение от недуга развлекательными путешествиями.

Нам представилось оправданным учить больных следующим приемам.

1. Переключать внимание со своих внутренних ощущений на то, что окружает, черпать силы из окружающей природы. Индивидуально пациенты самостоятельно при участии врача изыскивали литературные тексты или поэтические строфы, которые можно было повторять и во время приступа. Например: (прислушаться)

*Листья кружатся, шуршат  
Ветер с шумом налетает —  
И гудит, волнуясь, сад  
И угрюмо замирает.  
Но в душе — всё веселей!*

(И. Бунин, 1898)

2. Неожиданным приемом “напугать” свою фобию (Пусть все опасения катятся ...) Удачным продолжением могла стать в отдельных случаях ТТС (терапия творческим самовыражением) М. Е. Бурно (1988).

3. Рекомендовалось защищать себя приемом “самоутверждения” — в момент приступа повторять (твердить): “приступ пройдет, приступ проходит”, и т.п. ... (в течение нескольких минут).

Курс длился от 1,5 – 2-х месяцев до 3 – 4-х месяцев. Обучение последовательной релаксации проводилось в небольших группах по 3 – 4 человека. Дыхательные упражнения осваивались во время “функциональных тренировок” — выходов в сад, в парк, т.е. на свежем воздухе (с элементами тренинга ассертивности).

Катамнезы от 2-х до 5-и и 8-и лет. Больные были подразделены на три основные группы (Рис.2) и чет-

вертую группу, в которой оказывалась только медикаментозная терапия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Асатиани Н. М.* Психотерапия невроза навязчивых состояний. Руководство по психотерапии. Под редакцией В. Е. Рожнова. М. 1974, с. 189 – 197.
2. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М. 1988.
3. *Бурно М. Е.* Психотерапия психастении. Руководство по психотерапии. Под редакцией В. Е. Рожнова. М. 1974, с. 177 – 189.
4. *Доцакин В. Л.* Практическое руководство по ЭКГ. М. 2014. с. 110 – 112, 124 – 128, 137 – 138.
5. *Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. Изд. 3, 2010.
6. *Корсаков С. С.* Избранные произведения. М., 1957.
7. *Лобзин В. С., Рещетников М. М.* Аутогенная тренировка. Медицина, 1986. с. 247.
8. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. К., 1981.
9. *Покровский Ю. Л.* Ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант аутогенной тренировки в системе комплексной психотерапии на ранних этапах формирования неврозов. Диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 1985.
10. *Свит К.* Измените свою жизнь с помощью КАТ. М., 2013.
11. *Серван-Шрайбер Д.* Антистресс. М., 2013.
12. *Чутко Л. С.* Тревожные расстройства в общеврачебной практике. С-Пб., 2010, с. 41 – 54.
13. *Barlow D. H., Granke M. G, Gerthy I. A., Klosdo I. S.* Beheu and treatment of panic Disorder. Behavrot therapy? 1989, № 20, p. 261 – 283.
14. *Klumbies G.* Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. Leipzig. 1980, p. 279 – 284.
15. *Bech A. E.* Cognitive therapy and emotional disorders. № 9, 1976. p. 276.
16. *Westenberg H. G. Liebowitz M. R.* Overview of panic and social anxiety disorders. I. Cein. Psychiatri, 2004, vol. 66, suppl. 14. p. 22 – 26.

Региональный конгресс ВПА

**УМНОЕ ТЕЛО И КУЛЬТУРА**

*25 – 27 сентября 2015 г., Кочи, Индия*

**E-mail: [office@wpakochi2015.com](mailto:office@wpakochi2015.com);**

**[www.wpakochi2015.com](http://www.wpakochi2015.com)**

## Лечить нельзя выписывать

(О правомерности недобровольной госпитализации в психиатрический стационар гражданина, личность которого не установлена)

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос о допустимости оказания психиатрической помощи в стационарных условиях гражданину без его согласия, если его личность не установлена. Указывается на неурегулированность данного вопроса в законе, что приводит к отказу суда в выдаче санкции на пребывание пациента в стационаре, нарушению конституционного права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Анализируется судебная практика, в т.ч. Европейского Суда по правам человека. Органам здравоохранения совместно с другими ведомствами предлагается выработать алгоритм организации оказания экстренной психиатрической помощи гражданам без документов.

**Ключевые слова:** недобровольная госпитализация; неустановленная личность.

Закон о психиатрической помощи, подзаконные и иные нормативные акты не регламентируют вопрос о том, наличия каких документов достаточно для помещения гражданина в психиатрический стационар и соответственно вопрос о самой возможности и порядке оказания такого вида помощи без согласия гражданина, если его личность на момент госпитализации не установлена или вызывает сомнения.

Между тем, в психиатрии нередки ситуации, при которых личность пациента при поступлении в стационар доподлинно не известна. В ряде случаев пациенты отказываются себя назвать или не помнят свою фамилию. Иногда больные отождествляют себя с известными литературными персонажами, историческими личностями, политическими деятелями и т.п. Часто врачи вынуждены записывать в историю болезни фамилию пациента с его слов или со слов родственников, иных сопровождающих его лиц. В большинстве случаев пациент способен сам назвать свои персональные данные, однако, зачастую, паспорта или иного документа<sup>1</sup>, подтверждающего его личность,

<sup>1</sup> Документами, удостоверяющими личность являются: паспорт гражданина РФ, загранпаспорт, свидетельство о рождении (для несовершеннолетних в возрасте до 14 лет), временное удостоверение личности гражданина РФ (для утративших паспорт граждан, а также граждан, в отношении которых до выдачи паспорта проводится дополнительная проверка), удостоверение личности военнослужащего или военный билет, дипломатический паспорт, служебный паспорт, паспорт иностранного гражданина, паспорт моряка, удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем, вид на жительство в РФ (для лиц без гражданства), разрешение на временное проживание в РФ, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ, водительское удостоверение.

при нём или у его родственников не оказывается. Если при этом пациент, нуждающийся в стационарном обследовании и лечении, даёт на это согласие, у медицинской организации явного конфликта с законом не возникает. Иначе обстоит дело, когда имеются основания для госпитализации такого пациента по экстренным показаниям, т.е. когда его согласия не требуется.

Как следует из судебной практики, госпитализация гражданина в психиатрический стационар без его согласия не может быть произведена до установления его личности.

Так, главный врач ГУЗ «Психиатрическая больница № 7 ДЗМ» обратился в суд с заявлением о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке неизвестного гражданина 25 лет, БОМЖ (история болезни № 381).

Определением судьи Преображенского районного суда г. Москвы от 11 марта 2010 г. в принятии заявления было отказано. В определении разъяснялось, что отказ в принятии заявления не является основанием для неоказания больницей психиатрической помощи данному гражданину в соответствии с положениями Закона о психиатрической помощи и не является основанием для освобождения главного врача больницы от обязанности при установлении личности неизвестного гражданина незамедлительно, при наличии оснований для его недобровольной госпитализации по основаниям ст. 29 Закона о психиатрической помощи обратиться с заявлением в суд в порядке главы 35 ГПК РФ.

Судебная коллегия по гражданским делам Мосгорсуда своим определением от 10 июля 2010 г. оставила определение суда первой инстанции без изменения. Больница подала надзорную жалобу на определения судов обеих инстанций.

Судья Мосгорсуда (определение от 29 октября 2010 г. № 4г/3-8599/10) отказал в передаче жалобы для рассмотрения в судебном заседании суда надзор-

ной инстанции, указав, что обжалуемые судебные постановления сомнений в законности не вызывают, а доводы жалобы в соответствии со ст. 387 ГПК РФ не могут повлечь их отмену или изменение. Обсуждая вопрос о принятии заявления больницы к производству, суд первой инстанции применительно к п. 1 ч. 1 ст. 134 ГПК РФ, руководствуясь положениями главы 35 ГПК РФ, а также Закона о психиатрической помощи, с учётом правовой позиции Конституционного Суда РФ, изложенной в Определении от 5 марта 2009 г. № 544-О-П, обоснованно исходил из того, что подача заявления в суд о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар возможна только в отношении конкретного гражданина, с указанием его анкетных данных, в связи с чем обоснованно отказал в его принятии, поскольку по правилам главы 35 ГПК РФ *помещение граждан в недобровольном порядке в психиатрический стационар не может быть произведено до установления их личности*. В данном Определении Конституционного Суда РФ указано на невозможность нахождения гражданина в психиатрическом стационаре более 48 часов с момента поступления и продления срока его нахождения в стационаре для установления его личности. Исходя из этого оставление заявления о недобровольной госпитализации *без движения* для уточнения анкетных данных гражданина и продление срока нахождения в психиатрическом стационаре законодательством не предусмотрено.

Довод надзорной жалобы больницы о том, что законодательством не предусмотрена персонификация лица, подлежащего помещению в психиатрический стационар в недобровольном порядке, судья надзорной инстанции назвал несостоятельным, поскольку он противоречит положениям главы 35 ГПК РФ в её системной взаимосвязи с требованиями ст. 263 ГПК РФ.

Не вызывает сомнений вывод судей о том, что заявление больницы о недобровольной госпитализации лица не может быть оставлено судом без движения. Впрочем, по нашему мнению, такой вывод правомерен лишь при том условии, что исчерпан 48-часовой лимит времени задержания пациента в стационаре без судебного решения. Если всё же предположить, что больница представит документы в суд незамедлительно — до истечения указанного срока, т.е. почти сразу после госпитализации пациента, например, через 12 часов с момента поступления неизвестного пациента, то, как представляется, суд может оставить заявление больницы без движения в целях установления личности пациента, но не более чем на 36 часов. Впрочем, этот вопрос в данном деле неглавный.

При всём уважении к мнению судебных инстанций их единодушное решение в отношении сути основного вопроса представляется абсурдным. Остаётся непонятным, каким образом врачам больницы надлежит осуществлять свои обязанности по оказанию психиатрической помощи данному гражданину, если он отказывается от такой помощи (осознанно или по бредовым мотивам) либо по своему психическому состоянию не способен выразить свою волю (не доступен контакту), а основания для его госпитализации и лечения без его согласия сохраняются. Приведённое

решение суда, которое можно резюмировать не иначе, как *“Лечить нельзя выписывать”*, возлагает на администрацию психиатрических организаций не свойственные ей функции по установлению личности пациента и фактически вынуждает врачей-психиатров при любом раскладе действовать в нарушение закона — осуществлять диагностические и лечебные мероприятия вопреки желанию пациента без судебного дозволения либо *“организовать”* учинение подписи пациента под информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство, хотя такого согласия с учётом его психического состояния истребоваться не должно.

При возникновении конфликта врачи в любом случае окажутся крайними. Они могут быть обвинены в нарушении права гражданина на свободу и личную неприкосновенность (если предпочтут руководствоваться исключительно своим врачебным долгом) или, наоборот, в неказании медицинской помощи нуждающемуся в ней лицу (когда откажут в принятии больного на стационарное лечение или выпишут его по причине неустановления личности пациента и отказа в судебной санкции). Фактически любой компромисс в данном деле нелегитимен, в т.ч. оказание давления на пациента с целью получения от него согласия на госпитализацию. По свидетельству врачей-психиатров, им ничего не остаётся, как *“выбрать меньшее из зол”* и использовать все средства и профессиональные навыки для уговаривания (убалтывания) пациента подписать документ о согласии, оформив его задним числом.

Представляется притянутой за уши и ссылка Мосгорсуда на позицию Конституционного Суда РФ. В своём Определении от 5 марта 2009 г. № 544-О-П при толковании нормы о 48 часах задержания лица в психиатрическом стационаре без судебного решения, Конституционный Суд не касается вопроса об установлении личности пациента. Напротив, в п. 4 Определения указывается, что принудительная госпитализация без предварительного судебного решения при тяжёлых психических состояниях, когда лицо представляет опасность для себя или окружающих, оправданна, поскольку характер опасности, как следует из Закона о психиатрической помощи, требует *оперативного реагирования*. Конституционный Суд при этом не говорит о каких-либо исключениях в отношении неизвестных пациентов. По нашему мнению, *“оперативное реагирование”* не только врачей-психиатров, но и судей не должно тормозиться и ставиться в зависимость от того, как назвал себя пациент и смог ли он это сделать.

Органы здравоохранения, в т.ч. столичного мегаполиса, где наиболее вероятны случаи поступления в психиатрический стационар неизвестных граждан, существующей проблемы и связанных с ней рисков для медорганизаций, похоже, не замечают. Пополняющие нормативно-правовую базу документы со-



держат директивы в отношении отдельных её аспектов.

**1. Вопрос о том, любое ли психиатрическое учреждение должно оказывать медицинскую помощь в экстренной форме гражданам без документов.** Ответ на данный вопрос конкретизирован в Положении об оказании психиатрической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (утв. приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 17 апреля 2013 г. № 365 “О совершенствовании оказания психиатрической помощи населению”, далее — Положение). Согласно п. 12 Положения *экстренная* стационарная психиатрическая помощь гражданам, не имеющим при себе документов, удостоверяющих личность, их копий и при отсутствии иных достоверных сведений, свидетельствующих о регистрации в г. Москве, а также лицам без определённого места жительства осуществляется в ГКУЗ “Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы”. В экстренной форме, как следует из п. 4 Положения, оказывается “медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, представляющих непосредственную опасность для себя или окружающих”<sup>2</sup>. То есть речь идёт о случаях, подпадающих под основания п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи и предусматривающих госпитализацию в недобровольном порядке. С появлением в психиатрии понятия экстренной формы помощи, присущей больше общей медицине<sup>3</sup>, возникает, однако, ряд вопросов, не имеющих правового закрепления.

Во-первых, в чём, собственно, выражается экстренная форма оказания помощи, каковы её особенности, алгоритм действий.

Во-вторых, можно ли считать, что экстренный характер медицинского вмешательства позволяет (и обязывает) врачу незамедлительно приступить к про-

цессу врачевания, а значит и подаче заявления в суд, невзирая на отсутствие достоверных сведений о пациенте, и как быть с перспективой невыдачи судом санкции на недобровольную госпитализацию.

В-третьих, как быть с теми случаями недобровольной госпитализации (п. “б” и “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи), которые не предполагают оказание психиатрической помощи в экстренной форме, но, так же, как и в случае применения п. “а” ст. 29 Закона, обязывают врачей обращаться в суд за санкцией, без которой задержание пациента в стационаре и медицинское вмешательство являются незаконными. Впрочем, последние оба случая, если они не сопряжены с непосредственной опасностью пациента для себя и окружающих, относятся к сфере не экстренной, а неотложной психиатрической помощи. Однако приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 30 июля 2013 г. № 753 “Об организации психиатрической неотложной помощи в городе Москве” интересующий нас аспект вопроса (как быть с необходимостью получения санкции суда на недобровольную госпитализацию неизвестного пациента) также не регламентирован. Иными словами, имеется вероятность того, что лицо, страдающее тяжёлым психическим расстройством, при отсутствии документов может быть оставлено без психиатрической помощи в случае своей беспомощности (неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности) либо в случае вероятности существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния при неоказании больному своевременной помощи. Хотя, справедливости ради следует отметить, что присутствие неизвестного лица среди больных данной группы — менее частое явление, чем среди больных, нуждающихся в экстренной психиатрической помощи.

**2. Вопрос об обеспечении информационного взаимодействия органов внутренних дел и медицин-**

<sup>2</sup> Редакция данной нормы является явно ущербной. Расстройство не может представлять опасность “для себя”. Опасность, в т.ч. для себя самого, может представлять лицо, страдающее таким расстройством. Расстройство же может обуславливать эту опасность (см. формулировку п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи).

<sup>3</sup> Часть 9 ст. 20 Закона об охране здоровья различает медицинское вмешательство, необходимое *по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека* (п. 1) и медицинское вмешательство в отношении лиц, страдающих *тяжёлыми психическими расстройствами* (п. 3). Из чего следует, что для последней (особой, отдельной) категории пациентов, пусть даже и представляющих непосредственную опасность для чьей-либо жизни, понятие “по экстренным показаниям” не применяется. Согласно п. 1 ч. 4 ст. 32 Закона об охране здоровья экстренная форма оказания медицинской помощи — это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих *угрозу жизни пациента*. Случаи оказания психиатрической помощи в экстренной форме определены в п. 5 Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. N 566н). В нем воспроизведена формулировка Закона об охране здоровья и указано, что в экстренной форме медицинская помощь оказывается в состояниях, представляющих *угрозу жизни пациента*. Пункт 4 указанного выше Положения Департамента здравоохранения г. Москвы, изданного во исполнение приказа Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. N 566н, охватывает более широкий круг случаев, требующих экстренной формы помощи, а именно, случаи, когда пациент представляет *непосредственную опасность для себя или окружающих*. Такая формулировка в большей мере корреспондирует Закону о психиатрической помощи и учитывает психиатрическую практику. Понятно, что при состояниях, угрожающих жизни (и здоровью) других лиц, психиатрическая помощь также должна оказываться в экстренной форме.

**ских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы при поступлении в них лиц, чья личность не установлена надлежащим образом.**

По данному вопросу Департаментом здравоохранения г. Москвы подготовлено информационное письмо от 18 апреля 2014 г. N 40/60. В нём сообщается, что при поступлении в медорганизацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, пациента, личность которого надлежащим образом не установлена (отсутствуют документы, удостоверяющие личность) необходимо принять *исчерпывающие меры к установлению личности*. При отсутствии оснований полагать, что вред здоровью причинён в результате противоправных действий, и при невозможности установить личность пациента в течение суток после его поступления, необходимо направить соответствующую информацию о нахождении в медицинской организации пациента, чья личность не установлена, в территориальный отдел полиции. В отношении пациентов, чья личность установлена исключительно со слов самого пациента или сопровождающих лиц, информация также передаётся в территориальный отдел полиции в течение трёх дней с момента поступления пациента в медицинскую организацию.

В данном документе, во-первых, не отражена специфика оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Поэтому трёхдневный срок для обращения в территориальный отдел полиции не приемлем для пациентов с тяжёлыми формами таких расстройств, обуславливающих их непосредственную опасность для себя и/или окружающих. В распоряжении психиатрической больницы всего 48 часов для подачи заявления в суд об их недобровольной госпитализации, а, следовательно, не более двух суток для выяснения личности пациентов.

Во-вторых, из текста информационного письма не понятно:

1) кому “необходимо принять исчерпывающие меры к установлению личности” (врачам, руководству медорганизации, её юристу, родственникам пациента, сотрудникам полиции, кому-то ещё);

2) насколько данная информация, обличённая не в приказ, а в информационное письмо, которое, строго говоря, не является нормативно-правовым актом, носит императивный, обязательный для исполнения характер;

3) в чём состоят эти меры, и какие меры после их принятия могут считаться “исчерпывающими”.

Нормативной базой органов здравоохранения наряду с понятием “меры по установлению личности пациента” используется понятие “идентификация пациента”. Эти понятия не тождественны. Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС от 13 мая 2014 г. № 464/61 утверждён порядок такой идентификации<sup>4</sup>. Однако процедура идентификации пациента исходит из уже установленных данных о личности пациента. Идентификация пациента имеет свою задачу, проводится в соответствии с порядком персонифицированного учета медицинской помощи в сфере ОМС и осуществляется на основе электронного взаимодействия уже при наличии ФИО, пола и даты рождения больного или пострадавшего. То есть, по сути, идентифицируется в качестве пациента лицо, личность которого не вызывает сомнений. При идентификации на программном комплексе МГФОМС формулируется ответное сообщение со сведениями о страховой принадлежности больного или пострадавшего (серия и номер полиса ОМС, страховая медорганизация) либо об отсутствии таковой. Следовательно, процедура идентификации пациента не подходит (хотя может оказаться полезной) для установления личности пациента без документов, поскольку в ряде случаев врачам известен по сути лишь пол госпитализированного пациента.

Установление личности пациента не входит в обязанности и врача скорой помощи, доставляющего больного в стационар.

К такому выводу пришла Судебная коллегия по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда. В своём апелляционном определении от 11 февраля 2014 г. № 33-2249/2014 она указала, что в законодательстве, регламентирующем работу скорой медицинской помощи, не содержится никаких указаний на обязанность “скорой” устанавливать личность пациентов. Это — функция полиции. На неё согласно п. 15 ч. 1 ст. 12 Федерального закона “О полиции” возлагается обязанность принимать меры по идентификации лиц, которые по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не могут сообщить сведения о себе.

Из материалов дела следовало, что у обоих пострадавших в ДТП документов, удостоверяющих личность, при себе не имелось, сведения об их личных данных были записаны врачами “скорой” со слов самих пострадавших и окружающих. Согласно картам вызова “скорой” выяснить паспортные данные у самих пострадавших ввиду тяжести их состояния не представлялось возможным. При таких обстоятельствах ссылка суда первой инстанции на нарушение врачами п. 4.4 Должностной инструкции врача выездной бригады скорой медицинской помощи, в котором указано, что врач несёт ответственность за достоверность информации,

<sup>4</sup> См. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, МГФОМС от 13.05.2014 N 464/61 “Об утверждении Порядка идентификации пациентов и Регламента электронного взаимодействия между Комплексной автоматизированной системой управления Государственного бюджетного учреждения “Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы” и Автоматизированной информационной системой обязательного медицинского страхования Московского городского фонда обязательного медицинского страхования”.

содержащейся в меддокументах (в т.ч. ФИО пациента), несостоятельна; положения должностной инструкции врачами скорой медицинской помощи не были нарушены.

Встречаются всё же случаи, когда отсутствие документов, удостоверяющих личность, служит препятствием для госпитализации пациента. Это происходит даже при этом, что личность предполагаемого пациента, несмотря на отсутствие документов, известна, основания для его госпитализации очевидны и, более того, они установлены судом. Такая практика была признана **Постановлением Европейского Суда по правам человека от 7 февраля 2012 г. по делу “Прошкин против России”** нарушением п. 1 ст. 5 Европейской конвенции в части содержания заявителя под стражей в связи с задержкой его перевода в психиатрическую больницу на принудительное лечение. Европейский суд указал, что камера, в которой содержался Прошкин, не может рассматриваться как место для содержания под стражей лиц с психическими расстройствами. Значительная задержка начала его лечения в больнице несомненно влияет на успех лечения. Европейский Суд установил, что в отсутствие исключительных и непредвиденных оснований задержка в 6 месяцев в приёме лица больницей является недопустимой.

Власти РФ сослались на невозможность за это время получения литовской транзитной визы в г. Калининград и на отсутствие документа, удостоверяющего личность Прошкина. Не оспаривая право государства выбирать подходящее психиатрическое учреждение для заявителя, Европейский Суд особо отметил отсутствие объяснения российских властей по поводу того, почему другие больницы РФ не подходили заявителю. Вместе с тем *несоблюдение властями эле-*

*ментарной обязанности обеспечить заявителя соответствующими документами, удостоверяющими личность, не может быть принято как основание для задержки помещения заявителя в больницу.* Таким образом, с учётом того, что власти должны были знать о необходимости соблюдения визовых формальностей, если они хотели перевести заявителя в больницу г. Калининграда, они обязаны были заранее подготовить и обеспечить заявителя необходимыми документами, удостоверяющими личность. Европейский Суд не нашёл указания в настоящем деле на то, что власти в период, относящийся к обстоятельствам дела, столкнулись с исключительной или непредвиденной ситуацией. Таким образом, он считает, что шестимесячная задержка в направлении лица в больницу не может считаться приемлемой. Иной вывод влечёт серьёзное умаление значения фундаментального права на свободу в ущерб заинтересованному лицу и, следовательно, самой сущности права, защищенного статьей 5 Конвенции.

Итак, мы полагаем, что:

1) отсутствие у пациента документа, удостоверяющего его личность, не является препятствием для оказания ему психиатрической помощи в недобровольном порядке и получения санкции суда по правилам, предусмотренным ч. 3 ст. 33 Закона о психиатрической помощи, на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде;

2) органам здравоохранения совместно с другими заинтересованными ведомствами следует выработать алгоритм установления личности неизвестного пациента, а также организации оказания лицу без документов экстренной психиатрической помощи.

## РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. Н. Аргунова*

**НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА (Вопросы и ответы). — М., 2013. — 224 с.**

**ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 288 с.**

**ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 640 с.**

Заказать книги можно по электронной почте: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)  
или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,  
*Аргуновой Юлии Николаевне*

# ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

## Вместо солидарных действий — амбициозная реакция

### ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

главному психиатру Минздрава России, директору Федерального  
медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии  
проф. З. И. Кекелидзе

#### Глубокоуважаемый Зураб Ильич!

Полгода назад на XIV съезде НПА России, посвященном ее 25-летию, мы отметили в качестве одного из своих достижений отказ судебных психиатров от заключительной формулировки экспертных актов, которая в советскую эпоху и некоторое время после нее звучала так: “Подэкспертного N, как страдающего хроническим психическим заболеванием, следует считать невменяемым”. Здесь все было неверным.

Во-первых, “хроническое психическое заболевание” не предопределяет ответа на вопрос суда, — необходимо конкретизировать и обосновать, отмечалась ли психотическая глубина психического расстройств на рассматриваемый юридически значимый момент.

Во-вторых, эксперты (психиатры, психологи и др.) вправе только на свой профессиональный частный аспект рассмотрения того, “мог ли подэкспертный осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?”. Заключительное обобщение — решение о не/вменяемости является прерогативой суда.

В-третьих, директивное выражение “следует считать” является не только неуместным и некорректным по тону, но грубым упрощением судебной процедуры и научно несостоятельным, как и все предыдущие формулировки.

Каково же было нам увидеть воскрешение этой советской формулировки в заключении, подписанном руководителем одной из центральных судебно-психиатрических экспертных служб Москвы от 29.08.2014 г.? Возвращение к советскому стилю не в столь полном объеме присутствует в десятках других заключений.

Не думаю, что следует называть конкретные имена, достаточно Вашего публичного ответа на это наше письмо, чтобы четко подтвердить на сайте РОП позицию отечественной судебной психиатрии по этому вопросу, тем более, что возглавляемое Вами учреждение является головным по подготовке судебных психиатров-экспертов.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

**Комментарий главного внештатного  
специалиста-психиатра Минздрава России,  
генерального директора ФГБУ  
“Федеральный медицинский исследовательский  
центра психиатрии и наркологии”  
Минздрава России  
профессора Зураба Ильича Кекелидзе  
к “открытому письму”  
Президента НПА России Ю. С. Савенко**

“13 октября 2014 г. президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко обратился ко мне с открытым письмом, текст которого размещен на официальном сайте Независимой психиатрической ассоциации России ([www.npar.ru](http://www.npar.ru)). Поскольку в своем обращении президент НПА затронул ряд непростых судебно-экспертных вопросов, я счел целесообразным попросить прокомментировать их про-

фессора Е. В. Макушкина, который является одним из ведущих ученых в области судебной психиатрии и обладает большим практическим опытом производства судебно-психиатрических экспертиз. Текст комментария приводится ниже”.

