

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**2014**

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 11.06.2014. Подписано в печать 19.06.2014. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2014-2-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, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

100-летие Первой и 75-летие Второй мировых войн . . . . .	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Миф о шизофрении как прогрессирующей болезни головного мозга — Р. Б. Зипурский, Т. Дж. Рейли, Р. М. Мюрррей (Гамильтон, Канада; Лондон, Великобритания) . . . . .	10
Извечен спор надежды и сомнения (комментарий переводчика) — Е. Б. Любов (Москва), С. А. Чубина (Тула) . . . . .	14
О некоторых аспектах диагностики детского аутизма — Б. В. Воронков, Л. П. Рубина (СПб) . . . . .	17
Механизм возникновения конверсионно-диссоциативного расстройства у больных, находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях психиатрического стационара — А. В. Алексеев . . . . .	24
Эпидемиология психических заболеваний в европейских странах и их влияние на общество. Особенности структуры психиатрической помощи на примере Германии — В. А. Кажин (Бад Дюрхайм, Германия) . . . . .	30
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Пришла ли пора отказаться от психопатологической трактовки алкоголизма? — В. А. Солдаткин, Ю. П. Сиволап, В. В. Мрыхин и В. В. Мрыхина (Ростов-на-Дону) . . . . .	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Совет Европы готовит новый юридически обязывающий документ о защите прав и достоинства лиц, страдающих психическими расстройствами — Б. Г. Юдин . . . . .	45
Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, по запросу органов дознания, следствия и суда — Ю. Н. Аргунова . . . . .	47
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Психиатр-правдоборец — пациент собственного отделения . . . . .	55
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XIX Консторумские чтения . . . . .	61
Свобода воли и выбора человека и допустимые границы посторонних внушений с христианской точки зрения — о. Георгий Кочетков . . . . .	65
О ВРАЧЕВАНИИ	
Врач как раненый эскулап — Б. А. Воскресенский . . . . .	72
ОТКЛИКИ, РЕЦЕНЗИИ	
О выступлении А. В. Немцова “Клиническая психиатрия стала избыточной” — А. Г. Гофман . . . . .	79
Ответы главного редактора на вопросы А. В. Немцова относительно наукометрического подхода. . . . .	80
ИСТОРИЯ	
Диссиденты призыва 1911 года — В. Д. Тополянский . . . . .	82
Наука и жизнь доктора Клерамбо — А. Д. Гладышева . . . . .	89
ХРОНИКА	
Конгресс интеллигенции . . . . .	93
Оказание медицинской помощи в местах принудительного содержания: “российские и европейские стандарты, опыт контроля” . . . . .	93
Конференция по аутизму . . . . .	94
Съезд Американской психиатрической ассоциации . . . . .	95
Дело Михаила Косенко близится к завершению . . . . .	96
Безответственно облегченная квалификация. . . . .	97
Сохранит ли сайт РОП порядочность? . . . . .	98
Открытое письмо министру здравоохранения России. . . . .	99
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Дмитрий Кедрин. — Фюрер. Зяблик (стихи) . . . . .	100
Борис Херсонский — Кто не любит свободу... Ишь чего захотели... (стихи) . . . . .	101
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	102
АННОТАЦИИ . . . . .	103

## CONTENTS

<b>100-th anniversary of the First and the 75-th anniversary of the Second World War. . . . .</b>	<b>5</b>
<b>URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY</b>	
<b>The myth of schizophrenia as a progressive brain disease</b> — R. B. Zipursky, T. J. Reilly, R. M. Murray (Hamilton, Canada; London, Great Britain) . . . . .	<b>10</b>
<b>Eternal strife of qualms and hopes (the translator's comments)</b> — E. B. Liubov (Moscow), S. A. Chubina (Tula) . . . . .	<b>14</b>
<b>On some aspects of diagnostics of children's autism</b> — B. V. Voronkov, L. P. Rubina (Sankt-Petersburg) . . . . .	<b>17</b>
<b>The mechanism of conversion-dissociative disorders in patients</b> <b>in general psychiatric wards of a mental hospital — A. V. Alexeev. . . . .</b>	<b>24</b>
<b>Epidemiology of mental illness in the European countries and their impact on society.</b> <b>Features of the psychiatric care structure on the example of Germany</b> — V. A. Kazhin (Bad Durkheim, Germany) . . . . .	<b>30</b>
<b>DISCUSSION OF A CLINICAL CASE</b>	
<b>Is it time to abandon psychopathological interpretation of alcoholism?</b> — V. A. Soldatkin, Yu. P. Sivolap, B. V. Mrykhin, B. B. Mrykhina (Rostov-on-Don) . . . . .	<b>33</b>
<b>PSYCHIATRY AND LAW</b>	
<b>The Council of Europe is preparing a new legally binding document</b> <b>to protect the rights and dignity of persons with mental disorders — B. G. Yudin . . . . .</b>	<b>45</b>
<b>Provision of information constituting a medical secret on request of the inquiry,</b> <b>investigation bodies and trial — Yu. N. Argunova . . . . .</b>	<b>47</b>
<b>FROM AN EXPERT'S DOSSIER</b>	
<b>Psychiatrist and fighter for the truth has become a patient of his own department . . . . .</b>	<b>55</b>
<b>PSYCHOTHERAPY</b>	
<b>XIX-th Konstorum hearings . . . . .</b>	<b>61</b>
<b>Free will and a choice of the person and admissible borders of outsider suggestions</b> <b>from the Christian point of view — Father Georgy Kochetkov . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>ABOUT DOCTORING</b>	
<b>Doctor as a wounded Aesculapius — B. A. Voskresensky . . . . .</b>	<b>72</b>
<b>COMMENTS AND REVIEWS</b>	
<b>About Dr. Nemtsov's speech "Clinical psychiatry has become superfluous" — A. G. Gofman . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>Answers of Chief editor to Dr. Nemtsov's questions regarding scientometric approach . . . . .</b>	<b>80</b>
<b>HISTORY</b>	
<b>Dissidents called in 1911 — V. D. Topolyansky . . . . .</b>	<b>82</b>
<b>Dr. Clerambault, his life and scientific ideas — A. D. Gladysheva . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>CHRONICLE</b>	
<b>Congress of intellectuals . . . . .</b>	<b>93</b>
<b>Medical assistance in places of detention:</b> <b>Russian and European standards, the experience of control . . . . .</b>	<b>93</b>
<b>Conference on autism. . . . .</b>	<b>94</b>
<b>Congress of the American Psychiatric Association. . . . .</b>	<b>95</b>
<b>The case of Mikhail Kosenko is close to completion . . . . .</b>	<b>96</b>
<b>Irresponsible lightweight qualification . . . . .</b>	<b>97</b>
<b>Will the site of the Russian Society of Psychiatrists keep its respectability? . . . . .</b>	<b>98</b>
<b>Open letter to the Minister of Health of Russia. . . . .</b>	<b>99</b>
<b>PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY</b>	
<b>Dmitry Kedrin — Poems. . . . .</b>	<b>100</b>
<b>Boris Khersonsky — Poems . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>RECOMMENDATIONS . . . . .</b>	<b>102</b>
<b>ABSTRACTS . . . . .</b>	<b>103</b>

# 100-летие Первой и 75-летие Второй мировых войн



Дрезден



Хиросима

*“Дееспособность демократии в значительной степени зависит от понимания гражданами того, что правительство, которое пытается злоупотреблять властью и стать тиранией, тем самым ставит себя вне закона, и что не только право, но и долг всех граждан — считать деятельность такого правительства преступлением, а его членов — опасной бандой преступников”*

*Карл Раймунд Поппер*

Не только с гуманитарной, но и рациональной, логической точки зрения, война — сущее безумие, но начавшись, она подчиняется уже своим собственным законам развития и проходит весь цикл. Поэтому главное — не начинать ее. Тщательный анализ всего, что ей предшествует, так и того, что задолго до этого к ней приближает, стал особенно актуальным в наши дни. Впрочем, еще в 1935 г. знаменитый генерал-майор армии США С. Батлер, разоблачитель “заговора бизнеса” против Д. Рузвельта, опубликовал книгу, названную со знанием дела: “Война — это просто рэкет”, (Таллин, 2013).

Мировые войны<sup>1</sup> стоят особняком, они стали разграничителями целых исторических эпох<sup>2</sup>, внесли необратимые изменения в человеческую культуру и резко ускорили исторический ход событий. Невесело звучит сейчас двусмысленное ироническое выражение: “война — двигатель прогресса”. Мало того, что прогресс, взятый *in toto*, это секуляризованная рели-

гиозная идея или, как пронцательно заметил Дж. Б. С. Холдейн<sup>3</sup>, — “мания величия человечества”, наивное убеждение, что законы развития природы имеют в виду благо человечества. Стоит спросить: “Какой ценой обходится этот прогресс?”. Ведь за все приходится чем-то расплачиваться, подчас совершенно неожиданным образом.

Уже Первая мировая война, по свидетельству Карла Поппера (1992), “почти разрушила европейскую цивилизацию”, она привела к кризису гуманизма, что нашло выражение в появлении антиэстетического стиля в искусстве.

Социально-психологический и психиатрический аспекты затяжных войн очень многообразны. Это распределение психических расстройств во время войны в тылу и на фронте на разных этапах войны, особенности реактивных состояний, тревожных расстройств, проблема паники, последствия использования спирта в советской и кодеина в германской армии, проблемы

<sup>1</sup> Театр военных действий уже в Первую мировую войну впервые распространился с Европы на Азию, Африку и Океанию, всего на 34 государства, Вторая мировая война — на 72 государства.

<sup>2</sup> Даже начало XX века отсчитывают от Первой мировой войны, положившей конец стабильному миру со всеми его истинами. В международной исторической литературе она называется Великой Войной (Great War).

<sup>3</sup> J. B. S. Haldane (1932) — выдающийся английский биолог, генетик, один из основоположников математической теории естественного отбора.

“рентных психозов”, посттравматических стрессовых расстройств и концлагерного синдрома, реакция на преступные приказы, например, систематическое открытое уничтожение нацистами 200 тысяч психически больных на протяжении всей Второй мировой войны в Польше и Советском Союзе, психическое здоровье и личностные особенности вождей воюющих стран, и многое другое. Но мы ограничимся здесь очевидной на макроуровне безумной нелепостью цены войны, важностью морально-психологического фактора войны, ее осмысленной справедливости, манипулирования этим и необходимостью правды о войне, окопной правды.

Искусство убивать и разрушать всегда опережало искусство излечивать и строить, ведь это несоизмеримо проще. В масштабах отдельной человеческой личности поведение властей, тратящих на вооружение несопоставимо больше чем на здравоохранение, выглядит нелепым, безумным. Ведь боеспособность армии определяется не столько вооружением, сколько здоровьем и боевым духом. До XIX века потери в войнах от инфекционных и других заболеваний в разы (до 6 и более раз!)<sup>4</sup> превышали боевые. Наряду с успехами массового уничтожения людей<sup>5</sup> усовершенствовались приемы представления своей войны как справедливой, и поводы для ее развязывания обычно тщательно готовились.

Поводом для Первой мировой войны стало реально драматическое событие. Провокационные военные маневры Австро-Венгрии в аннексированной, в результате “дипломатической Цусимы” 1908 г., Боснии и Герцеговины пришлось на 625-ую траурную годовщину Косовской битвы, ввергнувшей балканские народы на 500 лет в османское иго. Подпольная организация сербских офицеров “Черная рука”, манипулируемая сербской и русской спецслужбами направила семерых террористов для убийства приехавшего руководить маневрами наследника австро-венгерского престола. Только последнему из них, 18-летнему Гаврило Принципу удалось застрелить Франца Фердинанда и его беременную жену. Франц-Фердинанд был сторонником сближения с Россией, расширения прав национальных меньшинств и федерализации империи, что могло снизить накал панславистского движения. Гитлер ненавидел его за то, что в его се-

<sup>4</sup> В военно-санитарной литературе XIX века имел широкое хождение коэффициент, равный 6.

<sup>5</sup> В Первую мировую войну было впервые в массовых масштабах применено химическое оружие, боевая авиация, танки и другая бронетехника, разрывные пули, артиллерия грандиозного калибра, масштабные акции секретного фронта (финансирование германским генштабом большевистской пропаганды, начальник австрийской военной разведки — русский шпион, а накануне Второй мировой войны фальшивка, подброшенная президенту Бенешу для передачи Сталину), во Вторую мировую войну появилось ракетное, бактериологическое и ядерное оружие.

мье говорили по-чешски. Сколь ни драматичным было убийство в Сараево, оно послужило лишь поводом для начала Первой в истории мировой войны. Это видно из того, что эту войну многие давно предсказывали, исходя из самых разных оснований. Война была выгодна всем политикам, и они не могли упустить такой случай. Сербия по совету России приняла все унижительные условия ультиматума, отказавшись только допустить австрийских следователей к расследованию убийства, в силу своей Конституции. 28.07.1914 г. Австро-Венгрия объявила Сербии войну. 29.07 Николай II утвердил указ о всеобщей мобилизации. В тот же день германское правительство предупредило, что если мобилизация не будет приостановлена, Германия ответит тем же. 30.07 Вильгельм II телеграфировал Николаю II: “Вся тяжесть решения ложится теперь исключительно на тебя, и ты несешь ответственность за мир или войну”. Накануне ни рациональные доводы Столыпина, Коковцева, Дурново о смертельной опасности войны для России, ни даже аналогичное предсказание Распутина не повлияли на Николая II — “Все в воле Божьей”. (“Я стараюсь ни над чем не задумываться и нахожу, что только так и можно править Россией”). 01.08 Германия объявила войну России, а 03.08, используя вымышленный предлог, — Франции.

Для социальных психологов и психиатров предметом исследования стал необыкновенно бурный патриотический угар, настоящая психическая эпидемия, охватившая все стороны, фактически все население, называвшаяся затем не иначе как “военный психоз”. Вся Россия объединилась в патриотическом порыве на националистической основе. В крупных городах проходили стихийные демонстрации и запись добровольцев. Патриотическая пропаганда перерастала в борьбу с “немецким засильем”, специалистов с немецкими фамилиями арестовывали, и они стали их менять. На Украине запрещена публикация всех газет и журналов на украинском и еврейском языках<sup>6</sup>. Начавшаяся в Санкт-Петербурге стачка была сразу прекращена, а город переименован в Петроград. Особенно характерным было вовлечение детей и подростков, десятками, сотнями бежавших из дома на фронт, что создало серьезную проблему, потребовавшую организации специальной службы для возвращения детей домой. Впору было вспомнить Крестовый поход детей. Не устояла и критически мыслящая интеллигенция, свидетельство чему — патриотические манифесты германских и российских профессоров университетов<sup>7</sup>, известных ли-

<sup>6</sup> М. Геллер. История Российской империи. Т. 3. — М., 1997.

<sup>7</sup> Инициатива гистолога проф. Петроградского университета А. С. Догеля не печатать труды на немецком языке и в немецких изданиях, разорвать научные связи, исключить немецких ученых из числа почетных членов была поддержана всеми ВУЗаами.

тераторов, философов, даже главы Марбургской школы Германа Когена. А. Эйнштейн, Г. Ф. Николаи<sup>8</sup>, Д. Гильберт, Макс Вебер и Карл Ясперс были среди немногих исключений. Не устояли даже члены Второго Интернационала, вопреки сути своей организации, что привело ее к краху. Только большевики в России проголосовали в Думе против войны, за что вскоре были арестованы. Чудовищные жертвы и условия затяжной окопной войны, обратили патриотический подъем в свою противоположность. И тогда антивоенная пропаганда большевиков на немецкие деньги<sup>9</sup> нашла широкий отклик. Неудачи на фронтах русской армии в 1915 году вызвали очередную психическую эпидемию, на этот раз шпиономании и заговоров с нелепо-фантастическими слухами (евреи — шпионы, посылающие депеши в Германию в яйцах кур, в животе коровы найден телефон для связи с неприятелем, евреи привязывают золото под гусиными перьями и птицы уносят их противнику и т.п.), что сопровождалось волной погромов, самый крупный в мае 1915 года в Москве разорил более 300 фирм. В шпионаже подозревали даже императрицу, был арестован и осужден военный министр Сухомлинов. Но еще в августе 1914 года из Варшавской губернии было насильственно депортировано 250 тыс. евреев, по некоторым данным до 1 млн.<sup>10</sup> Сотни были казнены по подозрению в шпионаже. Высылали также немцев, цыган, венгров и турок. В захваченной в 1915 году Галиции началось грубое преследование униатов, политика русификации. Николай II объявил во Львове о присоединении края к России. Русское полевое командование стремилось представить себя освободителями от “германского и еврейского ига” и распределяло среди населения имущество депортированных в Россию евреев, о которых распространяло слухи об их проавстрийских симпатиях, хотя это касалось основной массы местного населения. При отступлении в мае 1915 года из Галиции, массовые изнасилования, грабежи, погромы, угон заложников оставили о русских, особенно казачьих полках и дружинах, дурную память. А после их ухода австрийские и особенно венгерские части в ходе карательных акций уничтожили до 60 тыс. коллаборационистов. Такова повсеместная судьба гражданского населения в годы войны. Знаменитый Брусиловский прорыв 1916 года сопровождался такими же жертвами среди еврейского населения, как зверства 1919 года. Причем эти насилия были санкционированы военными властя-

<sup>8</sup> Проф. медицины Берлинского университета, автор книги “Биология войны” (1918), в 1920 г. был лишен кафедры.

<sup>9</sup> Еще летом 1914 года Ленин дважды ездил в Берлин, где ему было обещано 70 млн. марок, в январе 1915 года 2,5 млн. золотых марок было передано.

<sup>10</sup> На территории русской Польши, Литвы и Белоруссии проживало 2 млн. евреев.

ми. Образ еврея-предателя успешно использовался всеми сторонами в оправдание содеянных насилий и особенно утвердился среди военнослужащих<sup>11</sup>. Поводом к погрому повсеместно служил “выстрел еврейки”, как правило, из окна лучшего магазина в городе<sup>12</sup>. Все войны сопровождаются насилиями, убийствами и мародерством.

На турецком фронте взятие в начале 1915 года русской армией Эрзерума и Вана, действия армянских партизан и сочувствие армян (христиан, контролировавших 4/5 внутренней и 1/2 международной торговли) странам Антанты спровоцировали чудовищный геноцид армян: более 1,5 миллионов (из 2,1 населявших Османскую империю) по приказу военного министра Энвер-паши было уничтожено.

Вторая мировая война сопровождалась нацистским геноцидом евреев и цыган, погубившим поставленной на поток машиной уничтожения 6 миллионов евреев, 2 из которых жили в Советском Союзе. Это неслыханное по масштабам в истории преступление — не просто военное преступление, а преступление против человечества, обозначенное в современном международном лексиконе древнегреческим словом Холокост — “приношение в жертву всеожжением”.

Вторая мировая война началась как продолжение с 1935 г. шести аншлюсов, т.е. присоединений фюрерским нацистским режимом территорий с немецким населением — Саара (03.1935), Рейнской области (03.1936), Судетов (10.1938), Мемеля (Клайпеды) (03.1939) — причем всякий раз после референдума, а также Австрии (03.1938) и Чехии (03.1939). Когда же очередь дошла до Польши, защищенной договорами с Францией и Англией, началась война (01.09.1939). Но развязал Вторую мировую войну Пакт Молотова — Риббентропа (23.08.1939). Предлог для нападения на Польшу тщательно готовился. Отряд из 120 говорящих по-польски и одетых в польскую военную форму эсесовцев совершил нападение на три объекта, в частности, захватил на короткое время приграничную немецкую радиостанцию Гляйвиц и передал в эфир антинемецкое воззвание, оставив в качестве “вещественного доказательства” трупы польских заключенных. Такие провокаторские инсценировки — привычная дань соблюдению приличий в международных отношениях и пропагандистский порох, доведенный до совершенства Геббельсом.

Все виды обработки массового сознания — обычная технология всех сторон. С огромной художественной силой это наиболее ясно воспроизвел Эрих Мария Ремарк в романе “На западном фронте без пе-

<sup>11</sup> О. В. Будницкий//Большая война России. М., 2014.

<sup>12</sup> Этот оправдательный прием использовался и в чеченскую войну. В дело полковника Ю. Буданова версия снайперши была вброшена явно искусственно на потребу публике, т.к. не фигурировала в первых экспертизах.

ремен” (1929)<sup>13</sup>. Превосходная американская экранизация этого антимилитаристского фильма демонстрировалась в советскую пору очень непродолжительно и по задворкам. Психологию обрабатываемого обывателя вскрывал роман Генриха Манна “Верноподданный” (1918), который называют первым антифашистским романом. Само его название объясняет подлинную природу лже-патриотизма людей, оказавшихся под властью преступного режима. Симметрию атмосферы и идеологической обработки в тоталитарных обществах с глубоким драматизмом запечатлел роман Василия Гроссмана “Жизнь и судьба”, реакция на который советской власти и нашего “правового сектора” повторяла реакцию Геббельса на роман Ремарка. Безусловный приоритет имперских ценностей, вождизм, коллективизм, единомыслие, чисто декоративный характер разделения властей сопровождался преследованием и уничтожением носителей “абстрактного гуманизма”, “абстрактной истины”, абстрактного и модернистского искусства.

Разумно ли забывать, что первые два года войны сталинский режим воевал в союзе с Гитлером, в соответствии с разделом мира, об ударе в тыл полякам, Катыни, телеграмме Сталина Гитлеру: “теперь наша дружба скреплена кровью”, присоединении прибалтийских государств, тоже с подobeniem референдума, исключении из Лиги Наций за нападение на Финляндию, выдаче Гитлеру бежавших от него ученых и многом другом?

По современным научным оценкам невосполнимые людские потери во Вторую мировую войну составили до 62 млн. человек, в том числе для России свыше 27 млн. чел. Из них:

**Потери мужчин призывного возраста — 17 млн. чел.**

1. Убито в боях и умерло в Красной Армии . . . 12,4 млн.
2. Умерло в немецком плену . . . . . 3,3 млн.
3. Повышенная смертность в советских концлагерях . . . . . 0,9 млн.
4. Боевые потери анисоветских формирований . . . . . 0,3 млн.
5. Расстреляно в Красной Армии. . . . . 0,1млн.

**Потери остального населения . . . . . 10,0 млн.**

1. Блокада Ленинграда. . . . . 1,0
2. Нацистский террор против евреев. . . . . более 0,5
3. Нацистская зачистка партизанских районов. . . . 0,5
4. Гибель при депортации “ненадежных” народов . . . . . ок. 0,3
5. Повсеместно повышенная детская смертность . . 1,3
6. Общее ухудшение условий жизни . . . . . 6,4

<sup>13</sup> В первый же год издания потребовался миллион экземпляров. Эта “самая честная книга о войне и сегодня вызывает ненависть проповедников слепого патриотизма и военных чиновников. Пушечное мясо не должно думать самостоятельно. Слепо выполнять приказы — вот дело каждого солдата” (Н. Надеждин. Э.-М. Ремарк. — М., 2008).

По другим данным только оккупационные власти уничтожили около 7,5 млн. мирных жителей, из них 1,5 млн. евреев. При депортации погибла половина народа крымских татар.

Число убитых и умерших на восточном фронте немецких солдат было в 4,3 раза меньше советских. Это связано со сталинскими методами ведения войны: лобовые атаки на пулеметные гнезда, посылка людей на минные поля, отсутствие заботы о человеческой жизни. В результате, половина всех призванных на войну не вернулась домой<sup>14</sup>.

В Первую мировую войну погибло более 10 млн. человек, в том числе Россия потеряла убитыми и умершими 1650 тыс. чел., при 3850 тыс. раненых и 2400 тыс. пленных. Во французской и германской армиях в плен попало в 10 раз меньше солдат, чем было убито и ранено по сравнению с австрийской и русской, что отражало непопулярность войны и успешность пропаганды против войны в России.

Цифры людских потерь советских граждан во Вторую мировую войну долгое время были засекречены и как и многое другое мифологизированы. Впрочем, пророческий роман Джорджа Оруэлла пока шла война преследовался даже на его родине. Все аншлюсы, как и начало Второй мировой войны, сопровождалось бурным народным ликованием только в Германии. Население Советского Союза, запуганное и основательно прореженное после Большого Террора, первоначально воспринимало вторгшихся германских союзников как освободителей, их стремительное продвижение обязано, в частности, первоначальному массовому коллаборационизму. Эта правда об отвратительных реалиях войны, ее жестокостях, заградотрядах, равнодушии к потерям, расстрелам по всякому поводу, например, лжедонительству в отношении распространения панических слухов и т.п., стирается браваурной лживой пропагандой, и каждые 18 – 20 лет, когда подрастает очередное поколение, героизирующее войну, риск очередной бойни резко возрастает.

Знаковыми событиями цивилизованного варварства мировых войн стало разрушение Реймского собора немцами в Первую и Дрездена (02.1945) британской авиацией во Вторую мировую войну, вопреки отсутствию военных объектов, наличию крупных лагерей военнопленных и переполненного беженцами.

Всех нас объединяет радость Победы над преступным режимом с расистской идеологией, который народу невозможно сбросить собственными силами. Поэтому, как заметил Фридрих Великий, поражения вызывают полезнее победы.

История наглядно показывает поразительное и неслучайное сходство нашей и германской истории, из которого следует естественный вывод — **нет III Рейху в России**, что равнозначно — **нет III мировой**

<sup>14</sup> История России, XX век (ред. А. Б. Зубов), 2 том. — М., 2009, с. 184 – 185.



войне. Никогда нельзя забывать, что последним аккордом Второй мировой войны были Хиросима и Нагасаки (06 и 09 августа 1945 г.).

Мировые войны стали парадигматическим сдвигом для истории психиатрии. Если Первая мировая война парадоксальным образом, вопреки гибели многих талантливых молодых врачей, ознаменовалась выдающимся взлетом клинической психиатрии, достигшей в последующее 15-летие своей исторической вершины в побежденной Германии (от “Общей психопатологии” К. Ясперса, 1913, 1919, 1923 гг., до двух монументальных 10-томных руководств по неврологии и психиатрии под ред. Освальда Бумке)<sup>15</sup>, а в советской России школами П. Б. Ганнушкина и В. М. Бехтерева и опережающим время диспансерным направлением Л. М. Розенштейна (1924 – 1935), то во Второй мировой войне нацистский режим привел психиатрию к чудовищным извращениям: уничтожению или стерилизации психически больных под флагом социал-дарвинизма и расовой гигиены, медицинским экспериментам на заключенных, гибели или бегству из Германии психиатров еврейского происхождения, антифашистов и целых научных школ<sup>16</sup>, сотрудничеству значительного числа ведущих психиатров с преступным режимом, а также идеологическим извращениям научных исследований в советской психиатрии (от Второго съезда психиатров 1936 г. до “дела врачей”). Выдающийся многотомный труд “Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне” был уничтожен.

На примере двух мировых войн мы видим их принципиально различный результат для России, связанный с ее историческим выбором. Некоторые историки предпочитают говорить о “новой тридцатилетней войне” (1914 – 1945) и, таким образом, не о двух циклах, а различных стадиях одного цикла.

Можно сказать, что Первая мировая война породила два чудовища, две раковые опухоли тоталитарных режимов. Они преобразили все традиционные представления, практики, устройство и ценностные основания общества, в том числе, науку и медицину, подвели их к одному знаменателю политического редуционизма.

Если в клинической психиатрии нацистского периода возобладал Карл Шнайдер, то в вышедшей на

первый план и доминирующей биологической психиатрии — ведущий специалист психиатрической генетики Эрнст Рюдин. Его преступная деятельность привела к тому, что после войны “противники дарвинизма больше преуспели в искоренении ненавистного им учения в демократическом государстве, чем это сделали сторонники естественного отбора со своими оппонентами при национал-социалистическом режиме.

В тоталитарных условиях ученые Советского Союза, как и их немецкие коллеги, прибегали к идеологическим и политическим аргументам по одним и тем же соображениям... но частая смена кампаний и лозунгов убеждала в ненадежности карьеры, построенной на лояльности. Более того, особенно уязвимыми оказались те, кто активно участвовал в пропаганде официальной идеологии. В массовых репрессиях 1930-х годов пострадали, в первую очередь, диалектизаторы биологии, среди которых наиболее сильна была конкуренция за покровительство властей... “Колебание” вместе с линией партии не обеспечивал выживания. Активные проводники очередной партийной линии первыми гибли при ее смене... В результате, потери биологического сообщества были на порядок меньше в Третьем Рейхе, чем в послереволюционной России”<sup>17</sup>.

Весь этот трагический опыт словно забылся, он совершенно неизвестен новому поколению, учившемуся по стерилизованным учебникам истории. Психиатры, которым как мало кому необходимо критическое мышление, оказываются подверженными приемам информационных войн, технологиям черной пропаганды, блефованию квазинаучными разработками, телесуггестии на основе начатой “гибридной войны”.

И все же отечественная психиатрия при всей зависимости от господствующего режима, вынужденная считаться с его заказами как прикладная наука, всегда сохраняла себя в достойных образцах.

Главное, что должно возникать в сознании каждого человека при упоминании мировых войн, — их чудовищные человеческие жертвы, депортации целых народов и геноцид армян, евреев и цыган.

*Ю. С. Савенко*

<sup>15</sup> Немецкие ученые получили уже в 1918 – 1920 гг. четыре нобелевских премии, а позднее несколько десятков.

<sup>16</sup> В числе очень многих — Густав Ашаффенбург, Нобелевский лауреат Ганс Бергер, Карл Вильманс, Курт Гольдштейн, Артур Кронфельд, Вилли Майер-Гросс, Оскар Фохт, Зигмунд Фрейд, ...

<sup>17</sup> Э. И. Колчинский. Биология Германии и России — СССР в условиях социально-политических кризисов первой половины XX века (между либерализмом, коммунизмом и национал-социализмом). — СПб., 2007. 596 с.

## Миф о шизофрении как прогрессирующей болезни головного мозга<sup>1</sup>

Р. Б. Зипурский<sup>2</sup>, Т. Дж. Рейли<sup>3</sup>, Р. М. Мюрррей<sup>4</sup>  
(Гамильтон, Канада; Лондон, Великобритания)

Шизофрения исторически отнесена к разрушительной болезни, что отчасти поддержано данными MRI о прогрессирующей потере тканей мозга в первые годы расстройства. С другой стороны, возможность выздоровления при шизофрении объединяет группы самопомощи. Обзор фокусируется на следующих результатах длительных исследований: 1) клинические исходы шизофрении, 2) изменения объема мозга больных, 3) когнитивное функционирование. Данные о нарастании структурных мозговых и ранних когнитивных расстройств больных требуют дополнительных доказательств. Большинство больных шизофренией достигает длительных ремиссий и функционального выздоровления, чему препятствуют коморбидные расстройства, социальные последствия шизофрении, малая доступность качественной помощи.

**Ключевые слова:** MRI исследования, когниция, исход, прогноз, ремиссия, выздоровление.

Шизофрения — одна из ведущих причин инвалидности в мире [1]. По Крепелину, ранняя деменция неотвратно ведет к печальному исходу [2]. Оценка многих клиницистов и нейропсихологов больных шизофренией (БШ) как социально неполноценных лиц [3, 4] усилена предположением о “прогрессирующих” структурных нарушениях головного мозга [5, 6], предопределяющих неблагоприятные исходы. Гипотеза нейротоксичности [7], однако, сыграла важную роль, обосновав развитие служб раннего вмешательства, программ сокращения длительности нелеченого психоза (DUP) во избежание дальнейшей потери ткани мозга [8]. Двадцатилетняя практика специализированных служб лечения молодых больных в первом эпизоде психоза (FEP) подчеркнула новые аспекты оценки течения и исходов шизофрении.

*Определение понятий.* Длительные катамнезы заболевших отличаются критериями включения. Одни, изучающие первый эпизод шизофрении (FES), включили и больных шизоаффективным [9, 10], другие — шизофреноподобным [11] расстройством. Аффек-

тивные психозы охвачены анализами FEP. Пациенты не схожи возрастом, длительностью психоза и лечения. Критерии ремиссии [12, 13] требуют малой выраженности позитивных и негативных симптомов [9]. “Функциональное выздоровление” означает адекватный уровень функционирования, независимую жизнь, регулярное социальное взаимодействие [10]. Содержание “выздоровления” при шизофрении не совпадает у исследователей, клиницистов и “потребителей” психиатрической помощи [12, 14], но, как правило, означает “нормальное” социально-трудовое функционирование на фоне симптоматической ремиссии [10, 12].

### Исходы шизофрении

Если 40 % БШ достигают социального или функционального выздоровления [15 – 17], сомнительно, что шизофрения по природе неуклонно разрушительна, хотя ведет к снижению функционирования и препятствует реализации жизненного потенциала части больных. Возникают вопросы о несостоятельности БШ в результате стабилизированного уже в дебюте или нарастающего в течение процесса дефекта; отражает ли функциональное снижение БШ подспудные биологические нарушения или кумуляцию неблагоприятных социальных факторов. Отсюда полезно изучить шансы достижения ремиссии и социального восстановления больных вслед за FES и FEP.

*Ремиссия.* В первые годы после психоза при оптимальном лечении антипсихотиками типично поступательное послабление симптомов и улучшение функ-

<sup>1</sup> Перевод статьи Robert B. Zipursky, et al. “The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease” // Schizophr. Bull. 2013 (<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>) с любезного согласия авторов и редакции Schizophrenia Bulletin.

<sup>2</sup> Отдел психиатрии, Университет McMaster, Гамильтон, Онтарио, Канада.

<sup>3</sup> Отдел психозов, Институт психиатрии, Королевский колледж, Лондон, Великобритания.

<sup>4</sup> Отдел психозов, Институт психиатрии, Королевский колледж, Лондон, Великобритания.

ционирования больных [17 – 19]. Так, 83 % пациентов после FES ремиттированы в течение первого года лечения [9], сходно с 70 – 74 % уровнем ремиссий после FEP [18, 20, 21]. В когорте (n = 160) FES между 2 и 9 годами катамнеза доля ремиттированных стабильна (78 %) независимо от выбора клозапина или хлорпромазина [11]. Такие уровни ремиссий частично объяснены настойчивым лечением в специализированных программах, но и особенностями выборок. Однако пациенты после FES в группе высокого риска рецидивов: 82 % в течение 5 лет, та же часть переносит второй — третий приступы [22]. Особо высок риск при обрыве поддерживающего лечения: 78 % за год [23] против 0 – 12 % на его фоне [24 – 27]. Приверженность к лечению может быть повышена улучшением информированности пациентов о риске рецидива и минимизацией нежелательных действий лекарств.

*Функциональное выздоровление.* Симптоматическая ремиссия сама по себе не определяет качества жизни БШ. Уровни функционального выздоровления ниже, чем ремиссий [10, 15 – 17, 28]. В систематическом обзоре около 40 % пациентов FEP достигли функционального выздоровления за 2 года при неизменной (25 %) доле “неблагоприятных исходов” [16]. Сходны данные катамнеза 369 пациентов после FES [15]: стабилен уровень 40 % “функциональных ремиссий” (занятость, независимая жизнь, социальные связи) на рубежах 1 и 3 лет оценки. До 1/3 (30,5 %) из 42 пациентов более 7 лет после FEP отвечали критериям социально-трудоового выздоровления [29], но лишь 17 % БШ выздоровели после двух лет наблюдения и 18 % за 5 лет [19]. Многоцентровое международное исследование показало, что доля времени в психозе за два года после FES — лучший предиктор клинико-функциональных нарушений за 15 лет катамнеза [30].

Итак, доли ремиттированных и “выздоровевших” БШ относительно неизменны со временем. Уровни выздоровления не схожи в выборках с различными критериями включения, но стабильны в отдельно взятой. Показатели симптоматической и функциональной ремиссий и неблагоприятных исходов стабильны длительное время, что не характерно для расстройств с естественным неуклонным прогрессированием. Клиническое ухудшение — не только следствие несоблюдения режима лечения и рецидивов, но бедности, бездомности, незанятости, недостаточной социальной поддержки, коморбидности, осложняющих течение и прогноз шизофрении [31].

*Почему клиницисты столь пессимистичны?* Оценка большинства БШ как лиц с выраженными ограничениями функционирования разделяется небольшим числом профессионалов. В основополагающей статье “Иллюзия клинициста” [32] сие предубеждение объяснено тем, что психиатры имеют дело с наиболее тяжелыми пациентами. Ряд типовых проблем БШ, утяжеляющих клинико-функциональный исход,

не следует напрямую из психического состояния. Так, низкий интеллект БШ сочетается с аффективными, тревожными, личностными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ).

### Исследования нарастающих изменений головного мозга

Ученые ищут структурные нарушения мозга БШ со времен Крепелина [2]. Посмертные [33] и пневмоэнцефалографические [34, 35] исследования указали на атрофические изменения мозга у ряда хронически больных, но систематическое изучение начато с 1970-х гг. Компьютерная томография (СТ) выявила у БШ увеличение объемов спинномозговой жидкости (CSF), боковых желудочков [36, 37] и корковых борозд [38, 39], а MRI исследования — дефицит серого [40, 41] и белого [42] вещества, особо у хронически БШ [43]. Однако попытки показать связь между длительностью шизофрении и объемами CSF и серого вещества малоуспешны [40, 44]. MRI подтвердила уменьшение объема тканей мозга больных в FES и FEP [45, 46], но более у хронически БШ [45 – 47]. Заманчиво объяснить находки нейропатологическим процессом. Альтернативное объяснение различий как вторичных вследствие смещения выборок или результатов лечения привлекают меньше внимания. Если изменения объемов CSF и серого вещества прогнозируют неблагоприятный исход [48 – 53], у таких БШ больше шансов войти в группу изучения [54]. Но такой исход вероятнее определен ранними нарушениями развития нервной системы и/или злоупотреблением ПАВ, независимо связанными со сходными структурными изменениями мозга БШ и худшим прогнозом.

*Действие антипсихотиков.* Длительные MRI исследования показали, что объем мозговой ткани уменьшается, а объем CSF увеличивается более у БШ, чем в группе контроля [47, 55, 56]. Убедительны доказательства, что антипсихотики играют важную роль в “прогрессирующих” изменениях [57, 58]. В FEP потеря серого вещества отмечена уже после 12 недель двухлетнего лечения галоперидолом, но не оланзапином [59]. Неясно, насколько это связано с торможением развития расстройства оланзапином, но не галоперидолом, действием именно последнего, увеличением относительного объема ткани при прибавке веса на фоне оланзапина или статистическим артефактом выборки [60]. Сканирование показало дозозависимую связь между 7летним лечением FES антипсихотиками и потерями серого и белого вещества мозга больных [61]. Уменьшение вещества мозга отмечено посмертными и ex vivo MRI исследованиями при 17 – 27 месячном приеме галоперидола и оланзапина макаками и крысами [62, 63]. Как и при шизофрении, дефицит ткани в лобной, теменной, височной, затылочной, мозжечковой областях диффузен. Воз-

можно обратимость изменений у крыс при отмене антипсихотиков [64]. Длительное изучение больных FES указывает, что изменения в некой мере обратимы по прекращении приема антипсихотиков [65].

*Эффект ПАВ.* Употребление каннабиса [66–68] и табакокурение [69], по данным MRI, ведет к уменьшению мозгового вещества психотических и непсихотических лиц. Частота употребления каннабиса и табакокурение выше у БШ, чем в здоровом контроле, способствуя различиям данных в FER [70]. Употребляющие каннабис в течение 5 лет после FES более теряли серое вещество при увеличении боковых желудочков [67]. Спиртное также приводит к снижению количества вещества мозга [71–73] и затуманивает различия БШ [71]. Каннабис, спиртное и табак способствуют потерям серого вещества БШ, а также в малой-средней степени в группах высокого риска развития психоза и “здоровых” [74].

*Эффект образа жизни.* БШ обычно ведут мало-подвижный образ жизни, что отражается на потере тканей мозга. Напротив, аэробика увеличивает массу серого и белого вещества у пожилых добровольцев с сидячим образом жизни [75]. Согласно опытам на животных, физические упражнения способствуют образованию новых капилляров, росту дендритов, появлению новых клеток гиппокампа [76, 77]. Физическая активность приводит к увеличению объема гиппокампа БШ и в здоровом контроле [78].

*Стресс и гипоталамо-гипуитарно-адреналовая ось.* Повышение уровня глюкокортикоида связано с хроническим стрессом БШ и может вести к уменьшению мозговой ткани. Эффекты стресса и глюкокортикоидов на гиппокамп и объемы желудочков показаны на животных и при синдроме Кушинга [79] как частично обратимые [80, 81]. У больных в FER уровень кортизола повышен и обратно связан с объемом гиппокампа [82].

*Длительность нелеченого психоза.* Если психоз каким-то образом отравляет мозг [7], можно предположить связь большей DUP и большей потерей мозговой ткани [8, 83–86], особенно если первое MRI исследование проведено до лечения, что, однако, оспорено [44, 45, 87]. Направление причинной связи предстоит установить, потому что большая DUP может отражать постепенное начало психоза у БШ с изначально большей потерей мозговой ткани [84]. Нет доказательств, что большая DUP ведет к дальнейшим изменениям мозга.