**Комментарий к “открытому письму”  
Президента НПА России Ю. С. Савенко  
Заместителя генерального директора ФГБУ  
“ФМИЦПН” Минздрава России,  
заместителя Председателя Правления  
Российского общества психиатров  
профессора Е. В. Макушкина**

“Все три тезиса Ю. С. Савенко, выделенные в его письме словами “во-первых”, “во-вторых” и “в-третьих”, по своей сути возражений не вызывают. Может даже показаться, что автор письма ломится в откры-



тую дверь. Однако торопиться с выводами не следует. Не все так просто в самой проблеме. И далеко не со всем можно согласиться в манере ее изложения президентом НПА и в приведенных им аргументах.

Странно, например, что он ставит отказ многих отечественных психиатров-экспертов от использования некоторых прежних экспертных формулировок в заслугу именно возглавляемой им организации. Дискуссии относительно научной корректности экспертных выводов, формулируемых по результатам судебно-психиатрической экспертизы (и, в частности, относительно права экспертов на использование терминов “вменяемость” и “невменяемость”), велись с давних пор, начавшись задолго до появления НПА. Многие участники тех дискуссий приходили к выводам, схожим с тремя тезисами открытого письма. Поэтому каждый из них имеет, на наш взгляд, не меньше прав, нежели Ю. С. Савенко гордиться своим вкладом в достигнутый результат — отказом большинства судебных психиатров России от ряда экспертных формулировок, подвергаемых справедливой критике. И уж никак не членам НПА принадлежит здесь приоритет.

Непонятно также, почему сами эти критикуемые формулировки автор открытого письма считает присущими советской эпохе. Главные причины их живучести не имеют сугубо советского происхождения.

Фраза “следует считать невменяемым” (или “вменяемым”) привлекала своей простотой и наглядностью тех следователей и судей, которые не хотели слишком утруждать себя анализом экспертного заключения — пространного и сложного документа, содержащего специальную терминологию. Им было куда легче и комфортнее сразу же обратиться к фразе, которая буквально в трех словах содержит квинтэссенцию всей проделанной экспертами работы. Разумеется, так поступали не все следователи, прокуроры и судьи. Однако поступавших подобным образом правоохранителей вполне хватало, и они настаивали, чтобы эксперты писали в своих выводах, вменяем подэкспертный или нет. А если эксперты этого не делали, то их обвиняли в том, что они безосновательно и неправомерно не отвечают на поставленные перед ними вопросы. Особо строптивых вызывали в судебное заседание, пытаясь там добиться искомого ответа, обращались к руководству экспертных учреждений с требованием устранить якобы допущенные экспертами нарушения закона. В стремлении получить ответ назначали дополнительные и повторные (!) экспертизы.

Уважаемому президенту НПА этот факт, видимо, неизвестен. А вот я хорошо помню вал дополнительных и повторных судебно-психиатрических экспертиз конца 90-х годов. В постановлениях об их назначении имелась лишь одна претензия к заключению предыдущей экспертизы — отсутствие вывода относительно вменяемости-невменяемости лица. И требо-

вание предъявлялось тоже одно: дать ответ именно на этот вопрос. В Центр им. В. П. Сербского приходили прокуроры, недовольные нашими заключениями, в которых они не находили интересующего их ответа. Они возмущенно спрашивали: так каков же главный для нас вывод — обвиняемого “следует считать невменяемым” или “не следует считать”?

Руководству нашего Центра и его экспертам стоило больших трудов и огромного терпения, чтобы к началу 2000-х постепенно спала волна дополнительных и повторных экспертиз, инициированных отказом экспертов-психиатров высказываться о вменяемости и невменяемости своих испытуемых (этой позиции они твердо придерживаются и ныне). Очень многих правоохранителей нам удалось тогда переубедить. Многих, но, к сожалению, не всех.

Правда, и среди самих правоохранителей не было никогда единодушия: одни требовали от экспертов указывать, вменяем обвиняемый или нет, другие, наоборот, запрещали. И судебные психиатры постоянно попадали в крайне неприятную для себя ситуацию, которую принято именовать положением “между молотом и наковальней”.

Однако экспертов пытались брать не только силой или измором. Следователи и судьи апеллировали к законодательной формуле невменяемости, которая в предыдущем УК РСФСР и действующем УК РФ определяется как состояние лица, характеризующееся двумя критериями: медицинским и юридическим. И тот, и другой эксперты используют в своих оценках и выводах. Но тогда что же препятствует им, использующим весь набор необходимых и достаточных признаков невменяемости, употреблять и сам этот термин? Представители правоохранительных органов обращали внимание также на то, что трактовку содержательной стороны используемых в законе понятий осуществляют они, а не эксперты. Следовательно, им, а не экспертам принадлежит последнее слово в решении вопроса, вправе ли судебные психиатры и психологи употреблять термин “невменяемость”.

Как видим, экспертам предъявлялись весомые доводы. Для их опровержения (а их можно и нужно опровергать) недостаточно нескольких броских фраз, фигурирующих в открытом письме президента НПА. Затронутая им проблема очень непростая, и для ее правильного решения требуются профессиональный подход, глубокий научный анализ. Одной ссылкой на советское прошлое здесь никак не обойтись. И можно ли упрекать рядовых экспертов в том, что не найдя веских контраргументов, они порой вынужденно соглашались (а в каких-то регионах соглашались и поныне) с логикой следователей и судей? Тем более что, в отличие от экспертов, следователи и судьи имеют в своем арсенале не только логические доводы, но и властные полномочия.

Кстати, слова “следует считать”, столь возмущающие г-на Савенко, использовались экспертами,

в попытках найти приемлемый для себя выход из непростой ситуации. Сознывая, что вопрос о вменяемости-невменяемости обвиняемого не входит в их компетенцию, они при ответе на него не указывали прямо, вменяем испытуемый или нет, а прибегали к формулировке “следует считать” (вменяемым/невменяемым), поясняя: не мы, эксперты, признаём человека вменяемым либо невменяемым, а суд. Мы даем лишь свою экспертную рекомендацию по данному вопросу, которую суд может по собственному усмотрению принять или отвергнуть.

Такая попытка выхода судебных психиатров из сложной ситуации получилась явно неудачной даже по форме. Формулировку “следует считать”, которая изначально мыслилась как рекомендация, вполне можно принять за императивное указание (именно так и понял ее Ю. С. Савенко, назвав “директивным выражением”). С содержательной стороны фраза “следует считать” выглядит не лучше, ибо суть экспертных выводов не в том, чтобы “порекомендовать” нечто следователю и суду, а в суждении относительно существования или отсутствия фактов, выявить которые без специальных экспертных знаний невозможно.

Однако прежде чем резко осуждать рассматриваемое выражение, называя его “не только неуместным и некорректным по тону, но грубым упрощением судебной процедуры и научно несостоятельным”, следует проследить историю его возникновения и выявить причины, которые его породили. И лишь после этого задавать вопрос: кто виноват? И если окажется, что главные “виновники” во всей этой истории отнюдь не судебные психиатры, то не лучше ли направлять открытые гневные письма другим адресатам?

В открытом письме вообще просматривается попытка его автора отыскать чью-то злую волю, а также политическую подоплеку в существовании тех явлений, которые он критикует. Их суть он усматривает в тяжелом наследии мрачного прошлого, грозящего вот-вот к нам возвратиться (вероятно, сразу после того, как наши судебные психиатры вновь станут употреблять термин “невменяемость” или опять введут в свой профессиональный оборот слова “следует считать”).

Такой подход представляется чрезмерно и неоправданно упрощенным, осложняющим поиск истины и решение действительно насущных проблем, коих в отечественной судебной психиатрии и впрямь накопилось предостаточно.

И пафосно рассуждать о том, что диагноз хронического психического заболевания не предопределяет судебно-психиатрической экспертной оценки, тоже не нужно. Никто из серьезных профессионалов с этим не спорит.

Совсем недавно ученые и специалисты Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии разработали ряд предложений по

внесению изменений в действующий Уголовный кодекс РФ. С ними можно ознакомиться в статье, опубликованной в Российском психиатрическом журнале № 4 за 2014 год. Судя по критике Ю. С. Савенко тех ее положений, что относятся к проблеме аффекта и эмоциональных состояний в уголовном праве [1], эта публикация президенту НПА известна. Но в ней предлагается также внести изменения в статью 21 УК, которые призваны положить конец традиционному отождествлению невменяемости с особым психическим состоянием лица. Если данная инициатива будет воспринята законодателем, то в российском УК появится норма, позволяющая четко разграничить компетенцию в рассматриваемом вопросе эксперта-психиатра и суда (как предметно, так и терминологически).

Это и есть ответ на вопросы, сильно взволновавшие Ю. С. Савенко. Ответ, которого он почему-то не заметил. Что, впрочем, характерно для тех случаев, когда поиск научной истины начинает подменяться поиском своих идейных врагов.

И, наконец, последнее. Жанр открытого письма, к которому обратился президент НПА, имеет свои общепринятые принципы и каноны. Открытое письмо плохо сочетается с расплывчатыми формулировками и туманными намеками типа “заключение, подписанное руководителем одной из центральных судебно-психиатрических экспертных служб Москвы от 29.08.2014 г.” Дата подписания документа предельно точна, а подписавшее его лицо неизвестно. Известно только, что оно возглавляет “одно из центральных судебно-психиатрических экспертных служб Москвы”. Звучит загадочно и замысловато (много ли в Москве вообще может быть центральных служб?). Причем этой загадочной таинственности придано невнятное объяснение: “не думаю, что следует называть конкретные имена”. Почему не следует? “Возвращение к советскому стилю не в столь полном объеме присутствует в десятках других заключений”. Не в столь полном объеме — это как? Или Ю. С. Савенко полагает, что окружающие должны понимать его с полуслова, уметь читать между строк его изобилующие полунамеками тексты?

Открытое письмо должно быть во всех отношениях открытым, а не походить на донесение секретного агента. Иначе недолго дойти и до формулировок из анекдотов столь нелюбимого президентом НПА советского времени, пародировавших фильмы о разведчиках и шпионах: “Штирлиц знал, сколько будет дважды два, но он не знал, знает ли об этом Мюллер”.

В заключение хотелось бы дать Ю. С. Савенко добрый совет не писать открытых писем хотя бы тогда, когда он действительно намерен обсудить важные в научно-теоретическом и профессионально-практическом аспектах проблемы. Ведь для этого существуют научные издания и общепризнанные правила ведения научной полемики. Если же цель открытого письма

не вполне ясна (то ли желание обратить внимание общественности на некую туманно изложенную проблему, то ли попенять кому-то неизвестному не совсем понятно на что), то адресаты таких писем имеют полное право на них не отвечать. Во всяком случае, судебные психиатры Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии намерены впредь придерживаться именно этого правила.”

***Е. В. Макушкин,  
доктор медицинских наук, профессор,  
психиатр, судебно-психиатрический эксперт,  
стаж работы по специальности 25 лет.***

Ответ проф. Е. В. Макушкина точно отражает как атмосферу нашего времени, так и людей, которые чувствуют себя в ней как рыба в воде. В ответе — единство стиля и содержания.

На просьбу подтвердить грубо нарушенные азбучные правила — демонстрация возмущения вторжением на свою охраняемую территорию, и того, кто здесь Хозяин. Из многословного, на нескольких листах ответа, в шесть раз больше нашего письма, сути дела посвящена одна первая строчка: “Все три тезиса... по своей сути возражений не вызывают”.

О главном — нашем призыве высказать солидарность для недопущения возвращения к советскому шаблону концовки СПЭ заключения, открывающему дорогу произволу — ни слова. Более того, Макушкину “не совсем понятно” на что, кому и для чего в нем “пеняется”. А ведь этот шаблон не просто неграмотен, но своей расширительностью освобождает от умственных усилий и экспертов и судей, и этим еще опаснее. Фактически это формальная отписка, удобная для всех, кроме подэкспертного, судьба которого нечто несущественное.

Этот ответ, в связке с моим письмом — исторический документ, фиксирующий итоговое состояние отечественной судебной психиатрии. Например, попытка придать выражению “следует считать” противоположный смысл — шедевр “логики”.

Несколько лет назад на отчете Центра им. Сербского на мой вопрос, обсуждается ли со стажерами Центра замечательная монография проф. Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике”, написанная по материалам архива Центра за 1962 – 1983 гг., эпохи злоупотребления психиатрией, Е. В. Макушкин ответил, что эта монография устарела для этой цели, так как Н. Г. Шумский

не использовал шифры МКБ (!). Как мы видим — не устарела. Так же, как не устарела, к сожалению, противоположная позиция таких ведущих представителей Центра им. Сербского как проф. Е. В. Макушкин и проф. Ф. В. Кондратьев.

Ответ Е. В. Макушкина по своему начальственному тону — это внятная для всех социальная символика. Е. В. Макушкин обнажил, точнее выдал уровень современного администрирования и многое другое: и атмосферу на дворе, и отношение к той, сейчас неблагодарной роли, которую играет НПА как оппонент, критик — роль совершенно необходимая и оздоровляющая.

Прочитав такой чиновный ответ возмущенного администратора, авторы позорной — иначе не назовешь — концовки СПЭ заключения не только переведут дух, но продолжат начатое. Ведь в ответе потерялись все три тезиса, поначалу было приняты, а потом забалтываемые с целью не выправить ситуацию, а спасти лицо.

“Примите добрый совет: не пишите больше открытых писем”, — многозначительно советует Е. В. Макушкин. Мне ли не помнить чего стоили такие письма в советскую пору, и как год назад меня осудила этическая комиссия РОП, а сайт РОП почти год демонстрировал лживое письмо в мой адрес. Между тем, мое открытое письмо в ВПА о 20-ти летнем неисполнении Правительством ст. 38 Закона о психиатрической помощи и несостоятельности СПЭ заключения Михаила Косенко сыграло необходимую роль в решении обеих проблем. И не напиши я сейчас это открытое письмо, все прошло бы незамеченным. Е. В. Макушкин кончает достаточно прозрачной угрозой: он в духе Ф. В. Кондратьева называет мое письмо “донесением секретного агента”. А таким можно впредь “не отвечать”.

Вместо того чтобы использовать преимущества, которые дает для отечественной психиатрии наличие НПА как независимого критика и сотрудничать с ней в силу наличия общих целей, Е. В. Макушкин дал непродуктивную амбициозную реакцию, обнаруживая, что хочет оставаться монополистом, что его устраивает status quo. Мы давно убедились, что только ценой публичного озвучивания, выдержав ритуальный отпор, можно иногда что-то сдвинуть с места.

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

## К вопросу о психопатологических механизмах при совершении тяжких общественно опасных действий больными шизофренией

С. З. Ешимбетова<sup>1</sup>, Б. Р. Чембаев<sup>2</sup> (Ташкент, Узбекистан)

На основе изучения 201 больного шизофренией, совершившего в болезненном состоянии тяжкие общественно опасные действия, были исследованы механизмы совершения этих действий. Авторы предложили разделение психопатологических механизмов на типы в зависимости от определяющей роли в совершении общественно опасных действий позитивной или негативной симптоматики с учетом влияния личности больного.

**Ключевые слова:** шизофрения, общественно опасные действия, психопатологические механизмы, судебная психиатрия.

Предупреждение общественно опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими заболеваниями, является одной из наиболее важных проблем судебной психиатрии. Многочисленные исследователи отмечают наибольший удельный вес лиц, страдающих шизофренией, среди лиц с психическими и поведенческими расстройствами, совершивших ООД [6], особенно при совершении тяжких ООД, направленных против личности [1]. Согласно результатам анализа заключений судебно-психиатрических экспертиз в Республике Узбекистан за 2010 – 2012 гг., среди лиц, совершивших общественно опасные действия, направленные против жизни и здоровья личности, и впоследствии признанных невменяемыми, в 55,1 % случаев был установлен диагноз шизофрении.

Российскими судебными психиатрами были разработаны два различных подхода к изучению механизмов ООД: концепция психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных (Мальцева М. М., Котов В. П.) и системный анализ с позиций системы “синдром-личность-ситуация” (Кондратьев Ф. В.) [2, 5].

Под понятием психопатологических механизмов авторы подразумевают такое “взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами, которое обуславливает рассматриваемое деяние и (или) исключает возможность трактовать его как преступление”. Психопатологические

механизмы ООД распределены на две большие группы по характеру лежащих в их основе психических нарушений: в одних случаях деяние обусловлено продуктивными психотическими расстройствами (продуктивно-психотический механизм), в других оно связано с преимущественно негативными проявлениями, а также изменениями личности (негативно-личностный механизм); каждая группа, в свою очередь, делится на несколько вариантов [5].

Автор системного анализа указывает, что в нем прослеживается взаимосвязь осей психопатологии (фактор “Синдром”), личностных свойств (фактор “Личность”) и вариантов ситуации действия (фактор “Ситуация”), причем при формировании социального поведения лиц с психическими расстройствами фактор “Личность” был определен как центральный. Указано о возможности говорить исключительно о психопатологических механизмах ООД только в тех случаях, когда тяжелая психопатология блокирует возможность личностных проявлений [3]. Причем автор указывает, что труднее установить изолированность какого-либо свойства отмеченных факторов, составляющих систему “синдром — личность — ситуация”, чем перечислять возможные варианты их взаимосочетаний [4]. С учетом того, что каждая ось предполагает собой континуум, вариантов взаимосочетаний может быть большое количество в зависимости от градаций каждого фактора.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** изучение психопатологических механизмов при совершении тяжких общественно опасных действий, направленных против здоровья и жизни личности, больными шизофренией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Объектом исследования были 201 больной шизофренией, 181 (90,05 %)

<sup>1</sup> Д.м.н., профессор кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей.

<sup>2</sup> Старший научный сотрудник-соискатель кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей.



мужчина и 20 (9,95 %) женщин, совершивших тяжкие общественно-опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности, и проходившие принудительное лечение в республиканской психиатрической больнице с интенсивным наблюдением. Группа была сформирована методом сплошной выборки в соответствии с основными критериями отбора: верифицированный по МКБ-10 диагноз шизофрении; совершение правонарушений, предусмотренных статьями 97, 104 УК РУз (умышленное убийство, умышленное нанесение тяжких телесных повреждений); решение комиссии судебных экспертов-психиатров о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения ООД; назначение судом принудительных мер медицинского характера в связи с общественной опасностью больного.

Всем больным было проведено всестороннее комплексное обследование, включающее сбор социально-демографических, анамнестических и криминологических данных о больном, ретроспективный анализ течения заболевания до совершения ООД и во время прохождения принудительного лечения. Инструментом исследования была специально разработанная карта обследования. Психопатологические синдромы определялись в соответствии с методическим пособием для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний “Глоссарий психопатологических синдромов и состояний” (А. К. Ануфриев, Ю. И. Либерман, В. Г. Остроглазов, Москва, 1990).

Статистический анализ проводился с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 10. В работе использовались методы описательной статистики, при расчетах в таблицах сопряженности  $2 \times 2$  использовалась поправка Йетса на непрерывность. В случае анализа нескольких групп (параметров) при выявлении статистической значимости различий дополнительно проводился анализ четырехпольных подтаблиц, полученных путем объединения столбцов (строк). При процедуре множественных парных сравнений групп оценка статистической значимости проводилась с учетом поправки Бонферони.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При анализе совершенных ООД в соответствии с систематикой психопатологических механизмов ООД психически больных, предложенных М. М. Мальцевой (1987), было установлено, что 122 больных (60,7 %) совершили тяжкие ООД по продуктивно-психотическим механизмам, 79 больных (39,3 %) совершили тяжкие ООД по негативно-личностным механизмам.

При изучении ООД больных, совершивших тяжкие ООД по продуктивно-психотическим механизмам, было выявлено, что содержание болезненных переживаний было неоднородным и не всегда предполагало активные агрессивные действия в отношении потерпевших. Так, в эту подгруппу попали как

“преследуемые преследователи”, совершившие убийство, чтобы “не быть убитыми”, родители, совершившие на высоте аффективных нарушений убийство своих детей по псевдоальтруистическим мотивам по типу “расширенного суицида”, чтобы “избавить их от мучений”, так и больные, совершившие нападение на соседей, которые “смеялись над ними, осуждали”, или лица с бредом ревности, совершившие агрессивные действия в отношении своих бывших супругов, с которыми развелись несколько лет назад. Наличие императивных слуховых галлюцинаций, приказывающих убить жертву, тоже не объясняет совершение агрессивных действий, так как подобные обманы восприятия достаточно часто наблюдаются и у лиц, не совершавших ООД.

В связи с этим была разработана рабочая гипотеза, согласно которой продуктивно-психотические механизмы были разделены на два типа в зависимости от роли личности в реализации психотических переживаний: безусловно-психотический и условно-психотический.

**Безусловно-психотический механизм** предполагает наличие такой психопатологической симптоматики, которая безусловно (независимо от личности больного), определяет совершение ООД.

Признаки:

1. Безусловность ООД в силу расстройств сознания или выраженности нарушений мышления и (или) аффективных нарушений.
2. Несоответствие агрессии реальной ситуации, не содержащей угрозы жизни и здоровью больного.

К такой симптоматике относится бред, когда больной ощущает воображаемую непосредственную угрозу жизни (в силу реагирования на уровне инстинкта самосохранения), бред с выраженным аффективным компонентом, действия больных под влиянием автоматизмов и импульсивности, а также агрессивные действия на фоне выраженной дезорганизации мышления и расстройств сознания.

**Условно-психотический механизм** предполагает наличие психопатологической симптоматики, когда в содержании болезненных переживаний отсутствует непосредственная угроза жизни больного, однако больной, в силу приемлемости его личностью подобного типа реагирования, принимает решение о физическом уничтожении жертвы.

Признаки:

1. Условность ООД в силу болезненных переживаний, в соответствии с которыми больной считает, что ему потерпевшими причиняется вред (физический, моральный), либо имеются императивные галлюцинации, приказывающие совершить агрессивные действия в отношении жертвы, однако реализация агрессии зависит от личностных установок больного.
2. Отсутствие выраженной дезорганизации мышления.

**Таблица 1.** Клинические характеристики больных в зависимости от психопатологического механизма совершения ООД

Признак	Группы						Статистика значение p	Попарное сравнение групп
	Безусловно-психотический механизм (n = 47)		Условно-психотический механизм (n = 75)		Негативно-личностный механизм (n = 79)			
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)		
Ведущий психопатологический синдром на момент ООД							$\chi^2 = 274,3$ p < 0,001	
Синдромы помрачения сознания и кататонические синдромы	15	31,9	0	0	0	0	–	1 2, 3
Аффективно-бредовые синдромы	8	17,1	0	0	0	0	–	1 2, 3
Острые бредовые состояния	10	21,3	9	12,0	0	0	–	1, 2 3
Бредовые состояния без галлюцинаций	5	10,6	43	57,3	0	0	–	2 1, 3
Хронические параноидные состояния	5	10,6	22	29,3	1	1,4	–	2 3
Типы дефектных состояний и конечные состояния	4	8,5	1	1,3	78	98,7	–	3 1, 2
Форма шизофрении							$\chi^2 = 47,99$ p < 0,001	
F 20.0x (параноидная шизофрения)	33	70,2	69	92,0	44	55,7	–	2 1, 3
F 20.1x (гебефренная шизофрения)	2	4,3	1	1,3	3	3,8	–	ns
F 20.2x (кататоническая шизофрения)	6	12,8	0	0	2	2,5	–	1 2
F 20.3x (недифференцированная шизофрения)	5	10,6	5	6,7	13	16,5	–	ns
F 20.5x (резидуальная шизофрения)	0	0	0	0	13	16,5	–	3 1, 2
F 20.6x (простая шизофрения)	1	2,1	0	0	4	5,0	–	ns

3. Несоответствие агрессии ни реальной, ни воображаемой ситуации, не содержащих угрозы жизни и здоровью больного.

Отмечается в тех случаях, когда в отношении потерпевших имеется бред, в своем содержании не имеющий непосредственной угрозы жизни больного, и “преломляющийся” через личность больного, выбравшего реагирование социально неприемлемым способом (бред ущерба, отношения, воздействия). Сюда же относятся императивные галлюцинации, приказывающие убить жертву. Данный тип выделен в силу того, что большинство больных шизофренией в ходе болезненного процесса испытывает галлюцинаторные и бредовые расстройства, в содержании которых в роли “виновников” зачастую выступают конкретные лица, однако агрессивные действия в отношении них производятся достаточно редко.

При изучении негативно-личностных механизмов больных шизофренией, совершивших тяжкие ООД, было сложно дифференцировать инициативные (дефицит высших эмоций) и ситуационно спровоцированные действия (эмоциональная бесконтрольность). Это было связано с тем, что при отсутствии свидетелей и смерти потерпевших причины правонарушения приходилось устанавливать только со слов подэкспертных, причем в ходе следствия, проведения судебно-психиатрической экспертизы и на различных этапах

принудительного лечения больными зачастую высказывались противоречивые версии произошедшего. Как правило, больные, находившиеся в следственных изоляторах совместно с лицами с криминальным прошлым либо сами ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности, во время следствия и во время проведения судебно-психиатрической экспертизы обвиняли потерпевших в том, что те первыми начали конфликт и создали угрожающую их жизни ситуации. Кроме этого, было трудно провести границу, разделяющую эти два вида негативно-личностных механизмов, так как в семьях и ближайшем окружении больных с дефектными состояниями были часты конфликты, а ООД совершались через различные периоды времени после них, иногда через несколько недель, причем больные утверждали, что причиной их неправильного поведения был именно конфликт. В связи с этим негативно-личностный механизм рассматривался без разделения его на подтипы.

**Негативно-личностный механизм.** ООД реализуется по той причине, что личность больного (в силу дефектного состояния или комбинации нажитой личностной деформации с преморбидными особенностями личности) приемлет противоправные действия, которые связаны с внешней ситуацией и (или) побуждениями больного.

Признаки:

**Таблица 2.** Роль преморбиды и клинико-динамические характеристики больных в зависимости от психопатологического механизма совершения ООД

Признак	Группы						Статистика значение $p$	Попарное сравнение групп
	Безусловно-психотический механизм (n = 47)		Условно-психотический механизм (n = 75)		Негативно-личностный механизм (n = 79)			
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)		
Преморбидная личность							$\chi^2 = 19,55$ $p = 0,03$	
Относительно гармоничная личность	14	29,8	20	26,7	31	39,2	–	ns
Шизоидная акцентуация	18	38,3	28	37,3	33	41,8	–	ns
Эпилептоидная акцентуация	3	6,4	19	25,3	5	6,3	–	2 1,3
Другие виды акцентуации	12	25,5	8	10,7	10	12,7	–	ns
Манифест заболевания							$\chi^2 = 32,33$ $p < 0,001$	
Синдромы помрачения сознания и кататонические синдромы	7	14,9	2	2,7	7	8,9	–	ns
Аффективно-бредовые синдромы	14	29,7	9	12,0	7	8,9	–	1 3
Острые бредовые состояния	13	27,7	28	37,3	31	39,2	–	ns
Бредовые состояния без галлюцинаций	11	23,4	36	48,0	25	31,6	–	2 1
Типы дефектных состояний	2	4,3	0	0	9	11,4	–	3 2
Динамика бредовой симптоматики в ходе принудительного лечения							$\chi^2 = 47,19$ $p < 0,001$	
Наличие бреда, обусловившего ООД через год после совершения ООД во время проведения принудительного лечения	6	12,8	32	42,7	0	0	–	2 1, 3
Отсутствие бреда того же содержания	41	87,2	43	57,3	79	100,0		–

1. Приемлемость для больного агрессивного способа реагирования как способа разрешения ситуации или удовлетворения побуждений.

2. Совершение ООД по “реально-бытовым” мотивам, не связанным с продуктивной психопатологической симптоматикой.

При этом механизме не исключается наличие бредовой симптоматики в случае наличия криминальной ситуации, не конгруэнтной бредовой системе, но включающей механизм агрессивного реагирования данной личности.

При совершении ООД по безусловно-психотическому механизму достоверно преобладали синдромы помрачения сознания, кататонические синдромы и аффективно-бредовые синдромы. Острые бредовые состояния чаще наблюдались при совершении ООД по безусловно-психотическому и условно-психотическому механизмам. Бредовые состояния без галлюцинаций и хронические параноидные состояния обуславливали совершение ООД преимущественно по условно-психотическому механизму. Дефектные и конечные состояния в подавляющем большинстве обусловили совершение ООД по негативно-личностным механизмам. При изучении содержания бредовых

переживаний было установлено, что при безусловно-психотическом механизме наиболее распространенными были бредовые идеи преследования с непосредственной угрозой жизни больного (27 больных). При условно-психотическом механизме чаще наблюдался бред ревности (34 больных).

Изучение распределения форм шизофрении в зависимости от психопатологических механизмов показало преобладание случаев параноидной шизофрении при совершении ООД по условно-психотическому механизму и резидуальной шизофрении при совершении ООД по негативно-личностному механизму по сравнению с другими механизмами. Было выявлено преобладание случаев кататонической шизофрении при совершении ООД по безусловно-психотическому механизму по сравнению с условно-психотическим механизмом.

Анализ преморбидных особенностей показал, что больные, совершившие ООД по условно-психотическому механизму, чаще выявляли признаки акцентуации личности по эпилептоидному типу. Более чем у трети представителей каждой группы была выявлена акцентуация личности по шизоидному типу, различия между подгруппами были статистически незначимы.

ми. Изучение манифеста заболевания показало, что у больных, совершивших ООД по безусловно-психотическому механизму, чаще впервые диагностировались аффективно-бредовые синдромы, чем у больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму. Почти у половины больных, совершивших ООД по условно-психотическому механизму, заболевание манифестировало бредовыми состояниями без галлюцинаций, что значительно превышало показатель группы больных, совершивших ООД по безусловно-психотическому механизму. У больных, совершивших ООД по условно-психотическому механизму, не наблюдалось манифестов, характеризующихся преобладанием негативной симптоматики, в отличие от группы больных, совершивших ООД по негативно-личностному механизму. Статистически значимых различий по другим вариантам манифеста выявлено не было.

При изучении динамики бредовой симптоматики через год после совершения ООД в ходе принудительного лечения было выявлено, что у 42,7 % больных, совершивших ООД по условно-психотическому механизму, сохранялась бредовая симптоматика, обусловившая ООД, что значительно превышало аналогичный показатель группы больных, совершивших ООД по безусловно-психотическому механизму (12,8 %).

## ВЫВОДЫ

Были установлены статистически значимые различия в клинической картине, форме и динамике заболевания, выявлена определенная роль преморбидных особенностей личности при формировании рассматриваемых в исследовании психопатологических механизмов. У больных с безусловно-психотическим механизмом чаще наблюдались синдромы помрачения сознания, кататонические синдромы и аффективно-бредовые синдромы, по сравнению с другими механизмами преобладала кататоническая форма шизофрении. У больных с условно-психотическим механизмом чаще наблюдались бредовые состояния без галлюцинаций и хронические параноидные состояния, преобладала параноидная форма шизофрении с манифестацией в виде бредовых состояний без галлюцинаций, достоверно чаще больные

в преморбиде выявляли признаки акцентуации характера по epileptoидному типу. Кроме этого, наблюдаемая у данной категории больных бредовая симптоматика отличалась недостаточной курабельностью, по сравнению с группой больных, совершивших ООД по безусловно-психотическому механизму. У больных с негативно-личностным механизмом чаще наблюдались дефектные и конечные состояния, преобладала резидуальная шизофрения, чаще отмечалась манифестация в виде негативной симптоматики.

Значительная роль личности в условно-психотическом механизме позволяет рассматривать его как самостоятельный психопатологический механизм, занимающий место между безусловно-психотическим и негативно-личностным механизмами, что требует разработки новых подходов к профилактике тяжких ООД среди лиц, страдающих шизофренией.

**ОГРАНИЧЕНИЯ.** Данное исследование проводилось только в отношении лиц, страдающих шизофренией, совершивших тяжкие общественно-опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности. В исследовании не изучались менее тяжкие ООД лиц, страдающих шизофренией, а также агрессивные действия, не попадающие под действие определенных статей уголовного кодекса. Авторами не изучались психопатологические механизмы ООД при других психических и поведенческих расстройствах, а также ООД неагрессивного характера.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова М. Л. Судебно-психиатрическое значение современных тенденций общественно опасных действий, совершаемых больными шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2003. — 23 с.
2. Кондратьев Ф. В. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. — С. 349 – 353.
3. Кондратьев Ф. В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. — Москва, 2006. № 3. — с. 64 – 69.
4. Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией. — М.: Юстицинформ, 2010. — 402 с.
5. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. — М.: Медицина, 1995. — 256 с.
6. Nielsen O. et al. Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness // Schizophrenia Bulletin. — 2011. — Vol 37, No. 3, P. 572 – 579.



# Представление врачей и пациентов о цели госпитализации в психиатрический стационар

Н. Б. Захаров<sup>1</sup>, М. В. Злоказова<sup>2</sup>, А. Г. Соловьев<sup>3</sup> (Киров)

В статье представлены мнения врачей и пациентов психиатрического стационара о цели госпитализации. Выявлено, что для врачей определяющим является клиническое улучшение состояния пациентов, а для пациентов наиболее значимо повышение их качества жизни. Подчеркивается необходимость применения методов психосоциальной терапии и реабилитации для сближения позиций участников терапевтического процесса, что позволит не только оптимизировать стационарное лечение, но и разработать критерии эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** цель госпитализации, психиатрический стационар, качество жизни, социальная адаптация, эффективность реабилитации.

Одним из самых сложных методологических вопросов современной психиатрии является оценка эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий [4]. Оценка результативности терапевтического вмешательства необходимо соотносить с целью лечебно-реабилитационных воздействий. Если она достигнута, или имеется результат, который можно сопоставить с ожидаемым итогом, то вполне оправдано говорить об эффективности или неэффективности воздействия. Однако задачи амбулаторного лечения и наблюдения отличаются от стационарного, а соответственно, оценивать эффективность того или иного вида терапии необходимо с учетом выбранной тактики лечебно-реабилитационных воздействий.

Оценку эффективности терапии необходимо проводить с учетом нозологических особенностей пациентов. Так, цель госпитализации и реабилитации больных с расстройствами шизофренического спектра может отличаться от таковой в отношении пациентов с другими нозологическими формами. Но даже среди больных с расстройствами шизофренического спектра имеются отдельные “проблемные” группы пациентов, имеющие различные причины госпитализации, например, группа больных, проходящих принудительное лечение, основная задача которого — профилактика повторных общественно опасных деяний.

Одновременно с этим, и цель госпитализации, и оценка эффективности лечения и реабилитации зависят от точки зрения или позиции, выбранной для анализа. Интересы общества, включая систему здравоохранения и социальные службы, часто отличаются

от интересов пациента. Примером этому служит значительное количество больных, непрерывно находящихся в стационаре более года, выписка или перевод которых в стационарные учреждения социального обслуживания населения затруднена вследствие социальных, а не клинических факторов.

**Целью работы** явилось сравнение представлений о цели госпитализации в психиатрический стационар врачей-психиатров и пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Согласно статье 28 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, основанием для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях или постановление судьи [3]. Закон не предусматривает учет мнения пациента о госпитализации, поскольку она может быть недобровольной, но в случаях добровольной госпитализации позиции врача и пациента о ее необходимости фактически совпадают, хотя цели госпитализации и оценка ее результата могут отличаться.

Одним из критериев эффективности проводимой лечебно-реабилитационной работы в стационаре могут служить клинические показатели психического состояния, например, оценка выраженности показателей шкалы PANSS у больных шизофренией. Однако шизофрения характеризуется значительной гетерогенностью психопатологической симптоматики и требуется дифференцированный подход к оценке ремиссии согласно форме и типу течения заболевания [8]. Хотя, безусловно, в отношении отдельных групп пациентов это может служить индикатором эффективности комплексной терапии и реабилитации.

Клиническое состояние часто определяет условия и задачи реабилитационного процесса, но адаптация лиц с длительным психическим заболеванием к жизни в обществе вызывает смещение фокуса внимания от самого заболевания к модели функциональной инвалидности [9]. В таких случаях, кроме клинической

<sup>1</sup> К.м.н., заместитель главного врача Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В. М. Бехтерева.

<sup>2</sup> Д.м.н., профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии.

<sup>3</sup> Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета.

оценки, становятся актуальными другие критерии, а именно, показатели социальной адаптации и уровня социального функционирования.

К субъективным показателям оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий относится оценка качества жизни. Именно его улучшение ставится на ведущее место при проведении реабилитации во многих сферах медицины [6].

Еще одной группой показателей, отражающих эффективность лечебно-реабилитационной работы, являются фармакоэкономические исследования, особенно в отношении экономической эффективности лечения [5]. Хотя очевидно, что для пациентов повышение качества жизни или удовлетворенность лечением, как возможные исходы заболевания, более приоритетны по сравнению со снижением стоимости заболевания или снижением расхода ресурсов, что более важно для плательщиков.

На основании показателей, способных отразить представления о цели госпитализации и возможной эффективности стационарного лечения и реабилитации нами была разработана анкета для врачей-психиатров и пациентов, включающая рейтинговую шкалу по определению основной цели госпитализации и реабилитации. Респонденту предлагалось ответить на вопрос, что, по его мнению, является основной целью госпитализации и реабилитации. Среди возможных вариантов ответов было предложено: улучшение клинического состояния, повышение качества жизни, повышение уровня социальной адаптации, уменьшение расходов на лечение, выработка социально-приемлемых форм поведения и уменьшение риска возможной социальной опасности, повышение способности к самостоятельному проживанию и т.п. Предлагалось составить рейтинг пунктов от 1 балла (наивысший) до 7.

Анкетирование проводилось анонимно, в нем приняли участие 52 врача-психиатра и 103 пациента с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20 – F29 по МКБ-10), проходивших лечение в стационарных условиях Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В. М. Бехтерева вследствие обострения психического расстройства. Анкетирование пациентов проводилось накануне выписки в состоянии клинической ремиссии, при необходимости предлагалась помощь экспериментатора.

Наиболее важным для врачей явилось улучшение клинического состояния пациентов вследствие госпитализации, на это указали более половины опрошенных (53,8 %). По мнению докторов, именно контроль над психическим расстройством является наиболее важным среди предложенных вариантов с точки зрения профессионала, что соответствует сформировавшемуся врачебному мышлению. Система подготовки врачебных кадров в отечественных медицинских высших учебных заведениях в последние десятилетия, в основном, ориентирована на пастеровскую па-

радигму [7], когда будущего врача, в первую очередь, учат постановке синдромального и нозологического диагноза, затем назначению терапии, соответствующей диагнозу, и решению экспертных вопросов, в значительной степени связанных с поставленным диагнозом. Таким образом, врач нацелен на постановку диагноза и медикаментозное лечение (для терапевтических специальностей), но не на решение реабилитационных вопросов. С подобными проблемами сталкиваются и за рубежом, когда молодые психиатры обучаются, в основном, диагностике и выписыванию рецептов и нацелены исключительно на контроль симптомов, а не на интеграцию фармакологических и социальных вмешательств [10].

Хотя лекарственная терапия сегодня представляется важнейшей составляющей реабилитации, так как именно она является основой, на которой возможно построение и проведение реабилитационных программ, но значительное количество психических расстройств имеют склонность к хроническому и затяжному течению. Несмотря на все усилия и достижения современной психофармакотерапии и появление новых поколений препаратов, существенного повышения эффективности лечения больных, в частности, больных шизофренией, не произошло [1], что заставляет обратить внимание врачей на другие аспекты терапевтических вмешательств, связанных с госпитализацией.

Для пациентов улучшение состояния оказалось наиболее важным лишь для 29,2 % опрошенных. Это связано с недостаточной критической оценкой имеющегося заболевания, когда обострение психического расстройства объясняется внешними или случайными факторами, или отрицается само наличие заболевания. Повлиять на правильное восприятие имеющегося психического расстройства и его отдельные проявления возможно использованием методов психосоциальной терапии, в частности, психообразовательных программ [2].

Среди врачей улучшение качества жизни пациентов оказалось наиболее значимым для 19,2 % респондентов. Оценка качества жизни является инструментом для выбора тактики лечения при равной клинической эффективности или минимальных различиях используемых лекарственных препаратов с учетом их побочных явлений. Особенно это актуально для хронических психических расстройств, к которым относится шизофрения.

Психопатологические расстройства и сопутствующая длительная терапия, в том числе стационарная, тесно переплетаются, обуславливают и формируют трудности повседневного функционирования, что влияет на степень удовлетворенностью жизнью. Качество жизни для врачей является независимым прогностическим фактором психического расстройства. Акцент на улучшение качества жизни больных пока-

зывает степень гуманности общества и распространение гуманистических тенденций в психиатрии.

Для большинства пациентов (44,7 %) наиболее важным оказалось именно повышение качества жизни, т.е., пациенты ожидают субъективное улучшение своего положения в обществе вследствие госпитализации и комплекса проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Методы достижения изменения качества жизни, в частности, за счет улучшения клинического состояния, как было показано выше, не являются основной целью госпитализации для пациентов. Вероятно, ожидания улучшения качества жизни связаны с другими факторами госпитализации и терапевтического процесса, в частности, возможностью решения социальных и психологических проблем, что, в первую очередь, носится к реабилитационным мероприятиям. Одновременно с этим необходимо помнить, что на свое субъективное восприятие у лиц с психическими расстройствами большое влияние оказывает выраженность психопатологической симптоматики, степень критического отношения к своему состоянию, прогностическое значение заболевания. Поэтому оценку качества жизни необходимо дополнять объективными критериями социализации, к которым относится уровень социальной адаптации.

Уровень социальной адаптации, как показатель ее соответствия жизненным требованиям, целесообразно рассматривать с учетом различных сторон социального функционирования для ее целостной оценки. К основным аспектам жизнедеятельности можно отнести способность индивида к выполнению работы, характер которой соответствует образованию, уровень образования, наличие семьи, социально значимых связей и ряд других. Уровень социальной адаптации — это мера успешности функционирования индивида в обществе. Наличие у человека серьезного психического расстройства, приводящего к нарушениям социальной адаптации, требует, кроме лечения самого заболевания, комплекса мероприятий, направленных на сохранение или поддержание достаточного для функционирования уровня социальной адаптации.

Врачи отметили повышение уровня социальной адаптации как основную задачу госпитализации в 11,5 % случаев. Это говорит о том, что изменение ее уровня у пациентов врачи рассматривают через призму клинического состояния: при достижении ремиссии вероятность улучшения функционирования повышается. С другой стороны, добиться какого-либо значительного изменения уровня социальной адаптации только за период стационарного лечения и реабилитации невозможно. Восстановление или поддержание социального функционирования требует усилий специалистов не только в стационаре, но и в амбулаторной психиатрической службе.

Только для 7,7 % пациентов было наиболее актуально повышение уровня социальной адаптации. Это отражает или удовлетворенность своим функциони-

рованием в обществе, или нежелание изменить существующее положение вследствие снижения уровня притязаний. Для улучшения уровня социальной адаптации требуются активные действия самого пациента, что не всегда возможно из-за проявлений психического расстройства. В этом случае значительно легче пассивное принятие условий окружения и своего положения в обществе. Этот факт подтверждается тем, что ожидания субъективного благополучия пациентов значительно выше, чем ожидание объективного изменения своего состояния.

Ни один из врачей не отметил важность возможно уменьшения финансового бремени болезни вследствие госпитализации. Это связано с особенностями финансирования и лекарственного обеспечения лечебного процесса в стационаре. Врач часто не знает “стоимости болезни” для пациента, поскольку цена на лекарственные препараты в стационаре входит в общую стоимость одного койко-дня, а лечение осуществляется бесплатно.

В отличие от этого, небольшое количество пациентов (5,8 %) рассматривают уменьшение финансовых расходов как приоритет среди задач госпитализации. Это касается лиц, вынужденных приобретать медикаменты за собственный счет, помимо лекарственных средств, отпускаемых бесплатно по рецепту врача.

Усвоение социально-приемлемых форм поведения в качестве основного направления стационарного лечения отметили примерно равное количество врачей (3,9 %) и пациентов (4,9 %). Для врачей предотвращение возможности совершения правонарушений больными, склонными к совершению социально-опасных действий, рассматривается как одна из задач госпитализации посредством улучшения или поддержания стабильного клинического состояния. Среди пациентов это является актуальным для лиц, ранее совершивших противоправные действия, предотвращение которых в последующем в значительной степени зависит от их социального окружения. Именно под влиянием врачей, родственников, социальных служб, сотрудников правоохранительных органов чаще всего в таких случаях осуществляется госпитализация.

Повышение способности пациентов к самостоятельному проживанию оказалось наиболее актуальным для 7,7 % врачей. Это снова необходимо соотносить с представлением докторов о том, что в результате госпитализации, в первую очередь, должно происходить уменьшение выраженности психопатологической симптоматики. Именно улучшение клинического состояния влечет за собой возможность осуществления комплекса психосоциальных вмешательств, в частности, повышение способности к самостоятельному проживанию пациентов.

Только для 5,8 % пациентов повышение способности к самостоятельному проживанию вследствие госпитализации оказалось наиболее важным. Это можно

рассматривать либо как удовлетворенность своим функционированием, о чем говорилось выше, либо как формальное примирение с ограничениями жизнедеятельности вследствие психического расстройства.

Среди прочего со стороны врачей были отмечены “необходимость изоляции больного”, “определение группы инвалидности”, “решение социальных вопросов”, а со стороны пациентов “материальная поддержка”.

Таким образом, выявленное исследование показало различие между мнениями врачей и пациентов о цели госпитализации. Для докторов основой является улучшение клинического состояния больного человека, после чего возможно проведение психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Хотя более половины опрошенных врачей считают это наиболее важным, но это мнение не является абсолютно доминирующим, так как второй по частоте ответ касался повышения качества жизни, что свидетельствует о значении биопсихосоциального подхода в психиатрии. Для самих пациентов наиболее важным представляется именно повышение качества жизни, т.е. улучшение субъективного восприятия своего функционирования, “удовлетворенность жизнью”.

Объективные характеристики социального функционирования (уровень социальной адаптации, формирование социально-приемлемых форм поведения, повышение возможности самостоятельного проживания) не рассматриваются в качестве основных задач госпитализации ни врачами, ни пациентами.

Выявленные в данном исследовании различия свидетельствуют о необходимости сближения мнений двух основных участников терапевтического процесса — врача и пациента. Понимание единой цели госпитализации и задач стационарного лечения возможно с использованием методов психосоциаль-

ной терапии и реабилитации на основе принципов биопсихосоциального подхода и партнерства. Это, в свою очередь, позволит оптимизировать и индивидуализировать терапевтический процесс, а также разработать критерии эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) // С. Н. Мосолов ред. М.: Издательство “Социально-политическая мысль”, 2012. 1080 с.
2. Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций) / И. Я. Гурович ред. // М.: ИД “МЕДПРАКТИКА-М”, 2011. 284 с.
3. Закон РФ от 02.07.1992 № 3183-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.
4. Захаров Н. Б., Злоказова М. В., Соловьев А. Г. Достижения и проблемы современной психиатрической реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013, № 3. С. 51 – 56.
5. Клинико-экономический анализ. Издание 3-е, дополненное с приложениями / П. А. Воробьев ред. // М.: Ньюамедиа, 2008. 778 с.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание // М.: ЗАО “ОЛМА Медиа Групп”, 2007. 320 с.
7. Нуллер Ю. Л. Смена парадигмы в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1992. № 1. С. 13 – 19.
8. Мосолов С. Н., Потапов А. В., Шафаренко А. А., Костоюкова А. Б., Ушаков Ю. В., Бурьгина Л. А. и др. Разработка и валидизация стандартизированных критериев терапевтической ремиссии при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 2 – 6.
9. Harvey P. D., Keefe R. S. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment // Am. J. Psychiatry, 2001, Vol. 178, P. 506 – 517.
10. Liberman R. P., Glick I. D. Drug and psychosocial curricula for psychiatry residents for treatment of schizophrenia: part I. Psychiatr Serv. 2004. № 55. P. 1217 – 1219.

Международный конгресс ВПА

**СОЕДИНЕНИЕ АЗИИ СО ВСЕМ МИРОМ:  
НОВАЯ ЭРА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

18 – 22 ноября 2015 г., Тайпей, Тайвань

E-mail: system1@wpaic2015tw



## Правовые и клинико-методические проблемы оказания скорой психиатрической помощи. Факты злоупотребления психиатрией

В. С. Иванов<sup>1</sup>

Правоприменительная практика скорой психиатрической помощи, несоблюдение классических клинико-методических положений оказания СПП, вменение врачу обязанностей, несовместимых с квалификацией психиатра, приводят к нарушениям интересов больного, его прав, к фактам злоупотребления психиатрией.

**Ключевые слова:** скорая психиатрическая помощь, злоупотребления психиатрией.

Незамедлительное оказание помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и находящимися в состоянии, представляющем “непосредственную опасность для себя и окружающих”, определено Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, 1992 г., а также уточняющими положениями Приказов МЗ РФ № 108, ДЗМ № 288 1998 г. (Приложение 4, раздел “Правовое регулирование”). Исполнение обязанностей врачом скорой психиатрической помощи (СПП) в соответствии со своей квалификацией регламентируется ФЗ-323 2011 г. “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (ст.ст. 73 ч. 2 п. 1; 100 ч. 1), являющегося фундаментом правового профессионализма практического врача, “конституцией” его деятельности. Профильность помощи документируется сертификатом специалиста (“вторым дипломом”), который выдается на основе курса послевузовского образования и дает право на профессиональную деятельность согласно избранной специальности<sup>2</sup>.

Реформирование системы медицинской помощи с вменением в обязанности врача СПП оказание помощи соматически больным, более того, эвакуацию пациентов по “направлениям” коллег диспансеров, стационаров, являвшуюся компетенцией среднего медицинского персонала, а также перевод фельдшеров бригад по

эвакуации пациентов с психическими расстройствами в состав бригад соматической помощи является акцией, не совместимой с федеральным законодательством, нормативно-правовыми предписаниями и прямым образом нарушает приоритет интересов больного, его прав.

Обстановка, сложившаяся в Отделе СПП Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова в Москве, обусловлена рядом негативных обстоятельств, несовместимых с интересами пациентов, и лишает их права на получение своевременной квалифицированной помощи профильным специалистом.

Так, полномочия Главного специалиста-психиатра города по курированию правовых и методических проблем оказания СПП<sup>3</sup> возложили на себя администраторы Станции, не являющиеся в большинстве своем специалистами-психиатрами и, как показывает практика, не ориентирующиеся в специфике психиатрии и ее правовых основах. Между тем их мнения доминируют в решении ряда методически сложных вопросов, имеющих принципиальное значение.

Администраторы Отдела СПП Станции (в штате трое сотрудников) не считают необходимым проводить конференции по актуальным методическим вопросам тактики выездного психиатра, актуальным проблемам клинической тематики. В результате, не получают освещения самые острые вопросы оказания СПП, а именно:

– профильность направления психиатра на вызов, показания к приему вызова, анализ соответствующих ошибок;

<sup>1</sup> Владимир Степанович Иванов, кандидат мед. наук, бывший сотрудник отдела Скорой психиатрической помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова в Москве.

<sup>2</sup> Ст. 54, действующая до 2011 г. “Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан”, 1993 г. “Адресное” предписание профильности оказания помощи врачом СМП содержится в Приказе Минздравсоцразвития № 541н 2010 г. “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”.

<sup>3</sup> П. 18 “Положения о бригадах СПП” Приказов МЗ РФ и ДЗМ №№ 108 и 288 1998 г. (Приложение 1).

– эвакуация бригадой СПП наиболее сложного контингента больных “сочетанной” патологией, в определенной мере подтверждающих “профессиональное лицо” психиатра скорой помощи;

– правоприменительная практика освидетельствования пациентов в случаях транзиторно протекающих психозов, в частности абортивно манифестирующих атропиноподобных делириев токсического генеза;

– диагностика агрессии, ее пассивных латентных форм и др. вопросы.