### Исследования когнитивного дефицита

Когнитивный дефицит у БШ в виде снижения 1–2 стандартных отклонений здорового контроля [88, 89] ведет к затруднениям социального функционирования [90] и поэтому требует особых терапевтических мероприятий [91]. Когнитивные нарушения связаны с выраженностью структурных нарушений мозга БШ

[92–95]. При прогрессирующей потере ткани мозга следует ожидать дальнейшего усугубления когнитивных нарушений, что не доказано [96, 97].

*Динамика когнитивного дефицита.* “Зарождение” и динамика когнитивного дефицита на различных этапах шизофрении — предметы пристального изучения [98, 99]. Когнитивный дефицит во время FER или FES [89, 98, 100] в ремиссии выходит на плато или смягчается [96, 101–103]. Улучшение может касаться лишь практических аспектов [104], но когнитивные проблемы нарастают уже в ходе нормального старения [97, 99, 102]. Более ли состарившиеся БШ подвержены когнитивному снижению, чем их душевно здоровые сверстники [105, 106] — неизвестно. Когнитивный дефицит определен у детей, которым суждено заболеть шизофренией [107–110]. По мета-анализу, 0,4–0,5 стандартное отклонение их IQ ниже среднего популяционного [111, 112], но существенно меньше, чем дефицит во время FES. Возможно, дальнейшее снижение происходит в DUP. Проспективное когортное исследование в США показало, что когнитивный дефицит проявляется в семь лет, если шизофрения развивается в зрелом возрасте, и он существенно больший сравнительно здорового контроля при переоценке в 35 лет [98]. Катамнез больных FES указывает проблемы успеваемости с первого класса, нарастающие к завершению школы [113]. Изучение траектории когнитивного функционирования детей 7, 9, 11 и 13 лет, позднее заболевших шизофренией [114], не показало абсолютного снижения когнитивных функций, но свидетельствует о раннем неизменном дефиците со следующей задержкой развития. Будущие БШ с первых лет учебы отличаются нарушениями вербального мышления, затем они все более отстают от сверстников во внимании и показателях рабочей памяти. Нельзя исключить роль ранних психических расстройств, но нет данных об абсолютном ухудшении когнитивного функционирования до манифеста психоза. Так, у пациентов детской психиатрической клиники еще за 6 лет до FES недостаточен IQ, но нарастание дефицита не отмечено и через 20 лет [115]. У лиц из группы высокого риска психоза отмечен когнитивный дефицит, причем у заболевших — в большей мере [116], но у тех и других не происходит дальнейшего спада в познавательной сфере [117, 118]. Возможности динамического изучения ограничены малыми выборками лиц высокого риска психоза.

### Заключение

Представление о прогрессирующем разрушительном расстройстве — центральное в концепции ранней деменции. Структурные аномалии мозга и когнитивный дефицит БШ показаны в конце 1970-х гг., подтверждая позицию Крепелина [36]. Умеренные потери объема тканей мозга во время FER отражают

аномалии развития нервной системы [119]. MRI исследования последних 10 лет предполагают “прогрессирование” изменений в начале шизофрении [120], но их патологическая природа неясна [121]. Нет прямых доказательств и нейротоксичности психоза. При этом каннабис, спиртное, табакокурение, стрессогенное повышение кортизола в крови, антипсихотики, малая физическая активность способствуют изменениям корковых и желудочковых объемов головного мозга БШ. Важно, что эти изменения частично обратимы. Ряд детей, позднее заболевших шизофренией, отличаются задержкой когнитивного развития, но нет свидетельств дальнейшего когнитивного снижения в продромальной или манифестной фазах психоза. Нейропсихологические, нейровизуализационные, длительные катамнестические данные противоречат представлению о шизофрении как о неизбежно нарастающей деменции. Гипотезы о механизмах априорно неблагоприятного развития шизофрении питают пессимизм профессионалов, отчуждают пациентов и их близких, сторонников “модели выздоровления” [14, 122]. Шизофрения, видимо, не отдельная болезнь с единой траекторией течения, но синдром с множественными взаимодействующими генетическими и средовыми причинами и неоднородными исходами [123]. Мы можем лучше понять БШ как уязвимых к психозу лиц вследствие биологических [124] и социальных [125] факторов

риска. Чем больше нагрузка последних, тем выше вероятность неблагоприятного исхода шизофрении. У БШ с ранними нарушениями развития с большими трудностями совладания со стрессами в ходе болезни значительно ухудшено социальное функционирование. Другие не столь уязвимы, но многократные средовые стрессы препятствуют их восстановлению. Отказ от концепции шизофрении как прогрессирующего мозгового заболевания не отменяет серьезных клинико-социальных проблем БШ. Дальнейшие исследования определяют связь нарушений функционирования БШ с активным периодом психоза или изначальными дегенеративными изменениями в головном мозгу до выявления симптомов и верификации диагноза.

Для пациентов и их близких, профессионалов и общества важно понимание, что длительное ухудшение — не обязательный атрибут шизофрении. Однако, для многих БШ необходимые для выздоровления и хорошего качества жизни психиатрическая помощь и социальная поддержка малодоступны. Социальные последствия шизофрении как бездомность, бедность, незанятость, правонарушения не обязательно следствие прогрессирующей болезни, но высвечивают задачи поддержки и необходимого вовлечения БШ в модели помощи, которые они могут принять и оценить.

*Список использованной литературы (125 источников на 12 стр.) можно запросить в редакции.*

**Международный центр по политике и экономике  
в области психического здоровья совместно с Секцией ВПА  
по экономике психического здоровья**

**ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

**(по результатам отчетов пациентов  
и клиент-центрированной помощи)**

*26 – 29 сентября 2014 г., Вашингтон, США*

**moscarelli@icmpe.org; www.icmpe.org**

# Извечен спор надежды и сомненья

## Комментарий переводчика

Е. Б. Любов<sup>1</sup>, С. А. Чубина<sup>2</sup>

*“...владеет фактами, а не быть их рабами”*

*Д. И. Менделеев*

Критический обзор Р. Б. Зипурского и соавторов обнадеживает клиницистов и их подопечных. Функционально-структурные изменения головного мозга БШ рассмотрены в русле модели раннего (врожденного) нарушения развития нервной системы; не исключена их обратимость в противовес концепции шизофрении как нейродегенеративного расстройства с прогрессирующей “утерей” мозговой ткани.

Шизофрения — группа психических расстройств, видимо, с различными этиопатогенезом и широким спектром клинических проявлений и исходов, как при любой болезни с известной этиологией, но подтипы шизофрении за последние 20 лет все реже (около 5 %) упоминаются современными исследованиями, согласно позиции DSM-5 и ICD-11 [14]. Современная концепция шизофрении при сужении ее рамок оптимистичнее крепелиновской. Течение с неуклонным ухудшением — скорее архетип шизофрении, уточнение “злокачественное” изъято из лексикона МКБ как не имеющее ясного клинического содержания и стигматизирующее БШ. Каждый пятый-четвертый БШ переносит единственный приступ шизофрении (как и во времена Крепелина, указывая на самоограничение болезни). В первые пять лет когорты первичных БШ расслаивается на пациентов с благоприятным и неблагоприятным (многоприступным, частично резистентным к лечению) течением [7], но строгий водораздел меж ними не постоянен и не предопределен. Ретроспективный катамнез практически выздоровевших БШ (социально-трудовое восстановление и рост на фоне глубокой ремиссии не менее пяти лет, не требующей поддерживающего лечения), показал, что течение расстройства у 2/3 из них в активном периоде расценено как неблагоприятное, они были инвалидами [6]. Речь не шла о “*restitutio ad integrum*”, что невозможно клинически и диалектически после длительной болезни, но о новом уровне здоровья, хотя “цепкий глаз психиатра” (Крепелин) не пропустил бы “следы когтя” болезни, указывающие на верность диагноза в прошлом. Более 10 % БШ подлежали, вопреки известным организационным препонам и преду-

беждению психиатров, снятию с психиатрического учета в СССР 80-е гг. XX века [5, 6]. Личностно-социальное выздоровление [3] возможно на фоне стабилизированного лечением расстройства.

Авторы статьи останавливаются на ряде методологических ограничений нейровизуализационных исследований, видимо, влияющих на результаты. Так, артефакт выборки БШ влияет на оценку их исходов [19]. Наиболее тяжелые БШ остаются в поле зрения психиатра (стабилизированные БШ в странах соавторов обычно на попечении интернистов или не лечатся вовсе), они же в связи с сочетанными клинико-социальными проблемами бедны, одиноки, уклоняются от лечения (проскальзывают “меж ячей” типовой помощи), злоупотребляют ПАВ, что усугубляет течение и исходы шизофрении.

В статье обращено внимание на многофакторную природу изменений структуры и функции головного мозга, указывающую на необходимость биопсихосоциальных настойчивых воздействий. Шизофрения — системная болезнь, и, как отмечают авторы статьи, следует учесть роль не только психической, но и сомато-неврологической коморбидности.

Подчеркнуто, что ряд нежелательных социальных последствий шизофрении не вытекает напрямую из ее клиники и течения, но связаны со средовыми факторами, включая недостатки организации (доступности) и качества помощи. Так, тенденция к улучшению подавлена негативным суммированным эффектом пренебрежения, стигматизации (самостигматизации) БШ, “выученной беспомощности” инвалида, внебольничного и больничного госпитализма, неадекватной и запоздалой диагностики (первого приступа психоза, атипичной депрессии, подострых психотических симптомов, нежелательных действий лекарств) и лечения (седативными препаратами), вследствие чего когнитивные расстройства БШ представляются более выраженными и нарастающими. Функциональный прогноз БШ определен порядком оценки трудоспособности (в СССР в до-нейролептическую эру диагноз означал априорно инвалидность, но затем происходило “ступенеобразное” снижение ее уровня по мере восстановления БШ), экономическим (рост показателей первичной инвалидности в годы “перестройки”) контекстом.

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии.

<sup>2</sup> Тульская областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. Н. П. Каменева.

Исход и результаты лечения зависят не только и не столько от малоспецифичных и тонких изменений головного мозга БШ, но от динамического взаимодействия сано- и патогенеза [4]. Мозг БШ приспособляется путем изменения его функциональных и структурных свойств (“нейропластичности”) при обучении, приобретении навыков “в жизни” под гнетом болезни и в ограниченных ею (временно) условиях. Так, мета-анализ 25 РКИ [13] показал существенное улучшение со временем когнитивного функционирования 905 больных в первом эпизоде психоза. Дефект, отражая структурную аномалию (врожденную или приобретенную), определен в большой мере патологическими защитными механизмами личности [9], препятствующими ресоциализации БШ. Функциональное восстановление БШ позволяет судить об обратимости дефекта [11]: если не рассасывание “рубца”, то побледнение “родимого пятна” при регрессивности процесса и/или стойком послаблении симптоматики (ремиссии).

Биопсихосоциальный подход терапии и реабилитации БШ способствует сдвигу в сторону благоприятных исходов и минимизации клиничко-социальных последствий шизофрении за счет активизации естественного саногенеза, уменьшая социальные потери в период активного процесса. БШ развивается и в болезни, на ее фоне и вопреки ее ограничениям и последствиям.

Долгосрочный прогноз шизофрении может быть не менее благоприятен, чем при заболеваниях, леченных консервативными или хирургическими методами [2]. Профессионалы, подчеркнута в статье, недостаточно учитывают потенциал социального и клиничского выздоровления БШ, не рассматривают его мерилем лечебно-реабилитационной работы.

Предполагаемый биологический вред рецидивов [18], проявляемый и снижением эффективности лечения [15], может быть предупрежден и компенсирован своевременной острой и поддерживающей фармакотерапией вкупе с социально-реабилитационными воздействиями, снижающими риск хронификации расстройства [1, 3]. Возможный нейрозакщитный эффект антипсихотиков [12, 18] усилен систематическим (в том числе за счет депо атипичных антипсихотиков) лечением [12, 20], опосредованно улучшающим когнитивные функции и открывающим шлюзы социальной работе. Отмеченные авторами статьи морфологические нарушения мозга длительно леченых БШ могут насторожить БШ, ведь > 1/3 из них предстоит пожизненное лечение [2], но, возможно, это следствие именно несоблюдения лекарственного режима [12] и/или речь идет об особой группе БШ с неблагоприятным течением.

При затухании процесса все большую роль в при-ступообразовании играют микросоциальный дистресс (на смену дистрессу психоза), включая чрезмерно выражаемые эмоции близких БШ, поэтому в

индивидуальный план реабилитации БШ включены тренинги, позволяющие решать типовые житейские проблемы, и семейная терапия. В ходе психосоциальной работы с БШ и их близкими особо видна лечебная роль средовых факторов.

При целостном подходе к прогнозу и ведению БШ важна оценка его образа жизни, о чем упомянуто в статье. Введение физических упражнений в терапевтический план соответствует насущным нуждам БШ [8, 10], эмпирически использующих физические нагрузки для оздоровления и дистанцирования от болезненных переживаний. Эффект физической активности связан со стимуляцией нейропластичности в определенных мозго-вых структурах БШ (а не только благодарных крыс), улучшая их исполнительные функции, память [16, 17]. У сочетанного когнитивного тренинга и физических упражнений возможен синергический эффект.

Поиск патопластического основания (локуса), “сосредоточивания”, по Н. И. Пирогову, шизофрении заманчиво, но “подлинные причинно-следственные отношения вещей... при обязательном учете всех внешних факторов” [4] позволят уточнить комплексные генетические, нейро-психологические, патофизиологические, нейровизуализационные исследования. Морфометрический эндофенотип (степень отклонения размеров тех или иных образований мозга БШ от нормы) отмеченный и у близких БШ, и в здоровом контроле, возможно, свидетельствует об уязвимости индивидуума к психическому расстройству, “дремлющем” потенциале его развития. Многофакторная природа шизофрении как, например, и ишемической болезни сердца, вписана в модель “уязвимость-стресс-преодоление”, обосновывающая меры первичной, вторичной и третичной профилактики.

Научно доказательная база нейровизуализационного изучения нуждается в систематизации и укреплении обширными длительными рандомизированными и наблюдательными исследованиями однородных групп БШ (например, с мягкими неврологическими симптомами) на различных этапах развития и затухания процесса, при различных длительности активного периода психоза (одноприступное и многоприступное, непрерывное течение) и лекарственных и/или нелекарственных (психосоциальных) методах терапии. Предстоит уточнить динамику структурно-функциональных нарушений при длительных (фармакозависимых и спонтанных) ремиссиях разного качества в рамках различных типов и форм шизофрении. Изучение MRI биомаркеров укажут механизмы биопсихосоциального лечения и будут способствовать развитию новых препаратов и путей их доставки, наметить возможности персонализации помощи.

Сверхдетерминация прогноза и исхода шизофрении некими изменениями головного мозга отражает новый виток биологического редуционизма как следствия технологического прорыва в психиатрии,

возрождающего взгляды позитивистской психиатрии, объяснявшей природу психических расстройств на примере прогрессивного паралича: разрушением мозговой ткани в силу множественных причин. Такой подход питает терапевтический нигилизм, дополнительно стигматизирует БШ и их семьи. Взгляд на шизофрению как расстройство с исправляемой комплексным лечением естественной траекторией течения и принципиально обратимыми биологическими, клинико-социальными исходами, напротив, объединяет триединые усилия профессионалов, непредвзято и не-противоречиво информированных БШ и их близких.

И “невозможное” обращается выстраданным успехом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация. // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. Вып. 1. С. 5 – 9.
2. Гурович И. Я., Любов Е. Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. — Медпрактика-М.- М., 2003. 264 с.
3. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожак Я. А. Выздоровление при шизофрении: Концепция “recovery”. // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. Вып. 2. С. 7.
4. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. 176 с.
5. Киселев Л. С., Сочнева З. Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига: Зинатне, 1988. 236 с.
6. Любов Е. Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении. (Вопросы снятия с диспансерного учета). Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1987. 24 с.
7. Любов Е. Б., Бессонова А. А. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты // Российский психиатрический журнал. 2008. № 2 С. 46 – 50.
8. Любов Е. Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. Вып. 4. С. 51 – 56.
9. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении М.: Медгиз, 1963. 198 с.
10. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное. / Под ред. И. Я. Гуровича. / Сост. Н. Б. Левина, Е. Б. Любов, М.: ОООИ “Новые возможности”, 2009. 129 с.
11. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. М.: ФОЛИУМ, 2005. 200 с.
12. Bartzokis G. Neuroglialpharmacology: white matter pathophysiology and psychiatric treatments. // Front. Biosci. 2011. Vol. 17. P. 2695 – 2733.
13. Bora E., Murray R. M. Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? // Schizophr. Bull. 2013.
14. Braff D. L., Ryan J., Rissling A. J., Carpenter W. T. Lack of Use in the Literature From the Last 20 Years Supports Dropping Traditional Schizophrenia Subtypes From DSM-5 and ICD-11. // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39. P. 751 – 753.
15. Emsley R., Chiliza B., Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. // Schizophr. Res. 2013. Vol. 148. 1 – 3. P. 117 – 121.
16. Hötting K., Röder B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition // Neurosci Biobehav. Rev. 2013.
17. Knoechel Ch., Oertel-Knoechel V., O’Dwyer L. et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. // Progress Neurobiology. 2012. Vol. 96. P. 46 – 68.
18. Lieberman J. A. Neurobiology and the natural history of schizophrenia. // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67. e14.
19. Van Os J., Wright P., Murray R. M. Follow-up studies of schizophrenia I: natural history and non-psychopathological predictors of outcome. Eur Psychiatry 1997. Vol. 12. P. 327 – 341.
20. Wang H., Xu H., Niu J. et al. Haloperidol activates quiescent oligodendroglia precursor cells in the adult mouse brain. // Schizophr Res. 2010. Vol. 119. P. 164 – 174.

**Комментарий редактора.** Приветствуя исключительно важный не только для больных и их родственников, но и для врачей оптимизм при диагнозе “шизофрения”, переводчики и комментаторы приводимого обзора занимают позицию не фаталистического оптимизма, позволяющего положиться на самотек естественного хода событий, а подчеркивают необходимость активно способствовать ему.

Если наши выдающиеся отечественные нейропатологоморфологи Л. И. Смирнов и П. Е. Снесарев находили всевозможные нейрогистологические изменения головного мозга при шизофрении, то теперь доказано, что такого рода изменения могут носить функциональный и, таким образом, обратимый характер.

Но следует ли из этого, что именованная шизофренией в традиционном смысле слова относится к случаям выздоровления, достигающим по ряду данных трети больных? Ведь если шизофрения это заболевание, в дефиницию которого входят прогрессивность и формирование дефекта, то случаи выздоровления касаются не шизофрении или, во всяком случае, не всей “группы шизофрений”. Видимо, новые данные требуют уточнения самой дефиниции шизофрении.



# О некоторых аспектах диагностики детского аутизма

Б. В. Воронков<sup>1</sup>, Л. П. Рубина<sup>2</sup>

В статье представлены истоки и причины неадекватной диагностики детского аутизма. Обсуждаются последствия внедрения в профессиональный обиход понятия “аутистический спектр”. Подвергнуты критике качество диагностических критериев детского аутизма и гипотеза нарушения развития при этом заболевании. Предлагаются меры для более сдержанной диагностики детского аутизма.

**Ключевые слова:** детский аутизм, аутистический спектр, фантомные формы.

Литература последних десятилетий [5, 7, 11, 13, 27, 42, 44] ставит перед нами дилемму: либо в десятки раз выросла распространенность раннего детского аутизма, что крайне тревожно, либо, мы оказываемся свидетелями многократного (в 5 – 10 раз) всплеска его диагностики, что по-своему тоже тревожный факт, нуждающийся, как минимум, в понимании. Поскольку наиболее распространенным является предположение о наследственном происхождении основных форм детского аутизма, объяснение этого феномена только возросшим научным интересом и общественным вниманием к его проблемам представляется недостаточным.

Ну что могло такого случиться? Прохождение планеты через какое-то токсическое облако, планетарный патоморфоз, не проявившийся в чем-либо простеньком, психоорганическом, не повлиявший, например, на статистику припадков или слабоумия, что было бы хоть как-то понятно, а вызвавший точечный взрыв именно детского аутизма — сложнейшей, может быть самой сложной патологии детского возраста? Или это отставленный эффект вакцинации, давший через десятки лет многомиллионный прирост не абы чего, а именно аутизма? Или может быть большая информированность населения и, соответственно, большая обращаемость или улучшение выявляемости? Не очень верится во все это.

Отсутствие видимых глобальных радиационных и прочих внешних причин, вызывающих генетические изменения и нарушения, заставляет искать объяснения диагностического бума внутри проблемы — в разнообразии подходов к пониманию сути аутизма, в качестве его диагностических критериев и практики их применения и т.д.

В сегодняшних клинических и диагностических разногласиях в отношении детского аутизма находят отражение дискуссии времен Е. Блейлера [3, 4], когда разрабатывались новые для психиатрии понятия — аутистическое мышление, аутизм, патологическая замкнутость, изучались их клиническое содержание, нозологическая принадлежность, которые сегодня сместились на обочину в связи с большей злободнев-

ностью других проблем. Общая тенденция была такова, что вслед за кратковременным увлечением феноменом аутизма, все меньше внимания стало уделяться аутистическому мышлению и больше — фактору даже не аутизма, а аутизации, постепенно уходящей на периферию клинических разборов, становившейся банальным признаком эндогенного психоза в виде сокращения или обрыва социальных связей, утрачивая при этом интуитивно улавливаемый иррациональный смысл особого существования аутиста.

Современные классификации, будучи прагматичными и рассчитанными на “массового” психиатра, как мы знаем, исключают интуицию из диагностического процесса. Хорошо бы понять, что это такое — массовый психиатр? Пришелец из будущего с атрофированным, уже не нужным для познания мира и людей аттавизмом под названием “интуиция” — если так, то это прямой путь к деградации профессии или, по крайней мере, к смене ее лица, или это доктор, работающий в условиях, исключающих или не поощряющих интуитивное постижение состояния пациента? Похоже, что ему просто рекомендуется благоразумно действовать по заданному шаблону и не мешать научному прогрессу, летящему на всех парах к единообразию статистической обработки. Каждый может сопоставить цель и средства и вытекающие приобретения и потери. К сожалению, сегодняшний массовый психиатр — это, в лучшем случае, очень средний доктор с шаблонным мышлением, и в этой связи авторам представляется, что не каждая профессия должна быть массовой.

Для полноты картины развития проблемы аутизма следует упомянуть о той вехе в ее истории, когда представители детской психиатрии, описав детский аутизм как самостоятельную полиэтиологическую болезнь, не родственную эндогенным психозам, и оставив за рассматриваемым феноменом, главным образом, функцию нарушения, по разным причинам, контактов пациента с внешним миром, сумели радикально отделить его от шизофрении и сделать приложимым к другим, в том числе и органическим расстройствам.

Л. Каннер [38], и Г. Аспергер [25], описав особые состояния, наблюдавшиеся ими у детей, по-разному понимали и объясняли их природу — от своеобраз-

<sup>1</sup> СПбГПМУ.

<sup>2</sup> ЦВЛ “Детская психиатрия” им. С. С. Мнухина.

ных психопатий до состояний, близких к шизофрении. У нас, независимо от Л. Каннера и Х. Аспергера, синдром детского аутизма в процессе отграничения его от детской шизофрении был в 1961 году описан С. С. Мнухиным [18 – 20], который подчеркивал органическую природу расстройства и видел проблему неконтактности в дефектности подкорковых энергетических систем и, соответственно, общей психической гипотонии.

Из-за неконтактности или непродуктивности контактов и Каннер и Аспергер прибегли к использованию в составе диагноза термина “аутизм”, но каким же далеким он оказался от первичной патологической замкнутости Блейлера или инобытия Ясперса. Но, по разному понимая суть неконтактности своих пациентов, и С. С. Мнухин, и Л. Каннер, и Г. Аспергер видели свою главную задачу в поисках причин и механизмов “неприсутствия” ребенка в ситуации, пытались понять принципы неконтактности своих больных, не ограничиваясь фиксацией факта трудностей в общении.

По нашему мнению, среди других причин, приведших к сегодняшнему диагностическому буму аутистических расстройств, экзистенциальные состояния отчуждения, неприсутствия, погружения, лишь номинально присутствуя в составе диагноза в виде термина “аутизм”, в повседневной практике вообще перестали фиксироваться, стали подвергаться дальнейшему упрощению, трансформируясь исключительно в нарушения общения.

К сожалению, интуитивно улавливаемый метафизический смысл аутистического отчуждения стал подменяться понятными для неспециалиста обыденными представлениями — уходом в себя, нежеланием общаться, самоизоляцией, трактуемыми (не так уж редко, что весьма удивительно) как сознательный выбор больного. Но вольно или невольно взгляд и мысль врача оказались перенацеленными именно на проблемы социального общения (исключительно в житейском понимании), и именно они обрели право стать диагностическими критериями детского аутизма и сыграли, в ряду других причин, существенную роль в сегодняшней вакханалии в его диагностике.

Таким образом, одной из самых существенных методологических ошибок, а может быть и самой серьезной, стала подмена далеко не всегда понятной сути болезни ее видимым проявлением — расстройством общения с окружающим миром. Нарушенное общение, не участвуя непосредственно в патологическом процессе, не является субъективным переживанием аутиста. Это, скорее, социальное последствие, знак, чем признак болезни.

Но именно они (расстройства общения) послужили и до сих пор служат основанием для включения в аутистический спектр (понятие, внедренное Л. Уинг в 80-е годы) заболеваний, сопровождающихся нарушением общения, социального взаимодействия, социального понимания и воображения, причем три последние признака в повседневной диагностической практике постепенно становились фигурой речи.

Оперевшись на однородность аутистических расстройств, различающихся степенью тяжести, разным уровнем развития, возрастной изменчивостью и сильными индивидуальными различиями и, соответственно, разными возможностями социального взаимодействия, Л. Уинг [44] включила в социальный “спектр” родственных нарушений, страдающих дефектом коммуникативных навыков, ряд заболеваний по своим генетическим, клиническим и прочим особенностям, имеющих между собою явно недостаточно общего, тем более однородного, чтобы соседствовать в границах единого спектра.

В этой связи, хотелось бы получить ответ на вопрос: что общего или хотя бы однородного в клинике, а также в причинах и самом качестве неконтактности у постоянных представителей аутистического спектра — пациентов с психопатией Аспергера и, например, с болезнью Каннера. Психопат Аспергера, якобы почти готов к жизни в социуме, у него, как известно, свои проблемы и особенности (Саймон Барон-Козэн хорошо их описал), но самая, на наш взгляд, главная — неспособность к естественной импровизации, из-за чего он не может приспособиться к постоянно меняющемуся миру, и реально помочь ему не могут ни собственный формально высокий интеллект, ни социальный опыт, ни психотерапия, ни усердное изучение правил социального взаимодействия.

Беда его в отсутствии интуиции и эмпатии, благодаря которым мы чувствуем партнера по общению и саму ситуацию. И научить этому невозможно. Этим, на наш взгляд, определяются проблемы их социальной интеграции. Степень включенности “аутистического психопата Аспергера” в социальный контекст — следствие врожденной ущербности его личности и психики в целом. И мы полагаем, что понимать это надо не как результат своеобразного развития (так считает Барон-Козэн), а как биологический, вероятно, генетический дефект.

Итак, трудности социальной интеграции детей с синдромом Аспергера (15) связаны с тем, что формально высокий интеллект (попутно отметим не полную тождественность понятий интеллект и интеллектуальный коэффициент) и богатый и даже изощренный лексикон в сочетании с неспособностью правильно интерпретировать вербальные и невербальные сигналы, непониманием написанных норм, сарказмов и метафор не позволяют им соответствовать культурным стереотипам сверстников.

Не надо путать инфантильную непосредственную доверчивость фершробена и желание иметь друзей детьми с синдромом Аспергера с характерными для них особенностями — социальной и эмоциональной “глухотой и подслеповатостью”. Свойственные им ригоризм, утрированная образцовость и правдивость, излишняя серьезность, заумные речи, менторский тон, отсутствие чувства юмора и самоиронии с трудом приемлемы в обществе ровесников и не только.

Лежащие в основе первичного дефекта при “аутистической” психопатии Аспергера отсутствие интуи-

ции (16,27) и готовности к сочувствию не позволяют интуитивно улавливать подтекст ситуации и рефлексию собеседников, вследствие чего пациенты с синдромом Аспергера, не желая того, постоянно остаются вне контекста общения, что может быть связано с нарушением “социального понимания или с недостатком воображения”, а возможно, с десятком других, пока неизвестных нам причин. Не чувствуя подтекстов, будучи неспособными к мгновенной импровизации, как бы хорошо они не решали уравнения, в обществе с архаическим менталитетом они все равно окажутся на социальной обочине.

Социальная гармония — дорога с двусторонним движением. Умника, неспособного улавливать контексты и подтексты (в широком смысле), наш еще негуманизированный или уже дегуманизированный социум обычно отвергает, а чаще, и это в лучшем случае, игнорирует.

Не следует представлять дело так, что многие (чуть ли не большинство пациентов с синдромом Аспергера) наделены необычайными способностями к музыке, математике и т.п. Свойственная немногим из них способность почти мгновенно перемножать сложные числа и тут же извлекать из них корни так же мало связана с математической одаренностью, как абсолютный музыкальный слух с музыкальным творчеством. Бытующие в полуобразованной среде представления о том, что “Аспергеры” заполняют собою силиконовые долины, по меньшей мере, наивны.

И еще вопросы: своеобразие синдрома Аспергера — этого сложнейшего клинического феномена, с неспособностью улавливать контексты и подтексты, считывать социальные знаки, состояние и самочувствие партнера — это отражение качеств характера, ума или чего-нибудь еще? Аутизм Аспергера — суть или всего-навсего социальное последствие этих качеств, мешающее худо-бедно полноценно общаться? Можно ли воспитать эмпатию? На что доктор должен опереться, о чем думать в первую очередь? (Особенно, если мелькнула в его размышлениях мысль об аутизме). О корневых особенностях их психики, роли и перспективах воспитания чувств или проблемах социальной интеграции? И какова, вообще, принадлежность синдрома Аспергера к аутизму? Может быть, особенности аспергеровской психики можно и нужно трактовать иначе? И что, вообще, должно лежать в основе диагноза синдрома Аспергера — феномен неконтактности или что-то другое, приводящее к этой самой неконтактности. Психиатр должен пытаться ответить на эти вопросы хотя бы себе самому.

Мы, вообще, хоть как-то отделяем то, что стараемся как-то понять, постичь от того, что с энтузиазмом статистически обрабатываем? И давайте не будем делать вид, что, мол, эти вопросы давно решены, ответы общеприняты и давно опубликованы. В нашем деле с решенностью и тем более общепринятостью — большие проблемы. Концепции и даже парадигмы приходят и со временем, а особенно с естественной убылью их приверженцев, потихоньку исчезают или почти не-

ожиданно обретают новое дыхание, чему мы с вами даже не изумляемся. Путь от синдромального к нозологическому и обратно пройден на глазах двух-трех поколений больных и врачей. Хорошо об этом сказал Давид Самойлов (мы имеем в виду общеизвестные строки об уходе гениев).

Так вот, хочется спросить: что общего или хотя бы однородного у пациента с синдромом Аспергера, обделенного чувством социальной или эмоциональной взаимности, не чувствующего юмора и подтекстов, и у ребенка с болезнью Каннера, у которого вообще отсутствуют какие-либо социальные представления и который “плохо осознает существование других людей и их чувств?” И в какой мере мы вообще вправе рассуждать в таких случаях о нарушенных коммуникациях, о каком нарушенном социальном взаимодействии, нарушенном общении, социализации и пр. может идти речь? Применимы ли вообще эти определения к детям, не находящимся в нашем смысловом поле?

Эти соображения необходимо дополнить тем, что суть болезни Каннера отнюдь не в расстройствах социального взаимодействия (они всего лишь социальное последствие, что в клинике совсем не главное), а в лежащих в основе синдрома доминировании частных характеристик предметов над осознанием их значений и функций, в том, что суть вещей, как и сам смысл событий, остается недоступным пониманию пациента. И мы не знаем, только ли поэтому пациент с болезнью Каннера не воспринимает ситуацию в целом. Он и в 20 лет, составляя сложные орнаменты, не понимает смысла картинки, где дети катаются на лыжах или играют в мяч. Не исключено, что положение более тяжкое, и пребывание ребенка с болезнью Каннера вне нашего смыслового поля — его генетическое свойство, а не результат асинхронии развития. И не превратится его болезнь ни в синдром Аспергера, ни в шизофрению, а станет он старым аутистом и им же помрет, хорошо, если в кругу своей семьи.

Литература изобилует объяснениями механизмов детского аутизма. Знакомство с нею оставляет впечатление сочетания предположительности, гипотетичности, что вполне естественно, но почему-то с оттенком решенности вопроса и даже некоторой безапелляционностью, что столь же естественно может вызывать сомнения и возражения. Чуть раньше мы отмечали, что в нашем деле с решенностью и тем более общепринятостью — есть и всегда будут большие проблемы.

Сегодня, например, доминирует точка зрения или все-таки предположение, или гипотеза, согласно которой аутизм Каннера — это нарушение развития психики, а именно особый асинхронный тип задержки развития с сочетанием признаков недоразвития и акселерации. Асинхрония проявляется в нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это должно быть при нормальном развитии детей, при этом сложные функции “переслаиваются” примитивными.

В соответствии с этой гипотезой, в картинах каннеровского аутизма переплетаются феномены, отражающие более ранние и более поздние этапы психического развития. Остается только непонятным: каким — более ранним или более поздним — этапам психического развития соответствуют, например, предпочтение человеку неодушевленного предмета, восприятие человека как вещи или комплекса деталей (очков, прически, платья и т.д.), отсутствие поиска скрытого смысла вещей, буквальность восприятия, феномен тождества, безразличие к физическому дискомфорту, взгляд “насквозь” и отсутствие отклика на голос, или влечение к ситуации, вызывающей страх? Сочетание у одного и того же ребенка “страхов” с “бесстрашием” (отсутствием чувства самосохранения), симбиоза с матерью с “враждебностью” к ней и т.д. Как видим, в поведении аутиста Каннера нет единой линии, внутренней логики, преобладают противоположные тенденции, а главное, полностью отсутствует целесообразность и психологическая понятность.

Поскольку с определенностью ответить на эти вопросы нельзя, то сама гипотеза вытеснения и “переслаивания” не выглядит достаточно убедительной. Вполне возможно, что вышеназванные, свойственные аутизму Каннера феномены не отражают этапы развития, их клиническая оценка вообще не лежит в плоскости понятий “примитивно — сложно” и “ретардация — акселерация”. Таким образом, утверждения об объясненности клиники аутизма Каннера асинхронностью психического развития и об утрате аутизмом своей “мифической” неразгаданности представляются недостаточно обоснованными.

Попутно отметим, что гипотеза нарушения развития при синдроме Каннера далеко не бесспорна. Отсутствие воображения, способности понимать смыслы и значения, буквальность восприятия и т.д. вполне могут быть не следствием недоразвития, а такой же генетически обусловленной данностью, как, например, рост у пигмеев или цвет волос у китайцев. В связи с этим актуально высказывание Крепелина [15] о том, что “нужно в высшей степени критически относиться к мнению, будто то или другое расстройство служит признаком определенного патологического процесса, поскольку многие формы выражения психической болезни определены предуготованными механизмами человеческого организма раз и навсегда”.

Не лишне при этом учитывать консерватизм и нежелание массового сознания (мы имеем в виду именно массовое сознание), поразмышлять о положениях, набранных типографским шрифтом, тем более усомниться в их истинности, оценить степень их доказанности, попытаться представить себе или вообразить другие варианты объяснений непонятного и вообще создавать себе лишние сложности.

В связи с тем, что поведение детей с болезнью Каннера дает нам мало информации об их психической жизни, можно составить о ней лишь фрагментарное и предположительное представление. Попытка вообразить жизнь человека, лишенного воображения,

не понимающего сути вещей, а смысл событий воспринимающего исключительно буквально, оставляет безрадостное впечатление. Даже близкие — это не родные (родство как понятие аутисту недоступно), а те, кто рядом, близко. Мир лишен опор, бессмыслен, хаотичен, наполнен непонятными событиями, неприятными звуками и прикосновениями. Он безлюден и бездушен. Люди и вещи равнозначны, люди — часть мира вещей, принципиально не отличаются от животных, а птицы опознаются по числу ног. Нет родных и нет осознания сиротства и переживания трагедии от неспособности к этому осознанию. Аутист Каннера не знает радости от игры, так как не понимает ни смысла игрушки, ни правил игры, ни смысла победы или проигрыша. Он лишен возможности осознать симпатию, сочувствие, любовь к себе, равно как испытать эти чувства самому. Улыбка, ласка, слезы матери никак не отзываются в его душе. Каким и кем нужно быть, чтобы жить в таком мире и находиться с ним в согласии? Только если быть его частью, частью животного и предметного мира, не отделяя себя от него.

Для того чтобы понимать и быть понятным, нужно находиться в общем смысловом поле. Может быть, поиски понятных нам смыслов в поведении организма иной психической природы изначально бессмысленны? Может быть, не надо пытаться понимать действия аутиста, исходя из привычных нам представлений о любви, враждебности, одиночестве, страхе и т.д.? Поведение животного, обеспечивающего свое выживание, мы понимаем и можем прогнозировать. Ментально мы вместе. Поведение аутиста мы не можем наполнить ясной нам логикой, даже если он точно воспроизводит сложные мелодии и целые страницы из Маршака или Чуковского. Мы не можем сказать об аутисте, что его что-то волнует, возмущает, восхищает или ужасает. По-видимому, легче найти взаимопонимание с инопланетным разумом, если таковой существует, через универсальные законы физики, химии, астрономии, математики, чем преодолеть барьер, отделяющий от нас аутиста, в психической жизни которого понятие “смысл” отсутствует. Пребыванием в ином психическом пространстве (содержательного мира у каннеровского аутиста, вероятно, нет) обусловлено и отсутствие жестов утверждения, отрицания, приветствия, прощания. Жестикуляция что-то означает только для пребывающих в общем смысловом поле.

Благодаря абстрактному мышлению человек способен проникать в суть вещей, познавать природный мир, противопоставить себя природе, подняться над ней. Сопоставление психики пациента с синдромом Каннера даже с выраженными степенями умственной отсталости некорректно, поскольку имеющаяся у олигофрена тенденция к конкретному мышлению оставляет некоторую возможность пользоваться аналогиями, благодаря чему олигофрен способен выйти за пределы полученной информации, что, собственно, и является одним из критериев обучаемости. Присущие

болезни Каннера отсутствие воображения и буквальное восприятие мира приводят к тому, что познание, то есть осмысление этого мира, становится проблематичным, стена между пациентом и окружающим миром — непроницаемой, а диагноз “болезнь Каннера” — гораздо более катастрофичным, чем даже глубокая умственная отсталость.

Перспективы социализации этих детей “ даже при своевременно установленном клиническом диагнозе, раннем введении фармакотерапии” и других современных методик — от поведенческой до музыка- и анималотерапии — достаточно туманны. Исходя из сегодняшнего состояния проблемы, социум должен не стремиться адаптировать к себе аутиста, что почти наверняка обречено на неуспех, а стараться обеспечить ему максимальную защиту. Реальность же такова, что современное общество по ряду причин не готово интегрировать больных с синдромом Каннера, да и сами пациенты, в силу особенностей своей психики, не испытывают потребности в обретении социального статуса.

В нашем понимании синдрома Аспергера и Каннера отличаются отнюдь не степенью тяжести. Это не количественно, а по сути своей качественно разные вещи. И болезнь Каннера — это отнюдь не недоразвитый синдром Аспергера. И мы никогда не видели взаимопереходов, так же, как не видели чего-либо общего или однородного как в сути их неконтактности, так и в характере дефекта. Это разные болезни.

Признак неконтактности вообще легко распространяется за рамки патологии, будучи свойственным всем обиженным, хмурым и неприветливым, как и любому мизантропу. И может присутствовать в рамках любого психоза с бредом или помраченным сознанием. Так что тесное соседство синдромов Каннера и Аспергера в рамках единого спектра, на наш взгляд, достаточно спорно.

Еще раз просим обратить внимание, как упрощаются диагностические критерии аутизма — от неосознания присутствия других людей как живых существ к отсутствию социального понимания и далее к совсем уж примитивному понятию — нарушенному общению, которое может вместить и вмещает все, что душа запросит, что мы, собственно, и имеем.

Эта тенденция к упрощению признака, претендующего на роль диагностического критерия, а по сути — верифицирующего признака, играет просто зловещую роль, открывая ворота для диагноза “аутизм” любому трудно общающемуся, независимо от контекста.

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

Таким образом, подмена понятия “аутизм” шла вместе с утратой его клинического содержания и упрощением его смысла.

Несмотря на формализованность и клиническую неопределенность диагностических критериев РДА,

каждая из традиционных его разновидностей (синдромы Каннера и Аспергера, органический и процессуальный аутизм) имеет достаточно характерные, существенно отличные от других, клинические проявления.

Внедрение понятия “спектр”, не прояснив сути сложнейших расстройств — отсутствия воображения, буквального восприятия и др., повлекло за собой их упрощенное понимание, а применение в качестве критерия диагностики банального нарушения общения открыло ворота для наполнения спектра патологией, весьма несхожей между собой по происхождению, механизмам и клинике.