Не проводится обсуждение сложных клинических наблюдений, диагностических расхождений и их валидности с участием компетентных специалистов НИИ психиатрии, не анализируется документация стационаров, имевших место в период “автономии” службы СПП, а также принципиальное различие методического обеспечения скорой психиатрической и скорой помощи соматически больным и “пределов компетенции, определенной отраслевыми нормами и правилами “. Практикуется лишь участие врачей СПП в городских конференциях (Приказы МЗ РФ и ДЗМ 1998 г.), которое в последнее время инициируется Главным психиатром города проф. Б. Д. Цыганковым.

Администрация Станции и Отдела СПП на собраниях сотрудников СПП оглашает следующую директиву: — “Вы все работаете на станции скорой медицинской помощи... вы сотрудники, врачи “03”..., и лишь потом психиатры... хотите работать только психиатрами, идите в психиатрические диспансеры, больницы”... Такая установка настойчиво внедряется в практику врача СПП, не имеющего полипрофильной подготовки, необходимого сертифицирования полномочий. Выносятся взыскания, оформляются увольнения коллег психиатров при несоблюдении этой “парадигмы”. Эпизодически прочитываемые “минилекции” по вопросам соматологии не могут заменить профильной СМП, и несложно представить качество медицинской “услуги” больному инфарктом миокарда с изменением поведения и ясности сознания, к которому прибывает психиатр “скорой профильной” помощи.

Конечно, молодой специалист СПП, опасаясь административных санкций, может запросить разрешение на вызов к тяжелому соматически больному врача-соматолога, но коллеги из Оперотдела СПП часто не дают такого разрешения и интересы пациента оказываются нарушенными.

С другой стороны, число направлений врача СПП к тяжелым соматически больным — в первую очередь, по обращениям бригад СМП без необходимого уточнения показаний к направлению специализированной бригады (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 541н 2010 г.) — резко возросло, и это может приводить даже к фатальным исходам.

*Из практики:*

*трое сотрудников бригады СМП ожидают прибытия, вызванного ими психиатра, при появлении ко-*

*торого у больной 37 лет, покусившейся на свою жизнь, развивается фонтанирующая, профузная кровавая рвота с клочками слизистой желудка в содержимом. Состояние больной оказалось близким к терминальному, требующим реанимационных экстренных мероприятий.*

*Вызов был принят сотрудником Оперотдела СПП без выяснения показаний к направлению психиатра, а также с игнорированием ст. 20 ч. 9 ФЗ-323, предусматривающей отсутствие необходимости согласия больного на медицинское вмешательство в случаях жизнеугрожающих состояний, требующих экстренных мер помощи (ст. 32 ч. 4 ФЗ-323). Сотрудником Оперотдела СПП были допущены нарушения трех положений Закона и подзаконных актов, однако это не получило никакой оценки руководителя СПП.*

Имеют место исключительные случаи, когда призыву врача СПП по обращениям коллег СМП предшествовала кончина больного, или летальный исход прерывал острую дискуссию психиатра и соматолога.

Распоряжения сотрудника Оперотдела СПП иногда похожи на абсурд:

*врач бригады СМП отменяет оформленный ею вызов психиатра, в связи с резким ухудшением состояния 23-летней суицидентки... Однако из Оперотдела СПП последовало распоряжение: “ожидайте, бригада психиатра находится уже в пути”... Статус больной на период прибытия врача СПП требовал реанимационных мер помощи.*

Направления врача бригады СПП к тяжелым соматическим больным оформляются даже... в психиатрические стационары с жесткими требованиями: “выезд не задерживать, все ваши вопросы уточните по месту прибытия”... (то есть, вменяется дополнительно выполнение прямых обязанностей коллег Оперотдела СПП).

*Из практики:*

*врач СПП направляется в психиатрическую клинику № 15 для эвакуации больного в(!) реанимационное отделение ГКБ. Присутствие бригады СПП вызвало недоумение своей “нелепостью” у коллеги-реанимационной бригады СМП.*

*Вручается вызов в психиатрическую клинику № 1 им. Алексеева к больной, наблюдаемой врачом ПНД (обоснование направления), выявлявшей гипергликемию (38,2 ммоль/л), перелом плечевой кости с развившейся гематомой размером с футбольный мяч, АД 220/160 мм рт.ст., оглушенность... Врач стационара не намеревалась вызывать врача СПП, но сотрудник Оперотдела не стал выслушивать “подробности обращения”.*

Обоснованность вызова психиатром врача-соматолога бригады СМП к сложному в диагностическом отношении или находящемуся в тяжелом состоянии пациенту определяет не коллега бригады СМП “у по-

стели больного”, а администратор СПП спустя недельные сроки, по данным “Карты вызова” и своим субъективным впечатлениям. При этом “необоснованность” вызова карается вынесением взысканий.

Администрация волонтеристским образом устанавливает требование эвакуации больных “сочетанной патологией”, вне зависимости от тяжести статуса транспортируемого, возможности тяжелых последствий и т.п., бригадой СПП. При этом не принимается во внимание Приказ ДЗМ № 12 от 2005 г., предписывающий госпитализацию пациентов “по каналам СПП” с учетом их транспортабельности, степени выраженности тяжести соматической патологии, а также Приказ Комитета здравоохранения № 153 1997 г. о необходимости решения вопросов эвакуации больных “с обязательным участием врача бригады эвакуации”. Игнорируется даже собственная станционная Инструкция (п. 18.2.2), предписывающая госпитализацию больных, отягощенных соматической патологией, “бригадами СМП других типов”.

Врачу бригады СПП запрещено уточнять обоснованность направления на вызов, это рассматривается как задержка вызова. Между тем, такой запрет противоречит исключительному праву врач-психиатра на решение вопроса о недобровольной помощи (ст.ст. 20 ч. 2; 21 ч. 1 Закона РФ о психиатрической помощи) и в ряде случаев приводит к нарушению основных свобод и прав личности.

Налагаемое вето с вынесением взысканий превращает специалиста в некое опекаемое лицо, которое вместе с тем несет всю полноту ответственности за свои действия. Игнорируется также и Резолюция Генеральной ассамблеи ООН № 46/119 от 1991 г. “Принципы защиты психически больных”, устанавливающая решение вопроса недобровольной помощи “двумя специалистами, работающими в области психиатрии”. (Врач полномочен руководствоваться международными договорными установлениями согласно ст. 2 ч. 4 Закона РФ о психиатрической помощи; ст.ст. 3 и 5 ФЗ-323, что соответствует ст. 15 Конституции РФ). Между тем, выяснение обоснованности направления на вызов приводило в ряде случаев к его перепрофилизации, когда неотложная помощь оказывалась токсикологом, реаниматологом и др. специалистами, что отражало интересы больного.

(Следует отметить, что не все коллеги Оперотдела СПП исполняют подобные устные предписания, некоторые все же решаются руководствоваться Законом и каноническими положениями медицинской науки).

Врачу СПП запрещено устанавливать соматические диагнозы, только психиатрические.

#### *Из практики:*

*освидетельствовалась 58 летняя пациентка по вызову нетрезвого родственника. По сведениям больной и данным эпикриза из ГКБ, страдает переломом*

*бедренной кости справа, переломом шейки бедра слева.*

*Психической патологии не выявляла. Возмущенные восклицания: “Зачем мне прислали психиатра, никогда в жизни к нему не обращалась... у меня адские боли, не могу повернуться в постели... два дня достучаться, докричаться о помощи не могу (мотив приема вызова)... пьяный племянник стакан воды не поднесет” (пытается не попасть в поле зрения бригады).*

*Инъекция обезболивающего эффекта не имела.*

*“Ответственный” врач Оперотдела СПП указывает на “нарушения”: “Вы необоснованно вызвали бригаду СМП... Сделали укол и уезжайте... Почему ставите диагноз хирурга? Заведующий на пятиминутке запретил выставлять соматические диагнозы... только психиатрические... найдите у больной психические отклонения”.*

Психически здоровому лицу администратор требует устанавливать диагноз психической патологии. Это ли не злоупотребление психиатрией?

На вербальном уровне, без документирования устанавливаются нормативы, неисполнение которых является основанием для наложения взысканий.

Например, норматив времени доезда бригады без учета дорожных условий, сложности адреса, опыта водителя. При чем ответственность за несоблюдение этого норматива несет не водитель, но врач бригады СПП... Есть также норматив времени нахождения бригады у больного, без учета сложности случая, входящих обстоятельств... Норматив времени нахождения в приемном покое стационара также не учитывает реальные обстоятельства.

Наиболее существенные негативные последствия, приводящие в значительном числе к нарушениям прав личности, связаны с нормативом приема вызова, исчисляемым несколькими минутами и не делающим различий между скорой психиатрической и медицинской помощью. Так, если врачу бригады СМП вручается срочный вызов, то норматив готовности к выезду в 4 минуты может оказаться излишне продолжительным, так же как и время приема вызова в Оперотделе СМП. Однако в психиатрии, с ее спецификой и правовыми основами, этот норматив не всегда исполним и в значительном числе случаев при слепой исполнительности врача Оперотдела СПП приводит к “безрезультатным” направлениям, особенно в “пиковые” часы обращений. По данным годовых отчетов, доля таких “безрезультатных” выездов достигает 40 и более процентов. Один из врачей Оперотдела СПП признался на собрании сотрудников: “Я дорожу своей работой и принимаю все, что поступает, в течение требуемого времени, не более 3-х, 4-х минут”... У этого коллеги имели место случаи, когда из 10-ти направлений врача СПП восемь оказывались “безрезультатными”! Таким образом: к любому лицу, в



любое время, без его ведома может вторгнуться бригада скорой психиатрической помощи, достаточно лишь обратиться к неразобравшемуся в обстоятельствах сотруднику бригады СМП и оформить вызов врача СПП, достаточно простого обращения конфликтующего родственника, соседа коммунальной квартиры, даже нетрезвого лица.

Нарушения прав личности неизбежны!

Из практики:

более часа понадобилось врачу СПП, чтобы “вызвать” к сотруднику администрации Президента РФ (инженеру-программисту), психически здоровому лицу, хорошо ориентирующемуся в юриспруденции, обоснованно предъявлявшему правовые претензии с цитированием УК РФ, закончился “мирным соглашением” с пожатием руки и отказом от оформления иска в суд.

Супруга сказала, что намеревалась лишь проконсультироваться в связи с острым конфликтом в семье, но “выслушивать не стали, с поспешностью заявили, что консультант прибудет”.

Соблюдение прав гражданина при оказании СПП — важнейший критерии профессионализма специалиста. Компетентность в правоприменительной практике администрации, роль юриста Станции в рассмотрении тактики врача имеют основополагающее значение. Вместе с тем, как показывает реальность, даже при абсолютно безупречном, квалифицированном исполнении обязанностей, врач СПП не гарантирован от наложения взысканий.

Из практики:

М., возглавлявший Отдел СПП Станции, знающий специфику оказания СПП, что называется изнутри, врач высшей категории, соавтор Методических рекомендаций, Приказов МЗ РФ и ДЗМ 1998 г., имеющих второе юридическое образование, отказывает коллеге бригады СМП в госпитализации больной в психиатрический стационар по правовым и клиническим основаниям. На вызов направляется другая бригада СПП, которая госпитализирует больную в клинику им. П. Б. Ганнушкина, откуда ее сразу переводят в ГКБ, где она умирает в связи с тяжелой соматической патологией. Администрация Станции выносит врачу М., правильно решившему сложную прогностическую задачу, не поощрение, но взыскание! (В настоящее время М. на Станции не работает).

С работы увольняется В., специалист с многолетним опытом, в связи с отказом в госпитализации пациентки, выявлявшей плановые показания помощи (осматривалась дважды). Требования родственников носили сугубо бытовые мотивы. Администрации игнорируются ст. 32 ч. 4 п. 3 ФЗ-323, регламенти-

рующая плановость помощи; 7-й Принцип ВПА, а также 10-й Принцип “Кодекса этики психиатра”, а именно: “психиатр должен отказаться от сотрудничества с представителями пациента, если они добиваются от него действий, противоречащих этическим принципам и закону”.

При рассмотрении судебного иска В. С. ИВАНОВА (дело № 2-9751/12, рассматриваемое Мещанским райсудом Москвы), вызвавшего врача-соматолога к тяжелому эндокринологическому больному с выраженной декомпенсацией сахарного диабета, юрист Станции в безапелляционной форме утверждал: “Сертификат психиатра не ограничивает оказание любой помощи... необоснованно вызвал бригаду СМП... помощь оказывает только психиатр”, “истец перекладывает свою работу на других” и т.п. (Непрофильную помощь врач СПП оказывает во внешних форс-мажорных ситуациях, что соответствует ст. 11 ч. 2 ФЗ 323).

Правовое обеспечение оказания СПП представляет острую проблему. Административная вседозволенность, низкий уровень компетентности руководителя СПП, увольнения опытных коллег-психиатров с прямым нарушением Закона и “замена” их врачами, не имеющими опыта в оказании СПП, приводят к снижению профессионализма, большому числу необоснованных направлений и нарушению прав граждан...

В результате, сложилась особая, в какой-то степени незаметная на первый взгляд, форма злоупотребления психиатрией. Нарушение прав личности обуславливается неоправданно высоким числом неоправданных направлений врача СПП, вменением в обязанности непрофильных выездов к тяжелым соматически больным. При этом права последних на получение своевременной квалифицированной помощи специалистом-соматологом также оказываются нарушенными.

Таким образом, включение в 1980 г. службы скорой психиатрической помощи в состав ССНМП (им. А. С. Пучкова) на условиях “общего руководства психиатрическими бригадами администрацией учреждения”, вне компетенции Главного специалиста-психиатра города, как показала реальность, было ошибкой. Скорая психиатрическая помощь имеет особую значимость в сети городских служб. СПП — это “корпус быстрого реагирования”. Осуществляя охрану здоровья, исполняя гуманную миссию оказания помощи пациентам, упреждая возможную агрессию, сотрудники профессиональным исполнением обязанностей способствуют снижению криминогенного уровня в мегаполисе, обеспечивают защиту как прав и интересов личности, так и общества в целом.



## Конформное поведение как социальное, биологическое, психологическое и психопатологическое явление

Обосновывается роль социальных инстинктов и эмоциональности в происхождении конформного поведения, анализируются способствующие ему психопатологические нарушения.

**Ключевые слова:** социальные инстинкты, конформное поведение.

Проблема конформного поведения (о которой размышляет Б. В. Воронков в НПЖ № 4 за 2014 год), вряд ли безразлична для тех, кто не склонен или мало склонен к нему, т.е. для явного меньшинства. Гражданский пафос автора вызывает симпатию и стимулирует более детальное обсуждение выбранной им темы. Психиатрам здесь важно лишний раз обратить внимание на необходимость грамотного разделения нормы и патологии, обоснованной психопатологической дифференциации внешне сходных явлений и привлечения данных из тех наук, на которые они ссылаются неоправданно мало (в данном случае речь идет об этологии).

Б. В. Воронков по-своему различает конформность и конформизм. В кратком изложении и надеясь на корректность понимания: “конформизм” — это социально-приспособительное поведение: осознанное подлаживание (вопреки собственным мнениям) под требования сильных (начальства, властей, большинства) ради выгоды или само-сохранения, а “конформность” — согласие с “непосредственным окружением”, большинством или властью имущими в силу несамостоятельности мышления. Такое понимание этих терминов выглядит предпочтительнее, чем подчеркиваемое в Википедии (там конформность — лишь склонность личности к конформизму) изменение прежних мнений и поведения (под влиянием “сверху”), поскольку отдифференцировать “изменение” от формирования в процессе онтогенеза и накопления опыта может оказываться невозможным.

Представляется спорным включение Б. В. Воронковым в круг конформных личностей (т.е. отличающихся не конформизмом, а конформностью) тех граждан, мнения которых определяются непосредственным окружением. Дело в том, что непосредственное окружение может быть весьма узким и являть собой протестно-оппозиционную группу или молчаливое меньшинство. В таких случаях содержание термина конформность слишком далеко уводит от изначального социального смысла. Возможно, было бы достаточно обозначить конформных в понимании автора

как внушаемых, тем более что он сам отмечает внушаемость их свойством.

Таким образом, целесообразно определить: анализируются психолого-психиатрические типы в определенных социальных группах или варианты социального поведения среди лиц определенного психологического типа или с определенными психопатологическими расстройствами. Ниже предпочтение отдается первому подходу.

Конформизм (как вынужденная форма поведения) рационален и определяется исходной жизненной позицией приоритета интересов своих собственных и (или) своих близких над пользой для общества в целом. Понимая деловой ущерб и (или) нравственную порочность своего соглашательства, конформисты имеют в виду различные оправдания как для самих себя, так и для неконформистов (что необязательно совпадает): интересы дела, коллектива, семьи, слабость здоровья, бесперспективность сопротивления и пр. Предельная (допустимая) мера соглашательства (если она вообще имеется) у каждого своя и определяется моральными качествами индивидуума и степенью делового ущерба, но социальная оценка граждан как конформистов или неконформистов, видимо, не сможет избежать произвольности.

Необходимо отметить, что рациональные объяснения конформистами своих поступков нередко преувеличивают степень их вынужденности, т.е. риски для своего благополучия, т.е. (например, увольнение на самом деле им не грозит). Такая перестраховка (тем более ожидаемая, чем мельче предмет соглашательства) присуща не только тревожным лицам, но имеет и биологическую основу, т.е. определяется инстинктивной составляющей личности. В норме для выживания популяции (населения) одни и те же инстинктивные влечения у разных особей (или индивидуумов) должны иметь разную интенсивность, потому что любое из них в зависимости от меняющихся средовых условий может оказаться как полезным, так и вредным. Это относится и к социальным инстинктам. По наблюдениям этологов, обезьяна, провинившаяся перед вожаком стаи (например, своим недоста-

точным повиновением) подвергается забрасыванию нечистотами и иными проявлениями презрения и злобы со стороны других “шестерок”. Инстинктивное укрепление иерархической подчиняемости поддерживает структурированную сплоченность, которая, в свою очередь, полезна для организованной коллективной деятельности. С другой стороны, слепое подчинение вожаку ставит стаю в зависимость и от его ошибок. Поэтому у стаи имеются родственники, которые проживают отдельно неподалеку, не встраиваясь в ее иерархию, хотя и навещают собратьев в часы досуга, когда иерархия временно отменяется. Такой разницей в выраженности инстинктивной деятельности страхует популяцию от исчезновения. (Отсюда следует, что интенсивность влечений, равно как и других видов инстинктивной деятельности, т.е. страхов и отращиваний, сама по себе не может быть признаком патологии.) Сила инстинкта определяется главным образом эмоциональной потребностью в следовании ему и в гораздо меньшей степени полнотой его осознания. Эта сила способна незаметно, но существенно влиять на осознанный выбор линии поведения, в том числе заставлять подчиняться альфа-фигуре, быть “как все”, т.е. приводить к конформизму. Следует иметь в виду, что как очевидная, так и предполагаемая роль инстинктивной деятельности допустима и ожидаема независимо от наличия или отсутствия психических нарушений.

Конформность Б. В. Воронков сводит к не критичности, которая, будучи дефектом психики, но не соответствуя предложенному ранее психопатологическому определению этого термина (воспроизводится ниже), отождествляется с несамостоятельностью мышления. В таком понимании не критичность не является дискретной характеристикой: невозможно представить себе индивидуума, который не выбирал бы сам для себя хотя бы простых бытовых решений. Следовательно, можно говорить лишь о степени несамостоятельности мышления, но тогда термин размыт или нуждается в установлении пороговых значений, за которыми можно оценивать наличие не критичности. Б. В. Воронков к не критичности относит отсутствие оригинальности мышления (и это дефект психики, т.е. патология?) и неспособность к взвешиванию аргументации. Это разные характеристики мыслительной деятельности, и объединять их в одно понятие некорректно. Применительно к конформности следует отметить, что оригинальность мышления — редкость, в том числе среди не конформистов, которые зачастую выбирают для себя лишь менее принятые шаблоны. Не способность к взвешенной аргументации — признак глупости, хотя последнюю автор отличает от конформности, поскольку “глупец может прийти к своему ничтожному суждению в процессе самостоятельных размышлений”. Невозможно представить, чтобы кто-то из конформных граждан (кроме клинических идиотов) никогда не приходил к ка-

ким-то своим суждениям (значит способности все-таки имеются).

Среди источников конформности прежде всего можно выделить непатологические, которые, тем не менее, можно проследить и у лиц с психическими расстройствами. Нельзя не отметить, что многие (аполитичные) люди вообще не склонны анализировать заявления политиков, а также многое другое, ограничивая себя иными интересами, например спортивными. О дефекте психики тут говорить не приходится. В формировании основанной на односторонности интересов конформности большая или меньшая роль может принадлежать инстинктивным влияниям (как и при всех других ее вариантах).

К непатологическим источникам конформности следует отнести примитивизм. В обсуждаемом контексте речь идет по существу о недостаточной, поверхностной информированности относительно происходящего за пределами относительно узкого круга близких и знакомых лиц. Такая информационная изолированность ожидаема прежде всего в местах, которые скудно обеспечены средствами массовой информации, территориально обособлены. Следует напомнить, что конформный бред (т.е. доверие к измышлениям бредовых больных) возникает преимущественно у примитивных (мало образованных) лиц.

Противопоставление Б. В. Воронковым конформности как не критичности и интеллектуальной недостаточности (а это уже несомненный “дефект психики”) заставляет предполагать, что у умственно отсталых не может быть конформности, только конформизм. Вряд ли сам автор стал бы настаивать на том, что олигофрены могут быть только вынужденными конформистами, понимая деловые и нравственные издержки своего поведения.

Конформность, разумеется, бывает обусловлена и не критичностью в узком (психопатологическом) смысле: недостаточным использованием своего ума и накопленных сведений (опыта) при объективной и (или) субъективной важности вопроса (нарушение организации мышления). При этом критика подразумевает не только выявление недостатков, но и адекватное сопоставление их с преимуществами (в оценках явлений, выборе решений, определении вариантов последовательности действий и пр.). Таким образом, возможно критическое отношение, исходя из не критичной оценки. Важно подчеркнуть, что способность к “взвешенной аргументации” при не критичности сохранена, чему находится достаточно доказательств, тогда как неадекватные суждения касаются отдельных решений или отдельных аспектов жизненного уклада. Невозможно найти индивидуума, который всегда и во всем или даже как правило был бы не критичен в своих умозаключениях и поведении. Нередко не критичные лица задним числом сами себе удивляются, столь очевидны для них собственные промахи. И уж оригинальности мышле-

ния, творческим способностям не критичность совсем не противоречит, скорее служит предпосылкой (хотя и не обязательной). Дело в том, что игнорирование опыта, стереотипизированных знаний иногда позволяет легче увидеть нетривиальные решения. При не критичности интеллект сохранен и информация, если и недостаточна, то может быть восполнена, поэтому в таких случаях перемена гражданской позиции в принципе возможна.

Собственно, и Б. В. Воронков упоминает о “спящих не конформных” “среди конформных”, которые “волею обстоятельств не испытывали нужды самостоятельно думать”. Он считает, что их можно “разбудить”. Проблема в том, что “нужда” определяется не столько обстоятельствами, сколько нравственностью. Гамлетовская дилемма “Достойно ли смириться под ударами судьбы, или надо оказать сопротивление” родилась в драматических обстоятельствах. Но даже в гамлетовской ситуации многие предпочли бы не искать встречи с призраком, а, случись такая встреча, не “оказывать сопротивление”. Трудно представить, что кому-то неизвестно о фактически повсеместном мягком (а то и жестком) подавлении отдельных граждан, прослоек населения или даже страны в целом. Перспективы “разбудить” совесть не слишком реалистичны: даже при наличии ее зачатков отговорики находятся легко.

Истинная, т.е. когнитивная не критичность однозначно является патологическим признаком, но может требоваться детальный анализ, чтобы дифференцировать ее от эмоциональной не критичности, когда разум уступает интенсивным эмоциям. При типичном варианте эмоциональной не критичности у конформных личностей сильный социальный инстинкт вкупе с горячей приверженностью яркому лозунгу “в единстве сила” затрудняют понимание разницы между стремлением к общей цели и слепой преданностью начальству (властям), когда следование им воспринимается как однозначно правильное.

Можно также обратить внимание на людей, которые на протяжении всей жизни были вполне конформны (т.е. по всем существенным вопросам с готовностью уступали вышестоящим фигурам, которым они и не упоминали о своем предварительном несогласии), но искренне, с горделивостью, заявляют о своей независимости, наличии у них “характера”, не позволяющем им идти на поводу у начальства, или о своей способности хотя бы “недвусмысленно намекнуть” ему. У них под рукой и конкретные примеры, которые, впрочем, свидетельствуют о том, что проявления “оппозиционности” столь незначительны, что наверняка игнорируются мало-мальски здравомыслящими начальниками. О таких единичных “примерах” рассказывается с неизменным удовольствием. Дело в том, что в некоторых кругах свободолюбие, независимость, твердость характера в почете. Принадлежность к этой благородной касте льстит самолюбию,

что искажает самооценку. Утверждать или отрицать наличие когнитивной не критичности, т.е. психопатологического нарушения, в таких случаях затруднительно, поскольку влияние эмоций на содержание мышления не противоречит психической норме.

Б. В. Воронков ссылается на мнение П. Б. Ганнушкина о зависимости конформизма от интеллектуального уровня и вслед за этим — на сообщения 2011 г. об отсутствии такой взаимосвязи. В этом сопоставлении можно приветствовать проявление личного нон-конформизма. Действительно, у нас обычно отвергается или игнорируется то, что противоречит мнению классиков или высокопоставленных современников. Указывается, что это “вершины”, “они больше знают”, лучше оставаться приверженцем Ганнушкина, нежели разбираться в аргументации “какого-то ...”. Вот и в этом же номере НПЖ В. Д. Тополянский приводит мнение П. Б. Ганнушкина о том, что установление понятия нормы в области психики в “сколь-нибудь близком будущем было бы ничем не оправданной иллюзией”. Это ссылка на 1908 год, но авторитет Петра Борисовича столь высок, что ожидать обсуждения современных трактовок психической нормы и патологии не приходится. Думается, что догматическое воспроизведение мнений классиков не украшает их, а противоречие им не умаляет их величия.

Б. В. Воронков описывает конформность как особый тип когнитивного функционирования с характерными эмоциональными предпочтениями (например, склонностью к веселью и пренебрежением к здоровью, которые почему-то расцениваются как признаки инфантильности, а не гипертимности). Из числа упомянутых автором эмоциональных характеристик конформных лиц не случайной представляется “ненависть к чужеземцам”. Опыт наблюдения за подростками и за собаками (“социальными” животными) однозначно указывает, что находясь в группе (стае) они проявляют агрессию к независимым сородичам куда как ярче. Вне группы подростки скорее безразличны к жертвам коллективной травли или даже сочувствуют им. Два социальных инстинкта — группирование и агрессия к чужакам — вполне могут быть генетически сцепленными. При независимом существовании агрессия к себе подобным означает более высокие риски. Анализ эмоциональности (как чисто инстинктивной составляющей, так и сопряженных с ней нравственных установок) у конформных лиц только подтверждает невозможность связывать происхождение этого типа личности только с когнитивными характеристиками. Чем как не ролью эмоциональности можно объяснить случаи селективной конформности: целиком лояльные к высшим политическим властям граждане могут оказываться непримиримыми борцами с порядками (например, коррупцией) на низовом уровне, который может включать и их непосредственное начальство.

Автор приписывает конформным личностям (в качестве обязательной характеристики, производной от неспособности к самостоятельному мышлению) консерватизм, невозможность быстро приспособливаться к новому, а также “неинициативность”. Исходя из наблюдения за окружающими и материалов из средств массовой информации, с этим трудно согласиться. Разве не конформны граждане, которые с легкостью принимают любые новые требования после смены начальства, считая естественным, что “новая метла по-новому метет”? Некоторые убежденные коммунисты не смогли “поступиться принципами”, и на этом основании их следует причислять к конформным личностям? Зато основная масса райкомовцев в одночасье превратилась в апологетов свободного (зачастую и циничного) предпринимательства, коммунист-атеисты стали усердно верующими. Невозможно представить, что все они сохранили прежние взгляды (убеждения) и лишь для вида приняли новые нормы жизни ради более успешной адаптации (это для автора не конформность, а конформизм), поскольку открытая демонстрация приверженности новым веяниям в деидеологизированном обществе чаще не приносит дополнительной выгоды. Безынициативность в поведении большинства из них усмотреть также трудно. Непонятно, почему неспособность к самостоятельному мышлению должна означать неспособность к усвоению новых шаблонов, тем более предлагаемых “сверху”. При сопряжении конформности с консерватизмом изначальное значение первого термина утрачивается.

Приверженность проверенному и оседлость, с одной стороны, равно как поиск новизны и тяга к перемене мест, с другой, основываются на инстинктах (влечениях), соотношение которых у разных индивидуумов различается (что полезно для сохранения популяции как в стабильных, так и изменчивых условиях). Эти инстинкты могут сочетаться с различными социальными инстинктами, в том числе и иерархическим, разной интенсивности. Данные о взаимозависимости этих инстинктов (влечений) друг от друга неиз-

вестны, равно как и о их корреляционных связях с типами мышления.

Интересна попытка найти “исторические корни” широкой распространенности у нас конформности. Б. В. Воронков указывает, что селекции конформных граждан способствовали абсолютизм, монгольское нашествие, коллективистская доктрина (можно было бы добавить: с репрессиями). Однако здесь могут быть выдвинуты возражения. Абсолютизма где только не было. Так, считается, что английский Генрих XII по “жесткости и жестокости” не уступал своему современнику, нашему Ивану IV. Британия к тому же перенесла по меньшей мере 4 волны порабощения иноземцами, причем народ терпел их на местах, а не отделялся ежегодной данью (как при монгольском иге). Север Руси относительно мало пострадал от монгольского нашествия, в отличие от Украины, где и тоталитаризм с репрессиями свирепствовал не меньше, чем в России (на XIX партсъезде Н. С. Хрущев победоносно рапортовал о своих успехах в выявлении “врагов народа” на Украине и требовал, чтобы и другие регионы подтянулись таким же показателям). Тем не менее, на Украине протестная активность куда как интенсивнее, чем у нас. Логичнее было бы ссылаться на возможную роль крепостного права, которое на Украине было в три раза короче. Однако и такая взаимосвязь спекулятивна.

Как бы то ни было, один из вопросов, которыми автор завершает свои размышления, подвергает сомнению различия в частоте конформности в разных регионах. Более того, он выражает неуверенность и в изначальном постулированном им мнении о патологичности конформности (несамостоятельности мышления). Сомнения (в том, что досконально не изучено, не перепроверено) делают честь ученому и любому независимо мыслящему человеку. Хочется надеяться, что они подвигнут автора и (или) других коллег на дальнейшие поиски в этом направлении.

*С. Ю. Циркин*



## Еще раз о некоторых проблемах наркологии (ответ профессору Б. Н. Пивень)

В рамках дискуссии с профессором Б. Н. Пивень обсуждаются варианты некритического отношения больных алкоголизмом к своему пьянству, некоторые показатели работы лечебно-трудовых профилакториев, а также опасности внедрения в России заместительной терапии.

**Ключевые слова:** некритическое отношение к алкогольной зависимости, принудительное лечение, ЛТП, заместительная терапия.

Любое обсуждение проблем отечественной наркологии можно только приветствовать, хотя события последнего времени не вселяют радужных надежд. При обсуждении статьи четырех авторов, опубликованной в третьем номере НПЖ за 2014 г. [12], Б. Н. Пивень высказывает ряд соображений, с которыми трудно согласиться [7]. Это касается и клиники болезней зависимости и организационных вопросов.

Авторы статьи нигде не пишут о тотальном отсутствии критики у всех больных алкоголизмом. Понятно, что существуют больные с критическим отношением к заболеванию, равно как и те, у которых критика полностью отсутствует. В статье речь идет о “многих из тех”, кто мог бы лечиться, но “слышать не желают о каком-либо лечении”. Перечисляются причины отказа от лечения в государственных учреждениях, в том числе и отсутствие критики к заболеванию. Некоторое удивление вызывает утверждение Б. Н. Пивень, касающееся трактовки отсутствия критического отношения. Оказывается, есть истинное отсутствие критики и существует “нежелание признаться в своих проблемах”. Видимо, речь идет об отсутствии критики при наличии грубого мнестико-интеллектуального дефекта (слабоумие различной глубины) и о лицах, не обнаруживающих признаков слабоумия, т.е. о большинстве больных алкоголизмом. Критика отсутствует в обоих случаях, но это может объясняться и слабоумием, и чисто психологическими механизмами. В отечественной литературе достаточно хорошо обосновано наличие защитных психологических механизмов, объясняющих некритическое отношение к заболеванию. Наличие критики трудно объяснить тем, что кто-то лечится анонимно. Во-первых, доля этих больных невелика. Во-вторых, лечиться анонимно можно и по принуждению (вынужденно) под давлением различных обстоятельств. В Московском НИИ психиатрии, где лечение фактически является анонимным, абсолютное большинство больных алкоголизмом поступает в результате влияния родственников и знакомых (иногда ультимативного требования), давления социальных факторов (угроза лишиться работы, семьи, материального благополучия и т.д.). Какова бы ни была природа отсутствия критики, отношение больных к заболеванию, к злоупотреблению алкоголем, своему физическому и психическому состоянию, к поведению в состоянии опьянения, к

сложившемуся социальному, трудовому и семейному статусу — свидетельствует о некритичности. “Нежелание признаться в своих проблемах” (трудно понять кому — себе или окружающим) — это на самом деле выражение неадекватного, ошибочного представления больных о своем образе жизни, физическом и психическом здоровье. Исследование самооценки больных с помощью методики Дембо-Рубинштейн очень наглядно демонстрирует полную или частичную некритичность. Особенно ярко это выступает при наличии тяжелой соматической патологии. Соматическая анозогнозия у больных алкоголизмом и сопутствующими тяжелыми соматическими заболеваниями встречается в 5 раз чаще, чем у лиц без признаков алкогольной зависимости, страдающих соматическими болезнями [8]. Б. Н. Пивень прав, что положение о некритичности больных алкоголизмом стало почти аксиоматическим. Есть виновные в этом — Э. Крепелин, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, Ф. Е. Рыбаков, В. М. Бехтерев, Н. Е. Осипов, С. Г. Жислин, И. В. Стрельчук, И. В. Бокий, В. Б. Альтшулер, Н. Н. Иванец и многие другие. Трудно назвать крупного исследователя, который бы отрицал наличие некритичности у подавляющего большинства больных алкоголизмом. Обсуждаются вопросы о роли патологического влечения к опьянению в формировании иной системы ценностей и иной личностной структуры. Не случайно в последние годы обсуждается вопрос о наличии у больных алкоголизмом сверхценных, паранояльных и даже бредовых образований [1, 2, 6].

Невозможно согласиться с абсолютно отрицательной оценкой проведения принудительного лечения. Один из авторов статьи в свое время ознакомился с работой не менее, чем десятка лечебно-трудовых профилакториев. Конечно, работа многих из них была далеко не идеальной (их возглавляли не врачи, режим был установлен сотрудниками милиции и правоохранительных органов, психотерапия в большинстве случаев не проводилась). Но были и такие ЛТП, где работа строилась совсем иначе, с акцентом на психологическое воздействие. Даже при крайне несовершенной организации ЛТП положительные результаты наблюдались не менее, чем в 50 % случаев (ремиссии большей или меньшей длительности, сокращение длительности запоев, лучшая трудовая, се-

мейная и социальная адаптация). А ведь в них лечились наиболее тяжелые по течению заболевания пациенты. При иной организации лечения, обязательном проведении психотерапии результаты несомненно были бы еще лучше. О чем ещё говорит тот факт, что 50% больных после выписки из ЛТП тут же напились? Во-первых, о том, что цифра эта выдуманная. Во-вторых, о том, что лечили плохо (изоляция — это еще не лечение, а только предпосылка для его проведения). В-третьих, о том, что больные демонстрировали отсутствие критики. Весь опыт проведения принудительного лечения еще раз демонстрирует непреложный факт — любое доброе дело можно при неумелом, формально-бюрократическом подходе испортить.

Результаты лечения больных в ЛТП ежегодно анализировались, часть таких результатов публиковалась. В 1973 г., когда уже был накоплен опыт лечения в ЛТП, А. М. Харченко опубликовал результаты катamnестического обследования 100 больных алкоголизмом [9]. Оказалось, что 22 человека воздерживались от алкоголя от: 3 до 6 месяцев, 13 человек — от 6 месяцев до года, а 21 человек — свыше года (из них 11 — свыше 2 лет). Кроме того, почти все больные вернулись в семьи и наладили внутрисемейные отношения. Только 10 человек не начали работать.

В 1980 г. Г. М. Энтин обследовал 100 больных, лечившихся в ЛТП [11]. По его мнению, у 66 больных результаты можно считать удовлетворительными (длительные ремиссии, ремитирующее течение с более или менее выраженной клинической и социальной компенсацией).

Если учесть тяжелейший состав больных, направленных в ЛТП (злокачественное, безремиссионное течение, криминальное поведение, категорический отказ от лечения), то результаты лечения в ЛТП оправдывают организацию этих учреждений. А где, спрашивается, лечить тех, кто становится опасным для себя или для окружающих? Конечно, можно занять и иную позицию. Считать, например, что алкоголизм не относится к числу тяжелых психических заболеваний, что больные алкоголизмом несут ответственность за все свои поступки и нельзя допускать никаких форм оказания помощи на недобровольных началах. Попросту, надо санкционировать поведение врача, который будет наблюдать, как погибает больной алкоголизмом, как страдают члены его семьи и окружающие. Для большинства российских врачей такая позиция неприемлема.

Впрочем, сейчас вопрос о принудительном лечении носит чисто теоретический характер. В условиях, когда идет массивное сокращение коечного фонда, распространяющееся на общесоматическую сеть, психиатрию, наркологию, никакая организация принудительного лечения не будет осуществлена. Ведь это создание специальных дорогостоящих учреждений.

Трудно понять, почему тяжелое, безремиссионное течение алкоголизма, сопровождающееся опасным для себя и окружающих поведением, надо рассматривать по преимуществу как выражение коморбидной патологии. Конечно, может быть сочетание с эндогенными и органическими заболеваниями. Для Москвы было установлено, что 13% больных шизофренией или страдают алкоголизмом или находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации [5, 10]. Но разве из этого следует, что алкоголизм сам по себе не способен привести к тяжелым психическим, соматическим и неврологическим расстройствам? Последние генетические данные свидетельствуют о том, что алкоголизм протекает наиболее неблагоприятно при семейной отягощенности этим заболеванием [3].

Весьма односторонне Б. Н. Пивень трактует последствия ограничения производства и продажи спиртных напитков, предпринятые в 1985 г. Ограничение продажи алкогольных напитков проводилось в России дважды (в 1914 и в 1985 гг.). Оба раза наблюдался положительный эффект. Даже через 27 лет после первого ограничения продажи алкоголя уровень потребления спиртного оставался таким, о котором теперь можно только мечтать (в 1941 г. душевое потребление абсолютного алкоголя составляло не более 2 литров). Конечно, можно оценивать последствия, руководствуясь только тем, что происходило возле магазинов, торговавших водкой. Но есть и более информативные способы оценки. В результате ограничений удалось в течение ближайших лет снизить в несколько раз число алкогольных психозов, суицидов, убийств, травм. За несколько лет проведения антиалкогольной компании удалось предотвратить смерть одного миллиона человек. Можно было бы избежать и драк у магазинов, если бы была введена талонная система. Не было бы поводов для драк. Переход на “массовое” потребление суррогатов алкоголя не меняет общей положительной оценки всех мероприятий. Все-таки удалось сохранить жизнь миллиону людей и многим улучшить состояние здоровья.

Никакого “молниеносного” роста потребления наркотиков в связи с проведением антиалкогольной компании не отмечалось. Молниеносный рост начался не тогда, а когда распался СССР, рухнули границы страны и начался массовый ввоз наркотиков. Рост наркомании продолжался многие годы после того, как были отменены все ограничения на покупку алкоголя. Об этом свидетельствует статистика заболеваемости наркоманией за все годы, следовавшие после прекращения антиалкогольной компании.

Б. Н. Пивень отрицательно относится к взглядам, касающимся неприемлемости в России так называемой заместительной терапии. Во-первых, если принцип “заместительной терапии” так хорош, то может быть следует лечить больных алкоголизмом с помощью лучших сортов водки? Вряд ли это кто-то одобрит, хотя водка лучше, чем политура и самогон.

ЛИТЕРАТУРА

Во-вторых, “заместительная терапия” не столь эффективна, как ее пытаются представить. В-третьих, в коррумпированной стране раздача наркотиков весьма опасна. Достаточно прочесть, что из этого получилось в Крыму, где уровень коррупции соответствовал российскому [4]. На всех пунктах программ “заместительной терапии” были выявлены случаи склонения пациентами медицинских сестер к утаиванию “заместительного препарата” путем запугивания и угроз, что создавало условия для незаконного оборота наркотика. В связи с этим медсестер приходилось менять раз в три месяца, по итогам проверки пришлось возбуждать уголовные дела. Заместительная терапия в России в настоящее время при том масштабе коррупции, который существует — это почти тоже, что откровенная торговля метадонем, бупренорфином, героином.

Б. Н. Пивень прав, что пропаганда здорового образа жизни и разъяснительная работа практически ничего не изменили. И не могли изменить. Какой может быть результат, если пропагандируется трезвость и одновременно на каждом углу продается алкоголь! Сколько бы ни говорилось о тяжелых последствиях злоупотребления наркотиками, но пока их можно легко приобрести в любом городе и поселке, вряд ли что-нибудь существенно изменится.

Пропаганда здорового образа жизни и разъяснительная работа дадут результаты только тогда, когда слова будут подкрепляться эффективными действиями.

Может быть, кому-нибудь и удастся дожить до этого времени.

**А. Г. Гофман, П. А. Понизовский,  
Т. А. Кожина, И. В. Яшкина,  
Московский НИИ психиатрии —  
филиал ФГБУ “ФМИЦПН” Минздрава России**

1. *Альтшулер В. Б.* Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя // В кн. “Руководство по наркологии” под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2008. — С. 244 – 270 с.
2. *Благов Л. Н.* Актуальные вопросы клиники и профилактики аддиктивного заболевания. — М.: Гениус Медиа, 2013. — 432 с.
3. *Кибитов А. О.* Генетика наркологических заболеваний: молекулярно-генетический профиль дофаминовой нейромедиаторной системы при алкоголизме и опиоидной наркомании // Наркология. 2011. 9. 25 – 42.
4. *Клименко Т. В., Козлов А. А., Понизовский П. А., Мандыбура А. В.* Предварительная оценка наркологической ситуации, меры по закрытию программ заместительной терапии лиц с опиоидной зависимостью и оптимизации деятельности наркологической службы в Республике Крым и в городе федерального значения Севастополе // Наркология. 2014. № 5 (149): 6 – 11.
5. *Малков К. Д.* Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма: дис. ... канд. мед. наук // К. Д. Малков. — М., 2001. — 184 с.
6. *Михайлов М. А.* Влечение как бред // Вопросы наркологии. 2010. 4. 15 – 26.
7. *Пивень Б. Н.* По поводу статьи “О некоторых проблемах отечественной наркологии” // Независимый психиатрический журнал. 2014. 4. 93.
8. *Понизовский П. А.* Соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. 4. 15 – 20.
9. *Харченко А. М.* Обследование лиц с хроническим алкоголизмом после выписки из ЛТП // В кн. “Проблемы принудительного лечения алкоголизма”. — М., 1973. — С. 128 – 130 с.
10. *Шейнин Л. М.* Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук // Л. М. Шейнин. — М., 1984. — 21 с.
11. *Энтин Г. М.* Особенности противоалкогольного лечения и диспансерного наблюдения за больными, выбывшими из лечебно-трудовых профилакториев // В кн. “Вопросы принудительного лечения алкоголизма”. — Киев, 1980. — С. 12 – 20 с.
12. *Яшкина И. В., Гофман А. Г., Понизовский П. А., Кожина Т. А.* О некоторых проблемах отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2014. 3. 22 – 26.

## Конгресс Германской ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN), Берлин, 26 – 29 ноября 2014 г.

В очередном ежегодном Конгрессе немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN) приняли участие более 9000 специалистов. Как и в прежние годы, к работе конгресса были привлечены не только немецкоязычные специалисты Германии, Австрии и Швейцарии, но и психиатры из западной и восточной Европы, для которых была составлена начная программа на английском языке.

Традиционно на церемониях открытия конгрессов DGPPN помимо официальных приветствий участникам звучат доклады, объединяющие тему искусства и психиатрию. В этом году James Harris (США) представил взгляд на творчество и болезнь Винсента Ван Гога. Будучи тяжелым по характеру человеком, склонным к перепадам настроения, зависимым от алкоголя, в особенности абсента, периодически страдающим “помешательством в острой форме со зрительными и слуховыми галлюцинациями”, Ван Гог оставался чрезвычайно продуктивным художником. Только за последние 9 лет жизни он написал 864 картины. Наследие Ван Гога также насчитывает более 600 писем к его младшему брату Тео, демонстрирующих тонкое восприятие окружающего мира и широкий круг интересов в области искусства и литературы. Врачи, лечившие Ван Гога, считали его психическое расстройство формой эпилепсии, хотя вскоре стали появляться и другие мнения, так как болезнь художника было трудно диагностировать. Уже после смерти Ван Гога более чем 150 врачей, включая психиатров, на основе анализа известных фактов, событий жизни и писем художника вынесли по меньшей мере 30 различных диагностических суждений о вероятной природе его психического расстройства. Наиболее часто исследователи склоняются к диагнозу шизофрении с картиной психотических эпизодов с чертами спутанности сознания и полным возвращением к норме в межприступном периоде, при этом усматривается связь рецидивов с употреблением абсента. Также некоторыми психиатрами активно обсуждался диагноз прогрессивного паралича, против которого, тем не менее, говорило отсутствие характерных соматических симптомов, и межприступные промежутки, в которые, по свидетельствам очевидцев, художник был “нормален”. В пользу диагноза биполярного аффективного расстройства свидетельствуют возникав-

шие у художника беспричинные длительные периоды двигательной активности, эмоционального подъема и креативности, сменявшиеся депрессивными эпизодами. Часть исследователей, подобно врачам, лечившим Ван Гога, полагают, что художник страдал височной эпилепсией, проявлявшейся интериктальным дисфорическим синдромом (дистимиеподобным эпилептическим расстройством), характеризующимся приступами дисфории и агрессии с чувством отвращения к жизни и суицидальными тенденциями, при этом хроническая алкогольная интоксикация играла роль триггера.

Завершилась церемония открытия конгресса двойным концертом для гобоя и скрипки Иоганна Себастиана Баха в исполнении камерного оркестра Les Amis de Clérivaux, участники которого все до одного являются профессиональными музыкантами, чья карьера еще несколько лет назад была под угрозой из-за выраженного страха публичных выступлений. С 2010 года в университетском госпитале Бонна функционирует клиника по лечению “страха сцены”, присутствующего некоторым музыкантам и певцам. За 4 года успешной работы клиники более 400 пациентов из Германии, Австрии, Швейцарии и Голландии смогли преодолеть страх публичных выступлений и приступить к концертной деятельности, включая и музыкантов из Les Amis de Clérivaux.

Доклад президента DGPPN, профессора Wolfgang Maier (Германия) был посвящен основной теме конгресса “Проблемы психиатрии, связанные с демографическими переменами — Психические заболевания сегодня и завтра”. Докладчик констатировал, что немецкая психиатрия оказалась не подготовлена к быстрому старению контингента психически больных. При том, что в настоящее время 20 % всех психиатрических пациентов в Германии старше 60 лет, для них практически не разработаны психотерапевтические программы и у них наблюдается достаточно высокий уровень суицидов. Было отмечено, что последние достижения в области генетики и нейровизуализации могут помочь предсказать развитие некоторых психических заболеваний, однако, пока не привели к улучшению результатов фармакологического лечения. На этом фоне все больше психиатров, разочаровавшись в возможностях психофармакотерапии, назначают сво-



им пациентам психотерапию. При этом многие психиатры сами переквалифицируются в психотерапевтов, и всё больше студентов медицинских ВУЗов в качестве специальности выбирают психотерапию, а не психиатрию. Затрагивая современные социальные аспекты немецкой психиатрии, Wolfgang Maier с сожалением отметил, что рынок предложений работы для душевнобольных чрезвычайно ограничен, и это не способствует социальной реабилитации пациентов. Проводимые в Германии образовательные программы для населения, призванные снизить стигматизацию пациентов, до настоящего времени не привели к желаемому результату. Продолжает расти социальная отдаленность пациентов и здоровых лиц. Так, по результатам опросов, при отмечающемся достаточно высоком общем уровне толерантности к психиатрическим пациентам, большинство опрошенных (среди которых были и врачи) не хотели бы иметь их в качестве своих соседей по дому. Заметным положительным результатом психообразовательной работы стало то, что опрошиваемые продемонстрировали повышение уровня согласия на лечение в случае возникновения у них психического расстройства.

На одной из пленарных лекций профессор Florian Holesboer (Германия), проанализировав полувековой мировой опыт применения антидепрессивной терапии, подчеркнул, что с появлением новых препаратов существенно снизилась выраженность побочных эффектов, в то время как клиническая эффективность лечения осталась прежней. Среди многих причин такого “застоя” были отмечены следующие:

1) реализация концепции “from bench to bedside” (“от лабораторной скамьи до больничной койки” — процесс, посредством которого результаты исследования, проведенного в лаборатории, непосредственно используются для разработки новых способов лечения больных) занимает слишком много времени;

2) так как животной модели депрессии не существует, то использование общепринятых биологических экспериментальных моделей не дает прогностической достоверности того, что применение потенциального антидепрессанта у человека окажется эффективным;

3) научные исследования не используют в полной мере все возможности химической биологии при разработке инновационных потенциальных медикаментов;

4) оценка эффективности новых препаратов проводится без учета биомаркеров и генетических тестов на индивидуальную чувствительность, что приводит к получению неудовлетворительных результатов и к прекращению дальнейшей промышленной разработки и исследования новых антидепрессантов;

5) взаимодействия между фундаментальными и клиническими исследованиями, фармакологической индустрией, спонсорами и политическими структурами не являются слаженными и эффективными, это во многом тормозит инновации.

По мнению докладчика, для повышения эффективности лечения депрессии необходимо “уход от стандартных антидепрессантов” и разработка персонализированной терапии, учитывающей индивидуальные биологические особенности пациента: активность генов, количественную протеомику (изучение модификаций и структурно-функциональных свойств белковых молекул) и метаболомику (изучение профиля концентрации метаболитов, которые являются предшественниками всех клеточных компонентов), а также комплексные данные ЭЭГ, нейроэндокринологических тестов и визуализационных методов исследования. Это позволит сопоставлять конкретные индивидуальные механизмы, вызвавшие болезнь, с клиническими проявлениями и назначать препарат со специфическим целенаправленным действием.

В качестве примера недавних инновационных исследований, направленных на улучшение антидепрессивной терапии, Florian Holesboer рассказал о проекте по исследованию кортикотропин высвобождающего гормона (CRH), который является не только ключевым центральным координатором гомеостаза гормонов стресса, но и играет роль в возникновении и развитии депрессивных и тревожных расстройств. Исследования, проведенные на животных моделях тревоги, показали, что усиленная стимуляция кортикотропин высвобождающим гормоном рецепторов первого типа (CRHR1) приводит к развитию тревожного расстройства. В связи с этим были синтезированы малые непептидные молекулы, являющиеся антагонистами этих рецепторов (CRHR1) и потому демонстрирующие анксиолитические свойства в животных моделях. Первичные клинические исследования также показали, что применение новой молекулы уменьшает симптомы тревоги и депрессии.