Аутистический спектр раскрыл свои объятия атипичному аутизму (аутистикоподобию), сочетающемуся с глубоким слабоумием — клинической реальности, которая встречается значительно реже, чем диагностируется. При отсутствии минимальной ясности его природы и отношения к аутизму, использование термина “аутизм” (степень типичности значения не имеет) в качестве составляющей диагноза видится не совсем корректным. Понятие “аутистикоподобие”, с одной стороны, весьма упростило жизнь врачей первичного, допсихиатрического звена, а с другой, поставило психиатров перед необходимостью противостоять лавине направляемых “аутистикоподобных” пациентов.

В связи с утратой навыков общения соседями по спектру оказались синдром Ретта и деменция Геллера, проявляющиеся тотальным слабоумием, психическим и речевым регрессом. Для обоих синдромов характерны утрата не только коммуникативных, а вместе с развалом психики, всех навыков — речи, ходьбы, опрятности, с полной потерей интереса к окружающему. Вопрос в том, насколько корректно в руинирующих катастрофах видеть в качестве их сути всего лишь утрату коммуникативных навыков, относить последние к аутистическим расстройствам и на этом основании пополнять ими аутистический спектр.

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

Другой пример фантомной единицы — высокофункциональный аутизм, не имеющий на сегодняшний день ни нозологической привязки, ни собственного клинического облика, ни ясности с принадлежностью к расстройствам аутистического спектра, ни кодировки в международных классификациях. Сегодня он рассматривается в купе с психопата-

ми Аспергера, ощутимо от них не отличаясь, кроме отдельных указаний на речевую задержку в раннем детстве. При всем этом высокофункциональный аутизм имеет не только название, пусть и с элементом оксюморона, предполагающее формально хорошие (поскольку “высокие функции”) перспективы социальной адаптации в сочетании с немалыми сложностями их осуществления, но даже аббревиатуру.

ВФА служит ярким примером того, что для более или менее успешного функционирования в социуме, кроме сравнительно приличного IQ (в пределах 70) требуется считывание социальных знаков, понимание скрытых смыслов и многое, многое другое.

Сложно говорить о высокой функциональности, если судьба этих пациентов так зависит от социального окружения, сопровождения медиков, психологов и педагогов. Социальная их инвалидность определяется врожденной неспособностью мгновенно улавливать столь же мгновенно меняющиеся контексты и подтекст всего, что происходит в окружающем социуме. Базовый их дефект — неспособность работать с изменчивыми системами и отсутствие естественной импровизации в общении практически неодолимы, сравнительно высокий IQ — это не знак “малой степени тяжести” болезни, объединяющий ВФА (или все-таки синдром Аспергера?) в общий спектр с болезнью Каннера, тестирование которой невозможно в принципе, а качественное различие, прямо указывающее на их дискретность.

И будет действительно жаль, если сужение критериев детского аутизма станет реальностью и, несмотря на сравнительно высокий IQ, оставаясь социальными инвалидами, они лишатся социальной поддержки по формальным соображениям. Но кроме сомнительно хороших адаптационных перспектив сначала они должны не заявить, а доказать свою действительную самостоятельность в качестве клинической реальности и подтвердить аутистическое содержание. В ситуации, когда сам “термин “аутизм” стал расплывчатой диагностической биркой с крайне неопределенным содержанием” [14], сделать это будет непросто.

В аутистический спектр, как в престижный клуб, спешат вписаться многие другие заболевания, как обусловленные хромосомной патологией (болезнь Дауна, синдром Ангельмана, синдром ломкой X-хромосомы, фенилкетонурией и др.), так и органического происхождения, в частности, СДВГ и описанные много десятилетий назад Thiele “дранговые” дети (Drangzustand) с синдромом насильственного состояния, дети с гиперкинетическим синдромом Kramer-Pollnow (Dranghafte Erethie) и С. С. Мнухиным [18 – 20] (как “бестормозные” с “буйствующей подкоркой” или дети с синдромом насильственного беспокойства) и пр.

К чему эта спешка? Мы не уверены, что в ее основе стремление не выпасть из рамок научной истины. А вот стремление не выпасть из тренда более характерно для наших реалий. А ведь многие десятки лет как-то жила вся эта патология сама по себе, не числясь спектральными аутистическими расстройствами.

Ни на йоту не приблизив постижение сути ни самого аутизма, ни других расстройств, сопровождающихся неконтактностью или иной социальной дисгармонией, повсеместно упоминаемое в текстах понятие “аутистический спектр” дает “массовому” психиатру ощущение, что он работает с верифицированным материалом и не стимулирует у него потребность лишней раз задуматься о положении вещей в целом и действительном состоянии своих больных, в частности, а близким пациента предлагает красивую нестигматизирующую упаковку для тяжелой болезни и психологически в какой-то мере облегчает жизнь.

Литература демонстрирует прямо-таки лихорадочный поиск аутистичности при разной патологии, а сотни статей, употребляющих словосочетание “аутистический спектр”, вероятно, дарят их авторам сознание пребывания на гребне современной науки. Таким образом, широкое использование диагностически ненадежных критериев РДА и термина аутизм с расплывающимся содержанием “в рабочем порядке” включило и продолжает включать в круг аутистического спектра различную по этиологии и клинике патологию — от слабоумия до психотических состояний.

Аутистический спектр, таким образом, стал котлом, включающим генетически и клинически разнородные психические расстройства, объединенные всего лишь формальным признаком нарушенного социального взаимодействия. Границы спектра стали практически неразличимыми. Идентификация в умах понятий “аутизм” и “нарушения общения” формирует тенденцию к “аутизации” психиатрии, особенно детской, и продолжает процесс психиатризации жизни. В этом мы видим порочность самой концепции спектра.

Энергия общественного темперамента, за отсутствием перспектив более адекватного применения, преобразуется в тревогу и ажиотаж по поводу “эпидемии” РДА. В связи с этим вспоминается мрачная шутка охотников за снежным человеком: “если долго искать иети, иети начнет искать тебя”. Кажется, недалек час, когда аутизация психиатрии достигнет масштабов, при которых душевная неоткликаемость маниакального психотика и неомрачаемость его психотической радости будут трактоваться как аутистическая симптоматика. Обнадешивает предполагающийся в МКБ-11 факт отмены клинических форм шизофрении и то, что дискуссии на новые темы, конструирование новых, более модных парадигм как-то уменьшит актуальность спектральности аутистических и псевдоаутистических расстройств.

В нынешних обстоятельствах “аутизации детской психиатрии”, по нашему мнению, допустимы радикальные, по сути хирургические меры: вполне разумным представляется отказ от использования термина аутизм даже в составе устоявшихся клинических форм с аббревиатурой РДА, тем более, что клинический смысл аутизма при них так далек от первоисточника. И тогда вместо механического наполнения корзины аутистического спектра, объединяющего принципиально разнородную патологию на базе весьма поверх-

ностного, исключительно формального сходства, на первый план, возможно, выйдут попытки понять самое главное, самое трудное и самое интересное в нашем деле — это своеобразие клиники каждого из них.

Можно пойти по другому пути. В сегодняшней ситуации смысловой и диагностической неопределенности раннего детского аутизма сохранить аббревиатуру “РДА” за традиционно ею обозначаемыми клиническими структурами, имеющими собственные патогенетические механизмы и клинически верифицированные конституциональный (синдромы Каннера и Аспергера), процессуальный и органический виды аутизма. Каждый из них, благодаря различному происхождению и клиническому своеобразию, имеет право на обособленное существование как самостоятельное заболевание. Согласие среди специалистов в этом вопросе могло бы в какой-то мере противостоять попыткам выделения новых и новых (в частности, спектральных) форм и названий детского аутизма, тенденции к размыванию его границ, имеющей следствием обесмысливание и обезличивание этого диагноза и способствовать более сдержанной его диагностике.

*Авторы выражают глубокую признательность за техническую поддержку кандидату психологических наук Грошевой Елене Владимировне.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. — М. Медицина, 1999.
2. Башина В. М. К проблеме раннего детского аутизма (по материалам сайта: //www.psychiatry.ru/library/publications).
3. Блейлер Е. Аутистическое мышление. Пер. с нем. Одесса, 1927.
4. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920.
5. Бородулин В. И., Ланцман М. Н. Справочник: Болезни. Синдромы. Симптомы, 2009 г.
6. Вроно М. Ш., Башина В. М. Синдром Каннера и детская шизофрения. Ж. невропатол. и психиатр., 1975, в. 9, с. 179
7. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты.: ИСПиП, 1998.
8. Гуссерль Э. Феноменология. [Статья в Британской энциклопедии] / Предисл., пер. и примеч. В. И. Молчанова // Логос. — 1991. — № 1. — С. 12 – 21.
9. Давлетчина С. Б. Словарь по конфликтологии (ВСГУ, 2005, 100с
10. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология)М.: Медгиз, 1962. — 176 с.
11. Дудьев В. П. Психомоторика: словарь-справочник, 2008 г.
12. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г.
13. Каган В. Е. Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981.
14. Каган В. Е. Эпидемия детского аутизма? // Вопросы психического здоровья детей и подростков : научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин / Ред. Н. М. Иовчук, С. Н. Ениколопов. — 2003. — № 1 2003. — с. 7 – 10.
15. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Перевод с немецкого. Москва БИНОМ. Лаборатория знаний 2004.
16. Кронфельд А. Психология в психиатрии. Берлин, 1927 г.
17. Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении. — М., 1936
18. Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н. О синдроме раннего инфантильного аутизма или синдроме Каннера. — Журн. Невропатол. и психиатр., 1967, в. 10, с. 1501.
19. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей. — В кн. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968, с. 5.
20. Мнухин С. С. Труды психоневролог. ин-та им. Бехтерева В. М., 1961, т. 25, с. 66 – 77.
21. Назлоян Г. К. Концепции патологического одиночества “Московский Психотерапевтический Журнал” 2000, 2(25), апрель – июнь. Снежневский А. В. Общая психопатология : Курс лекций / В. А. Снежневский. — Валдай : Институт психиатрии АМН СССР, Новгородское обл. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров, Новгородская обл. псих. б-ца, 1970. — 190 с.
22. Шнайдер Курт. Клиническая психопатология. Издательство “Сфера” 1999.
23. Эй Анри. Шизофрения XXII. 1973. К вопросу о “шизофренических психических расстройствах” Манфреда Блейлера. Общая концепция шизофрении. с. 578 – 580.
24. Ясперс К. Общая психопатология М., “Практика”, 1997
25. Asperger H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. — Arch. Psychiat., Nervenkr., 1944, Bd. 1117, S. 76.
26. Asperger H. Probleme des Autismus im Kindesalter. — Jap. J. Child. Psychiat., 1966, V. 7, № 1, p. 1.
27. Baker H. (2002) A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. J. of Autism and Dev. Disorders, 32(2); 121 – 125.
28. Barklay L. (2003) Rate of autism may be increasing. JAMA; 289: 49 – 55.
29. Bertrand J., Mars A., et al. Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. Pediatrics. 2001., 108(5); 1155 – 1161.
30. Bryson S., Smith I. (1998) Epidemiology of autism: prevalence, associated characteristics, and service delivery. Ment. Ret. And Dev. Disabil. Res. Review. 4: 97 – 103.
31. Crow T. J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? Schizophyr Res. 1997 Dec 19; 28(2 – 3): 127 – 41. Abstract.
32. Ehlers S., Gillberg C. (1993) The epidemiology of Asperger’s syndrome. A total population study; J. of Child Psychology and Psychiatry; 34(8); 1327 – 1350.
33. Fombonne E. (2003) Epidemiology of pervasive developmental disorders. Trends in evidence-based neuropsychiatry. 7:1; 29 – 36.
34. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // Pediatr. Res. — 2009. — V. 65. — P. 591 – 598.
35. H. Rumke H. цит. По Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995.
36. Hagberg B. Rett syndrome: resent clinical and biological aspects // Trends in child neurology. Editors Arzimanoglou A. and Goutieres F. John Libbey Eurotext, Paris, 1996, P. 143 – 146.
37. Heller Th. Schwacbsinnlgenforschung, Halle, 1909;
38. Kanner L. Early infantile autism — J. Pediatr., 1944. № 25 p. 211.
39. Klaus-Jürgen Neumärker. The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. History of Psychiatry, 16(4): 435 – 451 Copyright © 2005 SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi) www.sagepublications.com
40. Krevelen A. van, Kuipers Ch. The psychopathology of autistic psychopathy. — Acta paedopsychiat., 1962. V. 29, № 1. P. 22.
41. Lobascher M., Kinderlee P., Gubbay S. Childhood autism: an investigation of aetiological factors in 25 cases. — Brit. J. Psychiat., 1970, v. 117, № 540, p. 525.
42. Mattila M. L., Linna S. L., et al. Autism spectrum disorders according to DSM-4-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 2011. — V. 50. — № 6. — P. 583 – 592.
43. Rutter M. Concepts of autism: a review of research. — J. Child. Psychol. Psychiat., 1968, v. 9, p. 1.
44. Wing L. The definition and prevalence of autism: a review; European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 1993, 2(2); 61 – 74.

# Механизм возникновения конверсионно-диссоциативного расстройства у больных, находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях психиатрического стационара

А. В. Алексеев<sup>1</sup>

Обследованы 154 больных с конверсионно-диссоциативным расстройством. В зависимости от характера психотравмирующей ситуации, оцениваемой как объективно или субъективно значимая, различался механизм возникновения истерической симптоматики. В первом случае появлению конверсионно-диссоциативного расстройства предшествовало безусловно тяжелое психогенное событие, во втором случае истерическая симптоматика имела манипулятивную функцию, либо возникала как парасихонозогнозия.

**Ключевые слова:** конверсионно-диссоциативное расстройство, истерия, конверсия, диссоциация, психогенные заболевания

Ж. М. Шарко [27], создавший учение об истерии, описывал её как проявление “филогенетических защитных механизмов”, зависящих от эмоций, но возникающих на микроорганической основе. В дальнейшем органические изменения головного мозга в качестве причины истерии рассматривались, в основном, в военной психиатрии как следствие травматического, контузионного поражения головного мозга [1, 5, 12, 24, 28]. В наше время с учением Ж. М. Шарко частично перекликаются взгляды Жмурова В. А. [10], Литвинцева С. В. с соавторами [13] и ряда других учёных, подчеркивающих не только психологическую, но и органическую основу истерических симптомов.

В то же время, у большого числа исследователей сложилось мнение о преимущественно психологической природе истерии.

П. Жане [9], в противовес учению Ж. М. Шарко [27], видел причины её возникновения в подсознательных психологических механизмах, зависящих от особого невротического предрасположения и внушаемости больных.

Babinski J., [30, 31], являясь учеником Ж. М. Шарко, скептически относился к его учению, главным механизмом возникновения истерии считал внушаемость и самовнушаемость (“питиатизм”) больных. Другие исследователи [25, 26, 39] отмечали “условную желательность и приятность” истерических расстройств.

По наблюдению В. Я. Семке [20], невротические истерические расстройства возникали по механизмам суггестии и ауто суггестии, ухода в болезнь, а психотическая истерия имела в своей основе механизм ухода из действительности, вытеснения неблагоприятной ситуации и диссоциации сознания.

Некоторые зарубежные авторы считают необходимым условием развития диссоциативных расстройств при коморбидной аффективной патологии наличие психологической травмы и нарушение аффективной регуляции [34, 36, 44].

Несмотря на обилие исследований, посвященных истерии, перечень литературных источников, описывающих возникновение истинных истерических расстройств у больных с коморбидной психической патологией, не столь велик. Подавляющее большинство авторов расценивали конверсионно-диссоциативное расстройство в качестве истероформного, истероподобного проявления какого-либо психического заболевания [4, 37]. Например, Van der Kolk B. A. et al. [44], Lipsanen T. et al. [40]; Simeon D. et al. [42] рассматривали истерические расстройства в структуре ПТСР, соматизированного расстройства и депрессии.

Истерические расстройства при шизофрении многими авторами обозначались как истерошизофрения [2, 7, 8, 16, 18, 22], истероипохондрия [3, 23], истерокаатония [4, 14, 21], кататония под маской истерии [8, 43] и др. Подчеркивалась симптоматичность, нозологическая несамостоятельность, вторичность конверсионно-диссоциативных проявлений в рамках эндогенного заболевания, в основном, его мало-прогредиентных форм.

Многие авторы допускали коморбидное, равноценное сосуществование конверсионно-диссоциативной и другой психической патологии. Часть из них [38, 40, 41] указывали на распространенность диссоциативного расстройства среди депрессивных больных. Другие [11, 45] обратили внимание на частое сочетание истерии и органического заболевания головного мозга. Пшеничных И. В. [19] обнаружила высокий уровень коморбидности диссоциативных, соматизированных расстройств, депрессии и тревоги с выделением различных вариантов их соотноше-

<sup>1</sup> Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.



**Таблица 1.** Конверсионно-диссоциативные расстройства

Конверсионно-диссоциативное расстройство	N	% <sup>2</sup>
F44.0 Диссоциативная амнезия	–	–
F44.1 Диссоциативная fuga	–	–
F44.2 Диссоциативный ступор	2	1,3
F44.3 Транс и одержимость	–	–
F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства	34	22,1
F44.5 Диссоциативные конвульсии	6	3,9
F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия	23	14,9
F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства	63	40,9
F44.8 Синдром Ганзера	42	27,3
F44.88 Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства.	40	26,0
F45 Соматоформные расстройства		

ния. Ястребов В. С., Гонжал О. А. [6, 29] наблюдали истерическую симптоматику у психически больных, подчеркивая возможность появления в клинической картине психического заболевания истерических соматоформных расстройств как одного из вариантов самостигматизации (истероформный вариант самостигматизации).

Таким образом, утверждаясь в мысли о возможности коморбидного сосуществования истерических расстройств и другой психической патологии, исследования последних лет “вскользь” касались механизмов развития конверсионно-диссоциативной симптоматики у психически больных, освещая этот вопрос лишь в отдельных и частных аспектах, концентрируясь, главным образом, на клинических подробностях указанного соотношения.

Были исследованы 154 пациента с конверсионно-диссоциативным расстройством, находящихся на лечении в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева с 2008 по 2014 гг. Одной из целей исследования являлось описание механизма возникновения конверсионно-диссоциативного расстройства у больных, госпитализированных в общепсихиатрические отделения психиатрического стационара. Задачами исследования служило изучение и выделение различных вариантов механизма развития конверсионно-диссоциативного расстройства у этих пациентов. Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования конверсионно-диссоциативного расстройства у больного, находящегося на лечении в общепсихиатрических отделениях психиатрического стационара. Использовались клинико-психопатологический, катамнестический, экспериментально-психологический методы исследования.

<sup>2</sup> В некоторых случаях наблюдалось сочетание разных конверсионно-диссоциативных расстройств в пределах одной подгруппы, в связи с этим их общее количество превышает 100 %.

**Таблица 2.** Коморбидные конверсионно-диссоциативной симптоматике заболевания в соответствии с МКБ-10

Нозологии		n	%
Расстройства шизофренического спектра	Шизоаффективное расстройство	65	42,2
	Шизофрения параноидная	20	13
	Шизотипическое расстройство	35	22,7
<i>Всего расстройств шизофренического спектра</i>		120	77,9
Эндогенные депрессии	Биполярное аффективное расстройство	2	1,3
	Рекуррентное депрессивное расстройство	11	7,1
	Циклотимия	2	1,3
<i>Всего эндогенных депрессий</i>		15	9,7
Психогенные депрессии	Пролонгированная реакция на стресс	6	3,9
	Острая реакция на стресс F43	2	1,3
<i>Всего психогенных депрессий</i>		8	5,2
Органическое заболевание головного мозга F06 – F07		9	5,9
Расстройства личности		2	1,3
<i>Всего</i>		154	100

Конверсионные и диссоциативные расстройства в соответствии с МКБ-10 были распределены следующим образом — таблица 1.

Как видим в таблице, наибольшее количество конверсионно-диссоциативной симптоматики было представлено смешанными диссоциативными (конверсионными) расстройствами (40,9 %), синдромом Ганзера (27,3 %), другими уточненными диссоциативными (конверсионными) (26,0 %), диссоциативными двигательными (22,1 %) расстройствами и анестезией или потерей чувственного восприятия (14,9 %). Стоит отметить, что диссоциативных амнезий, fugи, транс и одержимости, по крайней мере, в изолированном виде у обследуемых больных не было, а диссоциативные ступор (1,3 %) и конвульсии (3,9 %) встречались в единичных случаях. Указанные расстройства наблюдались у пациентов, отнесённых к категории “смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства”, в сочетании с истерической симптоматикой из других подгрупп. К диагностической категории “другие уточнённые диссоциативные (конверсионные) расстройства” были отнесены пациенты с синдромом одичания, бредоподобными фантазиями, пуэрилизмом, истерическими припадками, не сопровождающимися судорогами, а так же с соматоформными расстройствами конверсионно-диссоциативной природы из раздела F45 (например, истерический комок, нарушение глотания, ложная беременность и т.д.). Все больные, помимо указанной истерической симптоматики, страдали той или иной коморбидной психической патологией, представленной в таблице 2.

Как видно из таблицы, наибольшее число больных страдали расстройствами шизофренического спектра 77,9 %, среди которых существенное количество за-

**Таблица 3.** Механизмы возникновения конверсионно-диссоциативной симптоматики у больных с коморбидными психическими расстройствами

Конверсионно-диссоциативная симптоматика		n	%
Как реакция на объективно значимые травмирующие события	Как средство избегания и ухода от травмирующей ситуации	90	58,4
	Как вариант гиперпсихозогнозии	16	10,4
<i>Всего больных с конверсионно-диссоциативной реакцией на объективные психотравмирующие события</i>		<i>106</i>	<i>68,8</i>
Как реакция на субъективно значимые травмирующие события	Как средство манипуляции окружающими	25	16,3
	Как вариант парапсихозогнозии	23	14,9
<i>Всего больных с конверсионно-диссоциативной реакцией на субъективные психотравмирующие события</i>		<i>48</i>	<i>31,2</i>
Всего		154	100

нимало шизоаффективное расстройство 42,2 %, параноидная шизофрения встречалась у 13 % пациентов, шзотипическое расстройство у 22,7 %. Депрессии эндогенного происхождения диагностированы у 9,7 % пациентов, из них 1,3 % страдали биполярным аффективным, 7,1 % рекуррентным депрессивным расстройством, а 1,3 % циклотимическими депрессиями. Психогенные депрессии 5,2 % были представлены острой 1,3 % и пролонгированной 3,9 % реакцией на стресс, органическое заболевание головного мозга отмечалось у 5,9 %, а расстройство личности у 1,3 % больных.

Как видим, большая часть пациентов страдает психическими заболеваниями эндогенного происхождения — 87,6 %. Обращает на себя внимание отсутствие у обследованных больных конверсионно-диссоциативного расстройства в “чистом” виде без сопутствующей психической патологии. Последнее соответствует указаниям многочисленных исследований о тропности истерических нарушений к той или иной психической патологии [11, 17, 38, 40, 41, 45]. Несмотря на общую для всех больных психогенную природу конверсионно-диссоциативного расстройства, механизмы его возникновения и развития имели существенное различие даже в пределах одних и тех же нозологических групп коморбидного заболевания. Принимая за основу и всецело разделяя утверждение о психогенной природе конверсионно-диссоциативного расстройства [6, 25, 26, 29, 30, 31, 34, 36, 39, 44], мы обнаружили различные пути, мотивы и поводы его возникновения у пациентов с коморбидными психическими расстройствами. Наряду с безусловно тяжёлыми, патогенными, травмирующими воздействиями, например, смертью близкого человека, угрозой жизни и здоровью и пр., условно обозначенными как “объективно значимые”, выделялись индивидуально непереносимые, однако не всегда очевидные условия и ситуации, вызывающие, тем не менее, истерический ответ. Такие воздействия условно назывались “субъективно значимыми”.

Особенности механизма возникновения конверсионно-диссоциативной симптоматики у больных с коморбидной психической патологией отражены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что конверсионно-диссоциативное расстройство как реакция на объективно значимые травмирующие события наблюдалась у 68,8 % пациентов. Конверсионно — диссоциативная симптоматика у этих больных развивалась при столкновении с психотравмирующими факторами по законам психогенных расстройств. У 58,4 % пациентов, пребывающих в условиях воздействия объективно значимого, лично непереносимого травмирующего события, по известному принципу условной желательности возникали конверсионно-диссоциативные расстройства, служившие психологически понятным средством избегания и ухода от психотравмирующей ситуации, как у преморбидно здоровых пациентов (3,9 %), так и у пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями (54,5 %). В первом случае в роли коморбидной патологии выступала депрессивная симптоматика непсихотического уровня психогенного происхождения. Во втором — конверсионно-диссоциативные расстройства возникали на фоне разнообразной, нередко полиморфной психопатологической симптоматики эндогенной или экзогенно-органической природы в виде галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых, аффективных, неврозоподобных и др. расстройств, вступая с ними (в некоторых случаях) в патопластическое, способствующее и иное взаимодействие.

Психогенные воздействия имели разное содержание, но общим для них являлась объективная значимость и личностная непереносимость психотравмирующих событий. У 10,4 % пациентов в роли такого события выступало само психическое заболевание, последующая конверсионно-диссоциативная симптоматика имела признаки гипернозоогнозии, точнее, гиперпсихозогнозии. Гиперпсихозогнозия нами рассматривалась как патологическая реакция личности на психическое заболевание, на факт его возникновения, необходимость пребывания в психиатрическом стационаре, вынужденное соседство с другими пациентами, зачастую основанная на феномене стигматизации и самостигматизации [6, 9] больного, критически, либо формально критически относящегося к собственной психической патологии. Под самостигматизацией понималась совокупность реакций паци-

ента на проявления психической болезни и статус больного в обществе [15]. Пример гиперпсихозогнозии приведен в следующем клиническом наблюдении.

*Клиническое наблюдение № 1:* у молодой пациентки, страдающей невротоподобной шизофренией, во время депрессивно-обсессивного ухудшения с тревожной депрессией, нозофобиями, достигающими выраженности панических атак, появлялась конверсионная симптоматика в виде анестезии конечностей, истерического кома в горле, нижнего парапареза. Больная искала помощи, обращалась к врачам, была угнетена сознанием того, что “заболела психически”. При последующем стационарном лечении главным сюжетом травмирующих переживаний, помимо самого душевного неблагополучия, являлась необходимость пребывания в психиатрической больнице, соседство с тяжелыми пациентами, с мыслями о том, что “теперь и она сошла с ума”, опасения по поводу возможной негативной реакции на её болезнь со стороны родственников и коллег. Даже по миновании основной психопатологической симптоматики конверсионные расстройства сохранялись до тех пор, пока переживания по поводу своей “психической неполноценности” и “возможных социальных последствий” не утратили актуальности (наряду с продолжающимся медикаментозным лечением проводилась интенсивная психотерапевтическая работа с пациенткой и её родственниками).

Конверсионно-диссоциативное расстройство как реакция на субъективно значимые травмирующие обстоятельства отмечено у 31,2 % пациентов. У больных этой группы конверсионно-диссоциативное расстройство возникло без предшествующих объективно тяжелых психотравмирующих событий. Тем не менее, у 16,2 % из них истерические механизмы использовались пациентами в качестве средства манипуляции окружающими в случае каких-либо сложностей во взаимоотношениях. Конверсионно-диссоциативная симптоматика являлась инструментом получения желаемого результата, уступок, выгоды, удовлетворения требований, привлечения внимания, достижения гедонистических, эгоцентрических целей, например, в ситуации отсутствия должного внимания и особого отношения.

14,9 % пациентов перенесли конверсионно-диссоциативную симптоматику на высоте психотических переживаний коморбидной психической патологии, при этом отсутствие каких-то значимых травмирующих событий, объективных и значимых причин для возникновения истерических расстройств, на первый взгляд, позволяло думать о истерикоформной или псевдоистерической природе болезненного состояния. Однако при более подробном анализе реакции пациента на содержание психотических (чаще персикаторных) переживаний открывался уже известный, и в какой-то степени психологически понятный сте-

реотип развития конверсионной и диссоциативной симптоматики. Болезненно преломленная реальность в силу отсутствия критики была для пациентов неотличима от действительности, и воспринималась как актуальная угроза жизни и благополучию, которой они пытались противодействовать доступными способами. Некоторым больным в силу имеющихся физиологических предпосылок (например, демонстративные черты характера, “отработанный” метод конверсии и др.) были доступны истерические механизмы ухода от опасной, невыносимой ситуации. Иными словами, сама психотическая симптоматика становилась психотравмирующим событием. В этом понимании конверсионно-диссоциативная симптоматика возникала по тем же истерическим механизмам, что и у больных, переживающих действительно реальную и тяжелую психотравмирующую ситуацию. Таким образом, истерические расстройства, возникшие при столкновении с пугающими, лично непереносимыми болезненными переживаниями, расценивались как вариант парапсихозогнозии. Под парапсихозогнозией нами понималась реакция на содержание психотических (галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых) переживаний, как правило, устрашающего, угрожающего или иного содержания, вынуждающих больного бороться с мнимой опасностью всеми доступными осознанными и неосознанными способами, в том числе с помощью конверсионно-диссоциативных механизмов, возникающих по тем же законам, что и у здоровых людей в ситуации реальной психотравмирующей ситуации. Описания указанного механизма развития истерических расстройств у больных с коморбидной психической патологией в современной литературе встретить не удалось. Пример парапсихозогнозии приведен в нижеследующих клинических наблюдениях.

*Клиническое наблюдение № 2:* больная, страдающая параноидной шизофренией, была уверена, что дома её “сжидают со света” сын и невестка, подсыплют отраву, воздействуют шумами, но в больнице на фоне лечения неприятных ощущений не возникало. Больная “с ужасом” думала о необходимости возвращения домой, где она вновь неизбежно подвергнется “смертельному угроблению”. При одном разговоре о необходимости выписки из больницы у больной “переставала гнуться” спина, пациентка ходила, наклонившись вперед, с углом, близким 90 градусам, при упоминании о доме, или при виде врачей осанка еще более ухудшалась. Больная уверяла, что выписываться рано, ей требуется лечение, с удовольствием получала ФТЛ, занималась лечебной физкультурой, однако жалоб не предъявляла, словно не замечала необычного положения тела при ходьбе. Если больная отвлекалась от своих переживаний, например во время беседы с другими больными на нейтральные темы, особенно если рядом не было лечащего врача, а так же во сне, спина расправлялась, тело принимало

обычное положение. Откровенно рассказывала о кознях сына, но положение тела с его воздействием никак не связывала, по-бредовому не трактовала, считала это “отдельной историей”. В случае нашей пациентки мы видим, что объективных психогенных причин действительно нет, однако события бредовых переживаний отравления и воздействия заставляли больную избегать возвращения домой в опасные для жизни условия из больницы, где она чувствовала себя комфортно и ее жизни ничто не угрожало. Возникновение конверсионной симптоматики по типу камптокармии психологически понятно, очевидны желательность и выгода расстройства, направленные на избегание опасной в понимании пациентки ситуации возвращения домой.

*Клиническое наблюдение № 3:* пациентка с шизоаффективным расстройством, элементами двойной ориентировки была уверена, что находится в тюремной больнице, куда попала за мнимое преступление, чем очень тяготилась. “Параллельно” с основной аффективной и неконгруентной аффекту симптоматикой эндогенного происхождения у больной развились клинически оформленные диссоциативные психотические расстройства по типу тюремного психоза с псевдодеменцией, синдромом регресса психики. Избегая излишней психологизации психотических переживаний, нельзя не обратить внимание на формальное, внешнее совпадение содержания болезненных переживаний ситуации лишения свободы, и развившегося истерического психоза так же, как и у преморбидно здоровых людей, оказавшихся в реальной ситуации тюремного заключения, описанных, например, в практике судебной психиатрии.

У 3,9 % из описанных выше больных, страдающих психотическим расстройством шизофренического спектра, возникшим после воздействия значимой психической травмы, наблюдалось своеобразное взаимоотношение и взаимовлияние эндогенного воздействия, клиники эндогенного заболевания и конверсионно-диссоциативного расстройства. Интенсивная и кратковременная психическая травма оказывала провоцирующее и патопластическое воздействие на эндогенное заболевание. Вслед за травмирующим событием возникал психоз аффективно-бредовой или галлюцинаторно-бредовой структуры, её содержание включалось в сюжет психотического состояния, и продолжало в нём существовать, несмотря на то, что в реальности травмирующие события уже утратили актуальность. В болезненном мире пациента устрашающий сюжет продолжал существовать (например, галлюцинаторный голос реального насильника угрожал расправой пациентке, перенесшей нападение и попытку изнасилования), возникали конверсионно-диссоциативные расстройства как реакция на ситуацию, угрожающую жизни. Связь с объективным психотравмирующим событием придавало этим состояниям сходство с патологически-

ми состояниями, описанными выше (конверсионно-диссоциативное расстройство как реакция на объективно значимые травмирующие обстоятельства у пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями), с другой стороны истерические конверсионные и диссоциативные симптомы существовали как реакция на болезненные психотические переживания в тот период, когда психическая травма утрачивала свою актуальность, в этом отношении указанные расстройства были наиболее близки к парапсихозогнозии. Таким образом, у всех обследованных больных, находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях психиатрической больницы, конверсионно-диссоциативное расстройство не являлось изолированной патологией, а всегда сочеталось с коморбидным психическим заболеванием, и имело различные механизмы возникновения. Наиболее часто конверсионно-диссоциативная симптоматика появлялась в ответ на объективно тяжелые психотравмирующие события, причем в части случаев в этой роли выступало сопутствующее заболевание, истерические расстройства при этом являлись вариантом гиперпсихозогнозии. У других пациентов конверсионно-диссоциативное расстройство развивалось в условиях субъективно значимых травмирующих обстоятельств — выполняло инструментальную и манипуляционную функцию в ситуации сложных interpersonalных отношений, либо возникло в ответ на устрашающее содержание психотических переживаний в качестве парапсихозогнозии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Банищikov В. М., Невзорова Т. А. Психиатрия, 1969.
2. Буренина Н. И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия). Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, М., 1997.
3. Волель Б. В. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия) — М., 2009
4. Выборных Д. Э., Петинати Н. А. Истерокататония в структуре психогенных расстройств у пациентки с острым лимфобластным лейкозом. // Психические расстройства в общей медицине (под ред. А. Б. Смулевича). 2011, № 2, стр. 42 – 45.
5. Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. — М., 1946.
6. Гонжал О. А. “Клиническая типология самостигматизации при шизофрении”, диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. — М., 2006.
7. Даниленко О. А. Динамика истероформной симптоматики у больных шизофренией и шизотипическим расстройством (клинический, адаптационный и реабилитационный аспекты). — Томск, 2011.
8. Дубницкая Э. Б. Малопрогredientная шизофрения (клинико — генеалогическое исследование), автореферат на соискание учёной степени доктора медицинских наук. — М., 1987.
9. Жане П. Неврозы. — М., 1911.
10. Жмуров В. А. Общая психопатология. — М., 2002.
11. Кетлински А. Психопатология неврозов.— Варшава, 1975.
12. Краснушкин Е. К. Психогении военного времени. Нервные и психические заболевания военного времени. — М., 1949, с. 245 – 252.

13. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма — М., 2005.
14. Максимов В. И. Исходы бедной симптомами вялотекущей шизофрении, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук — М., 1987
15. Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных, Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук — М., 2005.
16. Морозов В. М., Наджаров Р. А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии, 1976, № 9, стр. 1358.
17. Обеснюк О. А. Истериоформные расстройства, формирующиеся на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга (клинический и электрофизиологический аспекты). Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук — Кемерово, 2007.
18. Овсянников С. А. Вялопротекающая шизофрения с истериоформными проявлениями // Журн. невропатологии и психиатрии, 1970, № 7, с. 1031 – 1037.
19. Пиеничных И. В. Коморбидные аффективные и диссоциативные расстройства (клинические и терапевтические аспекты). Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. — М., 2006.
20. Семке В. Я. Истерические состояния. — М., 1988.
21. Смудевич А. Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии, 2009, № 11, стр. 5.
22. Смудевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М., 1987.
23. Смудевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия. — М., 2000, № 2, стр. 466 – 489
24. Снежневский А. В. Опыт работы фронтового невропсихиатрического госпиталя в Великую Отечественную войну // Военный медицинский журнал, 1947, № 2, стр. 23 – 31.
25. Хорошко В. К. О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне // Психиатрическая газета, 1916, № 1, стр. 3 – 10.
26. Хорошко В. К. Учение о неврозах — М., 1943.
27. Шарко Ж. М. Клинические лекции по нервным болезням, 1885.
28. Юрман Н. А. Неврастенические психозы военного времени // Психиатрическая Газета, 1915, № 9, стр. 139 – 142.
29. Ястребов В. С., Гонжал О. А., Тюменкова Г. В., Михайлова И. И. Методические рекомендации “Самостигматизация при основных психических заболеваниях” — М., 2009, стр. 15.
30. Babinski J. The dismemberment of traditional hysteria: Pithiatism. *Interstate Med. J.*, 1909, 16, 171 – 19.
31. Babinski J., Froment J. 1917. Hysterie, pithiatisme et troubles neurologiques d'ordre reflexe. Masson, Paris.
32. Bonhoeffer K. (1911) How far should all psychogenic illness be regarded as hysterical? In S. R. Hirsch & M. Shepherd (Eds.), *Themes and Variations in European Psychiatry*. Bristol: J. Wright.
33. Brown R. J. Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma, and Family Functioning in Patients With Somatization Disorder / R. J. Brown, A. Schrag, M. R. Trimble // *Am. J. Psychiatry*, 1986. — Vol. 162. — P. 899 – 905.
34. Chefetz R. A. Affect dysregulation as a way of life, *J. Am. Acad. Psychoanalysis*. 2000, 28, P. 289 – 303.
35. Clark C. H., Hedaya R. J., Rosenthal N. E. Seasonal depression in patients with dissociative disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1996. — Vol. 184, № 7. — P. 433 – 437.
36. Ebner-Priemer U. W., Badeck S., Beckmann C. et al. Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: a startle response study, *J Psychiatr Res.* 2005; 39, № 1 — P. 85 – 92.
37. Grigg J. R. Prednisone mood disorder with associated catatonia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989; 2(1): 41–4.
38. Irvin H. J. Alexithymia and dissociative tendencies. *J. Clin Psychol.* 1997. — Vol. 53. № 2. — P. 159 – 166.
39. Kendell R. E. (1987) Hysteria. *Med. Internat.*, 34, 1614 – 17.
40. Lipsanen T., Korkeila I., Peltola P. et al. Dissociative disorders among psychiatric patients. *Н Pediatr Int.* 2003. — Apr. — Vol. 45 — P. 150 – 155.
41. Maaranen P., Tanskanen A., Honkalampi K. et al. Factors associated with pathological dissociation in general population. *Aust. № Z J. Psychiatry* — 2005. — Vol. 39, № 5. — P. 387 – 394.
42. Simeon D., Greenberg J., Nelson D., Scnidler J., Hollander E. Dissociation and posttraumatic stress 1 year after the World Trade Center disaster: Follow-up of a longitudinal survey. *Journal of clinical psychiatry* 2005, 66: 231 – 237.
43. Urstein M. *Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie*. Karger, Berlin 1922.
44. Van der Kolk B. et al. Dissociation, affect dysregulation and somatization // *Psychiat. Clin. N America*, 2002, P. 346 – 357.
45. Whitlock F. A. The Aetiology of Hysteria, *Acta psychiat. scand.*, 1967, 43, 2, p. 144 – 162.

**Индийский Фонд исследований шизофрении  
при поддержке ВПА**

**Шестая международная конференция по шизофрении**

21.08.2014 – 23.08.2014, Ченнай, Индия

**icons@scarfindia.org; www.scarfindia.org / www.iconsofscarf.org**

# Эпидемиология психических заболеваний в европейских странах, и их влияние на общество. Особенности структуры психиатрической помощи на примере Германии

В. А. Кажин<sup>1</sup> (Бад Дюрхайм, Германия)

В настоящей статье даётся обзор распространённости психических заболеваний в европейских странах, показана их значимость, экономические и человеческие потери. Даются статистические данные о специфике заболеваемости психическими болезнями и финансировании систем здравоохранения. Показан рост инвалидизации населения и экономические затраты на лечение психоневрологических болезней на примере Германии. Раскрыта структура психиатрической помощи в Федеративной Республике Германии и её главные составляющие.

**Ключевые слова:** эпидемиология психических заболеваний, структура психиатрической помощи, затраты на лечение психоневрологических заболеваний, финансирование здравоохранения

## 1. Психические болезни в европейских странах, их последствия и особенности систем здравоохранения

Психические болезни занимают ведущие места по экономическим и человеческим потерям в современном мире. Как по показателю, исчисляемому в YLD (Years lived with Disability), так и в DALY (disability-adjusted life years or disease-adjusted life years (lost)), в первой десятке всех болезней лидерами являются депрессии, алкоголизм, деменции, шизофрения и маниакально-депрессивные заболевания.