Тема терапии депрессивных расстройств получила продолжение на одном из симпозиумов в докладе профессора Siegfried Kasper (Austria). Было отмечено, что с момента появления первого антидепрессанта — имипрамина — в 50-х годах прошлого века, антидепрессивная терапия постепенно эволюционировала от препаратов широкого спектра действия через всё большую селективность к лекарствам со специфической мультимодальным действием. Вопреки пессимизму многих психиатров докладчик напомнил результаты недавнего исследования, в котором проводилось сравнение степени эффективности лекарств, применяемых в соматической медицине и психиатрии [Leucht S. et al., 2012]. При сопоставлении большого количества мета-анализов соматических и психиатрических препаратов выяснилось, что психофармакотерапия, как правило, не менее эффективна. Профессор Siegfried Kasper сообщил о положительном опыте применения наркотического средства кетамина в терапии больших депрессивных эпизодов, а также депрессивных фаз биполярного аффективного расстройства, резистентных к антидепрессантам. В подобных случаях

пациентам назначались 3 – 4 недельные курсы, когда 3 раза в неделю пациенты получали 2 часовую внутривенную инфузию 25 – 50 мг кетамина, что приводило к значительному ослаблению депрессивной симптоматики и уменьшению суицидальных мыслей. Докладчик призвал психиатров не забывать о центральной роли психотерапевтических интервенций в лечении депрессивных состояний.

Ни один из крупных международных психиатрических конгрессов последнего времени не обходит вниманием предстоящий переход на новую одиннадцатую версию международной классификации болезней. В рамках разработки МКБ-11 в разных странах мира, включая Россию, проходят полевые интернет-исследования, позволяющие практикующим специалистам повлиять на разработку новой классификации и сделать её более универсальной и клинически применимой для нужд здравоохранения. Профессор Wolfgang Gaebel поделился результатами подобного исследования, посвященного разделу “Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства”. Предварительный анализ результатов интернет-испытаний показал, что новые диагностические критерии, разработанные для преимущественно психотических расстройств, эквивалентны, а в некоторых случаях превосходят по удобству использования критерии МКБ-10. Удалось значительно облегчить дифференциальную диагностику шизофрении и шизоаффективного расстройства.

Larry J. Young (США) в своей лекции “Химия любви и привязанности: перспективы лечения аутизма” рассказал о многолетних лабораторных исследованиях на степных полевках, выявивших важную роль нейропептидов окситоцина и вазопрессина в системе регуляции социального поведения и общественных отношений. Установлены генные полиморфизмы, которые определяют особенности нейропептидных рецепторов в головном мозге, от качественных и количественных характеристик которых зависит восприимчивость к воздействию ранних стрессорных

факторов, отражающихся в дальнейшем на характере социальных привязанностей. У человека окситоцин, введенный интраназально в форме аэрозоля, стимулирует доверие и эмпатию, улучшает глазной контакт и распознавание эмоций по выражению лица. Таким образом, именно окситоциновая система становится потенциальной целью фармакологического воздействия при лечении аутизма.

Одним из самых ожидаемых выступлений на конгрессе стала лекция Otto F. Kernberg (США) — классика психоанализа, разработавшего современную психоаналитическую теорию личности и методику психотерапии пациентов с расстройствами личности. Своим обзорным докладом Otto F. Kernberg охватил разные аспекты пограничного расстройства личности, начиная с представлений об этиологии, дифференциальной диагностике, нейробиологических характеристиках пациентов и заканчивая современными нейровизуализационными данными, а также оценкой эффективности терапии.

В этом году, как никогда раньше, на конгрессе были активны российские психиатры. В рамках научной программы под председательством профессора Н. Г. Незнанова и профессора В. Н. Краснова прошло сразу несколько англоязычных симпозиумов, полностью представленных докладчиками из Москвы, Санкт-Петербурга и Казани. На симпозиуме, посвященном психическим расстройствам, вызванным употреблением психотропных веществ, выступил профессор З. И. Кекелидзе с сообщением о синдроме биографической амнезии.

Очередной Конгресс немецкой ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов “В фокусе — личность: ожидания и нужды, качество и равнодоступность помощи душевнобольным” состоится в Берлине с 25 по 28 ноября 2015 г.

*П. А. Понизовский,  
Московский НИИ психиатрии —  
филиал ФГБУ “ФМИЦПН” Минздрава России*

## XX Консторумские чтения В начале было слово...

*В начале было Слово, и Слово  
было у Бога, и Слово было  
Бог.*

ОТ ИОАННА  
СВЯТОЕ БЛАГОВЕСТВОВАНИЕ

Ежегодная двадцатая научно-практическая конференция Общества клинических психотерапевтов НПА России “Консторумские чтения” состоялась в Москве 19 декабря 2014 г. при поддержке Профессиональной психотерапевтической лиги, Кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последиplomного образования (РМАПО) и Филиала № 6 МНПЦ наркологии ДЗМ.

Открывая конференцию, психиатр, психотерапевт Марк Евгеньевич Бурно, председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России и председатель первого отделения конференции, подчеркнул, что Слово, в высоком его понимании, как Нечто беспредельно могучее, доброе, бездонное, в сравнении, например, с числом (вспоминая гумилёвское стихотворение “Слово”), бесценно для нас и в клинической психотерапии. Недаром прежде нередко называли психотерапию “лечением словом”.

*Вступительное слово* сделал по традиции президент НПА России Юрий Сергеевич Савенко. “Руководящей идеей XX Консторумских чтений является глубокая библейская максима — “в начале было Слово”, — выражающая фундаментальное отличие человека от всего животного мира, “непроходимую пропасть между сигнальными системами животных и языком человека”, — залога его духовности.

Хотя положившие начало 50 лет назад обучению шимпанзе языку жестов, супруги Гарднеры показали, что жестовая сигнализация их обезьян очень далека от языка знаков глухонемых, начался настоящий бум изучения языка обезьян, птиц, дельфинов и даже насекомых. При этом нарушалось фундаментальное правило Ллойда Моргана (1903 г.) — вариации бритвы Оккама: “Ни в коем случае не следует интерпретировать действие как результат проявления более высоких психических способностей, если есть возможность объяснить его как проявление способностей отвечающих более низкой психологической шкале”.

Лексика речи и ее понимания в психотерапии — огромная многообразная проблема. Даже невербальная психотерапия тесно увязана со всем повседневным жизненным контекстом и воспринимается и понимается на основе самой способности к языку.

Полагаясь на значимость слов, строятся целые виртуальные системы, использующие язык, как средство манипулирования, причем не всегда во благо, часто подменяя сущностные изменения чисто вер-

бальными, наделенными общезначимой символикой. Так вместо изменения отношения к психическим расстройствам и психически больным, используется эстафета переименований. Разумеется, нельзя пренебрегать и этим.

Как сказал Виктор Франкл: “Что действительно значимо — это правильное слово, сказанное в правильный момент времени. Это правильное слово не должно быть пустым словесным упражнением и не должно “дегенерировать” в пространные философские дебаты, оно должно обращаться прямо к сердцевине проблемы пациента”.

Доклад психиатра, психотерапевта Бориса Аркадьевича Воскресенского и психиатра Анны Константиновны Мухориной «“Основное расстройство” с позиций языковой антропологии» был посвящен одному из важнейших и в то же время неуловимому, и, быть может, самому загадочному понятию в учении о шизофрении. Свое исследование авторы построили на основе концепции Единого Семантического Мета-языка и вытекающей из нее языковой модели человека, разработанных всемирно известным польским лингвистом Анной Вежицкой. Из этого перечня, насчитывающего около 60 слов, (которые одинаково понимаются и используются разными народами и культурами), было отобрано (с помощью авторитетных экспертов — богословов, философов, культурологов, клиницистов) 25 слов, фиксирующих наиболее существенные стороны человеческого бытия (я, ты, человек, жить, умирать, думать, правда и др.), оценка которых производилась по методу семантического дифференциала с последующей статистической обработкой. Обследовались больные с расстройствами шизофренического спектра — 1-ая группа, с преобладанием бредовых расстройств и тенденцией к непрерывному течению, 2-ая группа — с преобладанием аффективных расстройств и тенденцией к приступообразному и периодическому течению. Контроль — здоровые. Наибольшая дезорганизация речевых структур была выявлена (после формализованной обработки) в группе с неблагоприятным течением эндогенного заболевания. Важно подчеркнуть, что она не тождественна симптомам и синдромам расстройств мышления, очевидно выступающим в статусе больных, а является самостоятельной глубинной конструкцией. Полагая лексику и семантику в основание психиатрического клиницизма, авторы настоящей ра-

боты и позволили себе оценить выявленные соотношения как своеобразное нарушение основополагающих структур психики.

Доклад психиатра, психотерапевта Светланы Владимировны Некрасовой *“Эмоциональный контакт с “трудным” пациентом (практические наблюдения)”* был посвящен особенностям эмоционального контакта в зависимости от содержания переживания неполноценности в индивидуальной терапии шизотипических пациентов. Автором были выделены 3 рабочих варианта “я — концепций в области самооценки” и изложены практические рекомендации.

1. “Я глубоко плох и неполноценен” (психастенические черты личности). Пациенты считают себя неполноценными “по природе”, наполнены чувством иррациональной вины. Особенности контакта: мягкая оптимистическая поддержка с доброжелательной атакой на высокую критичность пациента к себе, работа с признанием им собственных потребностей, негативных эмоций и права на их выражение. Этот тип пациентов нетруден в работе.

2. “Я плох и неполноценен, но достоин хорошего обращения” (циклоидные черты личности). Чувство неуверенности в себе мешает пациентам этого типа добиваться желаемого и заслуженного. Они неосознанно придают моральную ценность своему многотерпению, приписывая свои неудачи “жестокости” и “несправедливости” других людей. Особенности контакта: поддержка пациента и открытая конфронтация с паттерном “отвергающего помощь жалобщика”, работа с осознанием собственной ответственности за сложившуюся ситуацию без ущерба для самоуважения, поддержка реальных, пусть малых, изменений в жизни.

3. “Я неполноценен, т.к. не достиг идеала (собственных высоких требований к себе)” (ананкастические черты личности). Пациенты этого типа соотносят себя с высокими стандартами (интеллектуальными, морально-этическими, социальными) и стараются соответствовать им в ущерб собственным естественным желаниям и потребностям. Чувства неполноценности и вины переживаются как потеря самоуважения. Особенности контакта: терпеливая сердечная настойчивость без тени критики и давления, эмоциональная честность в отношениях с пациентом, работа по реабилитации негативных эмоций и права на несовершенство, поддержка автономных реалистичных выборов и решений пациента”.

Доклад психиатра, психотерапевта Антона Марковича Бурно *“Два типа пустых усилий”* был посвящен авторскому методу “Терапия пустого усилия”. Пустым усилием докладчик называет стремление прямым усилием воли управлять собственными душевными переживаниями. Такие попытки являются структурным компонентом многих негативных, дискомфортных переживаний — как при некоторых тревожно-депрессивных реакций, так и при части аутохтонных психопатологических симпто-

мов. Психотерапевтическое удаление пустого усилия из переживания всегда приводит к резкому, выраженному снижению страдания. Докладчик рассказывал о двух типах пустых усилий, лежащих в основе субъективно-избыточных негативных эмоциональных реакций. Первый тип предполагает, что пациент пытается осуществить пустое усилие для того, чтобы повлиять на внешний мир, на наличные обстоятельства. Субъективно пустое усилие первого типа ощущается как стремление ускорить и (или) оптимизировать работу собственного психического аппарата, то есть пациент здесь пытается что-то простимулировать в себе. Второй тип предполагает, что пациент пытается осуществить пустое усилие для достижения внутренне гармоничного состояния вне зависимости от внешних обстоятельств. Субъективно пустое усилие второго типа переживается как стремление подавить в себе ту или иную мысль или эмоцию. Автор связывает наличие двух типов пустых усилий в структуре субъективно-избыточных эмоциональных реакций с двумя типами мироощущений. Первый тип характерен для людей с реалистическим мироощущением, второй — с аутистическим (идеалистическим). Докладчик останавливался также на различиях в терапевтических приемах удаления пустых усилий в зависимости от их типа. Так, для элиминации пустого усилия первого типа достаточно первых пяти приемов методики инверсии возможностей. Для устранения пустого усилия второго типа обычно необходим шестой прием. Пустое усилие второго типа часто уходит в результате применения приемов *mindfulness*, в то время как для помощи пациента с пустым усилием первого типа, эти приемы, как правило оказываются бесполезными.

В своем докладе *“Опыт применения методик Терапии творческим самовыражением в лечении детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества”* медицинский психолог Ольга Николаевна Сараева рассказала, как она с ноября 2012 г. проводит в детском отделении Одинцовского наркологического диспансера занятия по методу Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) с детьми и подростками, вовлечёнными в употребление психоактивных веществ (ПАВ).

“На наших занятиях подростки учатся формировать уважительное отношение к людям с другими, чем у них, характерами. С интересом узнают о сходстве своего характера с характером известных учёных, врачей, писателей, художников, композиторов. Подростки, активно принимающие участие в занятиях, более терпимо относятся к деструктивному поведению других пациентов, с пониманием реагируют на их агрессию, стараются разрешать конфликт мирным путём. Разбирают поведение провинившегося сверстника между собой, учитывая сильные и слабые стороны его характера. Занятия проводятся 3 раза в неделю. Группа открытая, так как детей и подростков вовлекаем в работу по мере их поступления в отделение. Зажигаем свечку, пьем чай с конфетами в уютной обста-



новке. Летом на столе букетики цветов (садовых и полевых). На занятиях считается непозволительным императивный тон обращения. Непоседливых, демонстративных просим помолчать. Как бы тренируя скромность, накладываем “обет молчания” на 10–15 минут, больше не выдерживают. С новичками проводим до группы 2–3 индивидуальных занятия по часу. Знакомим пациента с элементами характерологии. Особое внимание обращаем на те личностные особенности, которые мешают противостоять алкогольной и наркотической провокации. Часто за фасадом самоуверенного высокомерного поведения скрывается нежная, тревожная, застенчивая душа подростка, он раним, мнителен, переживает тягостное состояние душевной аморфности — неопределенности. Доброжелательно, тепло стараемся донести до такого подростка на понятном ему языке, что внутренний мир человека рождается из творческого самовыражения. Неспособность выразить себя порождает в душе скуку, тоску, непонятное безразличие ко всему вокруг. А почувствует в творчестве себя собою и в душе загорается свет, огонёк, возникает хорошее настроение, и уже не хочется отравлять себя вредными веществами. Вот готовим нашу гостиную, кипятим чай, накрываем стол, дежурный раздаёт альбомные листы, приносим краски, карандаши, пастельные мелки. Чувствуется праздничная атмосфера. Зажигаются свечи, дети говорят, что на какое-то время очутились дома. Бывает, подростки, увидев на столе альбомные листы, несколько напрягаются, думают, сейчас опять будет тестирование. Доброжелательно, мягко, понятными для них словами говорим таким тревожным ребятам, что это не тестирование, что мы не будем выявлять по вашим рисункам бессознательные конфликтные переживания, тайные желания. Здесь мы стараемся усмотреть, понять в рисунке каждого из вас особенности вашей души, ведь главное, чем мы здесь будем заниматься, это открытие вашей душевной неповторимости. А для чего это надо? Для того, чтобы почувствовать хорошее настроение. Когда чувствуешь себя неповторимым собой, на душе тепло и легко, нет непонятной скуки и тоски, безразличия ко всему происходящему вокруг. Там, в душе, горит свет-тепло. И не хочется в таком состоянии отравлять душу свою вредными веществами, для того, чтобы она стала живее. После такого объяснения подростки успокаиваются. Говорю им, что это не студия живописи. Совсем не важно, учился ли в художественной школе, есть ли природные способности к рисованию. Творческий рисунок совсем не обязательно должен быть произведением искусства, он творческий в том смысле, что подростки по-своему выражают свою индивидуальность, особенность. А для этого надобно отделиться душой рисунку, пусть само собой рисуется, кто как умеет. Важно рисовать себя. А что значит рисовать себя? Это значит, знать, например, что ты застенчивый, сердито-напряжённый или замкнутый. И не скрывать это своё. При знакомстве ребят с картинами художников

разных характеров спрашиваю ребят, что им созвучно, как бы они сами рисовали. Как какой художник? Рассказываю о жизни художника, его поступках, переживаниях.

После рисования обсуждаем рисунки ребят, показываю им, в чем сходство и различие рисунков ребят с разными характерами. Как отличается, например, рисунок подростка с синтонным характером от рисунка подростка с авторитарно-напряжённым характером, как отличаются рисунки ребят с одним и тем же характером. Показываю в рисунке ребенка с синтонным характером его душевное тепло в противовес напряжённости, сердитости в рисунке ребенка с авторитарно-напряжённым складом. Рисунки ребят с авторитарно-напряжённым характером отличаются склонностью к детализации, контуры отчётливые. Закрашивая, ребята напрягаются, по окончании работы обводят рисунок еще раз. Сердятся, раздражаются, когда какая-то деталь не получается, если рисунок выходит не так, как они хотели, рвут листок, просят новый. Объясняю, что есть неповторимость внутри повторимого характера. Никогда на свете не было и не будет человека с таким характером, как у тебя, Дима, как у тебя, Ваня. Как не бывает совершенно одинаковых камней, животных, растений. Это и есть ваша уникальность, бесценность вашего характера, именно то, что отличает вас от ребят с таким же характером. И переживание этой неповторимости проявляется в творчестве радостью. Дети понимают, по-детски, но понимают, что это творчество, своеобразное своей природе, даёт им светлое облегчение, вдохновение и уводит от желания смягчать тревогу, непонятную скуку и безразличие употреблением психоактивных веществ”.

Заключая первое отделение конференции, М. Е. Бурно сказал об особой, теоретической красоте доклада Б. А. Воскресенского и А. К. Мухориной, красоте, в которой таится возможность серьёзной практической ценности. Он также сказал: “Особенности психотерапевтического эмоционального контакта с трудными шизотипическими пациентами в зависимости от “я-концепций в области самооценки” (три рабочих варианта “концепций”) есть, несомненно, новое клинико-психотерапевтическое в учении об эмоциональном контакте — в докладе С. В. Некрасовой. Вариант “я-концепции” клинически сообразуется здесь и с особенностями психотерапевтического контакта, и с особенностями личности в каждом варианте (психастенические черты, циклоидные, ананкастические). Клиницизма с подобными подробностями в подобных случаях не встречал прежде в психотерапевтических работах.

Не менее выразительно в клинико-психотерапевтическом отношении в докладе А. М. Бурно установление связи активно-практического “пустого усилия” со склонностью этих пациентов к реалистическому мироощущению и стремление с помощью “пустого

усилия” обрести внутреннюю гармонию у людей аутистического (идеалистического) склада.

Доклад О. Н. Сараевой об одухотворённо-домашней работе с детьми и подростками, вовлечёнными в употребление ПАВ, трогаёт своей клинической сердечностью-добротой, помогающей ребятам творчески познавать свойственные им (как оказывается) светлые ценности своего характера, души, радоваться этим ценностям и беречь их от ядов. Живая рабочая празднично-лечебная картина психотерапевтической гостиниой в докладе. Всех благодарю”.

Председателем второго отделения, по традиции, был заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России Б. А. Воскресенский.

Согласно докладу психиатра, психотерапевта Надежды Леонидовны Зуйковой “О клиническом подходе в психосоматике”. проблемы, предъявляемые психосоматическими пациентами порой представляют собой пеструю мозаику или укладываются в одну “алекситимическую” формулировку. Однако тут важно вычленил наиболее значимую тему, которая объединит усилия всей терапевтической “команды”: психотерапевта, интерниста и самого пациента. Уже на первоначальной стадии “погружения в психотерапию” актуальная мишень должна стать актуальной целью работы и быть сформулирована в терапевтическом контракте. Она может претерпевать изменения, дезактуализироваться и пересматриваться в соответствии с динамикой состояния и запросами пациента. Массивная, интенсивная психотерапия не должна быть самоцелью, необходимо правильно оценить состояние пациента и его готовность к ней. Так опыт показывает, что с психосоматическими пациентами бывает рискованно преждевременно применять те или иные техники проработки давних или свежих психологических травм в стадии обострения соматического заболевания. И даже столь необходимые здесь телесно-ориентированные приемы должны ограничиваться наипростейшими занятиями по регулированию дыхания, обучению методам расслабления и отслеживания телесных сигналов для правильного реагирования на них. В качестве рекомендуемых техник на этом этапе, могут стать эриксоновские трансовые состояния, гипноуггестивные сеансы отдыха-покоя, успокаивающе-поддерживающие психотерапевтические беседы в духе рациональной психотерапии, мягкие телесные и медитативные методики и многие другие.

При психосоматических заболеваниях самыми распространенными психопатологическими синдромами, являются так называемые, нозоспецифичные психотерапевтические мишени. В других источниках их можно найти в терминологии “психотерапевтические мишени нозологической специфики”. Клиницисты единогласно относят в этот список наиболее часто встречающиеся синдромы: астенический, обсессивный, тревожно-фобический, ипохондрический; синдром невротической депрессии и синдром вегетативной дисфункции. Именно эти синдромы наиболее

часто звучат в жалобах больных и чаще всего становятся основанием для интернистов назначить консультации психиатра или психотерапевта. При этом, встает нередкая проблема — недостаточная мотивация или открытое сопротивление психосоматических пациентов к столь необходимому им психотерапевтическому сопровождению. Т.о., внутри актуальной клинической мишени вычленяется важная психологическая мишень — мотивация пациента на психотерапию. Эта необычайно сложная задача по может быть решена только при условии, что учитываются индивидуальные личностно-характерологические качества пациента. Именно поэтому необходимо, чтобы в развернутом диагнозе указывался личностный склад больного с его стержневыми природными особенностями характера, который, впрочем, необходимо освободить от психиатрических корней. Н. Л. Зуйкова предлагает вычленять следующие основные принципы эффективности клинической психосоматической психотерапии. Во-первых, принцип сотрудничества пациента, интерниста и психотерапевта. Во-вторых, применение клинически преломленной интегративной психотерапии, разумно сочетаемой с психо — и соматотропной фармакотерапией и телесно-ориентированными методиками. Телесно-ориентированная психотерапия является одним из основных направлений современной практической психологии, ее называют “соматической психологией”. Так называемая работа с телом — обязательная составляющая клинической психосоматической психотерапии, но она должна соответствовать личным предпочтениям и возможностям пациента. Третьим принципом является терапевтический комплаенс и поддержка оздоравливающего и творческого стиля жизни, также соответствующего личностным особенностям пациента. Реализация и эффективность представленных идей тесно связана с широкой просветительской и психообразовательной работой для осведомленности специалистов и населения о возможностях психологии и психотерапии в восстановлении и сохранении здоровья независимо от диагноза, возраста и социального положения.

Ректор Свято-Филаретовского Института профессор-священник Георгий Кочетков в своем докладе «“Слово внутреннее” и “слово проречённое” как средства общения и исцеления» говорил о слове как о том, что может нести глубокое общение и иметь исцеляющую силу, восстанавливать целостность человека в его духе, душе и теле. Задача исцеления актуальна для любого человека, и в этом нужно помогать друг другу, считает отец Георгий. “Мы еще не одно поколение будем расплачиваться за все наши эксперименты XX века”, — сказал он. Исцелиться — значит прийти в себя, стать самим собой, отвергнуть в себе зло и грех и открыть высшие качества, возводящие к Богу. Отец Георгий напомнил сюжет известной евангельской притчи о блудном сыне, герой которой сначала приходит в себя (Лк 15:17) и лишь потом возвраща-

ется к отцу (*Полный текст выступления о. Георгия Кочеткова помещен в этом выпуске журнала*).

В докладе врача-психотерапевта Галины Николаевны Ивановой (Волгоград) «*Звериная тропа к здоровью*». Санаторный вариант аутотренинга». Излагается авторский вариант аутотренинга. «После краткого, неформального изложения основных сведений мы сразу приступаем к практике. Я объясняю суть и самое важное в методе примерно так. В организме подтверждением расслабления является чувство тепла и тяжести во всем теле, и только голова должна быть легкой и прохладной. Можно запомнить только это и отдыхать-восстанавливаться по-своему. Не страшно, если забудешь какие-то упражнения, или перепутаешь их последовательность. Организм, как единая система, все равно расслабится и отдохнет. Начинаем с просмотра пейзажей в фильмах с подходящей музыкой, спокойной, нежной, красивой. Затем принимаем правильную позу в кресле с высокой спинкой и подлокотниками. Слушаем музыку таких композиторов, как Г. Э. Эванс, Карунеш, Роуланд, Камаль, Анугама, Эолия. Предлагаю закрыть глаза и немного послушать мелодию, погружаясь в свой внутренний мир. В душе почти у всех рождаются ассоциации, фантазии, мечты, но может и ничего не возникнуть, так тоже допускается».

Первое упражнение у нас «Дыхание». Я прошу прочувствовать грудную клетку, подышать свободно, глубоко, всем объемом легких в течение нескольких минут. Напоминаю, что в русском языке у слов отдохнуть и отдышаться один корень, что вместе с телом отдыхает и душа. Использую формулы гипнотической песни — «внутреннее напряжение смягчается, тревоги рассеиваются как туман, на сердце легче, на душе спокойнее».

Второе упражнение — «Руки». «Руки расслабляются, становятся мягкими, неподвижными, теплыми». Тяжесть в руках и упражнение «Сердце» не одобряют кардиологи из-за опасности провокации приступов стенокардии. Проговариваю, какие должны быть ощущения в руках — «поникли устало плечи, руки расслабились совершенно свободно, замерли неподвижно, разнежались, согрелись до кончиков пальцев, как будто резиновые перчатки наполнились теплой водой. Все время подчеркиваю полезность «телесной, мышечной памяти» для дальнейшего самостоятельного занятия АТ. Закрепляется эффект упражнения фразой «руки отдыхают глубоко, целебно, заряжаются энергией».

Третье упражнение — «Ноги». Предлагаю прочувствовать ноги, как они стоят всей стопой на полу. Расслабление в ногах ощущается как неподвижность и тяжесть (тепло в ногах получается у очень немногих). «В ногах чувствуется усталость-тяжесть, они расслабляются, еще сильнее тяжелеют, будто наливаются свинцом. Ноги восстанавливают силу, заряжаются энергией так же, как руки».

Четвертое упражнение — «Живот». Прошу обратить все внимание на туловище, на живот. «Живот расслабляется, мышцы брюшного пресса становятся мягкими. «Солнечное сплетение, внутренний источник энергии, излучает тепло, и живот согревается, теплеет». Закрепление результата: «Тепло по всему телу разливается, тело разомлело, как на пляже, в бане, в каждой его клеточке наслаждение, блаженство. Обращаю внимание на то, что мы сидим неподвижно, ничего не делаем, а организм работает, сам себя лечит природными лекарствами, идет восстановление силы, молодости, красоты. Мы приближаемся к гармонии, совершенству, к тому, что называется здоровьем».

Пятое упражнение — «Голова». «Голова не спит, слышится музыка, ясно слышится голос, но она по-своему отдыхает, меньше думает, переживает». Привожу сравнение — «Мысли грустные, тревожные улетают, уплывают как облака. Голова, как безоблачное небо — ясная, светлая, легкая. Прохладный воздух остужает лицо и разглаживает морщинки».

И выход из целебного состояния примерно такой: «В отдохнувших мышцах струится энергия, тело становится бодрым, свежим, легким как воздушный шарик, как птица в полете. Представьте себя летящей птицей с ощущением свободы, восторга, уверенности в себе. Верится во все самое хорошее: Все смогу, все преодолю, все получится». Предлагаю размять руки, как расправляют крылья птицы, как шагают звери красивыми сильными лапами, вытянуть ноги и от души побрыкаться. Затем потянуться как кошки после сна и стряхнуть с себя все остатки вялости, сонливости, лени, как отряхивают воду животные после купания».

Закрепляю результат 15 – 20 минутного АТ: «Хорошо отдохнули и телом и душой, восстановили физическую силу, душевное равновесие, спокойствие, уверенность в себе, оптимизм». В завершение показываю другой фрагмент фильма о природе, более живой, энергичный или слушаем ритмичную, радостную музыку».

В своем докладе «*Терапия творческим самовыражением. Возраст. Творчество. Путешествия*» медицинский психолог Александр Борисович Павловский говорил, что в обычной жизни для тех, кто испытывает сложную личную драму, для уставших или депрессивных людей с различными осложнениями в личной жизни полезным будет простое наставление: «Выйди из дома!», «Сходи куда-нибудь!». «Давай, пройдемся?!» Много точного, эмпирического, терапевтического смысла, таится в слове «НАПУТСТВИЕ»! — «Только вдумайтесь в тихую лирику этого содержательного, народного выражения. Термин «ВЫХАЖИВАНИЕ» понимаю как активное состояние, в котором, не следует суживаться сознанием, а дарить себе новые впечатления. По возможности, чаще возвращать себе утраченную чувственность, притуплять остроту личной драмы, замещать деятельным содержанием свою пустопорожнюю, умственную жвачку и уныние. Посту-



тая таким образом, можно перенаправить формирование сверхценных идей, развивающихся более или менее успешно на той или иной характерологической почве.

В путешествии важна встреча с самим собой через окружающую, объективную, разнохарактерную мать-природу. Но то, что природа именно такая разнохарактерная, надо знать заранее, а также, о том, как следует организовывать там свое пребывание, как там себя вести.

Мне приятно, что я могу в своем путешествии записывать на “видеодневник” именно то, что моему характеру угодно. Именно то, что находится в поле моих предпочтений, ибо путешествую я для себя лично. Жизнь моего видео наполняется моими смыслами, которыми я могу поделиться с созвучной мне аудиторией. А могу смотреть сам.

Мое видео является моей средой, моим мировоззрением, моим воспоминанием. А воспоминания в старости — это единственный ресурс. Видео, ко всему прочему, обладает способностью объективно воспроизводить реальность /если, конечно, оставаться с ней в контакте/. Понимание характеров позволяет мне дифференцированно размышлять о людях, предметах и о событиях. Вообще и в частности. Более утонченно определять к ним свое отношение. Любоваться окружающим миром в согласии со своими природными чертами характера.

Понимание характеров позволяет мне свободно выбирать в пути духовно близкие себе предметы для восхищения ими.

Как бы то ни было, замысел путешествия содержит в себе идею. Предположения. Предчувствия. Состояние намерения путешествовать активизирует защитные функции организма, вносит психосоматические изменения, изменяет волевой компонент в психике (иногда — до неузнаваемости) И тогда в аморфном, депрессивном состоянии начинают вырисовываться цели и пути для их достижения, порою даже не связанные с самим путешествием. Появляется определенный интерес к жизни.

С оживающими в путешествии чувствами проще, живее, понимается (через характеры) взаимосвязь встречающихся на пути разнообразных явлений. Легче осознается свое среди них место. Свое с ними событие.

В путешествии с теплым, всеохватывающим, ярким чувством обязательно вспоминается что-то свое, домашнее. На этой волне можно легко на мгновение перенестись в свое прошлое. Сравнить и подумать. Понять и определиться, где больше черт моего характера? Где он проявляется полнее? Где я силен, где я слаб? Что ближе моему складу характера?

Закljučая второе отделение, Б. А. Воскресенский, сказал:

“Доклад Г. Н. Ивановой “Звериная тропа к здоровью”. Санаторный вариант аутотренинга” показал и доказал новые возможности давно известной, ставшей классической методики при применении ее в сложных,

очень динамичных и ограниченных во многих отношениях условиях современной жизни. Доклад А. Я Басовой “Реабилитация психически больных посредством интернета” убедительно продемонстрировал, что увлечение, “охваченность” интернетом может приводить не только к своеобразной личностной деформации, односторонности (совсем необязательно укладывающейся в критерии психической патологии), но и формировать, вызывать к жизни (применительно в первую очередь к больным с расстройствами шизофренического спектра) компенсаторные механизмы. Вводя размышления и заключения автора в более широкий контекст, правомерно будет еще раз подчеркнуть, что продукты научно-технического прогресса свидетельствуя о безграничности человеческого интеллекта, не несут — сами по себе — ни добра, ни зла, не содержат нравственного начала. Все зависит и от человека, и от социума.

Слушая отца Георгия Кочеткова, мы по-особому глубоко почувствовали, что психотерапия построена на слове как на переживании. Общение врача и больного выражается через слово, высказанное и не высказанное. И оно должно быть очень точным. Опыт показывает, что большинство проблем с пониманием границ своей компетенции (когда священник пытается лечить шизофрению, а психотерапевт — брать на себя роль духовника) происходит от взаимного недоверия и непонимания между священнослужителями и врачами-психотерапевтами, психиатрами. Необходимо сотрудничество между теми, кто призван помогать нуждающимся в обретении телесной, душевной и духовной целостности.”

На сайте Свято-Филоретовского Института был размещен текст о XX ежегодной конференции, посвященной памяти основоположника российской клинической психотерапии Семена Исидоровича Консторума, в котором, в частности, говорилось: *«Тема XX Консторумских чтений вполне богословская: “В начале было Слово”. Участники конференции постарались посмотреть на человека как на существо в первую очередь словесное, для которого жизненно важна категория смысла. Невозможно представить себе слово без человека и человека без слова, в этом медицина и христианская антропология сходятся».*

Конференция традиционно закончилась Третьим отделением — выступлением Психотерапевтического реалистического театра-сообщества психиатра-психотерапевта Инги Юрьевны Калмыковой, кандидата медицинских наук, ассистента кафедры психотерапии и сексологии РМАПО. Пациенты-актёры играли психопрофилактический, психотерапевтический спектакль-сказку “Новый год в лесной избе”, спектакль, созданный, прежде всего, для детей из трудных, пьяных семей. Был после спектакля и праздничный новогодний калейдоскоп: слайд-шоу, стихи, сценические зарисовки, танцы, песни...

*Профессор М. Е. Бурно*



## Пример положения дел в ПНИ и судьбы проверок (Звенигород)

Шокирующее известие в журнале “Коммерсант-Власть” “На территории вне закона” Розы Цветковой и Ольги Аленовой в октябре 2014 г. о гомосексуальном изнасиловании и условиях обитания стало основанием 16-ой (с 2012 года) проверки Звенигородского ПНИ большой группой представителей общественных и государственных организаций, включая д-ра Ю. С. Савенко, 24 ноября 2014 г. Тщательный и разносторонний план проверки с большим знанием дела был составлен помощником депутата Государственной Думы С. А. Колосковым. Это выяснение 8 проблем с администрацией и 10 — с проживающими, для которых сформулированы 64 вопроса о нарушении прав: 8 — в отношении права на жизнь, 2 относительно сексуальных домогательств, 16 — ограничения свободы, 7 — личной неприкосновенности, недобровольного лечения и унижительного обращения, 4 — необоснованной госпитализации в ПБ, 8 — медицинской помощи, 6 — социальных прав, в частности, досуга, 9 — имущественных прав и 4 — трудовых прав. Отчет по результатам проверки был подготовлен под руководством члена Общественной Палаты РФ Е. Тополевой-Солдуновой и президента СПБОО “Перспективы” М. Островской.

Проверка документировалась аудиозаписями, которые сопровождали также посвященное этой проверке заседание под председательством первого вице-премьера Правительства РФ Ольги Юрьевны Голодец. Журналисты передали свидетельства обитателей интерната, что жить в нем “хуже чем в тюрьме”, со слов тех, кто прошел тюрьму: здесь нет ни прогулок, ни посещений родственников, здесь всем руководит страх, все боятся 4-ого этажа, где только за неделю до проверки ликвидировали металлическую дверь карцера, в который помещали и на 2–3 месяца, а больше всех боятся зав. лечебной частью, т.к. в качестве наказания, по всеобщему убеждению, назначают психотропные средства.

Многие жаловались, что им нечем заняться, что они либо лежат, либо смотрят телевизор. Можно было бы назвать это пыткой ничегонеделанием. Мастерские собираются открыться только в феврале, только собираются привлечь волонтеров, восстановить сотрудничество с благотворительным Фондом помощи детям “Милосердие”, расторгнутое в 2013 г. из-за возмущения Фонда порядками в ПНИ. Не задействован огромный внутренний ресурс: не организован процесс взаимной помощи. Характерен очень высокий уровень закрытости, даже родственники впускаются не больше чем на 2 часа. Действуют советские нормативы 1978 и 1981 гг. и соответственно этому на первое место ставится дисциплина: отношения персонала с проживающими как начальства с подчиненными.

Большинство проживающих в интернате — дееспособные люди, живущие там на добровольной основе. Но подписав соглашение, сдав паспорт, они оказываются заложниками системы. Им некуда идти: очень многих обманывают, не дают положенных квартир. Собственно, отмывание сиротских квартир — это первая и главная проблема.

Вице-губернатор Московской области О. С. Забралова утверждала, что “ни один факт, изложенный в жалобах за это время, не подтвердился”, что не соответствует действительности. Было процитировано, в частности, наше заключение об избыточном назначении аминазина, о наличии карцера. О. Ю. Голодец достойным образом прокомментировала это: “Уверена, что большая часть фактов, которые приведены в статье, — правда”. “Не надо быть врачом, чтобы отличать издевательство от изоляции”. “Самое вопиющее, что наказанием за поведение является лечение препаратами, которые им не назначены, это вообще преступление против личности”. “Для меня более эмоциональная вещь — не мастерские... и не чистота, порядок, идеальная дисциплина и т.п. Это ничто, если у тех, кто там проживает, нет личной свободы, основная проблема — это свобода личности”. На это О. С. Забралова возражает: “У них нет личности” (!). — Это убеждение многих директоров ПНИ и ДДИ, — зачем им личное пространство? У них нет личности! О. Ю. Голодец: “Это не армия и не тюрьма, чистота — хорошо, но человеческое отношение — самое важное. Я призываю к тому, что это люди... И нужно подумать, что сделать для того, чтобы считать их людьми”. “Присутствие общественных организаций, особенно если там есть независимые доктора, очень полезно”. По информации о насилии было открыто уголовное дело. Жертву насилия проконсультировал д-р Ю. С. Савенко, заключение которого было включено в доклад об итогах проверки. Он, в частности, подтвердил отмеченное в этой истории болезненное превышение доз психотропных препаратов в 6 раз.

В 2013 г. проверку Звенигородского ПНИ осуществила комиссия Уполномоченного по правам человека в РФ и Уполномоченного по правам человека Московской области с участием исполнительного директора НПА России Л. Н. Виноградовой (НПЖ, 2013, 3, 95 – 96). Все замечания, которые сделала комиссия, остались актуальными. Уже тогда бросался в глаза контраст положения в ПНИ Москвы и Московской области. После этого одна из проверок с участием представителей РОП не обнаружила нарушений в оказании медицинской помощи. Уже состоялась 17-ая проверка Звенигородского ПНИ, которая выявила очередную уловку сложившейся системы торпедировать признание дееспособности: после проверки в ноябре 2014 г. заявлениям о восстановлении

## Пример положения дел в ПНИ и судьбы проверок (Звенигород)

дееспособности уже не препятствуют, но в заявлениях о восстановлении дееспособности не приводятся факты, подтверждающие заявленные требования, т.е. факты об улучшении состояния здоровья и о способности понимать значение своих действий. Отсутствует такая информация и в медицинских картах. Поэтому эксперты и суды не получают существенные для восстановления дееспособности сведения. За последние три года отмечено 8 случаев лишения дееспособности и ни одного случая восстановления.

### Выводы и рекомендации комиссии:

В соответствии с ситуацией, зафиксированной в интернате, считаем первоочередным решение следующих задач.

А. Обеспечить условия формирования безопасной среды всех без исключения проживающих интерната.

- обеспечить обязательную телефонную доступность для всех проживающих;
- разработать и внедрить регламент взаимодействия проживающих с администрацией и ЧОПом, включающий порядок фиксации срочных обращений проживающих к сотрудникам администрации и ЧОПа и соответствующих действий с целью защиты проживающих. Задачи ЧОПа должны быть переориентированы с защиты администрации ПНИ от проживающих — на защиту проживающих (и всех, кто находится в помещении) от возникающих реальных опасностей;
- обеспечить беспрепятственное посещение и общение волонтеров с любыми проживающими, в особенности — с теми, кто болен, плохо себя чувствует либо маломобилен (посещение их волонтерами непосредственно по месту проживания).

Особое внимание уделить обеспечению безопасности проживающих, участвовавших в общественной проверке — в беседах с членами комиссии.

Поскольку большинство из опрошенных лиц (список прилагается) предоставили членам комиссии информацию, указывающую на деяния сотрудников интерната, которые могут получить квалификацию преступных и должны быть проверены правоохранительными органами, на основании части 2 статьи 2, статьи 6, статьи 16 Федерального закона от 20.08.2004 N 119-ФЗ “О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства”, необходимо ходатайствовать перед следственными органами о принятии решения о государственной защите указанных лиц (при наличии их согласия), в частности, об осуществлении регулярного контроля силами указанных органов за тем, что место проживания данных людей в интернате не изменяется без их согласия, также к ним не применяется повышение доз лекарств психотропного характера и других мер давления, насилия и угроз со стороны сотрудников интерната и других проживающих. Защиту предполагаем необходимым осуществлять как на период рассмотрения уполномоченными органами заключения по результатам общественной проверки и принятия решения о

возбуждении уголовных дел, так и в последующее время в случае ведения уголовного судопроизводства в отношении сотрудников или проживающих интерната.

Б. Необходимо расследование вопроса об уголовно наказуемых деяниях должностных лиц и сотрудников Звенигородского психоневрологического интерната. Предлагаем учесть уполномоченным правоохранительным органам рекомендации по запросу и изучению перечисленных в разделе 1 настоящего заключения документов, содержащих персональные данные и медицинские сведения, в целях получения письменных доказательств, подтверждающих или опровергающих выводы комиссии.

В. Следует обеспечить открытость Звенигородского психоневрологического интерната, в том числе за счет участия общественных организаций в заботе о проживающих, регулярной деятельности Попечительского совета, а также активного вовлечения внешних организаций в медицинское обслуживание, образование и трудоустройство проживающих:

- обеспечить амбулаторно-поликлиническое обслуживание (в том числе, стоматологического, офтальмологического и пр.) проживающих в поликлинике, обслуживающей территорию, где расположен ПНИ;
- обеспечить всем проживающим, не имеющим обязательного среднего образования, возможность его получения на соответствующем уровне в образовательных учреждениях, расположенных вне интерната и обслуживающих территорию, где расположен ПНИ;
- оказать помощь в трудоустройстве на предприятиях города всем проживающим, желающим работать за пределами интерната.

Г. Предлагается организовать систему постоянного общественного мониторинга (в соответствии с ФЗ Об общественном контроле) деятельности Звенигородского ПНИ в разрезе соблюдения прав проживающих и качества социального обслуживания в Звенигородском ПНИ.

Д. Рекомендуются разработать на уровне Правительства РФ программу реформирования ПНИ, включающую разработку соответствующих нормативных актов (с участием представителей социально-ориентированных общественных организаций).

### В частности, предлагаются для рассмотрения:

**Предложение 1:** признать действующие Приказ министерства социального обеспечения от 24 сентября 1981 года № 109 (ИНСТРУКЦИИ об организации медицинского обслуживания и санэпидрежима в психоневрологических интернатах и Приказ министерства социального обеспечения от 27 декабря 1978 года № 145 (Положение о ПНИ) утратившими силу. Начать разработку проекта Правил организации деятельности Психоневрологического интерната, соответствующего нормам Конвенции ООН о правах

инвалидов и действующему Федеральному закону “Об основах социального обслуживания граждан в РФ”, создав для этой цели рабочую группу с привлечением представителей общественных организаций

**Предложение 2:** разработать систему показателей успешности деятельности стационарных учреждений, включающую такие индикаторы, как количество проживающих, восстановивших частично или полно-

стью дееспособность, количество семейных пар в интернате, количество проживающих, работающих на внешнем рынке труда, количество проживающих, занятых в мастерских, организованных интернатами, количество проживающих, вышедших из интернатов для проживания в домашних условиях, в том числе при условии получения регулярной помощи социальных служб на дому и т.д.

## Какая служба защиты прав пациентов будет в России?

### Баталии вокруг Службы защиты прав пациентов

НПА России пытается добиться создания Службы защиты прав пациентов уже более 15 лет. Несколько раз мы были очень близки к решению этого вопроса и даже писали о том, что Служба, наконец, будет создана, однако всякий раз наша радость оказывалась преждевременной. Как правило, все упиралось в нежелание Минфина выделять средства, даже в периоды, когда нефтедолларов было предостаточно. По его мнению, Уполномоченный по правам человека и так должен заниматься защитой прав людей с психическими расстройствами, и никакая специальная Служба для этого не нужна. Тем не менее, Правительство понимало, что проблема требует своего решения и время от времени возвращалось к ее обсуждению. Пару лет назад обсуждались предложения об учреждении поста специального уполномоченного по правам психически больных при Президенте РФ по аналогии с уполномоченным по правам детей или создание Службы при региональных уполномоченных по правам человека (предложение Минюста России). Однако эти предложения не были поддержаны заинтересованными ведомствами, и работа вновь застопорилась.

В начале 2014 г. президент НПА России Ю. С. Савенко направил Открытое письмо во Всемирную психиатрическую ассоциацию, в котором говорилось о том, что в России на 22-й год действия закона о психиатрической помощи так и не создана Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, и тем самым грубо нарушается закон в отношении этой категории пациентов. Одновременно неправительственные организации, работающие в сфере психического здоровья, развернули большую кампанию по защите прав людей, проживающих в психоневрологических интернатах, представили обществу множество фактов грубейшего нарушения их прав. Все это активизировало находящуюся в летаргическом сне дискуссии о создании Службы защиты прав пациентов, заставило посмотреть на необходимость ее создания новыми глазами. Все громче стали звучать голоса тех, кто считал, что Служба должна

распространяться не только на пациентов медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, но и на лиц, страдающих психическими расстройствами, проживающих в учреждениях социального обслуживания.

К сожалению, подготовленные ранее с активным участием НПА России предложения по созданию Службы при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации не нашли поддержки у нового уполномоченного Э. А. Памфиловой, и Правительство поручило министерству здравоохранения срочно разработать новую концепцию Службы. Вскоре Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского предложил **пилотный проект** о введении должности **инспектора по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, в ранге заместителя руководителя субъекта федерации**. Этот проект был поддержан многими ведомствами, в том числе Уполномоченным по правам человека в РФ, и вызвал готовность некоторых регионов страны участвовать в его проведении. Однако он получил серьезную критику Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, который справедливо указывал на то, что “необходимо централизованное руководство, поскольку в противном случае речь будет вестись не о службе, а о совокупности структурных единиц, выполняющих функции службы”. Минюст России также возражал против такого пилотного проекта, считая, что должность инспектора по защите прав пациентов не обеспечивает независимость от органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, предусмотренную ст. 38 закона о психиатрической помощи. К тому же, в проекте предлагалось, что все сотрудники службы должны быть юристами, что значительно затрудняет ее комплектование и не соответствует задачам: представители Службы должны быть, в первую очередь, специалистами по урегулированию конфликтов, а не по составлению жалоб.



НПА России также выступила с критикой этой модели, однако поддержала идею проведения пилотного эксперимента. В своем обращении в Правительство РФ мы писали:

*“На наш взгляд, при создании Службы следует учитывать то факт, что России — огромная страна с большим социально-географическим разнообразием. Густо и относительно равномерно населенные регионы соседствуют с регионами, в которых большая часть населения сосредоточена в крупных городах, а есть такие, где население проживает в небольших городах и поселках, подчас разбросанных далеко друг от друга. С учетом этих особенностей организована и стационарная психиатрическая помощь. Большая часть психиатрических стационаров России сосредоточена в четырех федеральных округах — Центральном (71), Приволжском (43) и Северо-Западном (27) и Сибирском (28), причем во всех этих округах представленность психиатрических стационаров по субъектам федерации очень неоднородна. Так, в Московской области насчитывается 20 психиатрических больниц, а в Воронежской и Курской — по одной; в Пермском крае — 6, а в Мордовии — 1; в Калининградской области — 6, в СПб — 7, а в Архангельской области — 1; в Алтайском крае — 6, а в Красноярском — 0. Так же неравномерно представлены психиатрические стационары внутри других федеральных округов. Так, из 12 психиатрических стационаров, существующих в ДФО, 5 находятся в Приморском крае, в то время как в Республике Саха Якутия, в Магаданской и Камчатской областях нет ни одного.*

*При планировании Службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, нужно исходить из необходимости обеспечить нахождение сотрудников Службы если не в самих медицинских организациях, то по крайней мере, неподалеку, чтобы они могли посещать объекты своей деятельности на регулярной основе. Служба должна быть доступна для пациентов, они вправе знать, кому и как они могут подать жалобу на действия администрации, кто окажет им содействие в разрешении возникшего конфликта, поможет составить жалобу в прокуратуру или суд. Служба должна быть достаточно разветвленной и максимально приближенной к психиатрическим стационарам. Учитывая крайнюю неоднородность российских регионов и недостаточную проработанность модели Службы, считаем крайне опрометчивым пытаться создать Службу по единому принципу сразу на всей территории страны. Необходимо предварительный этап в виде пилотного эксперимента, в процессе которого можно будет отработать разные модели Службы”. Предлагали мы и разные модели, одной из которых могло бы стать наделение некоммерческих организаций, работающих в сфере психического здо-*

*ровья, полномочиями по защите прав пациентов с психическими расстройствами. Такой подход предлагается в проекте Федерального закона, разработанном заместителем председателя Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству Федерального Собрания РФ К. Э. Добрыниным. Согласно этой редакции полномочия Службы защиты прав пациентов распространяются и на граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами”.*

23 декабря 2014 г. на совещании Правительства РФ под председательством заместителя председателя Правительства Российской Федерации О. Ю. Голодец очередной раз обсуждался вопрос о создании Службы защиты прав пациентов и Минздраву России, Минтруду России, Минюсту России, Минэкономразвития России, Минфину России совместно с Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации, Институтотом законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, Общественной палатой Российской Федерации и заинтересованными общественными организациями было поручено “проработать вопрос о внесении в законодательство Российской Федерации изменений, предусматривающих участие общественных организаций в обеспечении защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также координацию этой деятельности”.

В связи с данным поручением Аппарат Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации разработал проект Концепции создания службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Понятие “служба” предлагалось заменить на “Коллегии” и распространить их полномочия на все медицинские организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также на стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами. Помимо Федеральной коллегии в каждом субъекте федерации, где имеются медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, и учреждения социального обеспечения для лиц с психическими расстройствами, создаются Региональные коллегии со статусом государственного органа.

Федеральная коллегия может привлекать независимых экспертов, осуществлять методическое руководство, проводить целевые научно-практические конференции, разрабатывать и издавать рекомендации и пособия по проблемам защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах или ПНИ.



В целях соблюдения баланса интересов “государство — общество — личность” состав Федеральной коллегии предлагается из трех членов, утверждаемых Государственной Думой: 1 члена коллегии (врача-психиатра), выдвигаемого Правительством Российской Федерации; 1 члена коллегии, выдвигаемого Общественной палатой Российской Федерации, Третьего члена, являющегося Председателем Федеральной коллегии, предлагает Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации (“Защитник прав пациентов...”). Федеральная коллегия является юридическим лицом. Финансовое обеспечение деятельности Федеральной коллегии и ее аппарата (например, 10–15 единиц) осуществляется за счет средств, предусмотренных на эти цели федеральным законом о федеральном бюджете на очередной финансовый год.

Заседание Федеральной коллегии проводится по мере необходимости, но не реже 1 раза в три месяца. Решения (например, о подготовке заключений на законопроект в отношении лиц с психическими заболеваниями, вопросов дееспособности, опеки, экспертизы, иных вопросов защиты прав данной категории пациентов; рекомендации кандидатуры председателя региональной коллегии и по другим вопросам) принимаются большинством голосов, при этом голос Председателя является решающим (если один воздержался).

Коллегии в субъектах Российской Федерации представляют собой государственно-общественный институт и назначаются законодательным (представительным) органом субъекта Российской Федерации: 2 члена коллегии выдвигается уполномоченным по правам человека в субъекте: Председатель коллегии в субъекте РФ и врач-психиатр; 2 члена коллегии выдвигает Правительство субъекта Российской Федерации (в их числе обязательно должен быть врач-психиатр, а также лицо, отвечающее за защиту социальных прав и социальную реабилитацию пациентов), 1 член коллегии (юрист) выдвигается прокурором субъекта Российской Федерации, 2 члена коллегии (представители общественных объединений без предъявления каких-либо профессиональных требований) — от Общественной палаты субъекта Российской Федерации.

Проект предусматривает, чтобы не менее трех членов региональных коллегий осуществляли свою деятельность на постоянной штатной основе (они составят группу трех “инспекторов”, задача которых состоит в регулярном посещении психиатрических учреждений). Члены Коллегии-инспекторы регулярно посещают медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, и ПНИ, руководствуясь в своих решениях и действиях обеспечением защиты прав, свобод и законных интересов пациентов.