Время от психических болезней в европейских странах с их 870 миллионами жителей велико: на 2006 год около 100 миллионов страдали от депрессивных и фобических расстройств, около 21 миллиона — алкогольной зависимостью, 7 миллионов — болезнью Альцгеймер и другими формами деменции, около 4 миллионов — шизофренией и столько же маниакально-депрессивными расстройствами.

В последнем эпидемиологическом исследовании на европейском континенте ECNP/EBC REPORT 2011 было установлено, что 38,2 % жителей Европы страдают психическими заболеваниями. Так же был обнаружен существенный рост (удвоение количества заболевших) психических болезней за период с 2005 по 2011 год. В то время, как число страдающих от психических нарушений в 2005 составляло 27,4 % или 82 миллиона человек, уже в 2011 это были 165 миллионов человек. Объективный рост психических заболеваний вызывает большую тревогу в современном европейском обществе.

Итак, по результатам этого исследования самыми частыми психическими нарушениями в абсолютных цифрах являлись: фобические расстройства — 61,5 млн.,

униполярные депрессии — 30,3 млн., нарушения сна — 29,1 млн., соматоформные заболевания — 20,4 млн., алкогольная зависимость — 14,6 млн., посттравматические нарушения — 7,7 млн., деменции — 6,3 млн., психотические заболевания — 5,0 млн., нарушения личности — 4,3 млн., гиперактивные расстройства и синдром дефицита внимания — 3,3 млн.

С учётом эпидемиологических особенностей распространения психических заболеваний выстраивается психиатрическая помощь в современном западном мире.

Так, в Германии, где основной упор делается на предоставлении населению качественной и многогранной психотерапевтической помощи, уделяется особенно большое внимание лечению депрессивных, соматоформных и психосоматических нарушений. Стоит отметить, что в Германии существуют давние психотерапевтические и психоаналитические традиции, что привело к выделению психосоматики в отдельную дисциплину, в чём-то отличную от психиатрии.

По каким причинам европейские граждане не доживают до среднего возраста и проводят жизнь в ограниченных психической болезнью условиях (DALY)?

Среди мужского населения это: 1. Алкогольная зависимость. 2. Униполярные депрессии. 3. Инсульт. 4. Деменции. 5. Наркотическая зависимость.

Тогда как среди женского населения: 1. Униполярные депрессии. 2. Деменции. 3. Инсульт. 4. Мигрень. 5. Алкогольная зависимость.

Исходя из этих данных, могла бы строиться вся система медицинской помощи как на западе, так и в Российской Федерации.

Болезни центральной нервной системы являются, наряду с болезнями сердечно-сосудистой системы, ведущими по экономическим и человеческим потерям по показателю DALY (disability-adjusted life years or disease-adjusted life years (lost)). Они составляют

<sup>1</sup> Проф., д-р мед.наук, директор Медиан Клиники Святого Георга.

19,5 % DALY-потерь, причём депрессии составляют 6,2 % и стоят на третьем месте, самодеструкция — 2,2 % на 11 месте, тогда как деменции — 1,9 % на 14 месте.

Психические и нервные болезни составляют 40 % всех хронических болезней вообще.

В большинстве европейских стран 35 – 45 % нетрудоспособности по больничным листам приходится на психические болезни. 150 000 европейцев совершают суицид, причём 80 % из них мужчины.

Несомненно, что хорошая система здравоохранения зависит, в том числе, от финансирования. США являются мировым лидером по затратам на здравоохранение и тратят на него почти 18 % ВВП, в западной Европе, в таких странах как Голландия, Франция, Швейцария, Дания и Австрия, примерно одинаковый уровень финансирования, который составляет от 11 до 12 % ВВП.

В 2011 г. Германия потратила на здравоохранение 294 млрд. евро — это почти 12 % ВВП, при этом затраты на каждого жителя Германии составили 3 590 евро в год.

## 2. Рост инвалидизации населения из-за психических заболеваний на примере Германии

В период с 2001 по 2010 год в Германии увеличилось количество дней по больничным листам в связи с психическими расстройствами с 33,6 млн. (6,6 % среди всех болезней) до 53,5 млн. (соответственно 13,1 %). Закономерно, что выход на раннюю пенсию по поводу психических расстройств, составлявший в 2000 году 24 % от всех остальных заболеваний, уже в 2011 повысился до 41 %. Переведя в абсолютные цифры, это 73 200 граждан, которые каждый год в основном из-за хронических фобических и депрессивных расстройств покидают рынок труда и ведут ограниченный образ жизни.

Основными причинами такого роста заболеваемости социологи называют изменения на рынке труда, указывая при этом на следующие обстоятельства: увеличение ответственности и необходимость большей “гибкости” на рабочем месте, а также увеличение временной занятости наряду с сокращением постоянных заработков и рабочих договоров.

Если психические заболевания являются абсолютными лидерами, то в ряду соматических болезней, приводящих к выходу на раннюю пенсию, в процентном соотношении это — болезни нарушения обмена веществ (18 %), ортопедические заболевания (16 %), раковые заболевания (14 %) и болезни сердца и сосудов (10 %).

## 3. Расходы на нужды психиатрии в Германии

В целом на нужды психиатрии в Германии выделяется 1 % всего ВВП, в то время как прямые (лечение) и непрямые расходы (оплата больничных и ре-

билитации) составляют 3 – 4 % ВВП и на них ежегодно идет 80 – 100 млрд. евро.

Для примера, в 2012 около 33 млрд. евро были потрачены только на лечение психических нарушений, например, деменции — 9,3 млрд. евро, депрессии — 5,2 млрд. евро, шизофрении — 3 млрд. евро, наркологических заболеваний — 3 млрд. и на все остальные психические болезни — 7 – 8 млрд. евро. и т.д.

## 4. Штаты в психиатрическом секторе Германии

На сегодняшний день в Германии насчитывается 9 105 врачей психиатров и психотерапевтов, среди них 5 500 работают в частном секторе (0,66 на 10 000 населения) и в клиниках 3 800 (0,45 на 10 000). С 1995 года в Германии введена обязательная резиденатура по психиатрии и психотерапии, отдельно специальности врача-психиатра больше не существует.

Как уже сказано выше, в Германии существуют давние психотерапевтические и психоаналитические традиции, в этом ракурсе существует такая отдельная узкая специализация как врач психосоматической медицины и/или психотерапии, их насчитывается 4 024 (частный приём 0,43 на 10 000).

Также существует специализация врачей невропатологов и психиатров, их на данное время 3 437. Самую малую долю в системе психиатрической помощи занимают 1 806 детских и юношеских психиатров.

Из 18 372 врачей половина, т.е. 9 694, работают амбулаторно.

К этой большой группе психиатров и психотерапевтически работающих коллег присоединились буквально за последних несколько лет, в результате некоторых изменений в федеральном законодательстве, 13 800 психологов-психотерапевтов (1,4 на 10 000).

Следует сказать, что врачи и психологи-психотерапевты проводят лечение в основном (64 %) в традиции психоаналитической и глубинно-психологической терапии, лишь 13 % лечат по канонам поведенческой (когнитивной) психотерапии.

Немецкой спецификой также является то, что около 66 000 врачей всех специальностей имеют квалификацию по психосоматике (psychosomatische Grundversorgung) и активно помогают как в диагностике, так и в адекватном обслуживании психически больных.

На данное время в Германии насчитывается больше 400 психиатрических стационарных учреждений с общим количеством 53 000 коек (0,45 на 1000), причём около 32 000 приходится на специализированные и 21 000 на психиатрические отделения в больницах общего профиля. Средняя продолжительность лечения в психиатрических больницах в настоящее время составляет 23,2 дня.

Кроме того существует около 90 чисто психосоматических клиник с более чем 30 000 койками (0,46 на 10 000), 113 учреждений детской и юношеской психиатрии с 4 600 койками (0,57 на 10 000) и 339 судеб-

но-психиатрических стационаров с 7 300 койками (0,1 на 10 000).

### **5. Основные составляющие медицинской психиатрической помощи Германии**

Основными участниками в системе психиатрической и психотерапевтической помощи Германии являются:

– частно практикующие психиатры, психотерапевты и психологи — они составляют костяк амбулаторной психиатрической помощи в Германии;

– клиники и отделения психиатрии в больницах общего профиля (1/3 государственные, т.н. коммунальные, 1/3 частные и 1/3 церковные спонсоры/владельцы) — основа стационарной психиатрической помощи;

– психосоматические реабилитационные клиники и реабилитационные учреждения — основа психосоматической реабилитации;

– психоневрологические интернаты/Общежития для психически больных (1200, около 62 000 мест) — для проживания хронических больных;

– государственная социально-психиатрическая служба (SPDI) — бесплатная психологическая служба для каждого жителя Германии, который нуждается в (бесплатной) психологической поддержке;

– наркологическая служба помощи (Drogenhilfe) — также бесплатная государственная помощь для наркозависимых Германии;

– служба помощи по заболеваниям зависимости (Suchtberatungsstellen) — бесплатная помощь и консультации для всех видов зависимости;

– инвалидные мастерские (WFBM) — вторичный рынок труда — это 200 000 рабочих мест (с рабочими договорами и своей пенсией) для людей с ограниченными возможностями и хроническими психическими заболеваниями;

– учреждения реабилитации психически больных (РПК) (42 центра) — это медицинская и профессио-

нальная реабилитация психически больных с целью возвращения их на первичный рынок труда;

– учреждения трудотерапии и времяпровождения (Tagesstätte) — возможность сменить обстановку и структурировать день, а также пообщаться и позаниматься любимым делом вместе с другими;

– группы самопомощи пациентов (Verband der Psychiatrieerfahrene), группы поддержки родственников психически больных (Angehörigengruppen), группы самопомощи по различным психическим заболеваниям (напр., анонимные алкоголики, больные шизофренией и депрессией, тиками и эпилепсией), телефоны доверия и т.д.

На государственном уровне существует должность в правительстве ФРГ по делам людей с физическими и психическими недостатками, в настоящее время этот пост занимает известная спортсменка по биатлону с врождённой слепотой госпожа Бентеле.

Все эти психиатрические и психологические структуры направлены на реинтеграцию психически больных и их активное участие в жизни современного германского общества. При этом психиатрия и психотерапия играют всё большую роль в социальных, экономических и политических процессах общественной жизни государства.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000 – 2011. Departments of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva. November 2013. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods.pdf>
2. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/96453/E87301G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf)
3. Wittchen, et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011, 21, 655 – 679.
4. Putzhammer A., Kazin V., Jungblut T. (2009) Mental Health Care Reform in Germany. In: *Problems and Perspectives of inpatient psychiatric care*. In two volumes. Edited by O. V. Limankin, Sankt-Petersburg. Volume I, 255 – 270.

## **XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

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

*14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания*

**[www.wpamadrid2014.com](http://www.wpamadrid2014.com)**



## Пришла ли пора отказаться от психопатологической трактовки алкоголизма? Клинический случай как аргумент в дискуссии

В. А. Солдаткин<sup>1</sup>, Ю. П. Сиволап<sup>2</sup>, В. В. Мрыхин и В. В. Мрыхина<sup>3</sup>

Статья посвящена, с одной стороны, клинике — “как постаменту психиатрической науки”, с другой — продолжению дискуссии о необходимости пересмотра ряда укоренившихся в отечественной наркологии взглядов и подходов, в частности, понимания и типирования аддиктивного влечения. Авторы ведут дискуссию так, как это всегда (задолго до МКБ, ДСМ) было присуще отечественной медицине — “у постели больного”.

**Ключевые слова:** алкоголизм, патологическое влечение, шизофрения.

*Существует много разных причин, делающих публикацию историй болезней насущной необходимостью; среди них — указание на определенное явление или симптом, на те или иные понятные или причинные связи, демонстрация некоторых состояний или терапевтических эффектов. Но создание всеобъемлющих биографических описаний возможно только при условии, что оно руководствуется идеей нозологической единицы. Хорошо составленные биографические описания могут стать основой — пусть предварительной — для разработки конструктивной типологии, делающей акцент на самом существенном.*

*К. Ясперс, “Общая психопатология”.*

В непростой ситуации находится современная российская наркология. С одной стороны, своеобразной “наковальной” является позиция государства, все более жестко пытающегося решить “проблему зависимости” и использующего наркологию в качестве рычага, с другой — “молотом” — проходятся по ней сторонники антипсихиатрических взглядов. К мыслям большинства из них многие врачи привыкли, и фразы “зависимость — не болезнь”, “психиатры и наркологи искусственно, от нечего делать, придумывают диагнозы, чтобы привязать к себе клиентов” — давно не вызывают эмоциональной реакции. Гораздо больший интерес вызывает появление новой точки зрения, внешне лишенной радикализма, и весьма разумно призывающей к пересмотру ряда старых, укоренившихся (быть может, без достаточного основания) постулатов. Один из посылов этой новой доктрины — необходимость отказа от психопатологической интерпретации проявлений зависимости, в частности, аддиктивного влечения — не может не вызвать дискуссии. Возможная, и пред-

ставляющаяся оправданной, форма такой дискуссии — “у постели больного”.

Вниманию читателя представляется клинический случай, обсужденный на клинической конференции (сопредседатели — заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК РостГМУ, д.м.н. В. А. Солдаткин и профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ММА им. И. М. Сеченова, д.м.н. Ю. П. Сиволап) 02.10.13 г., в Ростове-на-Дону, в присутствии коллективов кафедр психиатрии и наркологии ФПК РостГМУ, психиатрии РостГМУ, психотерапии и медицинской психологии ФПК РостГМУ, 79 врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов Ростовской области, психологов. Врач-докладчик — В. В. Мрыхина.

**Врач-докладчик.** Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется клинический случай — пациент Павел Владимирович, родился 29.11.1977 г. В настоящее время — безработный.

На момент рождения матери было 22, а отцу — 23 года. Известно, что брат деда по отцовской линии был “неполноценным”, его дразнили “дураком”. Отец и дед по отцовской линии злоупотребляли алкоголем.

Павел — единственный ребенок в семье, младший брат умер сразу после рождения. В раннем развитии без особенностей. В детстве большую часть времени проводил с бабушкой по материнской линии. Ходил в детский сад, где достаточно хорошо адаптировался. В

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии ФПК.

<sup>2</sup> Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, кафедра психиатрии и медицинской психологии.

<sup>3</sup> Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии ФПК.

школу пошел с 6 лет, до 5 класса учился хорошо, потом успеваемость снизилась. Когда Павлу было 11 лет, родители развелись из-за алкоголизации отца. Развод родителей перенес внешне спокойно. Закончив 11 классов, пытался поступить в политехнический институт, но не добрал баллов и пошел учиться заочно в автотранспортный техникум. Учебу в нем не окончил, начал работать автослесарем. В 1995 – 97 гг. проходил срочную службу в армии. После окончания “учебки” полтора года дослуживал в Аксае, вблизи от дома. Мог уходить из части домой, помогать близким по хозяйству. После демобилизации вернулся на работу автослесарем; помимо официальной работы, вечерами и ночами “шабашил”, ремонтируя грузовые автомобили. В 2001 г. женился на девушке, с которой познакомился еще во время службы в армии, вскоре родилась дочь.

В 2005 г. (28 лет) возникли проблемы с дополнительным приработком, рассорился с товарищами по работе. Переживал из-за проблем на работе, дома начались скандалы, и Павел начал пить, хотя ранее был к этому, вроде бы, не склонен. Впервые попробовал спиртное (шампанское) на школьном выпускном вечере, потом выпивал периодически, примерно 1 раз в неделю — на дискотеках, по праздникам. Доза алкоголя составляла около 100 мл водки. С 2005 по 2011 гг. пил постоянно, толерантность достигала 1 – 1,5 бутылки водки в сутки, сформировался похмельный синдром. Мог воздерживаться от спиртного максимум 2 – 3 дня, но чаще пил ежедневно. Психозов не было. Жена вскоре подала на развод, брак был расторгнут. Павел должен был платить алименты, но так как подолгу нигде не работал, чаще перебиваясь случайными заработками, по решению суда направлялся на принудительные работы, но и по сегодняшний день имеет долг по алиментам на сумму 360 тысяч рублей. В 2010 г., после работы с тяжестями, стали беспокоить боли в спине, была диагностирована грыжа 5 – 6 крестцового позвонков, в течение трех месяцев лечился в неврологическом стационаре.

В 2011 г. (33 г.) по предложению знакомого, у которого работал, прошел амбулаторно лечение от алкоголизма (3 капельницы), не “кодировался”, но достаточно легко смог в дальнейшем воздерживаться от употребления алкоголя. В это время почувствовал себя значительно лучше — перестала болеть спина, ушел лишний вес. Стал строить себе дом, чувствовал ответственность за своих близких. Неофициально работал сварщиком — “шабашил”. Даже когда в 2011 г. умер дед, к которому был привязан, спиртное не употреблял ни на похоронах, ни на поминках. В течение последнего полугода дома с Павлом живет давно знакомая ему женщина вместе со своим сыном от первого брака. Отношения складываются благополучно. С апреля по сентябрь 2013 г. работал заправщиком на АЗС, но после конфликта на работе был уволен.

В июле текущего (2013 г., 35 лет) года состояние изменилось — ощутил “какой-то подъем”, стал “верить в себя”, нарушился сон. Однократно возникло ощущение, что “кто-то внедряется в его мысли, предполагал, что кто-то может следить за ним через камеру

его мобильного телефона”. За лето похудел на 10 – 15 кг. Со слов двоюродной сестры, в первой половине сентября Павлу “стало казаться, что за ним следят соседи, ходил выяснять с ними отношения”. Стал как будто “бестолковым” — мог посреди ночи придти в дом к старым знакомым в гости, однажды бросил машину посреди улицы, говорил, что кончился бензин. Казалось, что на улице его с непонятной целью преследуют черные машины.

По инициативе родных обратился за психиатрической помощью.

**Психический статус.** Сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена. За своим внешним видом следит достаточно, одет аккуратно. Мимика и пантомимика адекватны теме беседы, живые. Речь в обычном темпе, хорошо модулирована. Общий фон настроения ближе к ровному, но в определенные моменты беседы становится возбужденным, начинает более активно жестикулировать. Жалоб на состояние психического здоровья не предъявляет. При перемене погоды беспокоят болезненные ощущения в спине и правой ноге. Патологии чувственного познания выявить не удается. На вопросы часто отвечает не по существу, например, на вопрос о самочувствии долго и подробно рассказывал, как он ехал на прием, что случилось с его автомобилем. Замечает, что когда он едет на машине, его часто сопровождают машины красного, белого и черного цветов, перестраиваясь специальным образом, так, чтобы он всегда ехал за белым автомобилем. Заметил, что его автомобиль “стал глохнуть в самый неподходящий момент”, допускает, что это чьи-то происки, возможно, кто-то повредил его автомобиль, стоящий на улице. Считает, что это могут быть люди с его предыдущей работы (заправки), с которыми у него был конфликт. Стал замечать в своем переулке “подозрительных” людей, которые, проходя мимо его ворот, смотрят недобро и с презрением, считает, что они за ним специально следят. Говорит, что в общении с близкими стал более решительным, стал отстаивать свою точку зрения на многие вопросы. Мышление резонерское с элементами соскальзывания. Когнитивно сохранен. Критика отсутствует.

Выполнено **психологическое исследование** (клинический психолог Е. Г. Шопина, 13.09.2013 г.): выявлен шизофренический патопсихологический симптомокомплекс (нарушение операциональной стороны мышления в виде искажения уровня обобщения и отвлечения, нарушение мотивационного компонента мышления — разноплановость, снижение целенаправленности познавательной деятельности, в личностной сфере — гипоманиакальное состояние, паранойяльные переживания, эмоционально-личностный паттерн психопатической личности шизоидного круга).

**В. А. Солдаткин:** Побеседуем с пациентом.

Пациент заходит в аудиторию самостоятельно. Напряжен, собран. Несколько обескуражен встречей с большим количеством врачей. По предложению садится к врачам Ю. П. Сиволапу и В. А. Солдаткину.

**В. А. Солдаткин:** Здравствуйте, Павел Владимирович. Мы сегодня собрались здесь, чтобы обсудить

Ваш случай, это обсуждение — анонимно; наша основная задача обменяться мнениями и подумать, как лучше всего помочь Вам. Если не возражаете, наша беседа будет стенографироваться — чтобы мы в дальнейшем смогли к ней вернуться. — *Я не против.*

Павел Владимирович, скажите, что привело Вас к доктору? Вы пришли сами, или это была инициатива родных? — *Инициатива родных.* — Что их тревожило? — *То, что я не спал какое-то время.* — У вас действительно были проблемы со сном? — *Нет, не было, я просто привык так, работал на заправке сутки — трое.* — За это время сон стал нерегулярным? — *Я отсыпался в те трое суток, которые были между рабочими днями.* — Что стало смущать родных? — *Я дома занимаюсь домашними делами, голова болит, как бы дом достроить и все такое.* — И что со сном? — *Я привык к одиночеству, свои мысли сам себе в порядок привожу.* — Вы давно одинокий? — *С 2006 года, после развода с женой.* — И научился сам приводить мысли в порядок, или у Вас всегда была такая черта? — *У меня скорей всего всегда была такая черта, чтобы побыть в одиночестве и привести чувства и мысли в порядок.* — Вам после 2006 года всегда было в одиночестве легче душевно, эмоционально? — *Немного даже легче становилось.* — Только ли сон тревожил семью, или еще что-то? — *Их начало беспокоит то, что я худеть начал.* — Когда Вы начали худеть? — *В конце лета, где-то с середины июля.* — Вы стали меньше есть? — *Нет, я привык кушать вечером, после того как вся моя семья поужинает, мне хватало с головой, и энергии, и всего.* — Это было обычное количество еды, или все-таки меньшее? — *Обычное.* — Если я Вас правильно понимаю, Вы ели как обычно, но вдруг стали худеть? И похудели на сколько килограммов? — *Я никогда не взвешивался, но почувствовал, что у меня и живот спал, и по одежде видно.* — Вас самого это тревожило, или только родных? — *Я себя так комфортно чувствую, меня не беспокоит грыжа позвоночная, я в одной поре, по-моему, сейчас даже начал набирать вес.* — В целом Вы себя хорошо чувствуете? — *Вполне.* — Даже лучше, чем до лета? — *Конечно.* — Это некий подъем? — *Для меня это подъем.* — Как-то воспрял духом? — *Да.* — Появились некие силы? — *Возможно, я их нигде не проявлял, только дома, что-то делая, что доставляет мне удовольствие.* — Ощущение, что появились новые возможности? Или это касается только сил, энергии? — *Энергии, скорей всего.* — Поэтому и спать можно меньше? — *Я приучил себя, мне хватало.* Когда я в смене посплю два часа, прихожу домой и мне нечем заняться, ложусь спать, когда у меня есть цель, я занимаюсь дома делами. — Не очень это вяжется с теми опасениями, которые возникли у Вас. Они же возникли в отношении того, что кто-то недоброе против Вас замышляет, люди на Вас как-то поглядывают? — *Это в моих глазах, касается только меня, поэтому я поделился секретом этим со своей сестрой и с ближайшим другом, и вылилось все это.* — Коль уж вылилось, может, прокомментируете это? — *У меня такое чувство, что на меня смотрят совсем по-другому люди.* — Как по-другому, с интересом, с замешательст-

вом, с удивлением? — *С удивлением, с опасением.* — Вас побаиваются? — *Может быть.* — Вам так кажется? — *Все те люди, с которыми я живу на одной улице, в моем квартале, до этого случая общались со мной по-одному, а теперь совсем по-другому. Я это стал замечать.* — Что это, мимика другая, глаза, речь, или они стараются уйти быстрее? — *Избегают, мое мнение никого не интересует, когда надо что-то посоветовать. Мой ближайший друг все равно делает так, как ему это надо, к примеру, разрыть улицу, или асфальт надо стелить, или еще что-то, когда надо заявление писать для разрешения, чтобы по закону было и т.д.* — Это для того, чтобы специально Вас дискредитировать? — *Нет, просто раньше прислушивался ко мне мой друг, а теперь мне кажется, что он не хочет даже и общаться со мной.* — Как Вы это объясняете, почему это произошло? — *Я не знаю.* — Предположите, может, ему и окружающим что-то негативное известно, или они себя так специально ведут, чтобы наказать Вас? — *Я не знаю, за что меня наказывать.* — А есть ощущение, что наказывают? — *Нет, такого ощущения нет, как бы завидуют.* — Они видят и знают, что у Вас есть то, чему завидовать? — *Тому, наверное, что я делаю все сам.* — А что Вы сделали сам? — *Хотя бы то, что я сам строю себе дом.* — Есть такая информация, что машины как-то странно себя ведут, за чем-то за белой машиной надо ехать, это что? — *Мне так интересней по Ростову ездить, так быстрее.* — Т.е. белые машины ведут Вас к месту назначения быстрее? — *Выходит, так.* — Поэтому Вы сегодня на конференцию не опоздали? — *Я опоздал, зашел сюда в 6 минут.* — Так как, все-таки, ведут себя белые машины? — *Абсолютно никак, просто я придерживаюсь этого, я еду и попадаю постоянно на зеленый свет. Меня это настораживает тоже, но это большой плюс, объяснения этому никакого нет.* — Это не напоминает Вам какой-то большой эксперимент? — *У меня были такие мысли, но я не хочу даже и думать об этом. Это касается только моих мыслей, я не хочу комментировать это.* — Но ведь размышлял об этом? — *Что-то происходит, я не даю этому объяснение, сам для себя я хотел бы с этим разобраться, хотя, может быть, и не надо.* — А почему не надо? — *Просто хочу жить как жил.* — Вы думаете, что какие-то загадки выйдут на поверхность? — *Возможно.* — Чтобы все так подстраивать — машины, зеленый свет светофора — надо Вас все время видеть. У Вас есть ощущение, что за вами наблюдают? — *У меня такое чувство присутствует, после того как я купил себе такой автомобиль.* — Следят за машиной, или за Вами? — *Я не знаю.* — А в мысли к Вам лезут, есть ощущение, что знают, читают то, о чем Вы думаете? — *Было один раз в начале июля.* — Только один раз? — *Да, больше я такого не наблюдал за собой. И это было ночью.* — Это во сне было? — *Нет, я не спал.* — А наоборот, не было такого, что смотрел на людей и представлял, о чем они говорят, что они думают? — *Я затрудняюсь ответить, я никогда не думал об этом. Я мог бы предугадать.* — При помощи интуиции? — *Да, чувство какое-то было.* — Это новое, или Вы всегда были

интуитом и могли предсказывать? — *Я не могу ответить на этот вопрос точно. — Как предполагаете, это дремало в Вас? — Возможно, но в последнее время это стало проявляться. — Не было ли зрительных странных феноменов, например, смотрите на человека, а у него лицо несколько меняется, выражение лица становится другим, странным? — Нет, это если и было, я не обращал внимания, все сводил к тому, что это личное дело человека. — Но все-таки было что-то похожее? — Я не присматривался. Ну, было в моем окружении, с моими друзьями как-то что-то, но я никогда не задумывался глубоко на счет этого. Это относилось к смене настроения. — А уж совсем странных вещей не видел? — Нет. — Полтергейст? — Нет. — Речь у людей не менялась, то замедлялась, то ускорялась? — Нет. — Не было ощущения, что кто-то незримо все время рядом с Вами находится, со спины, или сбоку? — Нет. — Что в углах глаз что-то промелькивало, как тень какая-то? — Нет. — Не касалось Вас ничего, словно дуновение ветерка? — Я никогда не верил в это, и пытаюсь придерживаться этого мнения. Просто я стал замечать в себе какое-то странное ощущение, поэтому моя сестра и привела меня к врачу. — Это Вы о каком ощущении? — Вот за последнее время, что было у меня такое... — Не было такого, что как-то странно стали течь Ваши собственные мысли, ускоряться? — Нет. — Потока не было, так что в голове на какие-то секунды трудно даже удержать мысль, сразу много мыслей? — Было — на тему, как бы сэкономить, денег вечно не хватает, как бы сделать это все подешевле и грамотно. — Эти мысли, они что, были заметно ускорены? — Нет, просто бывают такие мимолетные мысли, как бы сделать так, чтобы было грамотно, чтобы не устать, настолько, как я уставал раньше. — А бывало так, что Вы одновременно о нескольких вещах размышляли сразу, параллельно на несколько тем? — Сразу обо всем? Я бы сказал, что нет. — Как некоторые люди говорят, “каша в голове” возникает, такое чувство Вам не знакомо? — Нет. Я всегда внутренне себе говорил, а сейчас я начал говорить это напрямую своим близким — если хочешь добиться чего-то, надо поставить себе цель. Я ставлю себе цель и пытаюсь всячески ее добиться. — У Вас яркое воображение? — О чем? — Вообще, в целом. Вы человек склонный к воображению, или Вы так не сказали бы? — Я бы не сказал. — В детстве такого не было, в юности? — Если отнести это к мечтам, я мечтал завести себе катер, я его купил, потом машину, сейчас у меня цель достроить дом, я постепенно к этой цели иду. — Было у Вас за последнее время, в августе или в сентябре, что какие-то яркие картинки возникали в голове, как предсказания, или не связанные с текущей ситуацией? — Моей бабушке 84 года, и она все время хочет встретить своих родственников, мою двоюродную сестру, и она мне навязывает эту мысль, что они придут. — Как это связано с моим вопросом, причем здесь картинка в голове? — Просто я уже представлял, как буду их встречать, мне нужно познакомиться с ней, я не видел ее ни разу. — И это размышление было в голове? — Да. — А так, чтобы оторван-*

ное от жизни вдруг Вам показали в голове, не было такого — как на внутреннем экране? — *Нет. Я представлял, как они будут входить во двор, а там беспорядок, поэтому стал порядок наводить, готовиться. — Предсказаний у Вас не было? — Нет, я никому не навязываю, это лично мое мнение. — Да, но у Вас лично такое бывало? — В кругу моей семьи. — О чем Вы? — О том, что если письмо получено, значит ждите гостей. — Объясните. — Пришло письмо от моей сестры, я его перевел бабушке и все... — А речи чужой никогда не было в голове, Вы никогда не слышали то, чего нет вокруг, какие-то слова, фразы звучали? — Скорей всего, в июле месяце беседа какая-то была. Но я не придавал этому значение, гнал от себя эту мысль, и все прошло. — Это сколько длилось? — Где-то на протяжении часа, может меньше. — Где Вы в это время были? — Я был дома. — И что за речь была? — Беседа моего друга с женой, они давали мне советы. Я подумал, почему лезут в мои мысли? Это был единственный момент. — А беседа звучала внутри головы? — Да, я отчетливо слышал голоса эти в голове. — Внутри, не так как Вы слышите обычную речь вокруг? — Да, это другое было. — Что они говорили? — Беседа их. Я часто к ним приходил, из-за этого может быть, это мои размышления такие, я отнес это к беседе их и все. — Беседа была около часа, они обсуждали Вас, и Вы были недовольны, что они лезут в Ваши мысли? — Это меня насторожило. Я просто не стал общаться с ними и все, перестал к ним приезжать. — Они же находились далеко от Вас, как их беседа могла звучать в голове? — Без понятия. — Какая-нибудь гипотеза есть у Вас? — Вообще никакой. — Что у Вас с техникумом произошло, почему Вы его не закончили? — В армию призвали. — Должен был доучиться, там была отсрочка? — Нет, я на заочном учился. Если бы я знал, что буду служить поблизости от дома, я бы остался. — Доучился бы? — Ну, само собой. — Т.е. в армии служил бы и учился одновременно? — Потом уже выяснилось, что можно было так сделать. — Так не было каких-то конфликтов, неприятностей, это было планомерно и ожидаемо? — Да. — У Вас в техникуме и в армии складывалось более-менее все благополучно, конфликтов не было? — В армии нет, в техникуме вообще нет. — Хорошо отслужил в армии? — Да, неплохо. — Потом в Вашей жизни начинается полоса, связанная с алкоголем. Пил много? — Последнее время — да. — Это началось примерно в 2005 году и закончилось года два назад? — Да. — Закончилось полностью и бесповоротно? — 25 сентября было два года. — Эти два года Вы ни капли не употребили спиртного? — Да. — И не хотелось? — Вообще. — Даже желания не было? — Нет. — Отвращение есть, или спокойное отношение к алкоголю? — Спокойное абсолютно, в компании могут пить, а меня пускай не трогают. Предлагают, я отказываюсь, одного раза хватает, никто не навязывает. — Т.е. Вы так жестко говорите — “пить не буду”? — Я не пью, и все об этом знают и даже не предлагают. — А пытались изначально Вас провоцировать? — Старые друзья, но недолго, я их сразу отшил, они были навязаны за эти 8 лет, я посчитал, что*

*это не те друзья, и вернул себе тех друзей, которые были раньше. — Скажите, что помогает Вам сохранять трезвость, для чего Вы не пьете? — Как бы цель моя, я хочу как все порядочные люди. — Алкоголь и порядочность — это разное для Вас? — Это две разные вещи. — Т.е. шел не туда? — Потерял работу, ту, которая приносила доход, то, что я умею, и как бы неплохо умею, я ее потерял и начал пить, развелся с женой, у меня дочь, этого стало не хватать, пытался залить это все алкоголем. — Удавалось? — Может, в какой-то мере, но к чему все это привело? Две судимости за алименты, вторая сейчас еще длится, вот такие дела. — А выпивал много? — Поначалу нет, а потом под конец стало хуже. — И дошло до какой дозы? — Полторы бутылки в день мог выпить. — Это получается 0,7 литра? И как Вы себя чувствовали? — Выпил и уснул. — А какой был выпивший — раздражительный, приставучий? — Нет, сам наедине, и никого чтобы рядом не было. — А все-таки конфликты бывали, чтобы был раздражен, конфликтовал с кем-то, драки? — Не сторонник драк, опять же друзья по пьянке, но сам никогда не дрался, в основном били. — А выпивка как Вас меняла? — На то время, мне кажется, что успокаивала, но это только кажется. — А веселья не было? — Никакого.- Изначально, или за эти 5 лет что-то менялось? — Вот когда я пил, я могу сказать твердо, что все равно у меня была цель, у меня была обязанность. Во-первых, у меня дед ветеран, 20 сентября два года как нет его, я о нем, можно сказать, заботился, я вырос без отца, мама у меня тоже такой человек, сама по себе, своя у нее жизнь, я пытаюсь не лезть в ее жизнь. — Когда вы были ребенком, Вам мама достаточно внимания уделяла? — Бабушка в основном. — А мама? — Ну, мать тоже, но бабушка по большей части. — Маме не хватало времени на это? — У нее такой характер, скорей всего. — Что Вы еще можете сказать о мамином характере? — Нерасторонная женщина, можно так сказать, ее устраивает то, как есть. — Она общительная по характеру? — Она может часами беседовать, а дела могут стоять. — Не очень организованная? — Да, необязательная такая. — За эти годы, когда алкоголя было много, что менялось с Вами в опьянении, были ли какие-то еще перемены? — Жизнь остановилась, я вообще не планировал ничего большего, закрылся в своем мире, и все. Была цель найти где-то денег и купить спиртное, чтобы заработок был, я научился варить, и варил неплохо. — Варить что? — Металл, сварка, что приносило какой-то доход. Я узнавал, спрашивал у своих знакомых, тех, кто что-то строят, перенимал опыт у них, пытался сам и кирпич ложить, т.е. все по строительству. — Бывало так, что перепивал и рвота возникала? — Нет. — Всегда так было? — У меня была норма, скорей всего. Я когда чувствую себя уже неважно, все, я прекращаю пить. — И пошел спать? — Да. — И в молодости так было? — Когда был молодой, после школы, естественно действует на организм алкоголь усиленно, бывало такое, и головокружение, и рвота, ну это, наверное, у всех так. Пил я в то время немного, рюмку, две могли выпить перед танцами. — Т.е. в молодости*

*могла быть рвота, а потом не было ее? — Да. У меня последнее время, когда пил, я начал ощущать упадок сил. Я ремонтировал большие машины, все начиналось с шабашек, потом это был мой основной заработок, были планы открыть сервис, были люди, эти люди перешли в другое место, чтобы не гайки крутить, а в начальники. А у меня нет образования, я могу только научить людей, но мне не позволяет здоровье гайки крутить уже. — Когда Вы выпили много, поспали, как Вы утром чувствовали себя на следующий день? — Как после пьянки чувствуют себя, надо похмелиться... — Желание было? — Ну тяга опять, выпил еще, начинает мозг варить, начинаешь что-то делать. — Т.е. оживал организм и мозг при выпивке? — Да. — Попытки борьбы с тягой были, Вы сами себя пытались остановить когда-нибудь? — Я когда пил, никогда не чувствовал себя алкоголиком. Я сам себе говорил — ты можешь остановиться, можешь бросить, придет когда-нибудь это время, видимо оно пришло и все. — А до того как оно пришло — и не пытался особо? — Нет. — Не говорил себе: “все, хватит, я сегодня больше не пью”. — Нет. — У Вас же бывали день, два, когда Вы были трезвы? — Было, но я ничего не делал, потому что не мог сконцентрироваться на работе. — А почему не пил? — Потому что денег не было. — Не пил технически, а если бы были деньги, купил бы и выпил? — Само собой. — Т.е. никогда Вы не боролись, и не было такого размышления — пить, или не пить, и хочется, и нельзя. — Не было.*

**Ю. П. Сиволап:** *Когда у Вас звучали голоса двух людей, мужа и жены, это было один раз в жизни? — Один, я никогда не наблюдал этого за собой, это было отчетливо и все. Может из-за того, что перед этим вечером мы сидели, пили кофе в компании, я под впечатлением так к этому отнесся. — Кофе, а алкоголя не было? — Нет, ни в коем случае, я уже тогда не пил. — Они говорили о Вас в третьем лице? — Такое было чувство, что мы сидим троим, возможно еще кто-то был, но этого я не слышал, а именно их беседу слышал. — Говорили о Вас? — Давали какой-то совет, или наставление. — Они обращались к Вам, или говорили о Вас в третьем лице? — Такое ощущение, что мы сидим в кругу за тем же столом. — Но их не было? — Да. — Они говорили доброжелательно, или осуждали Вас? — Доброжелательно. — Бывало, что у Вас в голове звучали Ваши собственные мысли, или чьи-то как голос? — Я затрудняюсь ответить. — Было ли в жизни ощущение, хотя бы один раз, чтобы был целый поток мыслей, который нельзя было остановить? — Было, я относил это к тому, что не пью, именно грамотных мыслей, о том, как распланировать строительство, как залить бетон, как сварить. Я все это дома экспериментировал и пробовал, чтобы оно там крепко было. И мне не хватает речи, чтобы высказать это и посоветоваться. Такое чувство было, не каждый раз, но случалось. — А напротив, так, что у Вас пустота в голове и совсем нет мыслей? — Было, к примеру, сегодня утром, что дождь идет, а мне в дом все капает, ничего не доделано и я не знал, за что братья. — Никогда не было ощущения внешнего*

воздействия на Вас, как будто Вами управляют? — *Один раз было, когда мне пытались что-то навязать, когда голоса были, и все. Я этому не придавал значение, просто перестал общаться, заводил эту тему, чтобы быть порядочным человеком. — Т.е. кроме этого эпизода, не было, чтобы Ваши мысли Вам не принадлежали, а приходили извне? — Нет, мной управлять, мне кажется, невозможно. — Не было ли так, что к Вам на улице, как Вам кажется, относятся недоброжелательно, осуждают Вас незнакомые люди? — Чувство такое присутствует, хватает одного взгляда на человека. — А какое чувство? — Может я такой стеснительный человек, что я боялся смотреть людям в глаза, поэтому я стал более присматриваться к людям, и мне кажется, что они меня осуждают за моей спиной, только за что — не пойму. Это чувство у меня особенно в последнее время есть. — Иногда бывают такие явления, когда человек смотрит телевизор и создается впечатление, что эта передача специально для него, или говорят с экрана что-то ему адресованное, какой-то особый смысл в этом скрывается. У Вас такого не было? — Нет. Я смотрю по телевизору фильмы, когда есть свободное время, либо новости. — Вы достаточно необщительный, замкнутый, застенчивый? — Я пытаюсь общаться с людьми, но мне кажется, что они со мной не хотят общаться, не хотят — пожалуйста, это ваше право, зачем я буду себя навязывать. — Вы всегда были не очень общительным человеком? — Я стеснительный. — Т.е., Вы бы рады расширить круг общения, просто Вы стесняетесь? — Да. Раньше, когда у меня были деньги, я за всех платил, мне было не жалко, а теперь я не вижу от этого никакой отдачи, и просто все от меня отвернулось. Я думаю, зачем я буду делать что-то хорошее для вас, если вы не хотите вспомнить, что было раньше, я навязываться не хочу. — Вы с детства были застенчивы? — Да. — Круг друзей у вас был небольшой? — Круг друзей, с кем я вырос — это я, Алексей и Руслан, вот три человека на нашем переулке, которые выросли все вместе, я самый младший. — Какой у Вас по характеру отец? — Отец — сын агронома, вырос в деревне, прожил после развода в деревне, любит выпить. — О его характере что Вы можете сказать? — Последнее время, когда я привез бабушку с отцом к себе, после смерти деда, т.е. я попытался воссоединить мать с отцом, по большей части я стал понимать, что я больше в отца. Я-то его толком не знал, только по рассказам с плохой стороны, что он выпивает, бывает, дебоширит, ну как дебоширит, говорит конкретно правду, а когда не пьет, он идеальный человек — и уберет, и приготовит, хороший семьянин. — Ваши родители развелись, потому что отец пил? — Я не задавался никогда этим вопросом. В тот момент у отца была сестра, которая живет за границей в Германии, ее на день рождения Гитлера сбили на велосипеде, она была преподавательницей русского языка и литературы в немецкой школе и ехала в школу, это был 1988 год. И развод получился в этом году, не знаю почему, бабушка постоянно навязывала матери, что не нужен отец. Я не знаю почему они развелись, может навязали, мо-*