Предлагается, чтобы посещение психиатрических стационаров и ПНИ осуществлялось коллеги-

ально, в составе не менее трех человек, в число которых входят в обязательном порядке: 1) юрист, 2) врач-психиатр, 3) специалист по социальной работе (психолог, педагог, дементолог или другой специалист) с привлечением представителей общественных организаций, правозащитников или иных общественных деятелей. Это позволит с учетом психического состояния пациентов обеспечивать защиту их прав, оказывать различные виды правовой помощи, решать их бытовые и семейные проблемы, а также сложности в трудовой, профессиональной и иной деятельности. Совместная коллегиальная работа специалистов различных профилей позволит комплексно подходить к решению проблем, связанных с нарушением закона при психиатрическом освидетельствовании, при рассмотрении судебных дел о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, рассмотрении жалоб пациентов и принятия мер к устранению нарушения иных прав, закрепленных Конституцией Российской Федерации и законодательством Российской Федерации.

2 февраля эта концепция была представлена на межведомственном совещании в Минздраве России и, хотя был высказано много критических замечаний, Уполномоченному по правам человека в РФ было предложено доработать концепцию с учетом замечаний и предложений и представить ее на следующем заседании через 2 недели.

НПА России подготовила свои критические замечания на Концепцию, в которых, в частности, говорилось:

“Предлагаемая концепция реализации положений ст. 38 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” свидетельствует о намерении ее авторов создать полноценный государственный орган по защите прав лиц с психическими расстройствами.

Вместе с тем, концепция имеет ряд недостатков.

1. В ней закладывается значительно больший объем функций, направленных в т.ч. на решение глобальных задач, которые предстоит выполнять Службе защиты прав пациентов, чем это предусмотрено ст.38 Закона. Так, решение семейных проблем, проблем профессиональной и иной деятельности таких лиц, как представляется, выходит за рамки деятельности Службы в том ее варианте, в каком она замысливалась законодателем. Избыточность функций вылилась в предложение о создании громоздкой структуры, не обеспечивающей своевременной и оперативной защиты прав и интересов пациентов.

2. Вызывает сомнение необходимость в коллегиальном (в составе 3 специалистов различного профиля) посещении психиатрических стационаров. Задача Службы — не “регулярный осмотр, инспекции, контроль и мониторинг”, “проверка деятельности” медучреждений, а включенная работа по проверке соблюдения пациентских прав находящихся в стациона-

нарах лиц, обоснованности наложенных администрацией ограничений в отношении конкретных пациентов, разрешение конфликтов. Предлагаемая периодичность визитов — раз в 1–2 недели — может быть достаточной для ПНИ, но неприемлема для психиатрических стационаров. Она не позволит содействовать в реализации прав недобровольно госпитализированных лиц, сроки оказания помощи которым исчисляются в часах и сутках, а не неделях. Посещение психиатрических стационаров может осуществляться и одним человеком в рабочем порядке. Посещения должны быть более частыми и адресными. Такой специалист (инспектор) должен соразмерять свои визиты не только с графиком посещений (по заранее установленным дням недели), но и с ситуацией, в которой находится тот или иной пациент (наступление срока освидетельствования, обжалования судебного решения, выписки и т.д.).”

Одновременно мы направили в Минздрав России новые предложения о механизмах создания Службы защиты прав пациентов, разработанные на основе анализа опыта формирования и работы общественных наблюдательных комиссий. В своих предложениях мы писали:

*“Предлагаем создать Службу защиты прав пациентов по типу Общественных наблюдательных комиссий, действующих в соответствии с Федеральным законом от 10 июня 2008 г. N 76-ФЗ “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания”.*

Данный закон — пример того, как государство создало независимую от органов ФСИН и МВД систему общественного контроля за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания. Эта система практически не требует государственных средств, имеет разветвленную сеть по всей стране, позволяет координировать усилия гражданского общества и органов государственной власти и добиваться улучшения соблюдения условий содержания и прав человека в местах принудительного содержания.

Закон действует уже более 6 лет, и за это время практически во всех субъектах Российской Федерации созданы общественные наблюдательные комиссии численностью от 5 до 40 человек, многие из которых демонстрируют высококвалифицированную эффективную работу.

Таким образом, предлагаем создать Службу защиты прав пациентов как систему региональных отделений Службы, которые будут осуществлять свою деятельность на постоянной основе. Региональные отделения Службы формируются в каждом субъекте Федерации, где есть медицинские организации, осуществляющие стационарную психиатрическую помощь, из представителей неком-

*мерческих организаций, работающих в сфере психического здоровья и имеющих опыт работы с людьми с психическими расстройствами.* (На сегодняшний день таких организаций довольно много: это и организации, занимающиеся коррекционной, благотворительной и социально-реабилитационной помощью и поддержкой людей с психическими расстройствами, и организации родственников людей с психическими расстройствами, и профессиональные организации врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов). Полезно было бы также включать в состав региональных отделений Службы защиты прав пациентов представителей Государственных юридических бюро по оказанию бесплатной юридической помощи, созданных уже во многих регионах РФ в соответствии с программой государственной бесплатной юридической помощи, или адвокатов, работающих по данной программе. Каждая организация может делегировать в состав регионального отделения не более 2–3 человек. **Количество членов регионального отделения определяется формирующим органом и зависит от количества психиатрических учреждений в данном регионе** (предположительно 1 человек на 500 пациентов). В некоторых субъектах РФ может быть создано несколько региональных отделений Службы с целью максимального приближения их к медицинским организациям, оказывающим психиатрическую помощь в стационарных условиях.

**Полномочия Службы** распространяются на **все медицинские организации** государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, **оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях** на территории субъекта РФ: психиатрические больницы; психиатрические стационары при психоневрологических диспансерах; психиатрические отделения, входящие в структуру больниц общесоматического профиля; психиатрические отделения туберкулезных больниц; психиатрические отделения центральных районных больниц; психосоматические отделения больниц общего профиля, а также на **стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.**

**Цель создания Службы:** защита прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, а также содействие в реализации их прав.

Формирует региональные отделения Службы **Совет Общественной Палаты Российской Федерации.** На него же возлагаются обязанности по организации **подготовки представителей Службы,** которые должны обладать знаниями в области российского и международного законодательства, ка-

сающего права лиц с психическими расстройствами, а также иметь общие сведения о психических расстройствах и обращении с лицами, страдающими ими.

**Общественное объединение**, выдвинувшее кандидатуру в состав регионального отделения Службы, в случае назначения выдвинутого кандидата представителем Службы, **возмещает расходы, связанные с осуществлением его полномочий**, и оказывает содействие в материально-техническом и информационном обеспечении его деятельности. **Органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления оказывают финансовую, имущественную, консультационную, информационную и иную поддержку деятельности Службы.** Обеспечение деятельности Службы может осуществляться также иными не запрещенными федеральными законами способами.

**Представители Службы:**

– **защищают права пациентов**, находящихся в психиатрических стационарах, **принимают их жалобы и заявления**, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют, в зависимости от их характера, в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд;

– **имеют удостоверение**, подтверждающее их квалификацию и полномочия;

– **должны быть доступны для пациентов:** они регулярно совершают обходы отделений, пациенты всегда могут связаться с ними по телефону, график работы и часы приема представителя Службы должны быть известны всем пациентам;

– **принимают у пациентов все жалобы**, в том числе устные, независимо от того, согласны ли они с пациентом, и пытаются разрешить их с администрацией больницы, выступая посредниками между пациентом и администрацией. При невозможности положительного решения вопроса представитель Службы должен изложить пациенту мотивы отказа и предложить в зависимости от характера жалобы обратиться в органы представительной или исполнительной власти, прокуратуру, суд;

– **вправе принять жалобу по поводу нарушения прав пациента при нахождении в стационаре от уже выписанного пациента**, однако не позднее, чем через 10 дней с момента выписки;

– **по просьбе или с согласия пациента могут участвовать в судебном заседании по рассмотрению заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации пациента**, а также обжаловать в суд действия администрации стационара, выступая в качестве представителей пациента;

– **вправе ставить перед администрацией стационара вопрос о подаче заявления в суд о восстановлении дееспособности пациента** или оказывать помощь пациенту в подаче такого заявления;

– **вправе встречаться с пациентом наедине, знакомиться с согласия пациента с медицинской и иной документацией**, относящейся к существу жалобы, получать объяснения персонала и администрации стационара по всем вопросам, имеющим отношение к соблюдению прав пациентов;

– **обязаны не разглашать сведения** о наличии у граждан психических расстройств, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждениях, оказывающих такую помощь, а также иные сведения, **составляющие врачебную тайну.** На представителей Службы и их помощников распространяется ответственность за разглашение врачебной тайны;

– следят за исполнением администрацией учреждения и персоналом своих обязанностей по созданию условий для реализации прав пациентов во время их пребывания в стационаре в полном объеме, **ставят перед администрацией вопрос о необходимости улучшения условий для реализации прав пациентов**, исключения обстоятельств, унижающих их человеческое достоинство или ущемляющих их права;

– **проводят с пациентами беседы об их правах**, консультируют по вопросам соблюдения законодательства о психиатрической помощи; при необходимости помогают связаться с адвокатом;

– **запрашивают у государственных органов необходимые для деятельности Службы сведения**, обращается в указанные органы с ходатайствами по вопросам защиты прав пациентов и улучшения условий пребывания в психиатрических стационарах. Органы государственной власти рассматривают полученные ходатайства в обязательном порядке и в кратчайшие сроки и принимают необходимые меры или дают обоснованный отказ в соответствии с законодательством об обращении граждан;

– **обращаются в региональные органы государственной власти за сведениями**, необходимыми для их работы, а также с ходатайствами по защите прав пациентов и рекомендациями по улучшению положения больных в психиатрических стационарах, участвуют в проведении инспекции психиатрических учреждений, ходатайствуют перед органами государственной власти и управления, иными учреждениями, предприятиями и организациями о выделении средств для улучшения условий содержания пациентов в психиатрических стационарах, принятии иных мер социальной и бытовой помощи лицам с психическими расстройствами. Региональные органы государственной власти создают условия для работы представителей Службы и принимают своевременные решения по их жалобам и обращениям.

– **действуют независимо от администрации психиатрического стационара** и имеют право обжаловать действия администрации в суд. Администрация стационара обязана создавать нормальные условия для работы представителей Службы, пред-



ставлять необходимую документацию, обеспечивать общение представителя службы с пациентами, прием заявлений, жалоб и т.п., незамедлительно рассматривать все жалобы и обращения представителя Службы, в том числе устные, и по возможности удовлетворять их. В случае ненадлежащего исполнения представителем Службы своих обязанностей администрация стационара может обратиться в орган, формирующий Службу, с ходатайством об отстранении данного представителя Службы.

Служба осуществляет свою деятельность **независимо от органов здравоохранения**, в ведении которых находятся психиатрические стационары. Руководитель и представители Службы участвуют в обсуждении органами здравоохранения вопросов, связанных с условиями пребывания пациентов в психиатрических стационарах и соблюдения прав пациентов. Органы здравоохранения своевременно рассматривают жалобы и обращения, а также рекомендации, поступившие от представителей Службы, и принимают соответствующие решения и дают письменные ответы на все обращения.

Ежегодно региональные отделения Службы представляют в Общественную Палату РФ **отчеты о своей деятельности**, которые обсуждаются на заседании Совета Общественной палаты, по результатам обсуждения готовятся рекомендации по улучшению деятельности медицинских организаций, оказывающих стационарную психиатрическую помощь, и работы Службы. Рекомендации направляются в органы государственной власти для обсуждения и принятия соответствующих мер”.

На межведомственном совещании в Минздраве 18 февраля 2015 г. было представлено два законопроекта. Первый — от Уполномоченного по правам человека в РФ “О Коллегиях защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания”, разработанный на основе предлагаемой ранее Концепции, а второй — от Минздрава России “О внесении изменений в закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. В последнем предлагалась новая редакция ст. 38, согласно которой:

1. Общественной палатой Российской Федерации образуется межведомственная комиссия по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях (далее — Федеральная комиссия по защите прав пациентов с психическими расстройствами), в состав которой входят представители Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, федеральных органов государственной власти, профессиональных общественных объединений и иных некоммерческих организа-

ций, имеющих право заниматься деятельностью по реализации и защите прав граждан с психическими расстройствами в соответствии с настоящим Законом. Порядок формирования и деятельности Федеральной комиссии по защите прав пациентов с психическими расстройствами, формы и порядок принятия ею решений осуществляются в соответствии с Федеральным законом об Общественной палате Российской Федерации.

Общественными палатами субъектов Российской Федерации могут образовываться межведомственные комиссии по защите прав пациентов, находящиеся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях (далее — Комиссия субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами), в состав которой входят представители Уполномоченного по правам человека субъекта Российской Федерации, органов государственной власти субъекта Российской Федерации, профессиональных общественных объединений и иных некоммерческих организаций, имеющих право заниматься деятельностью по реализации и защите прав граждан с психическими расстройствами в соответствии с настоящим Законом. Порядок формирования и деятельности Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами, формы и порядок принятия ею решений осуществляются в соответствии с законами об общественных палатах субъектов Российской Федерации. Целесообразность создания Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами определяется общественной палатой субъекта Российской Федерации, исходя из наличия в субъекте Российской Федерации медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях.

2. Основными принципами деятельности Федеральной комиссии по защите прав пациентов с психическими расстройствами и Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами являются:

1) обеспечение прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, гарантированных настоящим Законом;

2) законность, объективность и конфиденциальность;

3) взаимодействие с федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления;

4) невмешательство в профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;



5) недопущение незаконного вмешательства в свою деятельность органов и организаций, их должностных лиц с целью повлиять на принятие решений.

3. К полномочиям Федеральной комиссии по защите прав пациентов с психическими расстройствами относятся:

1) участие в формировании и реализации государственной политики в сфере укрепления психического благополучия населения;

2) осуществление координации деятельности Комиссий субъектов Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами;

3) оказание методической, информационной и организационной помощи Комиссиям субъектов Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами;

4) обобщение и анализ результатов деятельности Комиссий субъектов Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами, их публикация, в том числе путем размещения на официальном сайте в сети "Интернет";

5) предупреждение, выявление и содействие восстановлению прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;

6) по запросу информирование заинтересованных федеральных органов государственной власти, Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Общественной палаты Российской Федерации о случаях нарушений прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;

7) подготовка предложений по совершенствованию действующего законодательства и иных нормативных правовых актов в целях предупреждения нарушений прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;

8) подготовка ежегодного доклада в Правительство Российской Федерации, Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации, Общественную палату Российской Федерации о результатах деятельности Федеральной комиссии по защите прав пациентов.

4. К полномочиям Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов относятся:

а) принятие и рассмотрение жалоб и обращений пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях на территории субъекта Российской Федерации, разрешение их с руководителями медицинских организаций, либо направление в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд;

б) анализ результатов работы Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами, выявление и анализ причин и условий, способствующих нарушению прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;

в) подготовка рекомендаций и предложений по совершенствованию действующего законодательства и иных нормативных правовых актов по обеспечению прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях;

г) направление в органы государственной власти субъекта Российской Федерации, органы местного самоуправления, иные организации, в решениях или действиях (бездействии) которых усматривается не принятие мер в отношении восстановления прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, заключений и рекомендаций относительно возможных и необходимых мер по восстановлению указанных прав;

д) подготовка ежегодного доклада о результатах деятельности Комиссии субъекта Российской Федерации по защите прав пациентов с психическими расстройствами в Федеральную комиссию по защите прав пациентов с психическими расстройствами, Уполномоченному по правам человека в субъекте Российской Федерации, Общественную палату субъекта Российской Федерации."

Представители НПА России (Л. Н. Виноградова, Ю. Н. Аргунова) и Российского общества психиатров в лице заместителя председателя Правления О. В. Лиманкина были единодушны в оценке представленных законопроектов: первый прекрасно проработан, но представляет из себя неповоротливую нежизнеспособную структуру, второй явно сделан впопыхах и не может претендовать на статус законопроекта, но в большей мере отражает смысл ст. 38 закона о психиатрической помощи и на его основе можно создать реально работающую Службу.

Скоро мы узнаем, кто победит. Следите за нашим сайтом. Мы будем держать читателей в курсе дела.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

## Иоганн Себастьян Бах

Взгляните и посмотрите, есть ли болезнь, как моя болезнь<sup>1</sup>

### Кантата на 10-е воскресенье по Троице

#### 1. Хор

Взгляните и посмотрите, есть ли болезнь, как моя  
болезнь, какая постигла меня, какую наслал на меня  
Господь в день пламенного гнева Своего?

#### 2. Речитатив

Стенай, о разорённый Божий град,  
убогие развалины и груды пепла!  
Излей же реки слёз,  
ибо тебя постигла  
невосполнимая потеря  
милости Всевышнего,  
которой ты лишился  
по своей вине.  
Гоморры участь встретила тебя,  
Хотя ты и не истреблен совсем.  
О! лучше, если б ты до основания  
был разрушен,  
чем слышать ныне, как хулят в тебе Христа  
враги Его!  
Иисуса слёзы ты презрел —  
так ярости внимай теперь вздымающейся  
бури,  
какую на себя ты сам навлёк,  
ибо изрёк, после великого терпенья.  
Бог на тебя конечный приговор.

#### 3. Ария

Издалека сбиралась буря,  
чтоб наконец обрушить на тебя свои потоки.  
Невыносимо быть тебе должно,  
когда грехов призрабилье  
воспламеняет молнию отмщенья  
и твою гибель приготавливает.

#### 4. Речитатив

Но пусть не мнит ни один грешник,  
что только Иерусалим  
грешнее всех других.  
Сей приговор уже объявлен и для вас:  
коль скоро вы не исправляетесь  
и ежедневно умножаете грехи,  
то все так же ужасно и погибнете.

#### 5. Ария

Но и наказывая, Иисус —  
покров и помощь верным;  
Он как Своих овец их собирает  
и как птенцов Своих их милует и любит.  
Когда отмщенья буря грешных постигает.  
Он помогает праведным жить в мире.

#### 6. Хорал

**Великий Боже Истины!  
никто не может,  
кроме Христа Иисуса, Сына Твоего,  
Твой успокоить гнев.  
Возри ж на Его раны,  
страданье, скорбь и тяжкое мучение;  
ради Него нас пощади  
и не воздай нам по грехам.**

*Чтения. Апостол: 1 Коринфянам 12, 1 – 11. Евангелие; Луки 19, 41 – 48.*

*Лейпциг, 1723-1-е исполнение: 1 августа 1723, Лейпциг.*

*Текст: Плач Иеремии 1, 12 (часть 1); Иоганн Маттиас Мейфарт (часть 6); неизвестный автор.*

<sup>1</sup> Иоганн Себастьян Бах. Тексты духовных произведений. Все творения великого мастера. Москва, 2014, 590 с.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

*Ханна Арендт.* Мартин Хайдеггер. Письма. 1925 – 1975. М., 2015.  
*Бодрийяр Жан.* Симюляры и симуляции. М., 2015.  
*Томова Н. Е., Шалак В. И.* Введение в логику для философов. М., 2014.  
*Князева Елена.* Энактивизм: новая форма конструктивизма в эпистемологии. М.-СПб., 2014.  
*Рошак Теодор.* Истоки контркультуры. М., 2014.  
*Лукач Георг.* Исторический роман. М., 2015.  
*Малевич Т. В.* Теории мистического опыта: историография и перспективы. М., 2014.  
Ориентиры... Вып. 9. М., 2014.

\* \* \*

*Гален.* Сочинения. Т. 1. М., 2014.  
*Деар Питер, Шейпин Стивен.* Научная революция как событие. М., 2015.  
*Фитч У. Текумсех.* Эволюция языка. М., 2013.  
*Фейнман Ричард.* Не все ли равно, что думают другие. М., 2014.

\* \* \*

*Верховский Александр.* Уголовное право стран ОБСЕ против преступлений ненависти, возбуждения ненависти и языка вражды. М., 2014.  
*Шевцов Сергей.* Метаморфозы права. Право и правовая традиция. М., 2014.  
*Бенуа Ален де.* По ту сторону прав человека. В защиту свобод. М., 2015.

\* \* \*

*Эйнштейн Альберт.* Мир, каким я его вижу. М., 2015.  
Неизвестная черная книга (ред. Вас. Гроссман и Илья Эренбург). М., 2015.  
*Фассел Пол.* Великая война и современная память. СПб., 2015.  
Первая мировая война в русской литературе. Антология. М., 2014.  
*Борозняк Александр.* Жестокая память. Нацистский рейх в восприятии немцев второй половины XX и нач. XXI века. М., 2014.  
*Джей Мартин.* Добродетели лицемерия: о лжи в политике. М., 2015.  
*Янов Александр.* Русская идея. От Николая I до Путина (в 2 кн.). М., 2014.  
Михаил Гэфтер в разговорах с Глебом Павловским. Третьего тысячелетия не будет. Русская история игры с человечеством. М., 2015.  
*Собчак Анатолий.* Сталин, личное дело. М., 2014.  
*Даллес Аллен, Гелен Рейнгард.* Дождать Россию. М., 2014.  
Ликвидация БОРНа. М., 2015.

\* \* \*

Хорварт Вальден и наследие немецкого экспрессионизма (ред. В. Колязин). М., 2014.  
*Росс Алекс.* Дальше — шум. Слушая XX век. М., 2014.  
*Белый Андрей.* Ритм как диалектика и “Медный всадник”. М., 2014.

\* \* \*

*Дюморье Дафна.* Извилистые тропы. М., 2014. (роман о Френсисе Бэконе)

# ABSTRACTS

## Russian psychiatry in the epoch of decline

*Yu. S. Savenko*

The main tendency of development of Russian psychiatry in the last 150 years is withstanding of police and humanistic psychiatry. With the example of using notions of "totalitarian sects" and "minority" were demonstrated methods of manipulations, which challenge our critical thinking. The author has been presented the panorama of the medical care reform in psychiatry, of crisis of scientific research, of juridical practice and expert activities, as well as attempts to withstand negative tendencies and obliviousness of the mathematic model that "optimization is a way to catastrophe".

**Key words:** Russian psychiatry today, reform of Russian psychiatry, crisis of Russian psychiatry.

## On the effect of environment on personality development

*B. V. Voronkov (St. Petersburg)*

The author expresses his position in regard to the role of the environment, education and the circumstances in development of the character, psychopathy and personality in general. The significance of congenital and acquired influences in the development of personality is discussed.

**Key words:** social disadaptation, character, personality disorder, environmental and biological factors.

## Metaphysical discourse of psychotherapy

*Yu. T. Dzhangildin*

One of the fundamental components of an interdisciplinary paradigm of modern psychotherapy is dominant at a given stage of social development of the ideological concepts, to delineate the boundaries of personal meanings and answer the basic questions of human existence. Such spiritual and ideological ideas over several millennia evolved within religious discourse, which is quite substantial in psychotherapeutic models.

**Key words:** psychotherapeutic paradigm, Christianity, mechanisms of protection, coping strategies, the suffering, the *raison d'être*.

## On diagnostics and psychotherapy of panic attacks

*V. E. Smirnov, Yu. L. Pokrovsky*

For many years 56 outpatients with panic attacks (PA), agoraphobia and other phobias were under observation. Comorbidity of those disorders with diseases of heart and vascular system and use of psychoactive substances was revealed. For the first time the complex of measures for rendering "first aid" in such cases was described. Catamnesis were retraces. The results of psychotherapy are not inferior to psychopharmacological treatment of panic attacks.

**Key words:** panic attacks, somatic neurological disorders, psychotherapy.

## Treat can not discharge

(On the validity of involuntary hospitalization to mental hospital of an unidentified person)

*Yu. N. Argunova*

The author deals with the question of admissibility of psychiatric care in hospital for a person without his consent, if his identity had not been ascertained. It is pointed out that this question was not regulated by the law, that leads to refusal of court to give permission for treatment a patient in mental facilities, leads to violation of the

constitutional right of citizen to health care and medical aid. The practice in court including the European Human Rights Court is analyzed. Health bodies together with other departments should work out algorithm of organization of first psychiatry aid to persons without documents.

**Key words:** involuntary hospitalization, unidentified person.

## On the question of psychopathological mechanisms in the commission of serious socially dangerous acts by patients with schizophrenia

*S. Z. Eshimbetova, B. R. Chembayev (Tashkent, Uzbekistan)*

The mechanisms of commitment of serious socially dangerous acts were analyzed on the basis of study of 201 patients with schizophrenia who have committed these acts in disease state. The authors offered the division of psychopathological mechanisms into types depending on the core role in commitment of dangerous assaultive acts of positive or negative symptoms taking into account the influence of personality of patients.

**Key words:** schizophrenia, serious socially dangerous acts, psychopathological mechanisms, forensic psychiatry

## Views of doctors and patients concerning the purpose of psychiatric hospital admission

*N. B. Zakharov, M. V. Zlokazova, A. G. Solov'ev (Kirov)*

The article presents views of doctors and patients of a psychiatric hospital concerning the purpose of hospital admission. It is revealed that clinical improvement of patients' condition is the determining factor for doctors, while for patients improvement of their quality of life plays a more significant role. The necessity to use methods of psychosocial therapy and rehabilitation for rapprochement of the members of the therapeutic process is emphasized herein, as it will help not only to optimize inpatient treatment, but also to develop performance criteria for treatment and rehabilitation.

**Key words:** purpose of hospital admission, psychiatric hospital, quality of life, social adaptation, rehabilitation effectiveness.

## Legal and clinico-methodical problems of rendering first aid. Facts of abuse of psychiatry

*V. C. Ivanov*

Juridical practice of first psychiatric aid, non-observation of classic clinic-methodical rules of rendering first psychiatric aid, to impose on doctors obligations incompatible with qualifications of psychiatrist leads to violations of patient's interests, his rights and to facts of abuse of psychiatry.

**Key words:** first psychiatric aid, abuse of psychiatry.

## Once again on the problems of addiction medicine in Russia (in response to Prof. B. N. Piven)

*A. G. Gofman, P. A. Ponizovskiy,  
T. A. Kozhinova, I. V. Yashkina*

In response to Prof. B. N. Piven's remarks the authors discuss possible reasons of alcohol addiction denial, some results of involuntary treatment of alcoholism in Soviet Union and certain dangers of introduction of substitution (replacement) therapy in Russia.

**Key words:** denial of alcohol addiction, involuntary treatment, substitution therapy.