*жет из-за пьянки. — У Вас контакт с мамой был хороший в течение жизни, или не очень? — Да, хороший. Я всегда к ней прислушивался, но делал грамотно по-своему, чтобы было комфортно нашей семье. — Чтобы и маму не огорчать, и своей цели добиться? — Да, теперь я пытаюсь, чтобы бабушке у нас было комфортно, как она доживает свой век, ей 86 лет, она самый старший человек в семье. Я прислушиваюсь по большей части к бабушкиному мнению, нежели к отцу и матери. — Помимо того, что Ваша мама нерасторопная была, что Вы еще можете сказать о ее характере, она жесткий или мягкий человек? — Мягкий, она если психанет, то быстро отойдет, она не злопамятна, и отец тоже. — Когда Вы родились, в каком месяце? — В ноябре 29.*

**В. А. Солдаткин:** Коллеги, кто желает задать вопросы?

**А. И. Ковалев:** У Вас был период, когда вы злоупотребляли алкоголем, почему Вы прекратили пить? — *Потому что у меня умер дед, он написал сначала завещание на мать, потом переделал его на меня, я остался прямым наследником на дом и на участок земли, и если бы я пил, я бы лишился всего. Я решил — нужно остановиться раз и навсегда.*

**Вопрос из зала:** Сейчас у Вас такой период подъема, когда есть желание что-то делать, строить, а было такое раньше? — *Не хватало сил, потому что я пил. — Но было ощущение подъема раньше, 5 – 10 лет назад? — У меня 10 лет назад были такие мысли — расширить бизнес и т.д. — А периоды подавленности, депрессии был? — Буквально за последний промежуток времени, полмесяца назад я говорил всем: вы меня довели все, делайте что хотите, я продам автомобиль, куплю вам квартиру, у меня упали руки, и не хотелось ничего делать, однако я шел и делал. — А в период алкоголизации, Вы выпивали, чтобы снять раздражение или чтобы настроение приподнять? — Тогда, на тот момент, когда я развелся, потерял ту женщину, которую до сих пор люблю, она мать моей дочери, а в дочери я души не чаю, могу сказать прямо, что я заливал горе. А в последнее время, я просто приводил свои мысли в порядок, потому что была, видимо, уже необходима доза.*

**Н. М. Турченко:** Инициаторами Вашего визита к врачу были Ваши близкие люди, а Вам самому что-то мешало в последнее время, и что послужило поводом, что Вы согласились с ними? — *Крайность. — Какая? — Я просто завел другую семью, не все гладко, скандалы и все такое, это наталкивает меня на решительные меры, за что я ей очень благодарен. — Какие это меры? — Я бы никогда так и не собрался прийти к врачу, тем более перед такой аудиторией сидеть, еще раз повторяю, я стеснительный человек. — В чем должен помочь Вам доктор, что должно измениться в Вашем состоянии? — Я не знаю. — Вы же чего-то ждете? — Я ничего не жду, абсолютно. — Зачем тогда Вы пришли к врачу? — Не я пришел, а меня привели, я не просился. — Т.е. Вы согласились, просто чтобы удовлетворить их желание? — Да. — Вы сами считаете, что Вам не*

нужно лечиться? — *Я не знаю. В своем окружении, если кто-то пожалуется, я приношу какую-нибудь пользу, либо вред, я этого не могу понять, не знаю цель моего визита к врачу.* — Вам комфортно жить так, как Вы живете, выполнять Ваши планы, строить Ваш дом, т.е. Вам ничего не мешает? — *Мешает то, что постоянно не хватает денег, сейчас я потерял работу, но красть я никогда не крал.* — Вас не беспокоит Ваше состояние, Ваше настроение, Ваши собственные ресурсы? — *Внутренне — ничего. У меня планы не помнялись, цель — она осталась.*

**Ю. П. Сиволап:** У Вас есть к врачам вопросы? — *Я не знаю, нет, наверное.* — Т.е. близких ваших беспокоит, а Вас ничего не беспокоит? — *Нет, единственно — это грыжа позвоночника.* — Вас привела сестра, а не новая супруга? — *Они нашли общий язык, наверное, за моей спиной.*

**М. Н. Дмитриев:** Вы лечитесь, принимаете какие-нибудь лекарства? — *Выпил афобазол, одну пластинку.* — Вы следуете рекомендациям врачей? — *Мне его никто не прописывал, просто от нервов сказали попить, я попил и все.* — Как давно под влиянием сестры Вы пришли к врачу? — *Я уже не помню, месяц, наверное.* — За эти 4 недели Вы какое-либо лечение принимаете? — *Нет.* — Ваше самочувствие за эти 4 недели как-то изменилось, по сравнению с самым плохим, в конце июля? — *Я, может быть, стал спокойней как-то. Замкнулся в себе и не стал нервы мотать, как они говорят, окружению моей семьи.* — Спать стали больше? — *Нет.*

**Н. М. Турченко:** А как Вы мотали нервы своей семье? — *Просто делюсь своими впечатлениями в голове, кому же мне еще сказать, стенке? Начинается какой-то скандал дома, я не пойму из-за чего. Я, допустим, говорю: вот канализация забилась, надо что-то делать — ой, мне надоело в стройке жить — не нравится, иди куда хочешь, я не навязываюсь, просто это житейские проблемы.* — Вы пытались с ними житейские проблемы обсуждать? — *С кем, со своей супругой нынешней, или со своими родителями?* — Кого Вы перестали доставать? — *Со своими родителями, с родными, и все. Я сестре вообще об этом не говорил, они прекрасно знают, как я живу, сколько проблем вокруг меня, я ей никогда не навязывал свое мнение.*

**Ю. П. Сиволап:** Вы сказали, что перестали мотать нервы — кому? — *Это они так говорят, моя семья.* — Кто? — *Мать, отец, у них там жизнь тоже не простая сложилась, я туда не лезу, я их объединил под одной крышей.* — Как Вы мотали нервы им? — *Если допустим, я сажусь кушать и говорю о своих планах, начинаются какие-то психи, я люблю, когда со мной кто-то близкий сидит, а они как-то не понимают меня. Говорят: не мотай нервы, и все на свете.*

**В. А. Солдаткин:** Павел Владимирович, спасибо. Если у Вас нет вопросов к нам, Вы можете идти, а мы останемся обсуждать ситуацию. Хочу сказать, что мы видим у Вас болезнь, и я уверен, что Вам непременно следует заняться своим здоровьем. Обязательно продолжайте лечение. Всего доброго!

Вероника Владимировна, доложите свой разбор.

#### Врач-докладчик:

Уважаемые коллеги, при разборе данного клинического случая нам представлялось важным ответить на несколько вопросов:

— Какое заболевание имеется у нашего пациента в данный момент?

— Страдает ли он алкоголизмом?

— Связана ли текущая болезнь с его алкогольной зависимостью и как они влияют друг на друга?

— Каков оптимальный план лечения нашего пациента с учетом всех обстоятельств?

Начнем с диагностики алкоголизма, как более понятного, с нашей точки зрения, вопроса. У Павла удалось обнаружить следующие симптомы: рост толерантности, психическую и физическую, с формированием похмельного синдрома, зависимости, изменение формы потребления — от шампанского до суррогатной водки, псевдозапой, потерю количественного контроля, длительный (6 лет) период постоянной алкоголизации, что может свидетельствовать о формировании второй стадии алкоголизма. Чудесное и может быть не совсем понятное формирование качественной ремиссии не находит у нас должного объяснения. Можно только предположить, что алкоголизация имела симптоматический характер, может быть, на фоне аффективных (депрессивных?) переживаний, может быть на фоне какого-то иного эндогенного состояния или его инициального периода. Но те факты, которые нам удалось получить в результате сбора анамнеза у пациента и его родственников, не позволяют нам судить об этом достоверно. А может быть, те 3 капельницы, которые получил пациент в качестве амбулаторной терапии, оказали такое целебное воздействие — об этом мы можем только догадываться.

Какое заболевание имеется у нашего пациента в данный момент? С нашей точки зрения, он страдает шубообразной среднепрогредиентной (по старой, привычной нам классификации) шизофренией и в настоящее время находится в маниакально-параноидном приступе. В пользу этого диагноза говорит наличие достаточно специфических для этой болезни симптомов — персекуторных бредовых идей, психических автоматизмов, нарушений структуры мышления, нарушений сна, аффективных расстройств, которые возникли у него без видимых экзогенных или психогенных причин.

Связана ли текущая болезнь с его алкогольной зависимостью и как они влияют друг на друга? Вопрос, который на сегодняшний день не имеет однозначного ответа.

Сочетание шизофрении (“раннего слабоумия”) с алкоголизмом принято связывать с именем Гретера (1909 г.). Располагая 22 наблюдениями бесспорной шизофрении, Гретер описал возникающие при таком сочетании психозы (в основном галлюцинозы). Он также высказывался о взаимовлиянии раннего слабоумия и алкоголизма. В течение многих десятилетий вопрос о взаимоотношении шизофрении и алкоголизма рассматривался почти исключительно в плане оценки

психотических состояний, возникающих при наличии двух заболеваний. Многими авторами ставилось под сомнение чисто алкогольное происхождение острого и хронического алкогольного галлюцинозов. Так, Е. Блейлер писал, что он только читал о хроническом алкогольном галлюцинозе, но никогда не видел такого психоза. В результате многолетнего изучения проблемы сочетания двух заболеваний были сформулированы три точки зрения:

1. Алкоголизм смягчает течение шизофрении, делая больных более приспособленными к жизни в обществе (Е. Крепелин). Основанием для этого явились наблюдения над “деградировавшими пьянствующими” больными шизофренией, которые бродяжничали, но все-таки не обнаруживали тех разрушительных последствий эндогенного заболевания, которые можно было наблюдать в психиатрических стационарах. Иными словами, при сочетании двух заболеваний не наблюдается исходных (конечных) состояний. Вопрос о том, что с углублением дефекта или с развитием шизофренического слабоумия пьянство вынужденно прекращается, Крепелином не ставился.

2. Алкоголизм утяжеляет течение шизофрении. В основу этого утверждения легли наблюдения за возникновением в результате злоупотребления алкоголем психотических состояний явно эндогенной природы. Поэтому делался вывод о том, что хроническая алкогольная интоксикация обостряет течение шизофрении. Этой точки зрения придерживался ряд отечественных авторов. Так, И. В. Стрельчук (1966) полагал, что алкоголизм может лишь временно смягчить симптоматику шизофрении, но последняя настолько утяжеляет течение хронической алкогольной интоксикации, что все заканчивается полной утратой трудоспособности и формированием апатического слабоумия.

3. Третья точка зрения была сформулирована в 1965 г. А. Г. Гофманом. Было высказано предположение, что алкоголизм сочетается лишь с относительно благоприятно протекающим шизофреническим процессом. Дальнейшее исследование проблемы, проведенное сотрудниками Московского НИИ психиатрии, показало, что с нарастанием шизофренического дефекта злоупотребление алкоголем редуцируется или полностью прекращается. Также было подтверждено наблюдение И. В. Павловой (1957) о том, что алкоголизм может предшествовать шизофрении, но может и присоединиться к ранее начавшемуся шизофреническому процессу. Оказалось, что в том случае, когда алкоголизм предшествует возникновению шизофрении, он гораздо чаще и дольше сохраняет присущие ему закономерности течения. В тех случаях, когда алкоголизм присоединяется к шизофрении, он нередко может быть обозначен как “симптоматический”, т.е. зависящий от течения эндогенного заболевания, его обострений и ремиссий. Было также установлено, что алкоголизм не сочетается со злокачественным шизофреническим процессом, начавшимся в молодом возрасте (при возникновении слабоумия любой структуры пьянство прекращается). Оказалось, что алкоголизм очень редко сочетается с рекуррентной шизофренией (шизоаффек-

тивным расстройством). В основном алкоголизм сочетается с приступообразно-прогредиентной шизофренией, параноидной и вялотекущей.

С нашей точки зрения — алкоголизм и шизофрения — это конечно разные заболевания — с разным механизмом наследования, разными патогенетическими особенностями и разным исходом. Однако, наличие взаимного модифицирующего влияния этих процессов друг на друга не вызывает сомнения. В тех случаях, когда авторы сегодняшнего доклада наблюдали сочетание шизофрении и алкоголизма, обычно алкоголизм, как более тяжелое экзогенное заболевание маскировал клинику эндогенного процесса, а иногда даже как бы замедлял прогредиентность шизофрении и отдалял формирование собственно шизофренического дефекта. Но эти наши наблюдения и наша точка зрения, наверное, не бесспорны; вполне возможно, что коллеги поделятся своим опытом наблюдений за этой категорией пациентов.

Как лечить нашего больного? Конечно, надо обрывать приступ шизофрении, что является на сегодняшний день наиболее актуальной задачей. Для обрыва приступа необходимо применить максимально возможную по своей санирующей активности терапию — детоксикацию, может быть инсулинотерапию, незаслуженно задвинутую во многих лечебных учреждениях на дальнюю полку, может быть большие дозы инцизивных нейролептиков. Что делать с алкоголизмом, который к счастью в настоящий момент находится в состоянии ремиссии? О нем нужно помнить и по возможности не провоцировать каким-либо образом не только алкоголизацию пациента, но и формирование иной, например бензодиазепиновой, зависимости.

С благодарностью мы выслушаем точку зрения коллег и советы по формированию плана терапии.

**В. А. Солдаткин:** Спасибо, Вероника Владимировна! Коллеги, прошу высказать мнения.

**Н. М. Турченко:** сейчас я могу только поделиться своими размышлениями в связи с полученной информацией. Я, как психотерапевт, в первую очередь обращаю внимание на ту часть информации, которая позволяет составить психотерапевтическую диагностическую гипотезу, а на ее основании — программу и задачи психотерапии. Для этого очень важны сведения, которые необходимы для изучения жизненной истории этого человека. Его жизнь в родительской семье, контекст его развития и те актуальные проблемы, которые он решает (или не может решить) сегодня. Мне бросилось в глаза то, что этот человек несколько раз говорил о своих чувствах и своем отношении к своей семье: к бывшей жене, к дочери, к бабушке, об особенных отношениях с мамой. Он говорил о матери очень своеобразно. Он сказал, что собирает вокруг себя всю семью, строит дом, привез в него мать и отца, которые давно уже разошлись, еще когда он был ребенком, “объединил их под одной крышей”. Эта информация позволяет говорить о том, что у этого человека большое желание иметь родительскую семью, жить с отцом и матерью вместе, объединить родителей. Мы услышали, что он пытается обсуждать с ними какие-то вопро-



сы обустройства дома и быта, но они не хотят его слушать, не понимают, говорят: “Ты нас уже достал...”. И это “чудесное исцеление от алкоголизма” не случайно. Он сказал о том, что основной идеей, которая заставила его отказаться от алкоголя и того образа жизни, который был с ним связан, была идея стать порядочным человеком, который в состоянии построить дом, и привести туда бабушку, папу, восстановить родительскую семью. Полученное наследство не само по себе стало толчком к этому, и появившаяся в связи с этим возможность осуществить свою мечту о доме, где родители и он опять будут вместе. Кроме того, это важное основание считать его достойным мужчиной, способным на такие успехи. Он сказал: у меня всегда все получалось: “захотел купить машину — купил, захотел построить дом — строю...”. Это говорит о том, что в его внутренней картине “Я” эта модель управляет его активностью. А в детстве, с его слов, он не получил должного признания и принятия со стороны матери (“такой она человек”, говорит он). И в своей нуклеарной семье, в отношениях с любимой женщиной, он перенес отвержение, при наличии высокого уровня потребности в признании. Он говорил, что старается делать все так, чтобы не обижались и не расстраивались родители и бабушка (“незачем, она же старый человек, не хочу ее расстраивать...”). Даже к психиатру пошел, “потому что родные настаивали и говорили, что с ним не все в порядке”. Я не видела здесь человека с нарушенной эмоциональностью по шизофреническому типу, я видела человека, у которого есть эмоции, есть переживания, он включен в общение, не отстранен. Еще очень много нужно информации, чтобы составить целостную психотерапевтическую концепцию для выбора направления и тактики терапии. Я не думаю, что в этом случае инсулинотерапия нужна, в настоящее время необходим подбор медикаментозной терапии. И очень показана психотерапия. По его рассказам (это надо уточнять) эти все проблемы, которые описываются, начались как раз тогда, когда все собрались вот в этом его доме, когда его идея начала осуществляться уже не только в его представлениях, но в реальности. Судя по его рассказу, все живут под одной крышей, но разобщены, как и прежде. И посмотрите, они говорят ему, что он их всех “достал”, т.е. возникли все те естественные психологические трудности, которые существовали и во времена его детства, с которыми ему опять нужно справляться, и снова это вызывает у него трудности и напряжения. Он говорил, что развод с женой был очень травматичным для него, что по-прежнему ее любит, очень любит дочь. Симптоматическое поведение — термин системной интегративной психотерапевтической концепции. Он означает, что в семейной системе особым образом складываются отношения между членами семьи. И один из законов, закон семейного гомеостаза, согласно которому в семье появляется какой-то механизм, удерживающий семейную систему в равновесии. Таким механизмом гомеостатического состояния является психическое расстройство одного из членов семьи. Я размышляю над полученной информа-

цией, и мне недостаточно ее для постановки диагноза и психотерапевтической гипотезы. Преждевременно говорить о лечении. Необходимо изучить контекст развития симптоматического поведения и переживаний у пациента и особенности взаимодействия между членами расширенной семьи. Важно получить больше представлений о его семейной жизни, динамике супружеских отношений. Для меня не вполне убедительно и ясно прозвучали описания симптомов и синдромокомплексов, а так же их типирование. Считаю, что информацию необходимо уточнить и расширить.

**Ю. П. Сиволап:** Анатолий Александрович Портнов очень любил говорить о том, что у нас есть тенденция к шизометрии, т.е. мы любые психические расстройства, сравниваем с шизофренией и часто необоснованно относим на ее счет. Не случайно наш предмет — психиатрию — нередко называют областью произвольных толкований, и отсюда идут пресловутые различия ленинградской и московской психиатрических школ, в свое время в Ленинграде такому пациенту не могли бы диагностировать шизофрению, а в Москве этот диагноз поставили бы почти наверняка. В чем забавность ситуации: одного пациента будут смотреть три психиатра, и они выскажут четыре мнения. В данном случае мы психоза не находим, полноценных критериев шизофрении не находим, но ставим диагноз атипичного психоза. Я хочу быть правильно понятым: я сюда приехал для участия в клиническом разборе, и если я высказываю какие-то критические суждения, я не выступаю в роли московского арбитра, чтобы найти недостатки в работе коллег, потому что разногласия диагностические концептуальные бывают и в Москве, и в Питере, и где угодно.

Вот пример: когда я был в возрасте сегодняшнего докладчика, в Москве проходила большая психиатрическая конференция, к нам приехали два американских серьезных специалиста, один выходит и делает доклад, другой слушает и задает вопросы, камня на камне не оставляет от его концепции, после этого они обнимаются и вместе уходят, непримиримые диспутанты и противники по некоторым вопросам психиатрии.

Что касается моих замечаний относительно деталей доклада, то это не желание вас осудить, а попытка дисциплинировать наши с вами знания. Для чего придуманы современные диагностические классификаторы МКБ-10 (сейчас выходит МКБ-11), ДСМ-4... для того чтобы мы ставили диагнозы не произвольно, не на основании нашей с вами “интуиции”, а на основании констатации четкого набора формализованных критериев. В основе ДСМ и в основе МКБ-10 лежит статистически взвешенная оценка и взаимооценка многих тысяч клинических наблюдений, полученных в процессе исследований с безупречным научным дизайном. Вы говорите “гретеровская шизофрения”, это характерно для нашего российского дискурса, когда мы апеллируем к авторитетам вместо того, чтобы пользоваться научными фактами или научно обоснованными критериями диагностики. Крепелин совершил великую психиатрическую революцию, которая вырази-

лась в том, что он дихотомически разделил две эндогенных болезни — маниакально-депрессивный психоз и dementia praecox, которую позже назовут шизофренией, на основании принципиальной разницы в прогнозе этих заболеваний. Но что касается его оценки тех или иных вариантов лечения им разделенных болезней, на это не следует слишком полагаться. Что такое гретеровская шизофрения? Гретер наблюдал 22 случая клинических больных шизофренией, и при этом они еще и выпивали, вот вам и гретеровская шизофрения. Представим себе, что в Ростове живет доктор Пантелеев, который ведет прием в психоневрологическом диспансере, он наблюдал 22 больных шизофренией, которые переболели пневмонией, популяцию в целом он не смотрел, и вот во всех учебниках Пантелеев пишет, что есть особая форма болезни, когда шизофрения сочетается с пневмонией. Гретеровская форма болезни — это пример коморбидности. Коморбидность бывает очень разной. Шизофрения в этом случае может сочетаться с другими расстройствами, не обязательно с алкоголем, просто так попало. С другой стороны, современные исследования показывают, что злоупотребление алкоголем встречается у 15 – 25 % больных шизофренией. При этом эти случаи коморбидных расстройств никому не приходит в голову называть гретеровской шизофренией.

Вы говорите, что у этого пациента имеются психические автоматизмы. Мы достаточно подробно расспрашивали Павла Владимировича об автоматизме, и выяснили, что никто на него не влиял, не было у него отчуждения ни психической, ни телесной сферы, т.е. автоматизм как таковой он не испытывал, о воздействии на себя он не говорит, или по крайней мере он диссимулирует. Что касается инсулинотерапии, это потрясающий метод, но есть только одна проблема: проведены убедительные исследования, показавшие, что инсулинотерапия не превосходит плацебо по эффективности. Кто-то может сказать, что мы проводили много лет назад инсулиновые шоки, и вот эти пациенты до сих пор в ремиссии. Прекрасно, но поскольку не было проведено качественное двойное слепое исследование с рандомизированным отбором больных, а в 21 веке положено именно так рассуждать, то нельзя исключить, что, возможно, это была спонтанная ремиссия, возможно, ремиссии способствовали другие факторы, но не инсулин. Я бы такие методики сейчас всерьез не рассматривал. Вы говорите, что можно применить большие дозы инцизивных нейролептиков, ну допустим у него есть шизофрения, хотя, на мой взгляд, шизофрения никак не получается здесь, не набирается ее симптомов, но, допустим, она есть, она протекает достаточно мягко, тогда для чего большие дозы? На мой взгляд, если и применять нейролептики, то это должны быть атипичные антипсихотики в небольших дозах, мы же не видим тяжелого приступа заболевания. Блейлер, автор термина “шизофрения”, считал что существуют “четыре А”, четыре главных компонента болезни, без которых ее диагноз невозможен: нарушение ассоциации — мы это видим, апатия — мы это ви-

дим, амбивалентность — это нужно поискать, и аутизм — который в данном случае не очевиден. Все остальное, в соответствии с классическим учением о шизофрении, не обязательно, факультативно, в том числе и параноидные расстройства. По Блейлеру этот диагноз можно ставить в этом случае, если покопаться и что-то найти, но для этого нужно гораздо больше времени, чем было сегодня у нас. Но для того, чтобы мы с вами не были слишком произвольными в диагностических суждениях, в МКБ-10 “четыре А” Блейлера не попали, в этом есть историческая несправедливость. А вошли туда критерии по Курту Шнайдеру, та самая открытость мыслей, о которой вы говорите, звучание мыслей и все остальное, т.е. то, что мы в российской психиатрии описываем синдромом Кандинского-Клерамбо. И в самом деле, вроде бы какие-то рудименты этого синдрома у нашего пациента есть, и по МКБ-10 с большой натяжкой, как-то маловато мы нашли синдромов, но может быть это шизофрения, хотя, на мой взгляд, критериев для этого маловато. Давайте начнем с наследственности, у нашего пациента были сильно пьющие родственники, у него есть предрасположенность к алкогольной зависимости, у него есть родственник — дядя, который с большими странностями, скорей всего речь идет об эндогенном психическом нарушении. Этот Павел Владимирович очень своеобразный человек, с заметными странностями, он не похож на других людей, но только на этом диагноз не построишь. Нина Михайловна отметила, что расстройство у нашего пациента возникли в критический для него период. Ведь по сути дела, это положительный, очень теплый, очень интересный человек, который пытается созидать, реконструировать семью когда-то утраченную, добрый человек, с хорошими намерениями, но с некоторыми особенностями. Итак, у него есть психоз, с не очень понятными структурами. Очень часто бывает так в клинике параноидных психозов, когда наряду с persecutorностью, с преследованием, есть переоценка собственной личности, экспансивность. Вот почему возникает бред величия, вот почему мы иногда видим, что у параноидного больного по психогенным механизмам формируется экспансивный бред, парафрения. В клинике психиатрии годами находится пациент, у которого есть идеи преследования, он помогает медсестрам мыть полы, выносить мусор, и при этом у него впечатление, что он является президентом.

В случае с Павлом Владимировичем с очень большой натяжкой мы можем сказать о шизофреноподобном расстройстве. Наверное, через некоторое время у нашего гостя и в самом деле появится больше симптомов эндогенного психоза, тогда наш диагноз будет более обоснован. В этом случае, при всем моем скептическом отношении к психоанализу, психоаналитические подходы вполне правомерны. Фрейд вообще называл случаи психотической шизофрении психоневрозным взрывом невротической личности. И на самом деле во многих случаях шизофрении можно проследить психогенные, психодинамические явления. Во что я не верю, так это во вторичность симптоматического алко-

голизма да и в сам симптоматический алкоголизм (бывает просто алкоголизм, и он может сочетаться с другими расстройствами), но в общем-то Вероника Владимировна перечислила симптомы, которые достаточны для квалификации алкогольной зависимости. Что по ДСМ-4, что по МКБ-10, мы должны видеть не менее трех формализованных критериев, либо вместе в течение одного месяца, либо порознь в течение одного года. Алкоголизм в благоприятном доброкачественном варианте, в ремиссии, у нашего пациента есть. Он бросил пить, как особая личность, которую можно назвать шизогимной. Не будь у него такой психиатрической наследственности, в виде дяди, в виде мамы двойкой, у другого так бы не получилось, а он взял и бросил. У людей с расстройством шизофренического спектра, алкоголизм, или зависимость, нередко протекает достаточно произвольно.

**В. А. Солдаткин:** Уважаемые коллеги, в первую очередь хочу поблагодарить докладчика и куратора конференции — врачебную династию Мрыхиных — за интересный случай, а нашего уважаемого гостя — за разбор. Сформулирую свою точку зрения.

В какие периоды жизни человека, с которым мы сегодня познакомились, его душевное здоровье давало явный сбой? Из того, что можно считать доказанным — это 2 периода: первый — шестилетний, с 2005 по 2011 годы, и второй — идущий с июля 2013 года, т.е. последние 3 месяца. Во все иные времена это был человек, сохраняющий душевное здоровье и имеющий свои личностные, характерологические, интеллектуальные особенности. Мы должны констатировать, что он имел предрасположенность к алкогольной болезни, ведь злоупотребляли алкоголем все мужчины по его отцовской линии. Брат деда — тоже по линии отца — отличался явными особенностями (нарушения поведения? интеллектуальные особенности?). При этом стоит помнить, что эта предрасположенность не является фатальной, обрекающей человека заболеть.

Что за проблемы возникли у Павла в возрасте 28 лет (2008 год)? На фоне конфликтов, неприятностей он “начал пить”. Как подчеркнуто в докладе, пьянство стремительно приобрело постоянный, ежедневный характер. Иными словами, изменилась форма потребления алкоголя, произошла систематизация, с переходом от внешних форм мотивации приема алкоголя ко внутренним. Довольно быстро выросла доза алкоголя — до 400 г этанолового эквивалента; иных слов, кроме “рост толерантности” здесь не подберешь. Исчезла рвота, классический “защитный знак” (и дело не только в наличии симптома, который мы должны оценить в диагностике, а в патофизиологической сути этого явления — организм перестает “сбрасывать излишек”, происходит надлом систем физиологической регуляции). Иными словами, все проявления хорошо известного психиатрам-наркологам синдрома измененной реактивности, кроме симптома “изменение формы опьянения”, у пациента описаны четко. Само опьянение у пациента изменений не претерпело, и я

хочу обратить внимание на то, что стабильной чертой оставался детензивный характер алкоголизации.

Испытывал ли Павел в тот период патологическое влечение к алкоголю? С моей точки зрения, да. Не с подачи беседовавших с ним врачей прозвучало слово “тяга”. Этим словом пациент обозначил влечение к алкоголю, которое он испытывал с утра; “после принятия алкоголя голова начинала варить”, а “трезвым ни на чем сосредоточиться было невозможным”. Именно появление новой потребности — потребности в алкоголе — привело к тому, что за 6 лет пациент трезвым оставался несколько дней — тогда, когда банально не имел денег, чтобы спиртное купить. Хочу еще раз обратить внимание — прием алкоголя у пациента аннигилировал тягостное, тревожное самочувствие, “проясняя голову”. Если это не симптомы комфорта/дискомфорта, отражающие фокусировку душевной (и биологической) жизни Павла на алкоголе в тот период, и не абстинентный симптомокомплекс, то как иначе это назвать? Нам известны современные высказывания ряда уважаемых ученых о том, что пришла пора провести ревизию старых понятий, что надо отказаться от психиатрической, врачебной, трактовки этих проявлений зависимости; при этом постулируется, что психология как наука готова предложить более адекватные интерпретации (а значит, и методы помощи?). Однако внятных, доказательно работающих инноваций, пока мы не имеем. И по старинке будем типировать описанные проявления как синдром психофизической зависимости, стержнем которого является поражение воли пациента — появление новой потребности, которой нет у здорового человека, и не было у Павла до 28-летнего возраста. Потребности, реализация которой привела к распаду семьи и юридическому преследованию пациента, с поражением его в правах. Появление этой новой потребности, в моем понимании, является психопатологическим феноменом, изначально основывавшемся на психологических особенностях Павла, но затем оторвавшимся от них.

Я считаю, что совокупность двух описанных психопатологических синдромов — измененной реактивности и психофизической зависимости — является патогенетически объединенной. Это один — давно известный — синдром зависимости, или “большой наркоманический синдром”. Наличие этого синдрома позволяет говорить об алкогольной болезни у Павла. Но болезни атипичной.

В чем атипичия? В стремительном развитии болезни, с нарушением классической стадийности. В стремительном появлении симптомов второй стадии алкоголизма. В отчетливом влиянии эмоционального фактора. В необычно легком — как сказали докладчики, “чудесном” исцелении после 3 капельниц неизвестно чего. В абсолютно спокойном, без фанатизма, отношении к алкоголю в настоящее время. Наконец, в отсутствии алкогольных рецидивов. Эти признаки атипичии требуют выдвинуть предположение о симптоматическом характере алкоголизации у пациента.

Уверен, что многие из присутствующих именно так типировали бы происходящее и без второго эпизода, развитие которого привело пациента к обращению за психиатрической помощью. Между тем, развитие этого эпизода подтверждает правомочность высказанного ранее предположения и в очередной раз демонстрирует значимость, красоту, надежность клинико-психопатологического метода (интересно, а метод психологической интерпретации позволил бы предвосхитить и объяснить развитие психоза?).

Итак, на протяжении последних 3 месяцев душевная жизнь пациента повторно — но теперь четко аутохтонно — претерпела качественную трансформацию. И снова все протекает на фоне первоначального изменения эмоционального состояния — только теперь это не гипотимия, как было в 2005 году, а состояние “подъема”, ощущение “прилива сил” (Павел и в сегодняшней беседе это подчеркнул). У пациента нарушается ночной сон, и это не тревожная инсомния, а снижение потребности во сне. Пациент стремительно худеет, хотя пищу принимает в целом в привычном объеме. Довольно быстро присоединяются нарушения другого регистра: предположения о слежке (с попытками разобраться с мнимыми подсматривающими), эпизоды ощущения воздействия на мысли, однократный эпизод слуховых псевдогаллюцинаций (обратите внимание на благожелательный характер обмана восприятия, хотя и сопровождавшегося ощущением попытки нечто навязать больному). Присоединились идеи отношения, особого значения, инсценировки. Обращает на себя внимание, что в персекуторных идеях пациента присутствует символизм (преследуют — черные машины; едет он — за белой машиной). Внешне, по объективным сведениям, пациент при этом выглядит “бестолковым”. Полагаю, так отражается растерянность, свидетельствующая об остроте болезненного состояния.

Посмотрите, как ярко дает характеристику происходящему сестра Павла — “за неделю до обращения к врачу... не спал неделю, по ночам ходил в гости, стал очень разговорчивым, возбужденным, суетливым, тревожным, бестолковым, стал заговариваться”. Кстати, о речи больного. Докладчик в статусе отметил — “отвечает не по существу”. Я бы уточнил — “рядом с существом заданного вопроса”. Вы заметили, сколько было задано вопросов в конце беседы, в попытке выяснить “кто, кому и как мотает нервы”? Сколько требовалось уточняющих вопросов! В моем понимании, это отражает расплывчатость, нечеткость мышления больного.

И, кстати, эти структурные нарушения мышления Павла четко проявились в психологическом исследовании. Особенно убедительной при этом выглядит установленная тенденция к соскальзыванию ассоциаций с опорой на латентный признак. Обратите внимание, как гармоничны психологический и психопатологический методы, когда их используют вместе, не противопоставляя друг другу: в СМИЛ на первых местах 6 и 9 шкалы — паранойальности и мании...

Учитывая все эти данные, я считаю возможным типировать состояние как аффективно-бредовое. На мой взгляд, “корнями” оно уходит именно в аффективную сферу, а не идеаторную (поэтому не аффективно-параноидный синдром, тем более что паранойальности в клинике — действительно минимум). Состояние острое, бред имеет несистематизированный, чувственный характер; кристаллизация его, с появлением четкой фабулы, не наступила (и будем надеяться, не наступит). Интересна попытка “самозащиты” пациента — в виде игнорирования изменений, отказа их анализировать: его словами это звучит как “пытаться придерживаться мнения, что ничего не происходит” (не эта ли личностная черта способствовала в первом болезненном эпизоде изначальному выбору алкоголизации, как “экрана”?).

Суммирую: нозологический диагноз — приступообразная шизофрения (я не готов уверенно говорить о том, рекуррентный это процесс или шубообразный; во многом этот вопрос станет яснее после купирования текущего приступа), аффективно-бредовой приступ. Симптоматический алкоголизм в состоянии ремиссии.

Почему не биполярное аффективное расстройство? С моей точки зрения, не позволяют поставить этот диагноз, во-первых, ассоциативные нарушения — специфический шизофренический комплекс, во-вторых, отчетливое присутствие неконгруэнтных аффекту психопатологических образований.

По МКБ-10 мы диагноз “шизофрения”, очевидно, поставить не можем; но в отличие от всеми уважаемого Юрия Павловича я не стал бы ставить это во главу угла. В преамбуле МКБ-10 четко сказано: “...не является руководством по диагностике... не имеет значимой теоретической базы... является результатом соглашения специалистов ряда стран”. Я бы заключение по МКБ сформулировал как “Шизоаффективное расстройство. Синдром зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание”. Для статистического учета так сформулировал бы, не более того.

В плане терапии — мне думается, в данном случае достаточно детоксикации и двух базовых классов психофармакотерапии — нормотимик (я выбрал бы вальпроаты) и антипсихотик (оланзапин, галоперидол, клопиксол). Но не потому, что инсулинотерапия неэффективна (с каких пор она перестала быть эффективной? Кто, когда и какими исследованиями это доказал? Проверена ли эта мысль так, как проверялись гипотезы при Серейском, Личко, Авруцком — десятилетиями клинической практики?), а потому, что при таком аффективно-бредовом состоянии весьма вероятно можно ожидать хорошего эффекта более мягкой, деликатной терапии.

Нуждается ли этот больной в психолого-психотерапевтическом сопровождении? Безусловно, да. Психиатрии без психологии не жить. Так же, как и психологии без психиатрии — в медицинской сфере.

Конференция завершена, всем спасибо.

## Совет Европы готовит новый юридически обязывающий документ о защите прав и достоинства лиц, страдающих психическими расстройствами

Б. Г. Юдин<sup>1</sup>

Принятая Советом Европы в 1997 г. Конвенция о биомедицине и правах человека (нередко ее называют также Конвенцией по биоэтике или Конвенцией Овьедо — по названию испанского города, в котором проходила церемония принятия этого документа) направлена на защиту достоинства и индивидуальности всех человеческих существ и гарантирует каждому человеку без исключений уважение его целостности и других прав и фундаментальных свобод в том, что касается приложений биологических и медицинских наук.

В статье 31 Конвенции Овьедо говорится о том, что “для развития в специфических областях принципов, содержащихся в Конвенции, могут разрабатываться протоколы”.

На своем 40-м пленарном заседании (21 – 23 июня 2011 г.) Руководящий комитет по биоэтике Совета Европы<sup>2</sup> согласился включить в рабочую программу на 2013 г. разработку нового Дополнительного протокола, касающегося защиты прав и достоинства лиц с психическими расстройствами.

### Зачем нужен новый Дополнительный протокол?

В 2004 году по итогам предпринятого в рамках Совета Европы анализа того, как осуществляется защита лиц с психическими расстройствами, Комитет Министров Совета Европы принял Рекомендации, касающиеся защиты прав и достоинства лиц с психическими расстройствами<sup>3</sup>. В дальнейшем Руководящий комитет по биоэтике изучал, как выполняются положения этих Рекомендаций; при этом обнаружилось наличие юридических пробелов в законодательстве некоторых стран-членов Совета Европы в том, что ка-

сается правовых норм, призванных направлять меры по недобровольному содержанию и лечению лиц с психическими расстройствами.

Учитывая это, а также важность данной тематики для всей области защиты прав человека, было принято решение разработать юридически обязывающий документ<sup>4</sup>, призванный повысить правовой статус ряда фундаментальных принципов и сформулировать неоспоримые права индивидов, которые служили бы в качестве точки отсчета, в частности, при разработке или пересмотре соответствующих национальных законодательных актов.

Разработка этого нового Дополнительного протокола получила поддержку и других структур Совета Европы: Руководящего комитета по правам человека и Европейского комитета по предотвращению пыток.

### Какова цель нового протокола?

Цель этого протокола заключается в том, чтобы впервые разработать юридически обязывающий документ — в соответствии с положениями статьи 7 Конвенции о правах человека и биомедицине, а также статьи 5 § 1(е) Европейской конвенции о правах человека. Протокол направлен на установление фундаментальных гарантий в том, что касается этой допустимой лишь в качестве исключения возможности ограничения прав, свободы и автономии личности.

### Основания данного проекта

Опорными текстами для разработки Протокола являются Конвенция о правах человека и биомедицине и Европейская конвенция о правах человека в интерпретации, которая дается им решениями и мнениями Европейского суда по правам человека. Работа

<sup>1</sup> Представитель России в Комитете по биоэтике Совета Европы.

<sup>2</sup> В январе 2012 г. этот комитет был преобразован в Комитет по биоэтике.

<sup>3</sup> Recommendation REC (2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder.

<sup>4</sup> К числу таких документов в международном праве относят конвенции и дополнительные протоколы к ним. Такие нормативные документы, как декларации, рекомендации, руководства и т.п., относят к области “мягкого права” — они не носят юридически обязывающего характера и содержат лишь моральные, а не юридические стандарты и нормы.

ведется также в свете Конвенции ООН о правах лиц с ограниченной дееспособностью и других относящихся к данной теме юридических документов, принятых на международном уровне.

Наряду с этим используются и соответствующие положения Рекомендаций 2004 (10) Комитета Министров СЕ, а также стандарты, разработанные Комитетом по предотвращению пыток.

**Недобровольное содержание или лечение  
(по определению Рекомендаций (2004) 10)**

Понятие “недобровольное” содержание или лечение относится к содержанию или лечению, применяемому к лицу,

– которое обладает способностью дать согласие на применение предусматриваемой меры и отказывается от нее;

– которое не обладает способностью дать согласие на применение предусматриваемой меры и возражает против нее.

*От редактора: Подготовленные экспертом НПА по правовым вопросам Дмитрием Бартеневым комментарии и предложения направлены в Комитет по биоэтике.*

**Кто разрабатывает Протокол?**

Протокол разрабатывается межправительственным Комитетом по биоэтике, который поручил рабочей группе подготовку предварительного проекта Протокола. С целью разработки этого предварительного проекта 11 марта 2014 г. были организованы слушания с участием международных неправительственных организаций, представляющих различные заинтересованные группы граждан (включая пациентов и их семьи, врачей и других работников здравоохранения, ассоциации, специализирующиеся на защите прав человека и защите людей с психическими расстройствами). В процессе подготовки Протокола намечается проведение и других консультаций.

*Автор выражает благодарность секретарю Комитета по биоэтике Совета Европы Лоранс Львов (Laurence Lwoff) за предоставление сведений, на основе которых составлен этот информационный материал.*

**Европейская научная ассоциация исследования шизофрении  
и других психозов совместно с ВПА**

**Пятая Европейская конференция по шизофрении  
«Заполнение пробелов — улучшение результатов»**

*24 – 26 сентября 2014 г., Берлин, Германия*

**[viktoria.toeller@esasnet.eu](mailto:viktoria.toeller@esasnet.eu); [www.schizophrenianet.eu](http://www.schizophrenianet.eu)**

**Секция ВПА по эпидемиологии и здоровью населения и  
Фонд по нейронаукам и психическому здоровью Японии**

**ТРАВМА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

*16 – 18 октября 2014 г., Нара, Япония*

**[wpaseph2014@c-linkage.co.jp](mailto:wpaseph2014@c-linkage.co.jp);  
<http://www.wpaeipi2014.umin.jp/index.html>**

# Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, по запросу органов дознания, следствия и суда

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается порядок предоставления медицинской организацией сведений, составляющих врачебную тайну, органам дознания, следствия и суду в рамках уголовного и гражданского процесса, а также в рамках производства по делам об административных правонарушениях. Указывается на массовый характер нарушений закона со стороны правоохранительных органов. Анализируется судебная практика. Обращается внимание на противоречия в законодательстве.

**Ключевые слова:** врачебная тайна; полномочия органов дознания, следствия, суда.

В соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, суда *в связи с проведением расследования или судебным разбирательством*. Закон имеет в виду случаи, когда гражданин, в отношении которого запрашиваются сведения, становится участником уголовного или гражданского процесса, либо участником производства по делу об административном правонарушении.

1. В рамках **уголовного процесса** ч. 1 ст. 86 УПК РФ закрепляет право дознавателя, следователя, прокурора и суда собирать в ходе уголовного судопроизводства доказательства путём производства следственных и иных процессуальных действий. Однако она не определяет порядок получения при осуществлении таких действий сведений, составляющих охраняемую законом тайну, в т.ч. врачебную тайну. Данная норма является бланкетной и подлежит применению во взаимосвязи с положениями УПК РФ, определяющими предмет доказывания, регламентирующими основания и порядок проведения следственных и иных процессуальных действий, а также с нормами других законодательных актов, в частности Закона об охране здоровья<sup>1</sup>.

Информация, справки, копии документов, содержащие врачебную тайну, предоставляются органам дознания и следствия, а также суду безвозмездно при наличии надлежащим образом оформленного запроса, в котором указывается срок представления необходимых сведений.

Из текста запроса должно следовать, что эти сведения необходимы именно в связи с проведением расследования (судебного разбирательства). Может, например, указываться номер уголовного дела или процессуальный статус лица, в отношении которого

запрашиваются сведения (подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, лицо, в отношении которого осуществляется производство по применению принудительных мер медицинского характера, потерпевший, свидетель), или приводиться ссылка на постановление о возбуждении уголовного дела по факту причинения того или иного вреда и пр. Запрашиваемые сведения могут касаться конкретного лица или лиц. Требования предоставить сведения в отношении “всех лиц, состоящих на учёте в диспансере” либо “указать, кто из перечисленных в списке граждан обращался за психиатрической помощью” неправомерны.

Важно, что *на этапе до возбуждения уголовного дела при проведении доследственной проверки такая информация затребована и предоставлена быть не может*. Правоохранительные органы, зачастую, намеренно не обращают внимания на указанное в законе условие, при котором такая информация может быть запрошена, а именно, “в связи с проведением расследования”. Граждане в отличие от правоохранительных органов и суда вполне обоснованно расценивают это условие как обязательное требование закона и в связи с его нарушением обжалуют действия медицинских работников в суд.

Необоснованной в этой связи представляется позиция Судебной коллегии по гражданским делам Мосгорсуда (определение от 21 сентября 2010 г. по делу № 33-26890), оставившей без изменения решение Савёловского районного суда г. Москвы от 8 июня 2010 г. об отказе в удовлетворении иска П. к ФГУ “ГБ медико-социальной экспертизы по Московской области” о компенсации морального вреда.

П. в своём иске указал, что администрация ГБ МСЭ выдала справку о его состоянии здоровья по запросу ЛОВД на ст. Смоленск в связи с его заявлением о совершении в отношении него преступления. Справка была выдана с нарушением п. 3 ч. 4 ст. 61 Основ<sup>2</sup>, т.к. подобные сведения предоставляются органам дознания только по возбужденному уголов-

<sup>1</sup> Определение Конституционного Суда РФ от 24 сентября 2012 г. № 1517-О.

<sup>2</sup> Положение, содержащееся в п. 3 ч. 4 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, полностью соответствует п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья.

ному делу, а на стадии доследственной проверки их распространять запрещается. В данном случае дело возбуждено не было, а имелся только проверочный материал. Действие врачей П. расценивал как вмешательство в его частную жизнь, распространение врачебной тайны, что повлияло на его положение в обществе, в т.ч. в правительственных кругах Республики Беларусь, где о нём сложилось мнение как о нездоровом человеке, а справка явилась основным поводом к отказу в возбуждении дела.

Судом установлено, что в ОДС Оршанского ОВД по факсу поступило заявление П. о привлечении к уголовной ответственности неизвестных лиц, которые после совместного распития спиртных напитков в электропоезде Орша-Смоленск совершили на него нападение с ограблением и избиением. Для сбора информации по указанному факту ЛОВД на ст. Смоленск направило запрос в ГБ МСЭ и получило ответ, который, по мнению истца, является незаконным.

Суд первой инстанции на основании ст. 61 Основ и ст. 9 Закона о психиатрической помощи пришёл к выводу, что закон допускает выдачу сведений, составляющих врачебную тайну, по запросу органов дознания и следствия без согласия гражданина и не запрещает выдачу таких сведений по запросам указанных органов иностранных государств. Поэтому ответчик был вправе выдать указанную информацию по запросу органа дознания и следствия МВД Республики Беларусь. Довод истца о том, что выданная справка послужила поводом для отказа в возбуждении уголовного дела по его заявлению, по мнению суда, также не нашёл своего подтверждения. Нарушений норм материального права, которые могли бы повлечь отмену решения суда первой инстанции, Судебной коллегией не обнаружено.

Этот случай из судебной практики весьма показателен. Судя по фабуле дела, истец — лицо, страдающее психическим расстройством. В своей практике мы не раз встречались с ситуацией, когда сотрудники органов внутренних дел, получив от гражданина сообщение о причинении ему того или иного ущерба, пытались отказать ему в возбуждении уголовного дела, когда им становилось известно о том, что он состоит под наблюдением ПНД. При этом факт совершения в отношении данного гражданина противоправных действий после получения таких сведений уже не проверялся.

Как следует из обстоятельств данного дела, органы внутренних дел Республики Беларусь через своих российских коллег запросили сведения из бюро МСЭ, руководство которого не должно было предоставлять медицинские сведения. Оно могло лишь подтвердить или опровергнуть факт установления данному гражданину группы инвалидности. Наличие же инвалидности у пострадавшего само по себе не может служить основанием (поводом) для отказа в возбуждении уголовного дела по его заявлению. Сомнителен также вывод Судебной коллегии Мосгорсуда о том, что бюро МСЭ вправе выдавать такие сведения по запро-

су МВД другого государства лишь исходя из того, что Закон о психиатрической помощи и Основы не содержат на этот счёт запрета. Вопросы передачи сведений по запросу правоохранительных органов иностранных государств регулируются международными договорами, о чём суду должно быть известно.

Если в приведённом случае причинная связь между справкой о психическом состоянии лица и отказом в возбуждении уголовного дела по его заявлению не была судом установлена, то в случае, который приведён ниже, такая связь очевидна.

Так, Черняховский городской суд Калининградской области своим решением от 26 декабря 2013 г. (дело № 2-1157/13) отказал в иске Губановой Г. И. к ГБУЗ «Черняховская центральная районная больница» о компенсации морального вреда.

Истица указала, что неоднократно обращалась в правоохранительные органы в связи с нарушением ее прав соседями, которые мешают ей отдыхать, проникают в ее квартиру, бьют ее. Поскольку меры по ее заявлению не принимались, она была вынуждена продать три квартиры из-за невозможности проживания с соседями. В постановлениях об отказе в возбуждении уголовного дела по ее заявлениям говорится о наличии у нее психического заболевания с указанием диагноза. Эта информация распространена больницей незаконно, без ее согласия, что является нарушением ее права на частную жизнь. Полагала, что если бы ответчик не предоставил в ОВД справку о ее заболевании, то проверка по ее заявлению проводилась бы должным образом, и виновные были бы привлечены к ответственности.

Представитель больницы пояснил, что органы дознания неоднократно обращались в больницу с запросами о предоставлении информации о том, состоит ли Губанова на учете у врача-психиатра, указывая, что данная информация необходима в связи с проверкой по ее заявлениям. При посещении Губановой на дому было установлено, что факты, изложенные в ее заявлении, не соответствуют действительности, и ее обращения в правоохранительные органы связаны с наличием у нее заболевания. Информация о состоянии здоровья истицы была направлена в правоохранительные органы по их запросу, что не противоречит закону.

Суд установил факты получения больницей указанных запросов и высылки по ним запрошенных сведений, а также то, что и.о. начальника ОВД обращался в больницу с просьбой о проведении обследования Губановой и оказании ей медицинской помощи. Как следует из текста постановления об отказе в возбуждении уголовного дела по заявлению Губановой от 7 сентября 2013 г., «в ходе работы по материалам было установлено, что Губанова состоит в поликлинике у врача-психиатра с диагнозом «...». Суд сделал вывод, что данная информация была доступна лишь ограниченному кругу лиц, проводивших проверку.

Дела, подобные описанному, весьма типичны. Претензии к соседям в таких случаях, безусловно, яв-



ляются следствием психического расстройства лица. Вместе с тем не исключается, что такое лицо может пострадать (как, возможно, следует из дела Губановой, быть избито) от действий соседей, которые могут попытаться приструнить больного человека, выдвигающего против них нелепые обвинения.

В деле Губановой суд предпочел “не заметить” неправомерность, как запрашивания, так и предоставления указанных сведений, причем в явно избыточном объеме (с указанием диагноза). Суд не дал также правовую оценку показаниям представителя больницы, из которых следует, что проверку фактов, изложенных в заявлении Губановой, проводили не сотрудники ОВД, а психиатры, которые и признали эти факты не соответствующими действительности.

Наличие причинной связи между данными, характеризующими психические особенности гражданина, и отказом в возбуждении дела можно проиллюстрировать и на другом примере. Впрочем, в данном случае участковый инспектор полиции получил эти данные не из медучреждения, а путём опроса граждан, т.е. придерживался рамок закона.

Так, Кувандыкский районный суд Оренбургской области своим решением от 24 января 2012 г. отказал Савицкому С. В. в иске к Гарифуллину о защите чести и достоинства.

Савицкий обратился в полицию с заявлением о привлечении к уголовной ответственности неизвестных лиц, которые нанесли ему телесные повреждения. Участковый инспектор Гарифуллин вынес постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, указав следующее: “Опрошенные Бочкарев В. И., Богданов Ю. В., Астафьева Н. И. охарактеризовали Савицкого С. В. посредственно. Вместе с матерью ведут скрытный образ жизни, ни с кем не общаются, недоброжелательны. На улицу выходят только по крайней необходимости. Ковалева А. И. пояснила, что ранее у неё с соседями регулярно происходили скандалы. Савицкий С. В. считается психически не совсем здоровым человеком, ведёт он себя как-то неадекватно, не как все нормальные люди.”

По мнению истца, Гарифуллин вмешался в его частную жизнь, нарушил медицинскую, личную и семейную тайну, право на достоинство личности, оскорбил и оклеветал его.

По мнению суда, Гарифуллин в соответствии со ст. 144 УПК РФ провёл проверку сообщения о преступлении, на основании ч. 1 ст. 148 УПК РФ вынес постановление об отказе в возбуждении уголовного дела. В ходе составления текста постановления действия Гарифуллина определялись нормами УПК РФ, а не желанием распространить сведения, относящиеся к оценке личности истца. Сама по себе информация о наличии заболевания у Савицкого не содержит сведений, которые умаляют честь и достоинство или деловую репутацию гражданина. Эта информация не является порочащей или оскорбительной. Согласно п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья предоставление сведений, составляющих

врачебную тайну, без согласия гражданина допускается по запросу органов дознания и следствия в связи с проведением расследования, вследствие чего приведение сведений о здоровье потерпевшего в процессуальном документе не является нарушением врачебной тайны.

В данном деле истец, к сожалению, не совсем правильно сформулировал свои исковые требования. Однако и суд неверно определил его процессуальный статус как потерпевшего, коим он признан не был, поскольку уголовное дело не возбуждалось и потому сведения о состоянии его психического здоровья запрошены быть не могли, да и судья по материалам дела, из медицинского учреждения не запрашивались. Ссылка суда на положения п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья, следовательно, неверна вдвойне.

Отдельные авторы, зачастую, неверно ориентируют руководителей медицинских организаций в плане их обязанности по исполнению требований следственных органов. Так, юрисконсульт ПНД № 22 г. Москвы Т. И. Хохрина, указывает, в частности, на обязательность исполнения “всеми” лечебными учреждениями запросов “сотрудников” Следственного комитета РФ в отношении сведений, относящихся к врачебной тайне, в рамках проверки сообщения о преступлении, а также проведения предварительного расследования и даже реализации других полномочий<sup>3</sup>. Готовность предоставлять конфиденциальные сведения любым “сотрудникам” Следственного комитета фактически по любому поводу — чрезвычайно опасная предположка нарушения законности.

Действительно, в соответствии с ч. 2 и 3 ст. 7 Федерального закона от 28 декабря 2010 г. № 403-ФЗ “О Следственном комитете Российской Федерации” требования (запросы, поручения) сотрудника Следственного комитета, предъявленные (направленные, данные) при проверке сообщения о преступлении<sup>4</sup>, проведении предварительного расследования или осуществлении других полномочий, обязательны для исполнения всеми предприятиями, учреждениями, организациями, должностными и иными лицами незамедлительно или в указанный в требовании (запросе, поручении) срок. Однако это общее правило должно применяться с учётом специального ограничительно-

<sup>3</sup> Хохрина Т. И. Передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента по запросу полномочных органов // Правовые вопросы в здравоохранении, 2012, № 11. С. 70.

<sup>4</sup> Пункт 32 Инструкции об организации приёма, регистрации и проверки сообщений о преступлении в следственных органах (следственных подразделениях) системы Следственного комитета Российской Федерации, утверждённой приказом СК РФ от 11 октября 2012 г. № 72, не предусматривает возможности запроса сведений, составляющих охраняемую законом тайну, при проверке сообщения о преступлении.

го правила, установленного ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья.

Обоснованным в этом плане представляется кассационное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного суда Республики Башкортостан от 26 июля 2011 г., оставившей без изменения решение Ишимбайского городского суда РБ от 23 июня 2011 г., а кассационную жалобу Следственного управления Следственного комитета РФ по РБ — без удовлетворения.

Как следовало из материалов дела, Самко Е. Г. обратился в суд с иском к Следственному управлению Следственного комитета РФ по РБ о компенсации морального вреда за нарушение конституционного права в виде незаконного сбора, хранения, использования и распространения конфиденциальной информации о частной жизни. Самко указал, что при ознакомлении с материалами доследственной проверки, которая проводилась по его заявлению, он обнаружил ксерокопию своей амбулаторной карты с описанием заболеваний и заключениями врачей. Там же находились официальные запросы Следственного управления. Самко пояснил, что незаконные действия ответчика причинили ему физические и нравственные страдания, выразившиеся в том, что все его жалобы на состояние здоровья стали достоянием общественности.

Суд первой инстанции обосновано пришёл к выводу о том, что Следственное управление Следственного комитета РФ по РБ, направляя запросы в районную больницу о предоставлении информации, составляющей врачебную тайну в отношении Самко, нарушило законодательство, т.к. проведение проверки обращения гражданина не отнесено к основаниям, позволяющим запрашивать такие сведения без согласия гражданина. Суд, установив факт причинения морального вреда Самко, частично удовлетворил его исковые требования, взыскав с ответчика денежную компенсацию.

В этом деле истцу ничто не мешало привлечь в качестве ответчика также и районную больницу, незаконно предоставившую сведения по запросу Следственного комитета. По другим известным нам аналогичным делам граждане подают иск одновременно и к правоохранительному органу и к медицинской организации. Суды в своих решениях всю вину обычно возлагают на медицинскую организацию, аргументируя это тем, что ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья предусматривает случаи именно предоставления сведений, а не случаи, когда такие сведения могут быть запрошены.

В ситуации спора между медучреждением, отказавшим в предоставлении сведений до возбуждения уголовного дела, и запросившим эти сведения правоохранительным органом суд также встаёт на сторону последнего. При этом в решениях судов можно обнаружить аргументацию, основанную, по нашему мнению, на неверном толковании норм материального и процессуального права. Это относится к судебным

решениям по делам об административном правонарушении, предусмотренном ст. 17.7 КоАП РФ (умышленное невыполнение законных требований следователя, вытекающих из его полномочий). Такие дела нередко возбуждаются против главных врачей больниц в связи с их отказом предоставить информацию. Так, по мнению Ленинского районного суда г. Тюмени (решение от 25 июня 2013 г. по административному делу № 12-731/2013), проведение проверки в порядке ст. 144 УПК РФ является стадией предварительного расследования и соответственно следователь вправе запрашивать документы в рамках такой проверки. Непредставление следователю сведений в рамках проводимой им проверки, с позиций суда, приведёт к принятию незаконного и необоснованного решения по результатам рассмотрения сообщения о преступлении, что повлечёт за собой нарушение прав и законных интересов лиц и организаций, являющихся потерпевшими от преступления, а виновное лицо избежит ответственности.

В действительности доследственная проверка стадией предварительного расследования не является. Это помимо прочего подтверждает и формулировка ст. 7 Федерального закона “О Следственном комитете Российской Федерации”, на которой основывался суд. В ней право затребовать документы предусматривается в двух разных случаях: 1) в ходе проверки сообщения о преступлении и 2) в ходе проведения предварительного расследования. В п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране в качестве основания для запроса сведений, составляющих врачебную тайну, включены лишь случаи проведения расследования. В этой связи главный врач больницы, отказывая в предоставлении запрошенных сведений, вполне обоснованно просил следователя изменить основание для их получения, что сделано не было. Предварительное расследование принято считать стадией уголовного процесса, которая является следующей за стадией возбуждения уголовного дела. Доследственная же проверка, как известно, предшествует стадии возбуждения уголовного дела и потому находится “за скобками” уголовного процесса.

Вместе с тем, следует заметить, что в столь категоричных суждениях суда по поводу неминуемого принятия следователем незаконного и необоснованного решения в случае, если ему будет отказано в выдаче запрошенной им информации в ходе доследственной проверки, доля истины присутствует. Вероятно, целесообразно было бы рассмотреть вопрос о расширении оснований, предусмотренных п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья, за счёт включения случаев проведения проверки сообщения о преступлении. Однако ставить этот вопрос можно будет только после того, как этап доследственной проверки будет признан стадией уголовного процесса и обретёт чёткое процессуальное регулирование.

Данное замечание имеет под собой основу. Возможны случаи, когда затребованные о пациенте сведения касаются, например, обстоятельств причинения вреда его здоровью или его смерти в психиатрическом учреждении. По результатам изучения следователем запрошенных документов медработники могут быть обвинены в халатности или совершении другого преступления. Предоставление таких документов следователю на этапе доследственной проверки может привести к нарушению прав медработников. Согласно ч. 1 ст. 51 Конституции РФ «никто не обязан свидетельствовать против себя самого...». В данной ситуации таким свидетельством могут оказаться меддокументы умершего пациента. Их получение должно производиться в рамках следственного действия (обыска, выемки) по возбужденному уголовному делу.

Одной из попыток правоохранительных органов обойти установленные законом запреты в отношении запроса сведений медицинского характера на этапе доследственной проверки в рамках ст. 144 – 145 УПК РФ явилось письмо Следственного управления Следственного комитета при прокуратуре РФ по г. Москве от 7 марта 2008 г. № 216/2-р-08/1602 в адрес Департамента здравоохранения г. Москвы. В письме говорилось о необходимости получения следователями меддокументации (амбулаторных карт, историй болезни) в рамках проведения доследственных проверок сообщений о преступлениях с целью назначения судебно-медицинских исследований для определения тяжести причинённого вреда здоровью. Указывалось, что медучреждения отказывают следователям в предоставлении запрашиваемой документации, ссылаясь на врачебную тайну. В письме содержалась просьба дать указание подчинённым медучреждениям выдавать следователям необходимую им меддокументацию. В качестве правового основания указывался п. 5 ч. 4 ст. 61 Основ, допускавший предоставление таких сведений без согласия гражданина при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

В Законе об охране здоровья данное основание предусмотрено п. 5 ч. 4 ст. 13. В отличие от основания, сформулированного п. 5 ч. 4 ст. 61 Основ, в нём прямо указывается, какие именно органы должны в данном случае информироваться. То есть информация о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий, предназначена исключительно для полиции и других органов внутренних дел. Порядок информирования утверждён приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 565н, согласно которому медорганизации передают сведения в территориальные органы МВД России по месту своего нахождения. Сведения о поступлении (обращении)

пациентов передаются в случаях наличия у них перечисленных в документе признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий.

В информационном письме Департамента здравоохранения г. Москвы от 16 мая 2008 г. № 12-17/220 «О порядке представления информации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну», подготовленном в ответ на указанное письмо Следственного управления СК, главным врачам медучреждений было дано указание при рассмотрении запросов, подписанных руководителями следственного органа, об истребовании меддокументации руководствоваться п. 3 и 5 ч. 4 ст. 61 Основ и представлять необходимую меддокументацию. Ссылку на п. 3 ч. 4 ст. 61 Основ (по Закону об охране здоровья эта норма соответствует п. 3 ч. 4 ст. 13) нельзя признать обоснованной, поскольку по этому основанию сведения могут запрашиваться лишь по возбужденному уголовному делу, а никак не в рамках доследственных проверок сообщений о преступлениях. Не может осуществляться передача сведений, содержащих врачебную тайну, Следственному комитету и по основанию, предусмотренному п. 5 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья (п. 5 ч. 4 ст. 61 Основ), поскольку такие сведения теперь вправе получать лишь органы внутренних дел. Данное информационное письмо ныне утратило силу и не подлежит применению<sup>5</sup>.

От запроса сведений, составляющих врачебную тайну, в виде выписок, справок, копий документов следует отличать **выемку подлинников медицинских документов**, являющуюся следственным действием. Согласно п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ только суд, в т.ч. в ходе досудебного производства, правомочен принимать решение о производстве выемки документов, содержащих охраняемую законом тайну. В постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 9 декабря 2008 г. № 26 судам было специально разъяснено, что выемка амбулаторных карт и историй болезни производится на основании *не запроса*, а *судебного решения* (ч. 3 ст. 183, ст. 165 УПК РФ)<sup>6</sup>.

В случае необходимости выемки документов, содержащих врачебную тайну, следователь с согласия руководителя следственного органа, а дознаватель с согласия прокурора возбуждает перед судом ходатайство о производстве следственного действия, о чём выносится постановление. Ходатайство рассматривается единолично судьёй не позднее 24 часов с момента поступления. Рассмотрев указанное ходатайство,

<sup>5</sup> См. информационное письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 4 октября 2010 г. № 12-18-15782.

<sup>6</sup> См.: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 9 декабря 2008 г. № 26 «О дополнении постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 5 марта 2004 г. № 1 «О применении судами норм Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации».

судья выносит постановление о разрешении производства следственного действия или об отказе в его производстве с указанием мотивов отказа. При производстве выемки ведётся протокол с участием понятых. Копия протокола остаётся в медицинской организации.

Как указано в информационном письме Департамента здравоохранения г. Москвы от 4 октября 2010 г. № 12-18-15782, в учреждении здравоохранения должна храниться копия меддокументации, подлежащей изъятию в соответствии с решением суда.

Как противоречащую нормам УПК РФ и разъяснениям Пленума Верховного Суда РФ можно расценить позицию Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ, изложенную в кассационном определении от 15 мая 2013 г. № 56-О13-21. Адвокат осужденной в своей кассационной жалобе на приговор Приморского краевого суда указал, что заключение СПЭ является недопустимым доказательством ввиду того, что при её проведении эксперты использовали историю болезни подэкспертной, изъятую из психиатрической больницы без судебного решения, что противоречит требованиям ст. 165 УПК РФ.

Судебная коллегия, процитировав положения п. 7 ч. 2 ст. 29 и ч. 3 ст. 183 УПК РФ о судебном порядке выемки документов, содержащих охраняемую законом тайну, сослалась тем не менее на положения п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья, указав, что отраслевое законодательство предусматривает возможность изъятия сведений, составляющих врачебную тайну, при отсутствии судебного решения.

Поскольку выемка, как уже указывалось, является следственным действием, выемка меддокументов не может производиться на этапе доследственной проверки. Однако в связи с изменениями, внесёнными в ст. 144 УПК РФ Федеральным законом от 4 марта 2013 г. № 23-ФЗ, в соответствии с которыми на этапе рассмотрения сообщения о преступлении стало возможным назначение судебной экспертизы, некоторые судьи стали выдавать санкцию на выемку меддокументов ещё до возбуждения уголовного дела. В свою очередь, суды апелляционной инстанции оставляют без изменения постановления судов первой инстанции об удовлетворении ходатайства следователя о разрешении выемки меддокументов по материалам доследственной проверки<sup>7</sup>.

Возможность назначения на этапе доследственной проверки СПЭ является юридическим нонсенсом. Руководством ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в адрес Генерального прокурора РФ была направлена справка, в которой, в частности указывалось, что производство СПЭ на этапе провер-

ки сообщения о преступлении не может проводиться лицу без его согласия, при отсутствии доказательной базы; производство стационарной СПЭ по срокам “не укладывается” в отведённые законом сроки проведения доследственной проверки. Ответ, полученный из Генпрокуратуры РФ, обескураживает своим правовым нигилизмом. В нём было сказано, что в случае, если по результатам проведения СПЭ будет выяснено, что подэкспертный невменяем, то следователь откажет в возбуждении уголовного дела<sup>8</sup>. Генпрокуратура, таким образом, игнорирует очевидное. Во-первых, невменяемым лицо признают не эксперты, а суд. Во-вторых, принятие решения о возбуждении уголовного дела не находится в зависимости от того, вменяемо лицо, подлежащее уголовной ответственности, или нет. В-третьих, если психическое расстройство будет выявлено у направленного на экспертизу пострадавшего, то это не исключает преступного характера совершённых в отношении него действий. В-четвёртых, эксперты не в состоянии дать заключение при отсутствии сведений, которые могут быть получены лишь в рамках предварительного расследования.

Руководители экспертных учреждений вполне обоснованно возвращают постановления следователей (дознавателей) о производстве СПЭ, вынесенные на этапе доследственной проверки, без исполнения, мотивируя свои действия тем, что согласно ст. 26 Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу, определяется процессуальным законодательством. Согласно ч. 5 ст. 56, ч. 3 и 4 ст. 195, ст. 196 и ч. 5 ст. 445 УПК РФ экспертизе могут подвергаться подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, свидетель, а также лицо, в отношении которого применяются принудительные меры медицинского характера. При проведении же доследственной проверки сообщения о преступлении процессуально-правовое положение подэкспертного не определено. Это не позволяет решить такие принципиальные вопросы, как добровольность или недобровольность экспертизы, характер и содержание экспертных вопросов, объём прав лица, направляемого на экспертизу. Помимо этого указывается обычно на недостаточность собранных дознавателем (следователем) объектов и материалов, восполнить которые уже невозможно из-за нехватки времени<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Из выступления Шаклеина К. Н. “Актуальные организационные и правовые вопросы судебной психиатрии” на секции “Судебная психиатрия” V Национального конгресса по социальной и клинической психиатрии (Москва, ГНЦССП им. В. П. Сербского, 12 декабря 2013 г.).

<sup>9</sup> Шишков С. Н. Возможно ли производство судебно-психиатрической экспертизы в стадии возбуждения уголовного дела? // Законность, 2013, № 10. С. 37 – 42.

<sup>7</sup> См., например, апелляционное постановление Мосгорсуда от 24 октября 2013 г. по делу № 10-1065/2013.

К органам дознания, которые вправе запрашивать сведения, составляющие врачебную тайну, ст. 40 УПК РФ относит: органы внутренних дел, входящие в их состав территориальные, в т.ч. линейные, управления (отделы, отделения) полиции, органы ФСБ, Федеральной службы судебных приставов, госнаркоконтроля, госпожнадзора; таможенные органы; начальники учреждений и органов УИС; командиры воинских частей, соединений, начальники военных учреждений или гарнизонов; капитаны судов, находящихся в дальнем плавании; руководители геолого-разведочных партий и зимовок, удаленных от мест расположения органов дознания; главы дипломатических представительств и консульских учреждений РФ.

*Предварительное следствие* производится следователями Следственного комитета РФ, органов внутренних дел, ФСБ, госнаркоконтроля, которые также вправе обратиться в медорганизацию с соответствующим запросом.

Органы прокуратуры не наделены правом запрашивать сведения, составляющие врачебную тайну, на основании п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья.

Непредставление или несвоевременное представление в государственный орган (должностному лицу) сведений (информации), представление которых предусмотрено законом и необходимо для осуществления этим органом (должностным лицом) его законной деятельности, а равно представление таких сведений в неполном объеме или в искажённом виде влечёт предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от 100 до 300 руб.; на должностных лиц — от 300 до 500 руб.; на юридических лиц — от 3 до 5 тыс. руб. (ст. 19.7 КоАП РФ).

2. В рамках производства **по делу об административном правонарушении** в соответствии со ст. 26.10 КоАП РФ судья, орган, должностное лицо, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, вправе вынести определение об истребовании сведений, необходимых для разрешения дела. Истребуемые сведения должны быть направлены в трёхдневный срок со дня получения определения, а при совершении административного правонарушения, влекущего административный арест либо административное выдворение, незамедлительно. При невозможности представления указанных сведений организация обязана в трёхдневный срок уведомить об этом в письменной форме судью, орган, должностное лицо, вынесших определение.

Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть истребованы после вынесения определения о возбуждении дела об административном правонарушении и проведении административного расследования (п. 4 ч. 4 ст. 28.1 КоАП РФ). Административное расследование согласно ст. 28.7 КоАП РФ проводится в случаях, если после выявления административного правонарушения в ряде областей законодательства

(в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, законодательства о наркотических средствах и др.) осуществляется экспертиза или иные процессуальные действия, требующие значительных временных затрат. Решение о возбуждении дела и проведении расследования принимается должностным лицом, уполномоченным в соответствии со ст. 28.3 КоАП РФ составлять протокол об административном правонарушении, в виде определения, а прокурором в виде постановления.

Из текста п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья, согласно которому сведения, составляющие врачебную тайну, могут предоставляться только в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, можно сделать вывод, что указанные сведения не могут предоставляться в случаях, не связанных с проведением административного расследования. Это касается тех случаев, когда дело об административном правонарушении считается возбужденным с момента составления протокола об административном правонарушении или протокола осмотра места совершения правонарушения (п. 1–3 ч. 4 ст. 28.1 КоАП РФ), т.е. в тех случаях, когда проведение административного расследования не требуется.

В соответствии со ст. 17.7 КоАП РФ умышленное невыполнение законных требований следователя, дознавателя или должностного лица, осуществляющего производство по делу об административном правонарушении, влечёт наложение административного штрафа на граждан в размере от 1 тыс. до 1 тыс. 500 руб.; на должностных лиц — от 2 до 3 тыс. руб.; на юридических лиц — от 50 до 100 тыс. руб. либо административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

3. В рамках **гражданского процесса** органом, правомочным запросить сведения, составляющие врачебную тайну, является только суд (федеральный судья, мировой судья). В соответствии с ч. 1 ст. 57 ГПК РФ стороны и другие лица, участвующие в деле, представляют доказательства. Суд вправе предложить им представить дополнительные доказательства. В случае если представление необходимых доказательств для этих лиц затруднительно, в частности по причине того, что эти доказательства являются сведениями, составляющими врачебную тайну, суд по ходатайству указанных лиц оказывает содействие в собирании и истребовании доказательств. В ходатайстве об истребовании доказательства должно быть обозначено доказательство (например, амбулаторная карта), а также указано, какие обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела, могут быть подтверждены или опровергнуты этим доказательством, указаны причины, препятствующие получению доказательства (в данном случае такой причиной служит конфиденциальный характер информации и особый порядок её предоставления), и место нахождения доказательства (диспансер, боль-

ница). Суд выдает стороне запрос для получения доказательств или запрашивает доказательство непосредственно. Лицо, у которого находится истребуемое судом доказательство, направляет его в суд или передает в запечатанном виде на руки лицу, имеющему соответствующий запрос, для представления в суд (ч. 2 ст. 57 ГПК РФ).

ГПК РФ предусматривает специальную норму об ответственности за непредставление сведений по запросу суда. Согласно ч. 3 ст. 57 ГПК РФ должностные лица или граждане, не имеющие возможности представить истребуемое судом доказательство вообще или в установленный судом срок, должны известить об этом суд в течение 5 дней со дня получения запроса с указанием причин. В случае неизвещения суда, а также в случае невыполнения требования суда о представлении доказательства по причинам, признанным судом неуважительными, на виновных должностных лиц или на граждан, не являющихся лицами, участвующими в деле, налагается штраф — на должностных лиц в размере до 1 тыс. руб., на граждан — до 500 руб. При этом наложение штрафа не освобождает соответствующих должностных лиц и граждан, владеющих истребуемым доказательством, от обязанности представления его суду.

Не является нарушением врачебной тайны ознакомление судьи с меддокументацией истца (ответчика), озвучивание врачом в судебном заседании диагноза своего пациента, являющегося стороной по делу, если выставленный ему диагноз имеет отношение к предмету спора.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Свердловского областного суда (апелляционное

определение от 11 января 2013 г. по делу № 33-315/2013) оставила без изменения решение Чкаловского районного суда г. Екатеринбурга об отказе в удовлетворении иска Савченко к учреждению здравоохранения о признании незаконными действий врача, выразившихся в разглашении его диагноза в ходе судебного заседания по гражданскому делу.

Было установлено, что в ходе рассмотрения дела по иску Савченко к учреждению здравоохранения о взыскании заработной платы, убытков и компенсации морального вреда врач как представитель медучреждения, возражая против исковых требований Савченко, без согласия последнего и предварительного запроса суда сообщил суду его диагноз, являющийся врачебной тайной.

Суд пришёл к выводу, что сообщение диагноза заболевания истца вызывалось необходимостью объективного рассмотрения трудового спора, т.к. без сообщения диагноза и пояснения симптомов психического расстройства истца не представлялось возможным доказать в суде, что доводы истца искажены в его трактовке и не соответствуют действительности. При разрешении спора суду требовалось проверить обстоятельства установления непригодности истца к выполнению его профессиональной деятельности.

Как показывает практика, даже максимально точное исполнение требований закона не способно обезопасить медучреждение от судебных исков и иных разбирательств, касающихся вопросов соблюдения врачебной тайны. Однако оно должно позволить выиграть возникший спор при условии, если медучреждение будет готово отстаивать свою принципиальную позицию по этому вопросу.

## РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. Н. Аргунова*

**Недееспособность и опека (Вопросы и ответы).** — М., 2013. — 224 с.

**Врачебная тайна (Вопросы и ответы).** — М., 2014. — 288 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

## Психиатр-правдоборец — пациент собственного отделения

Любому из психиатров, вопреки специфике профессии, трудно представить себе, чтобы его, вдруг оказавшегося в собственном отделении, вчера еще врача, а сегодня принудительно помещенного пациента, заведующая, обхватив или обняв за шею, пичкала лекарствами. Воистину апофеоз патернализма и этический казус.

Это также яркий пример в ряду характеропатий со склонностью к сверхценностям, заставляющий вспомнить экспертизы Евгения Кана и Эмиля Крепелина вождей Баварской советской республики, случаи «контрреволюционного бреда», подчас у жен советских наркомов, трудности диагностической квалификации и практических решений в этих случаях. Но это только один из многих крайне разнообразных случаев широкого спектра психических расстройств с правозащитным содержанием.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ “НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ” от 14 апреля 2014 года

**ПОСТНОВ Игорь Алексеевич**, 1968 г. рожд., зарегистрированный по адресу: Республика Беларусь, г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 66, кв. 5, освидетельствован комиссией специалистов НПА России по его просьбе, в связи с оспариванием правомерности его недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу.

На комиссию представлены документы:

1. Выписка из УЗ “Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии” от 11.10.2013 г. за № 1;
2. Выписка из УЗ “Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии” от 01.04.2014 г. за № 141;
3. Ответ Постнову И. А. из УЗ “Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии” от 02.04.2014 г. № 01-20/141.

Жалоб на самочувствие нет.

**Анамнез** (со слов освидетельствуемого и мед. документации). Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в городе Калуга. Родители развелись, когда ребенку было полтора года, воспитывался матерью, отца не помнит и сведений о нем не имеет. В раннем детстве по развитию от сверстников не отставал. В школу пошел с семи лет, за время учебы несколько раз переезжали с матерью жить в г. Витебск, но через некоторое время возвращались в Калугу. В связи с этим 5 – 6 раз приходилось менять школу, к новой обстановке, коллективу привыкал быстро. С 9-го класса постоянно живет в Витебске. В школьные годы был общительным, “активным комсомольцем”, “всегда боролся за правду”, мог высту-

пить на собрании с критическими замечаниями в адрес учеников и педагогов, но отношения с классом и преподавателями оставались нормальными. Школу окончил с двумя четверками, остальные пятерки. После окончания школы поступал в педагогический институт, но был удален с экзамена т.к., сидя на первом ряду, открыто пользовался шпаргалкой. Год отработал санитаром в больнице, затем поступил в Витебский государственный медицинский институт на лечебный факультет. На первом курсе был старостой группы, но от этой работы отказался, потому что надо было подавать сведения в деканат о посещаемости, а он “не мог сдавать своих”. Из мед. документов следует, что в 1987 г. ректор мед. института обращался в диспансер с просьбой “об обследовании студента 2-го курса И. А. Постнова”. По сведениям из института Постнов был старостой группы, но к концу учебного года был освобожден от обязанностей старосты. “Активно выступал на собраниях группы, однако эти выступления нередко носили сумбурный характер, часто вступал в полемику с товарищами по группе, всегда считал себя правым. Странности в поведении стали особо заметными на 2-м курсе, когда его избрали в состав комсомольского бюро курса. Отмечается неадекватная реакция на мероприятия, проводимые в институте, и особенно, по перестройке высшей школы и студенческому самоуправлению. В течение последних двух месяцев практически ежедневно приходит в комитет комсомола, выдвигает свои многочисленные инициативы, на первый взгляд полезные, но по методике их проведения нереальные... Намерен с декабря выступать с инициативой начать борьбу с

проституцией... На критику и замечания не реагирует, считает, что его предложения самые ценные.... В состоянии повышенного возбуждения он способен длительно доказывать необходимость принятия мер, которые не укладываются в общепринятые рамки и понятия, проявляет несдержанность, а порой и бестактность...". В 1987 г. И. А. Постнов психиатром освидетельствован не был, продолжал успешно учиться. Институт окончил в 1992 г. с красным дипломом. В 1993 г. окончил интернатуру по психиатрии. Три года по распределению работал врачом-психиатром в ПНИ, работа в ПНИ показалась неинтересной. В этот период заинтересовался проблемами заболеваний бронхолегочной системы, написал в газету, что хотел бы работать в этой области медицины. Был приглашен на должность врача-педиатра в школу-санаторий для детей с заболеваниями бронхо-легочного профиля, проработал там 2 года. В 1998 г. санаторий был закрыт. И. А. Постнов перешел на работу в Богушевский детский санаторий бронхо-легочного профиля, работа нравилась, отношения в коллективе складывались хорошие. Отработал в санатории 6,5 лет до его закрытия. С 2005 г. И. А. Постнов работал участковым врачом-педиатром в детской поликлинике № 3 и врачом в школе № 4. Здание поликлиники требовало ремонта — «ведешь прием, а с потолка штукатурка падает». Родители жаловались на плохие условия и в других детских больницах. Одна из мам категорически отказалась стационаривать своего ребенка в инфекционную больницу, в которую дал направление И. А. Постнов, принесла ему видеоматериалы об условиях, в которых находятся дети в этой больнице. И И. А. Постнов стал бороться за улучшение условий, в которых работали врачи и получали медицинскую помощь дети. О выявленных недостатках он писал и обращался лично в вышестоящие медицинские и государственные инстанции города и республики. Размещал полученную информацию в СМИ и в интернете. И. А. Постнов считает, что благодаря и его деятельности была отремонтирована детская инфекционная больница, построен школьный спортивный зал ... Его деятельность раздражала, вызывала недовольство непосредственного начальства и администрации города, но он продолжал свою борьбу, несмотря на то, что это ухудшало его личное положение на работе. Еще в 2010 г. ему предлагали пройти освидетельствование у психиатра, но он не согласился. В 2011 г. администрация поликлиники отказалась продлить с ним трудовой договор, мотивируя это тем, что у него нет первичной специализации по педиатрии. Впервые И. А. Постнов обратился в «Витебский областной клинический центр (далее ВОКЦ) психиатрии и наркологии» в диспансерное отделение 28.12.2012 г. при прохождении медицинской комиссии для трудоустройства по специальности «врач». Ему было проведено психологическое исследование 29.12.12, и он представлен на врачебно-консультационную комиссию (ВКК). Ко-

миссией «установлено, что личностные особенности, начавшиеся в молодом возрасте и продолжающиеся до настоящего времени (сведения из университета от 1997 г. «замечено странное поведение, проявляющееся в навязчивости идей, избыточной общественной активности, неадекватной реакции на мероприятия, проводимые в институте...»; из характеристики филиала № 3 детской поликлиники № 3 «имеет определенные странности как в поведении и общении, выскивает несуществующие проблемы и пытается их решить..., развивает бурную деятельность, будоража, раздражая и внося в коллектив нервозность...») привели к заметной дисгармонии в личностных позициях и поведении, ухудшили социальную и профессиональную продуктивность. Учитывая стереотипный, повторяющийся характер жалоб и обращений в различные государственные структуры, прослеживающуюся во времени тенденцию быть недовольным кем-то или чем-то, фиксированность на «проблемах», о которых он не имеет достоверной информации, подозрительность, воинственно-цепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации, переживание своей повышенной значимости, а так же результаты осмотра 29.12.12 был выставлен диагноз: Параноидное расстройство личности, субкомпенсация. От предложенной специализированной медицинской помощи отказался». Была выдана справка «об отсутствии психиатрического и наркологического учетов». С 2012 г. И. А. Постнов стал работать врачом психиатром-наркологом в отделении реабилитации «ВОКЦ психиатрии и наркологии». Работа нравилась. Неоднократно его посылали на курсы по повышению квалификации, занимался с интересом, полученные знания применял на практике, работая с пациентами. Но и на новой работе И. А. Постнов замечал нарушения, которые допускались при оказании населению психиатрической помощи. Так, например, он заметил, что летом 2013 г. перед проведением в Витебске фестиваля «Славянский базар» в «ВОКЦ психиатрии и наркологии» массово привозили и стационарировали лиц без определенного места жительства (БОМЖ), также перед началом летних сельскохозяйственных работ «автобусами» привозили сельских жителей и «кодировали» их от употребления алкоголя. Все это оформлялось, как госпитализация и лечение в добровольном порядке. И. А. Постнов считал, что это нарушает права этих граждан. Он говорил об этом главному врачу, писал, размещал статьи в Интернете. Он писал и о том, что низкая зарплата врачей-психиатров ведет к «деградации психиатрии». Эта его деятельность раздражала администрацию Центра. 07.08.2013 И. А. Постнов был на приеме у главного врача Центра, при этом он записался «как гражданин, в связи с особенностями психического состояния». «На личном приеме у главного врача, он перестал контролировать себя в силу особенностей пси-



хического состояния, стал называть конкретные фамилии пациентов, находившихся на лечении в стационаре, высказывался, что их права он будет “защищать”, тем самым разглашая врачебную тайну об их состоянии здоровья. В своих заявлениях сравнивает работу врачей Центра с “экспериментами доктора Менгеле, идеологией — евгеники, людей высшей и низшей расы. Высказывания категоричны, тенденциозны. Мышление с элементами паралолии, непоследовательности и ригидности...”. Устно ему было предложено обратиться к врачу психиатру “для разрешения имеющихся проблем”, но Постнов отказался. В связи с письменными обращениями И. А. Постнова в администрацию Центра, где он позволял себе “некорректные сравнения деятельности психиатрической службы с “37 годом” и экспериментами нацистов”, предъявлял претензии к руководству, строил “иррациональные предложения”, 08.08.2013 состоялось заседание комиссии по этике Центра. На этической комиссии И. А. Постнов продолжал отстаивать свою точку зрения в отношении работы Центра. “Учитывая некорректность в высказываниях Постнова И. А. и в связи с наличием признаков психического расстройства”, ему было предложено самостоятельно обратиться за психиатрической помощью, он категорически отказался. Данный отказ послужил причиной обращения этической комиссии с ходатайством к главному врачу Центра о принудительном психиатрическом освидетельствовании и возможном лечении Постнова. 14.08.2013 врачебно-консультационная комиссия “ВОКЦ психиатрии и наркологии” вынесла решение № 55 “о нуждаемости Постнова И. А. в принудительном освидетельствовании в условиях психиатрического стационара в связи с ухудшением психического состояния и возможного причинения существенного вреда своему здоровью, который он может нанести путем отказа от адекватной медицинской помощи по причине наличия психического заболевания”. Это решение было направлено в прокуратуру. И Постановлением прокуратуры г. Витебска от 15.08.2013 г. было санкционировано принудительное освидетельствование Постнова в условиях психиатрического стационара. 16.08.2013 г. И. А. Постнов во время работы был приглашен в кабинет зав. отделением, где состоялась ВКК. “При осмотре 16.08.2013 в беседе многоречив, перебивает, не слушает собеседника, изначально предполагает враждебное отношение к нему, в связи с чем вербально агрессивен с эмоционально-поведенческой дурашливостью, манерностью. Утверждает, что занимает высокую гражданскую позицию с выдвиганием бредовых идей реформаторства “деньги необходимо государству тратить разумно, а не лечить бомжей...”, убежден в преследовании его администрацией Центра и руководством области “за резкие репортажи, страдаю за правду”. Мышление с символизмом, соскальзыванием. Критика формальная. Коррекции не

поддается”. От лечения в добровольном порядке И. А. Постнов отказался. И ВКК было вынесено заключение за № 725 от 16.08.2013 — “изучив имеющуюся медицинскую документацию, показания сотрудников Центра подтверждающих наличие неадекватного поведения у И. А. Постнова, проанализировав написанные им докладные, учитывая длительность имеющихся нарушений, постепенное ухудшение психического состояния (признаки паралоличности мышления, соскальзывание, эмоциональную несдержанность и др.) наличие сверхценных идей (доходящих до бредовых) отношения и преследования, постоянное завышение своей значимости, что ведет к ухудшению продуктивности его коммуникаций, его анозогнозию и нежелание обращаться добровольно за психиатрической помощью, дает основание предполагать у Постнова И. А. наличие психического заболевания в виде хронического бредового расстройства, которое может причинить существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи. Постнов И. А. нуждается в принудительной госпитализации и лечении в психиатрическом стационаре с обычным режимом наблюдения”. И 16.08.2013 г. И. А. Постнов был стационарирован в Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, в отделение, в котором он работал врачом-психиатром. В этот же день администрация Центра направила в суд Витебского района заявление о принудительной госпитализации и лечении И. А. Постнова. Решением суда от 21.08.13 это заявление было удовлетворено. Постнов на суде не присутствовал, и его интересы никто не представлял. Сначала И. А. Постнова поместили в отделение, в котором он работал, условия там были хорошие, ему выделили отдельную палату, но не разрешили пользоваться телефоном. И еще ему пришлось объяснять своим пациентам, почему он еще утром находился в отделении, как врач, а вечером оказался пациентом. И. А. Постнову был назначен не улептил в каплях, но т.к. он отказывался принимать лекарство, то не улептил ему закапывали в нос насильно (удерживался санитарями). Вскоре из-за отказа от приема лекарств перорально лечение было назначено в инъекциях (зипрекса до 10 мг в сутки), и он был переведен в наблюдательную палату. В отделении был избирательно общителен, пассивно подчиняем, при осмотре жалоб на здоровье не предъявлял, отмечались аффективные реакции с активной жестикуляцией, в беседе многоречив, эмоционально несдержан, негативен и непоследователен в высказываниях. На ВКК от 20.09.13 г. отмечена выраженная положительная динамика, “отсутствие на момент осмотра анти-социальных тенденций”, ровное упорядоченное поведение с критической переработкой случившейся ситуации без выраженной аффективной окраски. Было принято решение об отмене принудительного лечения. 21.09.13 И. А. Постнов был переведен для

продолжения лечения в дневной стационар, а 30.09.13 г. он был выписан с диагнозом: Параноидное расстройство личности со стойкими кверулянтскими тенденциями. Рекомендовано наблюдение у участкового психиатра. После выписки И. А. Постнов к психиатрам за медицинской помощью не обращался, прекратил прием препаратов. Он продолжил работу в Центре, но был переведен в отделение наркологии. Сразу после выписки он стал оспаривать правомерность и законность его принудительной госпитализации в психиатрическую больницу в судебном порядке. Он прошел все судебные инстанции в Белоруссии, которые подтвердили правомерность его принудительной госпитализации в ПБ. Сейчас его дело будет рассматриваться в Комитете по правам человека ООН. В настоящее время И. А. Постнов продолжает работать в Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии. Работа и отношение коллег его вполне устраивают. Он продолжает свою правозащитную деятельность. После смерти матери в 2013 г. он проживает один, сам ведет домашнее хозяйство, поддерживает добрососедские отношения с жильцами дома. Рассказывает, что многим из жильцов помогал, когда они нуждались в медицинской помощи, и когда участковый милиционер собирал у соседей информацию о Постнове, то “ничего не собрал. Соседи ко мне хорошо относятся”. И. А. Постнов никогда не был женат, детей не имеет.

**Психический статус.** Сознание не изменено. Ориентирован в полном объеме. На комиссионное исследование пришел в назначенное время. Одет опрятно, повышенного питания, мимика несколько однообразная. Держится спокойно, с чувством достоинства, соблюдает дистанцию, поведение упорядоченное, адекватное ситуации. В беседе спокоен, доброжелателен, достаточно откровенен. На вопросы отвечает подробно, многословно, мышление обстоятельное, с привлечением малозначимых деталей, но он поясняет, что это важно для того чтобы его лучше поняли, свои слова старается подтвердить документами, которые привез с собой в достаточно большом объеме. Иногда ответ на вопрос принимает форму монолога, говорит до тех пор, пока его не прервут, реагирует на это спокойно. О принудительной госпитализации в психиатрическую больницу рассказывает с некоторой иронией, достаточно спокойно, остается эмоционально маловыразительным. Связывает госпитализацию со своей правозащитной деятельностью, отрицает свое неправильное поведение, наличие подозрительности. Рассказывает, что когда его госпитализировали, ему разрешили сделать один звонок по телефону, и он смог сообщить о госпитализации журналистам. Впоследствии ему запретили пользоваться телефоном, не давали свиданий, и он не знал, что за него “развернулась борьба” в СМИ, Интернете. Считает, что большую роль в его “освобождении” из ПБ сыграло вмешательство правозащитной организации

“Международная амнистия”. Обиды на коллег и администрацию не держит, но все же намерен доказать неправоту госпитализации в международных инстанциях, и в этом его поддерживают правозащитники. Делает это не только для себя, а чтобы и с другими так не поступали. Эмоционально оживляется, когда рассказывает о нарушениях, которые он выявлял, как с этим боролся, как ходил на приемы, писал, помещал с помощью друзей свои статьи и разоблачения в Интернете, как реагировали. Отмечает, что всегда “стоял за правду”. Правозащитная деятельность и сейчас остается для него приоритетной, носит сверхценный характер, несмотря на трудности, которые испытывает из-за своей деятельности, не собирается прекращать ее. Привез в НПА документы на другого человека, чьи права, по его мнению, существенно нарушены, где была использована психиатрия. Просит в первую очередь заняться этими документами, помочь этому человеку, а не ему. Память и интеллект соответствуют возрасту, образу жизни и полученному образованию. Продуктивной психотической симптоматики не обнаруживает.

По результатам патопсихологического исследования (клинико-психологическая беседа, тест Роршаха, методики запоминания 10 слов, пиктограммы, исключения предметов, сравнение пословиц, самооценка) у Постнова выявляется выраженное своеобразие и субъективизм мышления (преобладающий категориальный уровень мышления в исключении предметов и хорошие формулировки при сравнении пословиц сочетаются с чрезвычайным разбросом ассоциаций в пиктограмме — от синкретических, формальных, конкретных до сверхобобщенных и символических, лично значимых), высокий уровень психической активности и продуктивности, выраженное снижение контроля эмоций, выраженная оппозиционность и стремление идти навстречу опасности, существенное снижение качества психической продуктивности в эмоционально значимых ситуациях, отсутствие гибкости поведения и не критичная оценка ситуации. Выявляются также гипертимный фон настроения (крупные размашистые небрежные рисунки, большое количество ответов, в том числе по цвету, в тесте Роршаха), прямолинейность, высокие морально-этические стандарты в отношении собственного поведения и действий окружающих, высокий уровень притязаний, сочетающийся с критической рефлексией по отношению к себе.

**Заключение.** По результатам проведенного исследования у Постнова И. А. выявлено **параноидальное расстройство личности с правдорборческими тенденциями**. Об этом свидетельствует появление в подростковом возрасте характерологических особенностей, таких как обостренное чувство справедливости, прямолинейность, правдолюбие, активная позиция в борьбе за правду, даже если это ухудшает его личное положение. Эти черты характеризовали его на

протяжении всей жизни. Постнов И. А. находил недостатки, нарушение прав и активно пытался устранить их, предлагая свои методы борьбы с ними. Все это носило сверхценный характер, но никогда не достигало бредового уровня. Отмечались периоды декомпенсации, когда в результате своей деятельности, он вступал в конфликт со своим окружением (2 курс института, 2011 год — отказ продлить трудовой договор; 2013 год — госпитализация в психбольницу). От диагноза “хроническое бредовое расстройство”, выставившегося при недобровольном стационаровании и лечении, отказались и сами эксперты. Но и выставленный ими диагноз “параноидное расстройство личности со стойкими кверулянтскими тенденциями” является неточным<sup>1</sup>, так как у Постнова И. А. никогда не было никакой подозрительности, недоброжелательного или настороженного отношения к окружающим, это всегда был сверхценный напор по достижению одной цели — в его случае правозащитной, а не мелкой, личной, собственнической, он всегда занимался восстановлением попорченной справедливости в отношении других людей. Такая деятельность должна называться не кверулянтской, а правозащитной, правдоборческой. Анализ последних дел, которыми занимался Постнов, позволяет оценить эту деятельность как высоко общественно полезную. Таким людям, за счет этих их не всегда приятных особенностей, мы обязаны прорывами заостренных стереотипов нашего бюрократического устройства.

Комиссия считает, что **госпитализация Постнова И. А. в психиатрическую больницу в принудительном порядке (2013 г.) была необоснованной.** Медицинская документация не содержит убедительных данных, подтверждающих необходимость такой госпитализации. Постнов И. А. не представлял опасности ни для себя, ни для окружающих. Его психическое расстройство было не началом развертывающегося психического заболевания, а обострением характеропатических особенностей его личности и, таким образом, не было чревато “существенным вредом психическому здоровью” при отсутствии психиатрического лечения (чем обосновывались недобровольные меры). Борьба, которую он вел по выявлению и устранению недостатков, не выходила за правовые рамки (написание заявлений, предание гласности). В быту, в общении с соседями, пациентами он был вполне адаптирован. Во время стационарования права Постнова И. А. были существенно нарушены (не был в суде,

не имел представителя, в больнице не разрешено пользоваться мобильным телефоном, ограничение посещений, применение насилия). Беспрецедентным нарушением профессиональной этики, доведенным до карикатуры проявлением патернализма было недобровольное помещение Постнова И. А. в отделение, в котором он сам работал до этого момента как врач. Проведенное лечение не изменило убеждений, позиций и поведения Постнова. Сразу же после выписки из больницы он продолжает правозащитную деятельность и делает это в правовых рамках.

*Члены комиссии: врачи-психиатры  
Ю. С. Савенко, В. Н. Цыганова,  
Г. М. Котиков, Н. В. Спиридонова,  
медицинский психолог Л. Н. Виноградова*

Р. С. Чрезвычайно ярко выступающее правдоборческое содержание может легко затемнить фундаментальное положение общей психопатологии: содержание психических переживаний является второстепенным, за ним — возможность самых различных структурных психопатологических нарушений, самых разных диагнозов.

В данном случае, конечно, необходима дифференциальная диагностика с шизотипическим расстройством личности, учитывая выраженные особенности мышления, даже чрезмерную миролюбивость и в большей мере рационально-логическое, чем эмоциональное побуждение к оспариванию недобровольного стационарования, а также с циклотимным подъемом у параноидальной личности, что требует выяснения наличия такой цикличности. Эти диагностические уточнения внесли бы коррекцию в терапевтические рекомендации, но в правовом отношении ничего не меняют.

За последние годы через наши комиссии прошло чуть ли не все диагностическое разнообразие пациентов с различными психопатологическими расстройствами с правдоборческим содержанием, попадавших к нам в разные моменты и на разных стадиях и этапах заболевания. Среди побывавших у нас пациентов, занявшихся правозащитной деятельностью, были и эксплозивные органики, и бредовые больные, и личности, активно вовлекавшие нас в число своих врагов, когда мы не оправдывали их ожиданий получить свидетельство об их полном психическом здоровье и нормальности. Тогда они обращали на нас такой градус оскорблений и разоблачений, который только подтверждал их диагноз. Конечно, было немало действительно вполне психически здоровых и нормальных представителей этой подвижнической деятельности.

Но именно эта тематика нередко поляризует отношение к ним в обществе: для одних это “наивные придурки”, тратящие себя на ветер, для других — соратники по трудной неблагодарной деятельности, за которой они не замечают или игнорируют серьезные

<sup>1</sup> Этот диагноз дан в редакции МКБ-10 (Международной классификации болезней 10-ого пересмотра), которая создавалась, прежде всего, для статистических целей и не позволяет провести более дифференцированную оценку психических расстройств. Здесь точнее и адекватнее традиционно принятый в советской и немецкой психиатрии термин “**параноидальное (а не параноидное) расстройство личности**”.

психические особенности, и даже диагностическая квалификация нашей союзнической с ними организации, бывает, вызывает острое недовольство, хотя вся историческая ретроспектива выразительно свидетельствует, что психиатрическая квалификация не отменяет рассмотрения любого дела по его существу, независимо от психиатрического диагноза.

Но все эти расстройства намного грубее излагаемого здесь очень яркого примера цельной личности и высокоценной деятельности. В свой первый приезд в нашу ассоциацию Постнов говорил не о себе. Он привез документы молодой женщины, которая в силу своего стеничного, бойкого, лидерского характера и опыта не смолчала, а слово-за-словом вовлеклась в противостояние грубости милиции, связавшей ее “ласточкой”, а на последующие циничные угрозы хлестнула пустой сумкой начальника милиции. В

силу ее неумности, ее — совершенно психически здоровую — отвезли и поместили в психиатрическую больницу на стационарную экспертизу. Ее права, в числе нескольких других дел, Постнов очень грамотно защищает, в чем ему необходимо отдать должное. Мы видим в его деятельности пример общественно полезной самореализации и самореабилитации.

Приходится постоянно сталкиваться с недопустимым смешением психиатрической квалификации конкретных людей и правовой оценки их общественной деятельности при наличии в законодательстве статей типа “клеветы на советскую власть”, “распространение сведений, порочащих государственный строй” и т.п., тогда как это независимые друг от друга аспекты рассмотрения. Место их пересечения является вероятностным, а не причинным и, таким образом, всякий раз индивидуальным.

Вышла книга Ю. С. Савенко  
**ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ**  
Критическая психопатология  
*под ред. проф. А. Г. Гофмана*  
М.: “Логос”, 2013. — 448 с.

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

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

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

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

Изложенный подход открывает широкий горизонт для новых исследований.

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

## XIX Консторумские чтения<sup>1</sup> “Психотерапия и проблема свободы воли”

20 декабря 2013 г. в Москве состоялись очередные XIX Консторумские чтения. Председателем первого отделения этой ежегодной научно-практической конференции, как обычно, был составитель настоящего обзора — председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России М. Е. Бурно. Председателем второго отделения — заместитель председателя этого Общества — Б. А. Воскресенский. Третьим, завершающим, отделением конференции было выступление Психотерапевтического реалистического театра-сообщества (руководитель — психиатр, психотерапевт Инга Юрьевна Калмыкова (Москва). Ниже приводятся авторские аннотации докладов.

### Первое отделение

По традиции конференция открылась вступительным словом Президента НПА России Юрия Сергеевича Савенко. Заявленная тема — психотерапия и свобода воли — являются, сказал он, основанием этики, нравственности, ответственности, вины и надежды. Психотерапия пронизана всем этим, и все это делает её действенной силой. Как сказал философ, “свободу всегда имеет только более слабое по отношению к более сильному”, свобода появляется при “сопротивлении детерминации”, свобода — это “независимость в зависимости”. Тем самым актуализируется личность больного, но чтобы её воля к выздоровлению приобрела подлинную действенность, необходимы методическое оформление и строгая регламентация.

Борис Аркадьевич Воскресенский (Москва) выступил с докладом “Некоторые психиатрически-психотерапевтические аспекты проблемы свободы воли”. “В центре его размышлений были синдром психического автоматизма, а также возможности гипнотических и так называемых внечувственных воздействий на психику душевно здоровых лиц. Заимствуя художественный образ из одного современного романа, он предложил, условно говоря, формулу внутренней человеческой ответственности. Доклад будет опубликован в Независимом психиатрическом журнале”.

*В докладе психиатров, психотерапевтов Антона Марковича Бурно и Светланы Владимировны Некрасовой (Москва) “О патогенности веры в свободную волю” рассматривались негативные последствия убежденности в существовании ничем недетерминированного “я”, то есть веры в человеческую волю как в особую психическую функцию. Было показано, как в определенных условиях (тревожность и “встреча с чем-то нежелательным в себе”) такая убежденность превращается в стремление произвольно управлять произвольными психическими актами, то есть, в “пустое усилие”. Пустое усилие по определению нереализуемо, но связано с сильным душевным напряжением. Последнее, в свою очередь, играет важную роль во многих тягостных переживаниях, присущих как здоровой, так и больной душевной жизни”.*

Далее следуют живые и наиболее важные места из доклада медицинского психолога Ольги Николаевны Сараевой (г. Одинцово Московской области) “Клиническая терапия театром в работе с детьми и подростками, вовлечёнными в употребление психоактивных веществ”.

“В Одинцовском наркологическом диспансере в детском отделении по методу М. Е. Бурно, включающему психотерапевтический театр И. Ю. Калмыковой, проводятся занятия с детьми и подростками, вовлечёнными в употребление психоактивных веществ. Подростки рассматривают употребление ПАВ как способ повышения собственной самооценки, как способ снять явления психологического дискомфорта. На занятиях Терапии Творческим самовыражением (ТТС) подростки учатся формировать уважительное отношение к людям с иным, нежели у них, характером и с интересом узнают о сходстве своего характера с характерами писателей, художников. Было замечено, что подростки, которые активно принимают участие на занятиях ТТС, более терпимо относятся к ребятам, которым трудно выполнять правила внутрибольничного распорядка, правильно реагируют на косвенную и вербальную агрессию, стараются разрешать конфликт мирным путём, разбирают поведение сверстника.

Обнаруживая, что во всех типах характера есть свои позитивные моменты, важно подчёркивать те сильные черты характера, которые позволят после лечения в стационаре противостоять алкогольной и нар-

<sup>1</sup> НПА России, Общество клинических психотерапевтов НПА, 20 декабря 2013 г., Москва.

котической провокации. Свой характер по-настоящему можно узнать и прочувствовать в каком-либо творческом самовыражении, в творчестве, почувствовав себя собою, ощущаешь свет-огонёк, появляется хорошее настроение.”

*Особенным докладом-фильмом было выступление медицинского психолога Александра Борисовича Павловского (Москва) “Видеофильмы для пациентов”.*

Вот авторская аннотация сообщения, предшествующего светлomu, оживляющему депрессивную душу, умиротворяющему психотерапевтическому фильму-путешествию.

«В своем выступлении я хочу рассказать, как возникла идея показа своих видеосюжетов пациентам. На моих занятиях с больными, я рассказывал и показывал то, что требуют методики ТТС. На разных этапах нашего продвижения в этом направлении больные задавали вопрос: “А как Вы используете в своей повседневной жизни терапию творчеством? Или это только методики, пригодные для нас и только здесь, в стационаре?” “Как Вы используете метод, например, на отдыхе?” Тогда я и решил показать свои домашние видео о своем путешествии и поговорить о том, как в фильмах проявляется мой характер, ибо один из его радикалов. После просмотра пятиминутного сюжета мы обсуждали то, какое влияние он оказал на каждого участника с характерологической точки зрения. Обсуждать было легко, т.к. сюжет простой и хорошо помнится даже “под лекарствами”. Доверительная обстановка, чай, бестревожность, совместная работа душой помогали говорить открыто, что близко, и что нет. Говорить по-своему.

На мой взгляд, это и есть Терапия творческим самовыражением на практике, когда можно показать свое творчество, незатейливое, доступное, радующее. Когда можно узнать в своем творчестве себя самого, показать душевно созвучным людям. “А ведь я тоже так могу! И делал подобное раньше!”, — оживляясь, говорили депрессивные пациенты. — “Спасибо!”».

*Александр Геннадьевич Меркин (Москва) посвятил доклад “Некоторым особенностям немецкой психиатрии”.*

“Среди российских психиатров и психотерапевтов довольно часто обсуждается организация зарубежной психиатрии. Причём, как это зачастую и бывает, среди правды и полуправды циркулирует и достаточное количество мифов. Автор работал в течение нескольких месяцев психиатром и психотерапевтом в одной из немецких клиник и на собственном опыте узнал об организации работы в немецкой психиатрии.

Первое, на чём хотелось бы остановиться — это то, что, действительно, в современной немецкой психиатрии по сравнению с российской больше редуцирован клинический диагностический подход в пользу диагностики по МКБ-10. Однако, следует заметить, что психофармакологическое лечение, так или иначе, осуществляется посиндромно, а недостатки в лече-

нии, являющиеся следствием такого подхода, в значительной степени нивелируются системой сдержек и противовесов, в развитой системе психотерапевтической помощи и социальной поддержки, которые, благодаря широте применения и охвату всего спектра психопатологии пациента, “находят” свои мишени для терапии. Широкие возможности для подробного исследования пациента и применения психотерапии достигаются, в том числе, за счёт сравнительно небольшого количества больных, приходящихся на одного врача и отсутствия избыточного количества медицинской документации, которая в России забирает, более 80 % рабочего времени врача, что сказывается на том внимании, которое врач уделяет своему пациенту.

Благодаря тому, что у немецкого психиатра нет необходимости занимать своё время различной околomedicalной деятельностью, эффективность его работы высока, поскольку это время он посвящает работе с больными, в психотерапевтических беседах в группах/сеансах”.

*Заключая первое отделение конференции, я отметил несомненную важность для психиатров, психотерапевтов теоретического размышления Ю. С. Савенко о свободе воли, этике, нравственности. Размышление это творчески, с кратким обсуждением, отправлялось от мыслей Платона, Аристотеля, стоиков, Августина, Фомы Аквинского, Лейбница, Канта, Гегеля, Николая Гартмана, Виктора Франкла, Курта Шнейдера. Докладчик подчеркнул важность того, какие метафоры мы выбираем для наших пациентов. Ведь когда даём имя всему, что вокруг нас, то приобретаем этим человека к своему миру. И важно различать свободу воли для врача, ответственного за больного, и за себя самого. Слушая Юрия Сергеевича, вспоминаешь убеждение Корсакова в том, что психиатрия — особенное врачевание, выходящее из медицины в области психологии и философии.*

В докладе Б. А. Воскресенского мне были особенно интересны лечебные отношения Бориса Аркадьевича с верующей пациенткой, переживающей псевдогаллюцинаторное насильственное “вторжение”. Пациентка приходит к тому, что “Бог не вторгается силой”, что это сфера душевная, не духовная, и даёт согласие на лекарственное лечение.

Доклад А. М. Бурно и С. В. Некрасовой, в сущности, о том, как вера пациентов в “свободную волю” может порождать болезненное напряжение души вследствие “пустого усилия” — и как возможно помочь человеку, попавшему в такое положение, особым “методом инверсии возможностей”. Думаю, что у этого метода есть будущее, что он со временем будет серьёзно помогать всё более широкому кругу психотерапевтических пациентов.

О. Н. Сараева представила нам необычную (такую редкую в наркологии) одухотворённую работу с подростками, употребляющими ПАВ. Работа необычная

и для самих подростков. Они ждали, что будут им в наркологическом диспансере строго выговаривать за их поведение, а их сажают за стол со свечами, чаем, конфетами, музыкой, рассказывают о характерах, о том, как свою низкую самооценку возможно повысить светлым душевным подъёмом, тёплой дружбой, выражая себя творчески, неповторимо по-своему, без всякого дурмана. Мы слушали, рассматривали на слайдах на экране, с какой психотерапевтической заботой-радостью Ольги Николаевны, молодого клинического психолога, происходит всё это помогающее трудным подросткам, по возможности, хотя бы чувствовать в своей глубине или обретать своё душевное, доброе, личностное...

Доклад А. Г. Меркина, поработавшего в Германии, думается, у многих из нас вызвал хорошую печальную зависть к условиям работы немецкого психиатра, освобождённого от нашей подробной “околомедицинской деятельности” — для углублённой, в том числе, психотерапевтической работы с пациентами, которых не так много на одного психиатра в клинике. А рядом есть ещё и штатные психотерапевты, психологи, социальные работники. Не могу не повторить всё это рассказанное Александром Геннадьевичем. Могу подтвердить, что классический немецкий психиатрический клиницизм, который как отмечал Снежневский, обрёл вторую родину у нас, уже давно стал серьёзно слабеть в Германии. Во всяком случае, я сам видел это в Равенсбурге, ещё 10 лет назад. Но ведь и у нас клиницизм в психиатрии, психотерапии, к сожалению, сейчас слабеет. Косская школа Гиппократов всё больше уступает место квидской школе, лежащей в основе МКБ-10. В психотерапии это — психотерапевтические техники, нацеленные в мишени (проблемы пациента, симптомы и т.п.) взамен нашей консторумской клинической психотерапии, исходящей из изучения дифференциальной диагностики, клинической картины в целом, непременно включающей в себя и личностную почву. Одно могу сказать: психиатрический, психотерапевтический клиницизм вернётся по необходимости как важнейшая правда жизни для большого круга пациентов.

### Второе отделение

*В докладе психиатра, психотерапевта Надежды Леонидовны Зуйковой (Москва) “О психотерапии психосоматических расстройств. Палатная психотерапия”* “представлен опыт психотерапии в кардиологическом отделении общесоматической больницы, на основании которого сложилась методика проведения палатных занятий с пациентами. За основу были взяты клинически преломленный трансактный анализ, телесно-ориентированные и трансово-гипнотические техники. Психотерапевт в паре с телесно-ориентированным психологом в течение полутора часов проводят непосредственно в палате психотерапевти-

ческие беседы с больными о необходимости и возможностях включения в процесс оздоровления их личностного и природного ресурса, обучают правильному и здоровому дыханию, элементарным, но достаточно эффективным “антистрессовым” и релаксационным упражнениям. Также создают атмосферу эмоциональной вовлеченности, повышающей собственную роль, ответственности и возможности больных в своем оздоровлении. На основании полученного опыта выделен формат “Психотерапевтической психосоматики” и сформулированы основные принципы ее эффективности, заключающиеся, во-первых, в “командности” и ресурсности-ответственности трех сотрудничающих “участников”: пациента, интерниста и психотерапевта. Во-вторых, применение интегративной и клинически преломленной психотерапии, разумно сочетаемой с психофармакотерапией и телесно-ориентированными методиками”.

*Доклад дерматолога, психотерапевта Ирины Николаевны Ивановой и психиатра, психотерапевта Галины Николаевны Ивановой (г. Волгоград) “Случай успешной социальной адаптации психосоматических пациентов”.*

“В своей актуальной и по сей день книге “Идеализм как физиологический фактор” А. И. Яроцкий замечает следующее. “Совершенно неправильно думать, что при болезни мы имеем перед собой всегда явления разрушения, ослабления деятельности. Наоборот, почти всегда рядом с явлениями распада, понижения деятельности, дегенерации наблюдаются явления возрождения”. В качестве примера приводим случаи из собственной практики.

Пациентка Е., 29 лет, образование высшее, предприниматель. Конституция пикническая, личность синтонная. Заболела после развода с мужем, когда выпали волосы на волосистой части головы, ресницы и брови. Пациентка получала как общую, так и местную терапию в сочетании с эмпатией и рациональной психотерапией на кафедре дерматовенерологии. Была выписана без особых перемен со стороны волосяного покрова, однако наблюдался рост оптимизма и уверенности в себе. В течение четырех последующих лет пациентка создала с нуля свой бизнес — торговлю париками, стала заниматься благотворительностью.

Пациент М., 32 года, образование высшее, врач-терапевт. Конституция лептосомная, личность аутистическая. Получил курс иглорефлексотерапии по поводу красного плоского лишая со стойким клиническим выздоровлением. Больной прошел первичную специализацию по дерматовенерологии, затем подготовку по косметологии.

Больной Б., 42 года, образование высшее, техническое, инженер крупного предприятия. Конституция лептосомная, по характеру — психастеноподобный аутист. Наблюдался офтальмологами, а затем дерматовенерологами по поводу слизисто-синехиального синдрома Лорнат-Джакоба. Психотерапия помогла

определить новую линию поведения, реализации себя. С помощью друзей-спонсоров пациент организовал студию звукозаписи”.

На конференцию традиционно был приглашен профессор-священник Георгий Кочетков, кандидат богословия, ректор Свято-Филаретовского православно-христианского института. Его доклад был озаглавлен “Свобода воли и выбора человека и допустимые границы посторонних внушений в сфере личных коммуникаций”. Он напомнил, что христианская богословская традиция различает два понятия воли, которые в греческом языке называются “фелема” и “гноми”. Первая означает волю как действие человеческой природы, а вторая как свободу выбора, свойственную уже падшей душе. Свободная воля связана со свободным действием, она свободна не только от чего-то, но и для чего-то, для принятия призвания, деятельного служения Богу и людям. На развитую, деятельно свободную личность гипнотические и иные внушения не воздействуют. Определить границы усилия и насилия, допустимого воздействия и помощи — непростая задача как для священника, так и для врача.

Вокруг проблемы компетенции священника, психолога и психотерапевта, о возможностях их сотрудничества завязалась оживленная дискуссия. На сегодняшний день между священниками и психотерапевтами нет согласованности языка, понятий, подходов во взгляде на человека, при том, что человек, которому они оказывают духовную и медицинскую помощь, один и тот же.

Председательствовавший на втором отделении конференции Б. А. Воскресенский, подводя итог второго отделения, отметил, что в этом году впервые удалось затронуть вопросы антропологии, свободы воли, границ человеческого бытия. Он особо подчеркнул, что в клинических наблюдениях И. Н. и Г. Н. Ивановых социальная адаптация пациентов с

психосоматическими расстройствами оказалась успешной, очевидно, именно благодаря совпадению внутренних запросов (“проблем”, “конфликтов”, ценностей) пациентов с перспективами, предложенными психотерапевтом. Доклад Н. Л. Зуйковой привлек внимание и вызвал неподдельный интерес, благодаря многосторонности и глубине изложения всех основных проблем психосоматики.

Выступление профессора-священника Георгия Кочеткова продемонстрировало, что точка соприкосновения и диалога между священником и психиатром — общая заинтересованность всех помогающих сторон в человеке и заботе о нем.

Вопросы, поднятые в этих докладах и дискуссиях, позволили в целостности посмотреть на человека, его тело, душу и дух”

### Третье отделение

Концерт Психотерапевтического реалистического театра-сообщества (руководитель театра — И. Ю. Калмыкова) назывался “Душа поёт свободой воли”. Пациенты играли спектакль “Психотерапевтическая гостиная”. Затем было в концерте отмеченное в красочной программе конференции “многое-многое другое: слайд-шоу, стихи, рассказы, танцы”. Содержание и дух выступления пациентов под руководством психиатра, психотерапевта Инги Юрьевны Калмыковой, как обычно, были естественно созвучны первым двум отделениям конференции. Концерт оказал благотворное посветляющее души психотерапевтическое влияние и на пациентов-актёров, и на зрителей — пациентов и участников конференции.

М. Е. Бурно

**16-я научная конференция Тихоокеанского колледжа психиатров  
при поддержке ВПА**

**СОЗДАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА В ОБЛАСТИ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
В ПЕРИОД СЛОЖНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

*05.10.2014 – 07.10.2014, Ванкувер, Канада*

**cpd.info@ubc.ca; www.prcp2014.org**



# Свобода воли и выбора человека и допустимые границы посторонних внушений с христианской точки зрения<sup>1</sup>

Священник Георгий Кочетков

Традиционно участвуя в этой конференции, я понимаю, что здесь собираются в основном практики, и хотя моя тема сегодня несколько более отвлеченная — скорее, антропологическая или философская, — но я очень надеюсь, что те скромные размышления, которыми я хотел с вами поделиться, позволят нам выйти и на совершенно практические вопросы. Я постараюсь быть предельно кратким, а если кого-то что-то специально заинтересует, можно будет на этом остановиться подробнее во время ответов на вопросы.

Очевидно, что о свободе воли и выборе человека и о допустимых границах посторонних внушений я буду говорить с христианской точки зрения, но я очень надеюсь, что она будет приемлема для всех.

Вначале я хотел бы совсем коротко остановиться на общих подходах и основных понятиях, чтобы нам как-то удостовериться в том, что мы говорим на одном языке, пусть даже я буду говорить о вещах общеизвестных.

Прежде всего, здесь нужно говорить о воле. Понятно, что тема свободы воли — тема классическая, связанная с историей размышлений о человеке вообще, о его внутренней жизни, о его свободе воли и выбора. И, конечно, это тема очень-очень древняя. Естественно, она не только христианская: эти вопросы существовали и до христианства. Но я сейчас все-таки буду говорить о том, что думает об этих вопросах христианин, богослов, философ, хотя бы очень коротко касаясь основных категорий.

Например, существует понятие **воли Божьей**. Оно у всех на слуху, но мы не всегда думаем, что это означает. Просто говорят: вот, мол, есть воля Божья на то-то и на то-то. Но что же такое воля Божья, как это выразить полнее, конкретнее? Я бы дал такое определение: это направленное свободное действие Бога, действие Божьей Любви и Истины, Божьей Свободы и Божьего Духа, божественной благодати. Это то действие, которое происходит от единой божественной природы, от единого божественного естества. Нечто подобное можно сказать и о человеке, о **воле человеческой**: это тоже направленное свободное действие человека, действие человеческой свободы и человеческого духа, человеческой любви и человеческой истины. Это действие, которое тоже происходит от единой человеческой природы, от единого человеческого естества, от человеческого сердца и человеческого ума

(или разума). По-гречески такая воля называется *фелима* (θέλημα). Этот термин хорошо известен, особенно в связи с древними спорами о Христе, о том, Кто Он. Церковь традиционно утверждает, что во Христе были как раз обе воли — и воля Божья, и воля человеческая. Они не разрывались и не противоречили друг другу, но и не сливались.

Но когда мы говорим о воле, мы имеем в виду не только ту волю, которая называется *фелима*. Есть еще некая тварная человеческая воля, связанная с действием части человеческой души. С понятием души человека мы традиционно связываем ум, чувства и волю, и по-гречески эта воля звучит иначе: *гноми* (γνώμη). По-русски и в первом, и во втором случае употребляется одно и то же слово “воля”, по-гречески же, когда мы говорим о воле как действии части человеческой души, о практическом действии, то употребляем другое понятие — *гноми*.

При этом есть **свобода воли**, а есть **свобода выбора** — между добром и злом, как и между добром и добром или между злом и злом, это всё разные вещи. У человека должна быть воля для совершения своего выбора, у него должна быть определенная решимость. Человеку надо свободно выбирать добро, а не зло, а также выбирать наибольшее добро и наименьшее зло. Именно так решаются основополагающие задачи, стоящие перед человеком в сфере его свободы выбора.

Считается, что выбор принадлежит только падшей душе, и это интересно. Выбор сам по себе говорит о том, что человек несовершенен. Когда человеку приходится колебаться, выбирать, это значит, что в его жизни что-то еще не вполне совершенно, не вполне ладно. И этот выбор, принадлежащий только падшей душе, принадлежит и падшему миру, как и падшей воле и падшей свободе. И с онтологической точки зрения у Христа, например, этой воли не было. Но ведь это же еще и экзистенциальная ситуация: быть или не быть? Вот что за вопрос скрывается за этим рассуждением. Конечно, если обратиться к традиционным древним образам и символам и вспомнить, скажем, искушение Христа в пустыне, то мы понимаем, что это реальный выбор, реальное искушение, что это испытание человеческой воли, ее непротиворечивости с волей Божьей, с помощью реализации своей свободы — свободы воли и выбора.

С экзистенциальной точки зрения обе воли (*фелима* и *гноми*) есть в каждом человеке. Без них, на мой взгляд, нет полного, совершенного человека, нет полного представления о человеческой личности.

<sup>1</sup> Доклад на XIX Консторумских чтениях “Психотерапия и проблема свободы воли” 20 декабря 2013 года.

Исходя из этого, решается и вопрос о допустимости тех или иных **посторонних внушений** в сфере индивидуальных и коллективных, личных и межличностных коммуникаций (со-общений), а также в сфере личностного и межличностного общения. Конечно, при этом приходится различать эти коммуникации (как *со-общения*, как объективацию духа, как объективацию жизни человека) и собственно общение как характеристику и качество экзистенциальные. Где здесь граница допустимого и недопустимого? Далее я буду очень краток.

Допустимо ли вкладывать в человека то, что противоречит его “я”? Чтобы ответить на этот вопрос, надо задать вопрос дополнительный: о каком “я” идет речь? Это “я” может быть религиозное, нравственно-эстетическое, общечеловеческое или какое-то еще — духовное, душевное, телесное, физиологическое... Когда мы в таком, самом общем, плане ставим вопрос о том, допустимо ли вкладывать в человека то, что противоречит его “я”, сразу хочется сказать: нет, не допустимо! Но, полагаю, здесь не всё так просто. Действительно, “я” бывает разное. “Я” бывает индивидуальное, личное, личностное — по меньшей мере, это классическое различие качеств человеческой жизни нам здесь необходимо.

Давайте остановимся на этом чуть подробнее. Если человеческое “я” — это **индивидуум**, то он всегда фрагментарен и несовершенен, более того, всегда подвержен прямому или косвенному влиянию зла и греха и ему необходимо постоянное усилие для их преодоления. Конечно, это должно быть именно усилие, а не насилие, то есть надо добиваться хотя бы принципиального согласия человека на эти изменения в его индивидуальной жизни. Но, как известно, иногда обществу и государству здесь приходится прибегать и к насилию, когда мы имеем дело с ситуацией выбора из двух зол. Понятно, что в этой ситуации все (по крайней мере, в нормальном случае) заинтересованы в выборе зла наименьшего. Однако это насилие всегда должно подчиняться какому-то закону — писаному или неписаному, но всегда ищущему волю Божию и обеспечивающему ее исполнение.

Если же мы теперь перейдем от индивидуума к понятию человеческого лица, то есть если это “я” (о котором мы говорим в связи с тем, что внушается человеку извне) не индивидуум, а **лицо**, то оно всегда воспринимается как нечто скорее внешнее, чем внутреннее. Я имею в виду как психологическое (телесно-душевное и плотское) лицо, так и “лицо” онтологическое, то есть общую сущность и конкретную ипостась человека. Это инварианта всей внешней жизни человека. Это его “форма” в аристотелевском смысле слова. Природа и ипостась, как и психологическое лицо человека могут быть патологически искажены и извращены. И значит, здесь тоже должны быть постоянные усилия по преодолению всех патологий человеческого психологического и онтологи-

ческого лица. Это тоже должно быть в первую очередь усилие, но иногда люди здесь прибегают и к насилию (в тех же неблагоприятных случаях выбора из двух зол).

И наконец, если человеческое “я” — это некий духовный человек, “рожденный свыше”, если это **личность**, то здесь мы можем однозначно ответить “нет” на вопрос, допустимо ли вкладывать в человека то, что противоречит его “я”. В такого человека нельзя вкладывать что-либо, противоречащее его религиозно-нравственному, эстетическому, общечеловеческому и духовно-душевно-телесному “я”. Здесь возможна только **синергия** человека с Богом или другими людьми. Притом что синергия — это свободное сотрудничество, как бы “сотрудничество” человека с человеком или с Богом. Здесь возможен только принцип общения и служения, принцип личности и кафоличности (соборности).

А что в перспективе свободы воли и выбора человека можно сказать о проблеме **внечувственного воздействия** на него и проблеме различных **внешних внушений**, в том числе гипнотических или, например, исходящих от СМИ (типа пресловутого “25-го кадра” и т.п.)? Мне кажется, здесь можно сразу сказать, что на развитую человеческую личность эти воздействия и внушения не распространяются, и это знает любой гипнотизер, пиарщик или рекламщик. Но чем меньше в человеке личностного начала, чем меньше выражено его лицо и больше в нем индивидуального, тем больше в человеке субъективного и стадного, даже звериного и бесовского (в смысле безотчетной зараженности злом и греховными страстями). И вот тут есть чего бояться. Внешние внушения и воздействия легко могут сделать такого человека рабом и даже полностью разрушить жизнь человека, отобрать у него его лицо и не дать ему возможности прорваться к личности, то есть встать на путь духовного возрождения.

И наконец, потеря духовного пути, пути любви к Богу и ближнему, может привести человека к настоящей **одержимости**, которая не оправдывается ничем, даже обретением особых способностей и возможностей, включая различного рода парапсихологические феномены. Сейчас люди очень падки на эти вещи, они часто очень суеверны и при этом никому не доверяют: ни себе, ни Богу, ни близким, ни ближним — никому. Их страсти, их степень озлобления и греховности не поддается исчислению. Всё это становится предметом духовного и врачебного, в том числе психотерапевтического, попечения о страдающих и потерявших всячески ориентиры людях.

Вот это те небольшие заметки на полях, те мои краткие размышления, которыми мне хотелось поделиться с вами сегодня. Потому что проблема действительно очень серьезная. С одной стороны, мы действительно призваны охранять личность человека, более того, возвращать ее, всячески поддерживать,

укреплять и развивать. Но с другой стороны, мы не можем обойтись без тех ситуаций внешнего воздействия, о которых я упомянул. Очень хорошо, когда внешнее воздействие не насилует человека; очень хорошо, когда мы знаем границы этого воздействия; но, как видите, практически определять эти вещи довольно сложно. Где граница между усилием и насильем, особенно в такой тонкой области как психология? Где мы должны остановиться, чтобы не сломать человека, даже в самых-самых хороших и добрых целях, имея в виду, может быть, самое высокопрофессиональное воздействие? Это всегда трудно, причем одинаково трудно и священнику, и врачу.

Мы с вами вряд ли поддержим такой подход, который исходит из того, что раз человек такая святая, такая тайна, до которой дотрагиваться нельзя, то и все воздействия на него надо снять, их все надо убрать. Увы, в человеческой жизни приходится иметь дело с ситуациями, когда такие воздействия необходимы, иначе человеку будет только хуже. И то, что вы делаете, то, что я уже не первый год слушаю и наблюдаю здесь, мне кажется, как раз и является такой попыткой очень разумного и целеустремленного воздействия на какие-то тонкие душевные качества человеческой жизни в тех случаях, когда там происходит какой-то слом или когда человек дезориентирован, когда он как бы потерял самого себя, и всё это надо поставить на место. Здесь всегда замечательно смотрятся, скажем, те способы лечения, которые связаны с искусством, с творчеством. Об этом всегда говорит Марк Евгеньевич Бурно, и это очень-очень симпатично, потому что именно через дар красоты, как и через дар доброты, человек возрождается, именно через это он способен найти в себе здоровые силы и опереться на них.

Здесь, конечно, есть много практических вопросов, и, может быть, я теперь дам возможность их задать тем, у кого они возникнут.

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

**Вопрос:** Вы так мягко-негативно отозвались о гипнозе и о средствах массовой информации, о том влиянии, которое они оказывают. В связи с этим у меня вопрос: когда руководитель Русской православной церкви выступает с экрана центрального телевидения, используя гипнотические техники, это что?

И второй вопрос: когда сегодня активно навязывают церковь в школе и когда детей лишают права выбора, нет ли здесь насилия со стороны церкви, преследующей какие-то меркантильные цели?

**О. Георгий:** Боюсь, у Вас получилось (видимо, невольно), скорее, идеологическое выступление. По крайней мере, я его так услышал.

**Б. А. Воскресенский:** Я прошу прощения, но мы все-таки предлагали задавать вопросы в русле проблематики конференции.

**О. Георгий:** Я, тем не менее, не отказываюсь отвечать. Уж коли мы говорим о внушении и внешнем воздействии, то почему бы не выразить какое-то неудовольствие и недоверие? Правда, это недоверие, как вы прекрасно знаете, точно так же иногда выражают и в адрес психиатров, психоаналитиков, психотерапевтов и т. п. Мне постоянно задают эти вопросы: а можно ли вообще пользоваться этими способами лечения, можно ли лечиться у психотерапевтов и т. д.? И я говорю: да, можно, только ищите хороших специалистов, желательно, таких людей, которые вас поймут. Потому что везде могут быть люди, которые просто не справятся со своей, надо сказать, очень-очень сложной задачей. И в церкви то же самое. Церковь — это тоже люди, такие же люди, как и все. И как среди врачей бывают разные врачи, так и среди священников и епископов бывают люди с разными качествами, иногда замечательными, восхитительными, а иногда совсем другими.

Я не знаю, о чем Вы говорите в связи с патриархом. Пользуется ли он какими-то гипнотическими средствами? Честно сказать, не думаю. Во всяком случае, сознательно, я думаю, он этого не делает. Я достаточно хорошо знаю его как человека, мне пришлось много лет служить с ним вместе в качестве иподьякона. Он не употребляет никаких гипнотических средств, он просто пытается быть доходчивым, пытается быть убедительным в ту меру, в какую у него это получается. Он, скорее, использует какие-то ораторские средства, которые можно видеть в Европе и в Америке, но я никогда не видел, чтобы он хоть в какой-то степени использовал какие-то гипнотические воздействия. Правда, подозрение в этом есть всегда, но это, наверное, каждый священник на себе испытывал. Сейчас люди действительно очень подозрительны. Были и в моей судьбе такие случаи, когда люди говорили: вот, мол, Вы пользуетесь методами изменения сознания. Какими методами изменения сознания я пользуюсь, я не знаю, но некоторым людям почему-то так кажется. Но думаю, что это все-таки кажущаяся реальность. Это по поводу первого вопроса.

Что же касается школы, то здесь, насколько я знаю закон и практику, возможности выбора все-таки всегда есть. То, что у нас власть привыкла всё навязывать, это правда, но это касается всей системы. Это не касается только предметов типа ОПК (основ православной культуры) или чего-то подобного. Но люди все-таки могут выбрать светскую этику или не обязательно православную культуру, это известно. И потом, мне кажется, что даже человек неверующий, если он просто хочет быть культурным человеком, если он просто хочет чувствовать, в каком историческом контексте, на какой почве он живет, то ему нужно знать основу этой самой культуры. Другое дело, что, скажем, меня лично не очень устраивают учебники, которые при этом используются: они мне напоми-

нают какие-то пропагандистские сочинения, где вместо православной культуры иногда преподаются основы катехизиса. Я об этом высказывался в печати не однажды и говорил, что если вы хотите преподавать детям катехизис, то ничего плохого в этом нет, ради Бога, преподавайте, но приведите это в соответствие с законом и спросите детей или родителей, хотят ли они этого. А лучше и тех, и других. Если у них есть такое желание, то это прекрасно, это замечательно. Это можно сделать очень красиво, очень увлекательно, это может быть чрезвычайно полезным и в культурном, и в духовном смысле по отношению к нашим советским и постсоветским “дичкам”, как говорил академик С. С. Аверинцев. Этим “дичкам” надо прививать что-то благородное. Но это никогда не может быть насилием. Церковь в этом заинтересована в первую очередь. Она прекрасно знает слова Писания: “Где Дух Господень, там свобода” (2 Кор 3:17); и в другом месте: “К свободе призваны вы, братья” (Гал 5:13). Это ведь относится не только к священнослужителям, но вообще к каждому человеку на земле.

Поэтому здесь не нужно ничего бояться. Я думаю, что в ваших словах есть некоторый испуг, привитый нам советским периодом, нашим тяжелым прошлым — испуг перед церковью вообще: “ты виноват уж тем, что хочется мне кушать”, ты виноват уж тем, что ты в рясе. Но если действительно где-то допускается какое-то насилие, поддерживать это, безусловно, нельзя. Всем известно, что добро с кулаками никому не подойдет и никто его не примет, да и ничего доброго оно не принесет.

Но то же можно сказать и о других знаниях, в том числе школьных. У нас, конечно, в школах очень много проблем — и собственно образовательных, и культурных, и духовных, — это безусловно. Вряд ли кто-то будет с этим спорить. Но чтобы понять, как эти проблемы решать, нужен голос общества. А у нас беда в том, что общества нет — того общества, которое могло бы поднять голос и сказать, как это делать. Об этом не должны вещать только епископы или священники, в этом должен быть заинтересован каждый родитель. А я вам из опыта скажу (мне много приходится работать с детьми, подростками, молодежью), что самое слабое звено — это родители. Что им ни предлагай — они сами молчат, как будто и не заинтересованы в собственных детях. Я этого вообще не понимаю. Но здесь мы уже действительно далеко ушли от нашей основной темы, простите.

**Вопрос:** Скажите, пожалуйста, в Вашем понимании свободная воля свободна от чего?

**О. Георгий:** Ну, это старый спор о том, что такое свобода — свобода *от* чего-то или свобода *для* чего-то... Если Вы говорите о свободе *от* чего-то, то это прежде всего свобода от рабства. Человек должен быть свободен от каких-то своих патологических привязанностей, от своих страстей как таких вещей, которые внутренне делают его рабом, несвободным

человеком, когда из-за них человек делает то, чего он не хочет. А мы все прекрасно знаем по своей жизни, как часто человеку приходится делать то, чего он не хочет, и как часто он при этом страдает именно потому, что оказывается не на уровне человеческого призвания. И это находится глубоко в совести и в уме каждого человека, даже такого, который уже отчаялся освободиться от этой несвободы. Так что если говорить о человеке вообще, в целом, то прежде всего имеется в виду именно такая несвобода, ведь мы не говорим о какой-то конкретной ситуации. Если же говорить о конкретной ситуации, то тогда могут быть и более конкретные ответы.

**Вопрос:** Я спрашивал не о несвободе, а о свободе. Свобода от чего?

**О. Георгий:** Да, я об этом и говорил. Человек должен быть свободным от страстей, то есть от всякого рабства — духовного, душевного и всякого иного.

**Вопрос:** И он и в самом деле свободен?

**О. Георгий:** Да, он имеет реальный шанс освободиться от своих страстей, от грехов, от зла — от всего недолжного, от всего недостойного человеческого образа.

**Вопрос:** Это что-то возможное в принципе, только некий шанс или это верное положение вещей?

**О. Георгий:** Это возможность, это шанс для каждого человека. Как каждый человек его использует, это уже вопрос очень-очень сложный.

**Вопрос:** Ну хорошо, пусть шанс, но в этом шансе он свободен от всего?

**О. Георгий:** Это шанс получить такую свободу и пользоваться ею реально, каждый день своей жизни, то есть это шанс жить в этой свободе — от зла и греха, от страха смерти, от тех вещей, которые угнетают человека и человеческую психику в частности (Вы как специалист очень хорошо знаете, чего люди боятся больше всего). Но это не только свобода *от*, но и *для* чего-то. Все-таки я бы не стал здесь отрывать одно от другого.

**Вопрос:** А бывает свобода от мыслей и чувств?

**О. Георгий:** Скорее, нет. Во всяком случае, в пределах человеческой жизни на земле.

**Вопрос:** У меня два вопроса. Первый — наверное, в продолжение предыдущего — о путях освобождения. Иногда говорят: лучше сделать и не думать, чем не сделать и думать. И предыдущий выступающий тоже говорил о том, что при лечении различных заболеваний лекарственными препаратами ситуация смягчается, но вопрос в принципе зачастую не решается (я имею в виду то, что связано с адаптацией и т.п.). То есть это вопрос проявленности этих духовных недугов: лучше их проявить, чем не проявить?

И второй вопрос: как Вы определяете меру духовного воздействия в связи со свободой воли?

**О. Георгий:** По первому вопросу я за то, чтобы всегда думать... Другое дело, кто как и насколько *может* думать. Ведь психические, психиатрические

проблемы как раз и связаны с тем, что в этой ментальной, умственной сфере люди часто развиваются патологически. И, конечно, надо их *научить* и думать правильно, и действовать правильно. Я думаю, что это двуединая задача. Человеку нужно и то, и другое. Ведь когда человек думает — он так устроен внутренне, в душе своей, — его мысли приводят его к свободе выбора. И он должен научиться этой свободой владеть и ее использовать, а значит, действовать. Выбор всегда значит действие; это четкий ориентир и некоторая сила, импульс. И с этим как раз и связан вопрос о воле.

Почему я, выступая на научной конференции, начал так издалека — с воли Божьей и тому подобного? Потому что на самом деле человек должен научиться именно *действовать* правильно. А это значит и правильно думать, и адекватно чувствовать, и адекватно употреблять свою волю, то есть тот самый импульс, который дает ему силу для осуществления своих намерений, для воплощения всего того, к чему он пришел, в своей жизни.

Что же касается Вашего второго вопроса об определении меры духовного воздействия, то здесь, во-первых, очень трудно различить душевное и духовное. Лично я предпочитаю их различать. Большинство людей предпочитают отождествлять душу и дух человека, я же принадлежу к другой школе, которая эти вещи четко различает. Для меня душа — это как раз ум, чувства и воля в таком классическом, почти античном, смысле. И это те качества человеческой жизни, которые так же должны раскрыться, как человек раскрывается физически, психо-физиологически и т.д.

Духовное воздействие действительно может быть разным. Ведь всем известно, что бывают духи добрые и злые, светлые и темные. Их можно называть очень по-разному, в разных культурных ареалах это называется разными терминами: можно говорить о бесах и ангелах, можно вообще об этом не упоминать, но суть от этого не меняется. С одной стороны, есть душевное воздействие на человека, и оно должно быть очень ответственным, но еще более ответственным должно быть духовное воздействие. Так, когда мы ставим перед человеком ту же задачу освобождения, обретения свободы, это духовная задача (по крайней мере, по преимуществу, в первую очередь). Или когда мы хотим, чтобы человек не забыл о том, что на свете существует любовь, или что есть внутреннее (как бы уже присущее человеку как человеку) стремление к истине, добру, красоте, правде, справедливости — к таким вещам, которые являются в первую очередь все-таки духовными, а не душевными, организационными или социальными.

И какое здесь может быть воздействие? Конечно, всегда очень трудно ответить человеку, если он говорит: а у меня нет любви, я никого не люблю. Или: я всё время ненавижу такого-то, что мне делать? Вот,

приходят люди, скажем, ко мне на исповедь и задают такие вопросы. И найти адекватный ответ конкретному человеку в его конкретной ситуации — это всегда целое откровение. У меня никогда нет готового ответа. Здесь нельзя скрываться ни за какими цитатами из Писания, или из святых отцов, или из каких-то современных философов или, допустим, психоаналитиков... Надо знать эти цитаты, надо знать их произведения, надо всё это понимать, но каждый конкретный человек всегда уникален (вы, я думаю, тоже очень хорошо это себе представляете). Поэтому надо искать — искать в человеке человека и находить адекватные для него пути укрепления в нем здорового начала.

Причем надо искать именно целостного человека. Здесь очень правильно задавали вопрос относительно “свободы от чего”. Конечно, свобода, да и вообще любые духовные качества не могут быть *за счет* чего-то другого. Скажем, они не могут быть в ущерб человеческой душе или человеческому телу. Мы не можем уродовать человека, даже имея в виду самые высокие духовные цели. В истории, к сожалению, такое бывало — в XX веке особенно, но и в другие века тоже. И здесь не только одна инквизиция приходит на ум как пример. Людям всегда хотелось ради лучшего, ради высшего пожертвовать чем-то, как им казалось, низшим. Мол, ты всё не вмещаешь — ну, и приходили к логике великого инквизитора, к тому, что великий инквизитор поведал Христу в известном романе Достоевского. И это самая страшная вещь.

Поэтому как воздействовать на человека духовно, где мера этого воздействия? Мера всегда в самом человеке. Человек — мера всех вещей (это античное высказывание, еще дохристианское). И эту меру надо искать в каждом конкретном человеке. Когда-то еще апостол Павел говорил: кто до чего достиг, по тому правилу должен и мыслить, и жить (см. Флп 3:16). И именно этим определяется возможность духовного воздействия. Это воздействие должно быть, скорее, помощью, оно должно осуществляться, скорее, в категориях синергии. Ведь когда возникает насилие? Тогда, когда человек не согласен — не важно, с хорошим или с плохим, но он не согласен, — а его, как говорится, не спрашивают, кто-то внешний знает лучше него, и ему это навязывается. Вот это и будет насилием. А синергия (будь то человека и человека или человека и Бога) — это когда есть соединение двух энергий, двух сил, двух волей, в конце концов, уж если мы говорим о свободе воли. И без этого нельзя. Нельзя человеку навязать ничего хорошего. Даже Господа Бога нельзя навязать, если он этого не хочет, если он считает, что ему это сейчас или не нужно, или непонятно, или неблагоприятно и т.д.

**Вопрос:** В продолжение нашей дискуссии мне хотелось спросить вот о чем. Я думаю, что со мной согласятся очень многие мои коллеги (я врач-психотерапевт, и, по крайней мере, мой личный опыт об этом говорит), что быть хорошим специалистом в самых

разных областях очень сложно. И рано или поздно каждый из нас начинает искать какую-то свою специализацию и пытается развиваться в каком-то конкретном направлении. И нас, психотерапевтов, частенько упрекают в том, что мы беремся немножко не за свое дело и переходим грань душевного и духовного. А мы, в свою очередь (возьму на себя ответственность говорить за других), иногда упрекаем священство в том, что они, наоборот, из духовного переходят в сферу душевного. И вопрос здесь вот в чем. Так как мы феноменологически представлены в обществе и являемся представителями разных институтов — церкви и здравоохранения, — нам так или иначе приходится сопрягаться, взаимодействовать. Какова Ваша точка зрения: где мы можем не мешать друг другу, так сказать, не толкаться, а именно содействовать?

**О. Георгий:** Спасибо. В Вашем вопросе уже есть большая часть ответа.

Во-первых, надо начать с того, что признать: мы вполне *можем* друг другу помогать, а не мешать. Но также необходимо признать, что иногда случаются некоторые эксцессы, некоторые недоразумения (назовем их так), возникающие по разным поводам. Этому есть и исторические причины, и психологические, и культурные, и всякие другие. Да, священнику действительно часто задают вопросы, которые относятся, скорее, к сфере компетенции, скажем, психиатра, или психотерапевта, или психоаналитика. И в норме священник, понимая, что он не специалист, встречаясь со сложными случаями, должен просто послать человека к врачу. Правда, при этом чаще всего возникает сопротивление со стороны того человека, который пришел за помощью к священнику. Ему почему-то кажется, что священник как компьютер: нажал на кнопку — и получил то, что нужно. Мы и к Богу так часто относимся, тоже как к компьютеру: нажал на кнопку — и получил ответ или помощь. И всё, и больше ничего не надо. Конечно, такое отношение к священнику совершенно неправильно, но иногда так относятся и к психотерапевтам. И здесь действительно есть искушение, соблазн перейти меру своей компетенции и начать заниматься не своим делом.

**Вопрос:** Я хотел бы поддержать моего коллегу и задать вопрос более конкретно, без отвлеченных рассуждений на тему. Как Вы считаете, на каком поле мы можем не мешать друг другу и не иметь друг к другу претензий — хотя бы больше, чем достаточно, — а именно содействовать?

**О. Георгий:** Я думаю, что это содействие возможно на поле помощи человеку, его гармонии, душевной и духовной. Потому что здесь действительно есть проблемы и нет достаточной согласованности. И дело даже не только в языке, хотя мы действительно используем очень разные языки, слишком разные. Вплоть до того, что я, например, с трудом могу себе представить, чтобы наши современники (в большинстве своем) для разрешения своих внутренних про-

блем, пусть даже душевных, пошли именно к врачу. Хотя я могу послать человека с исповеди к врачу, но я совсем не уверен, что он адекватно поймет этого врача, если тот будет говорить на своем профессиональном языке. И здесь тоже сегодня выступали и говорили о том, что надо буквально переводить...

Так что надо искать общий язык, надо согласовывать какие-то понятия, подходы, надо согласовывать нашу антропологию, наш взгляд на человека... То есть я считаю, что на сегодняшний день самая большая проблема — это несогласованность. Мы существуем как разные монады, как разные миры. А человек, которому мы хотим помочь, один. А мы при этом настолько разные, что он всё время кого-то не вмещает — то священника, то психотерапевта или психиатра, то какого-нибудь еще врача или специалиста. И если говорить о профессиональных сообществах, то это первая задача, которая перед ними стоит. Если же говорить о людях, то их тоже нужно готовить к тому, что иногда, в каких-то случаях надо идти к врачу, а в каких-то случаях — к священнику. И надо более-менее сориентироваться, чтобы и та, и другая сторона знала, когда человека нужно послать к врачу, а когда к священнику. Потому что именно здесь, на мой взгляд, существует полное непонимание.

**Вопрос:** То есть, если подвести итог, то на сегодняшний день (и я тут с вами согласен) мы существуем как разные монады, как государство в государстве. И, соответственно, отсутствие единого языка, единой методологии, подходов не позволяет нам услышать и понять друг друга. И мы волей-неволей заступаем на сопредельную территорию.

**О. Георгий:** Да, конечно.

**Вопрос:** У меня вопрос о воздействии темных духов. Если они существуют, как мы знаем, то они действуют через насилие? И как тут человек может быть свободен? Также через синергию? Это вопрос того, что человек выбирает? Потому что здесь, на земле, человек ведь не может быть свободен и от добра, и от зла. Или возьмите, например, страх. Когда человек его испытывает, это чисто человеческое, природное чувство или насильственное влияние духов?

**О. Георгий:** Надо сказать, что это очень важная и серьезная сфера рассуждений, а следовательно, и деятельности. Дело в том, что эти духи толкуются по-разному. Конечно, то, что изображено на иконах или описано в разных текстах, например, житийных, это всякого рода олицетворения. Это еще надо уметь понимать как особый художественный язык. Но силы, которые обозначаются этими олицетворенными понятиями и образами, это силы реальные, действительно существующие! Кто из нас не знает, что существует злоба человеческая? А это и есть то, что называется бесами, то, что называется злыми духами. Только можно их олицетворять, можно говорить о них как о каких-то отдельных существах, а можно то же самое выражать как-то по-другому, может быть,

более философски. А вот как *освободить* человека от этих сил, это проблема. К тому же есть качества, которые относятся как раз к экзистенциальным, личностным качествам человека и человеческой жизни, которые существуют по ту сторону добра и зла.

Я надеюсь, вы позволите мне еще раз процитировать Писание: “Наша брань (наша война) не против плоти и крови, а против начальств, против властей, против духов *злости* поднебесных” (см. Еф 6:12). И человек должен всю свою жизнь вести войну против *духов злости* — в себе и вокруг себя и в других людях. Вот что очень важно. И это настоящая война, здесь не может быть места компромиссу. Нельзя допустить внутри себя озлобление, ненависть и считать, что ты проблему решил. Так невозможно, не будет этого! Это будет только исказить природу человека — всякую природу, в том числе и душевную, психическую. Вы ведь прекрасно знаете, что *о* часто является причиной психических заболеваний и отклонений. Мне нередко приходится наблюдать людей, не очень здоровых не только духовно, но и душевно (просто в нашей стране их так много, как ни в какой другой стране мира; процент колоссальный). И надо приводить людей к какой-то норме.

Знаете, с чего здесь приходится начинать? Первое, что я делаю, это говорю взрослым людям, иногда прожившим уже почти целую жизнь, как маленьким детям: не обижайте и не обижайтесь. Кажется, что может быть элементарнее? Это то, что я говорю детям, готовящимся к первой исповеди, семилеткам. Но то же самое мне приходится говорить и людям в семьдесят лет, а иногда еще и более старшего возраста. Найдите в себе источники злобы и ненависти и преодолите всё это. Научитесь прощать, научитесь давать авансы любви и доверия другим, даже когда они этого не заслуживают, — вот основа основ. Но это как раз уже по ту сторону добра и зла, как и Сам Бог по ту сторону добра и зла. И поэтому добро и зло — это то, с чем мы имеем дело в этом мире, может быть, личном, но не личностном. Это как раз те самые антропологические понятия, о которых мы сейчас упоминали. Они здесь очень важны, и хоть я и говорю о них, но говорю со страхом, потому что совсем не знаю, как это отзовется у слушателей, правильно меня поймут или нет.

Так что с этими духами злобы действительно надо бороться и надо понимать, что это *духовная* брань.

**Вопрос:** Я хотела добавить к своему вопросу. Получается, что всё, о чем Вы говорили, очень связано с личностью. То есть у человека, чтобы он смог бороться с этим, должна быть такая воля... Он должен быть зрелым, чтобы он мог сделать выбор. И получается, что мы попадаем во все наши неприятности и в такие плохие чувства и злобу только оттого, что у нас нет воли?

**О. Георгий:** Не только, конечно, но в том числе.

**Вопрос:** И как укрепить волю? Дайте, пожалуйста, совет священника.

**О. Георгий:** Знаете, что бы я сказал человеку, если бы он пришел ко мне, скажем, на беседу или на исповедь, и спросил: как мне укрепить волю? Я бы сказал: прежде всего, знай, что у тебя в жизни приоритетно. Научись находить приоритетные вещи и следовать за ними. Во-вторых, эти приоритеты должны быть связаны с волей Божьей, то есть не просто с тем, что хорошо или плохо. Хорошего в жизни много, а приоритеты — это то, что ты выбираешь *между добром и добром*. Я сегодня уже об этом упомянул, но не стал раскрывать эту тему, потому что это всё довольно сложно. Мы иногда выбираем не просто между добром и злом, но есть еще два типа выбора: между добром и добром и между злом и злом. И это вещи очень-очень нетривиальные.

Да, нужно укреплять личность. И в этом смысле воля как душевное — не столько духовное, сколько душевное — качество человека *совершенно* необходима. В наше время мы постоянно сталкиваемся со страшным, ужасающим безволием в людях. Они знают, что надо делать, но сделать этого не могут, нет у них на это никаких сил. Куда они их потратили, на что всё растранжирили, разбазарили, это надо разбираться в каждом конкретном случае. И надо находить, помогать человеку найти в себе тот самый экзистенциальный центр, о котором говорят философы и антропологи, и танцевать от этой печки. Надо всегда изнутри выходить на все душевные проблемы, в том числе и на проблемы, связанные с психикой, как и с соматикой.

**Б. А. Воскресенский:** Спасибо, отец Георгий.

## Врач как раненый эскулап<sup>1</sup>

Б. А. Воскресенский

С привлечением мифологических и культурно-исторических данных обсуждается проблема становления рефлексивного самосознания. Подчеркивается его трагичность, поскольку оно несет в себе знание о конечности человека — его смертности. Поэтому в некотором смысле деятельность врача — борьба со смертью — обречена на поражение. Указываются трагические коллизии этого плана — и общественные, и раскрывшиеся через личные судьбы врачей-психиатров. Вводится понятие “крест психиатра”. Делается вывод о христианском по сути призвании врача — умереть за другого.

**Ключевые слова:** самосознание, рефлексия, смерть, “крест психиатра”.

*Болезни — это большие докторов.*

И. Бродский<sup>2</sup>

Наверное, не случайно этот мифологический образ, восходящий к античности, а в другой форме выступающий как обращенный к врачу категорический императив “Исцелися сам”, дошел до нашего времени. В нем выражены некоторые значимые коллизии общественных отношений, становления человека и человечества.

История Асклепия (и греческим и римским именем этого персонажа мы будем пользоваться наравне) разворачивается в контексте эпохи героев. Ее важнейшее содержание — передача божественных функций детям богов — героям, а потом людям, (в данном случае — асклепиадам — земным ученикам и последователям Асклепия). В этот же период закладываются основы перехода от цикличности как принципа устройства мира к однонаправленной организации, к историчности. Судьба героев этого времени всегда противоречивая, трагическая.

Асклепий — сын и в то же время ипостась Аполлона — блюстителя гармонии, искусства, но и демона жертвоприношений и смерти. В Асклепии преоблада-

ет созидательное начало, он — бог врачевания. Но за попытку воскрешать мертвых Зевс убил Асклепия. В язычестве и боги и люди смертны, смерть присуща миру, восстание против нее наказуемо и бесполезно<sup>3</sup>. (Здесь уместно упомянуть и о воспитателе Асклепия — кентавре Хироне. Это полуконь-получеловек, судьба которого — по некоторым мифологическим версиям — искупительно-страдательная. Он отказался от бессмертия в обмен на освобождение Зевсом Прометея).

То есть в образе Асклепия (как и Аполлона) существуют два начала — светлое и темное-хтоническое. Последнее также, причем более ярко, более очевидно воплощается в облике мифологического змия, змеи, иногда даже Асклепия и змею отождествляют. Но чаще она оказывается атрибутом Асклепия. И в этом сочетании, как и в некоторых других случаях, она получает иной — жизнеутверждающий — смысл. Так, змея, свернувшаяся в кольцо и при этом кусающая свой хвост — символ цикличности и вечности; обвившаяся вокруг жезла Асклепия — врачевания;

<sup>1</sup> Статья также подготовлена для публикации в сборнике работ кафедры философии и гуманитарных дисциплин Свято-Филаретовского Православно-Христианского Института. Печатается с незначительными изменениями.

<sup>2</sup> “Горбунов и Горчаков. В Бродский И. А. Стихотворения и поэмы: В 2-х т. Т. 1. 2-е изд. СПб.: Изд-во Пушкинского Дома, Вита Нова. 2012. С. 229.

<sup>3</sup> Эта трагическая неизбежность очевидна не только по отношению к материальному, чувственному миру. Она зафиксирована и в формах идеальных, психических, точнее говоря, языковых. В “естественном семантическом метаязыке” Анны Вежибицкой (2001), упрощенно говоря, базовом, универсальном языке всех народов, насчитывающем всего около 60 слов, имеется глагол “умирать” (также, как и “жить”).

А вот поэтическая констатация этого закона бытия: “От всего человека нам остается часть /речи. Часть речи вообще. Часть речи”. (И. Бродский “...и при слове грядущее”). И другая строка из этого же автора: “...сам я считать не начну едва ли/будто тебя “умерла” и звали”. (“Памяти Т. Б.”).

Но “Со смертью не все кончается” начертано на надгробии И. Бродского. Эта античная фраза выбрана для памятника вдовой поэта. Однако, есть серьезные основания полагать, что сам поэт знал этот тезис и с ним соглашался. (Лосев Л. В. Иосиф Бродский. — 3-е изд., испр. — М.: Молодая гвардия, 2008. С. 284, 322.)



змея, возлежащая на жертвеннике или пребывающая в руках бога — здоровья. Такова и современная эмблема медицины — змея и чаша. Змеи-ужи выполняли и реальные лечебные функции — облизывали открытые раны у больных.

Другой персонаж, сопряженный с Асклепием — петух. Он — символ смерти, существо и хтоническое, (поскольку это весьма своеобразная птица, почти исключительно разгуливающая по земле), и вместе с тем несущее в себе потенцию подъема вверх, возрождения, воззвешение утра пробуждения жизни — процесса, по-особому важного для обсуждаемой темы<sup>4</sup>.

Еще один неизменный атрибут Асклепия — жезл. Это и собственно посох, и стержень для распрямляющейся змеи и даже для двух зеркально симметричных змей (иногда они сосуществуют и без опоры, что представляется еще более выразительным в контексте последующих наших размышлений)<sup>5</sup>. Это и, как любая священная вертикаль, мировое дерево, по сути — то же самое стремление вверх<sup>6</sup>. Змея (змий) и жезл по-своему проявляют себя и в Священном Писании, а в повседневности — как принадлежность иерархов высокой степени священства.

Таким образом, и в сюжетах, касающихся и неодушевленных объектов — дерево-посох-жезл — и животных и птиц, воплощены одни и те же мотивы — сочетание противоположных начал, предназначений — темных и одновременно светлых, общая тенденция к “выпрямлению”, подъему вверх, что, по нашему мнению, правомерно расценивать как выраженное посредством разных образов усложнение психики, становление сознания и самосознания. Особенно выразительно это прослеживается в эволюции “культурного” (может быть точнее будет сказать культурального, мифологического) змея: его удвоение (кадуцей, кубок Гудеа), змей-дерево, змей, смотрящийся в зеркало, соединенное с ним же самим), змей-искуситель с головой Евы (миниатюра “Искушение” в “Роскошном часослове герцога Беррийского”). По-особому, но вполне в русле концепции усложнения сознания представлены змей и женщина на одном из рисунков Ганса Бальдунга Грина. Также уместно вспомнить “Лампу философа” Р. Магритта.

<sup>4</sup> Сосуществование созидания и разрушения в одном и том же персонаже встречается не только в европейской мифологии. Индийская Кали и олицетворяет оспу, и ее исцеляет. Вавилонская богиня-собака — как Гула — воплощает болезнь и смерть, а как Лабурту — выздоровление.

<sup>5</sup> Уместно вспомнить о двойной спирали ДНК.

<sup>6</sup> В психоанализе жезл, будучи фаллическим символом, в более широком смысле также выражает активное, жизненное начало.

<sup>7</sup> Психологи отмечают, что в целом дихотомически поляризованные человеческие переживания, прежде всего эмоциональные, имеют тенденцию (культурно-историческую) сдвигаться в сторону положительного(точнее говоря — созидательного, но необязательно “радостного”) полюса.

<sup>8</sup> Как известно депрессия считается расстройством, прогностически более благоприятным, чем мания.

<sup>9</sup> “... жажда слиться с Богом, как с пейзажем,/в котором нас разыскивает, скажем,/один стрелок”. (Бродский И. Разговор с небожителем: Стихотворения, поэмы. — СПб.: Азбука 2002. — С. 323.

Итак, повторим еще раз, предложенный мифологический экскурс призван показать: 1) неразрывную сопряженность противоположностей — прежде всего жизни и смерти; говоря шире — светлого и темного начал<sup>7</sup>; (Основатель кафедры психиатрии Российского Национального исследовательского медицинского Университета им. Н. И. Пирогова — первоначально медицинского факультета Московских Высших Женских Курсов, — один из их учредителей профессор Н. Н. Баженов писал: “За каждой армией должен следовать свой Красный Крест”), 2) движение от нездешнего мира, от богов — к животным и человеку, проявляющееся, в частности, а, может быть, в первую очередь как 3) процесс формирования сознания, высшей формой организации которого (здесь мы делаем новый шаг в размышлениях) является рефлексия, но не простое отражение, отслеживание, выражаясь современным наукообразным жаргоном, психических душевных процессов (“вот я делаю, чувствую то-то и то-то”), а, так сказать высшая, страдательная форма рефлексии — осознание, переживание своей конечности, смертности, а говоря шире и не столь устрашающе, — своего несовершенства равно как и несовершенства мира. Однако, в отличие от всех иных тягостно, негативно окрашенных переживаний, в рефлексивном чувстве недостаточности и недостойности наличествует (хотя бы потенциально) созидательный компонент — стремление (и всегда в той или иной мере имеющаяся возможность) стать лучше<sup>8</sup>.

Развернутое в полной мере, что присуще прежде всего христианству, это чувство несовершенства порождает сострадание, страдание за ближнего (коим оказывается каждый, кому трудно, кому плохо, кто страдает). Максима христианского сострадания — умереть за ближнего. В этом полнота подражания Христу, в этом оправдание смерти и смертности человека, обретение им смысла смерти, а, значит, и жизни (точнее говоря, это сам человек таким образом оправдывает существование смерти, до какой-то степени примиряется с ней)<sup>9</sup>.

Грехопадение — не осознание наготы телесной, анатомических различий между мужчиной и женщиной — это внешняя, наиболее простая сторона события, — а взгляд каждого человека на себя самого как

немощного и тленного. Может быть, действительно, было лучше не есть ничего с дерева?

Теперь становится понятным, что врачевание есть и деятельность сострадания и дерзкий вызов бытию, поскольку всегда и везде, рано или поздно человек обречен смерти<sup>10</sup>. Но Библейский Бог возглашает: “жизнь и смерть предложил я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое”. (Втор 30, 19). Жизнь священна, поэтому “Почитай врача честию по надобности в нем; ибо Господь создал его и от Вышнего врачевание” (Сир 38, 1 – 2)<sup>11</sup>.

Эскулап ранен и своим природно-человеческим, и профессиональным несовершенством (поскольку конец всех — и больных и здоровых — известен заранее).

В современной отечественной психотерапии, в одном из ее психологических направлений находим прямые указания на необходимость следовать этой страдательной позиции. Так, известный российский психолог профессор Ф. Е. Василюк пишет: “...чистое восприятие, то есть отвлеченное от личностных факторов, влияющих на перцепцию терапевта, является не только научной абстракцией, упрощением, нужным для анализа, но идеалом, к которому терапевт должен стремиться, желая полноценного понимания фразы пациента и постижения сквозь эту фразу, через нее и в ней экзистенции пациента. Движение к этому идеалу может быть названо психотерапевтическим кенозисом, самоуничижением, самоумалением, отказом от “своего” в пользу той возникающей на глазах у терапевта смысловой реальности, которую являет собой начавшаяся и разворачивающаяся речь пациента.

Во всякой профессии есть своя аскетика. Понимающая психотерапия требует от терапевта решения духовно-профессиональной задачи “очищения ума”. От чего? Повторим: в процессе понимания психотерапевт не должен “искать своего”. Современная психология и психотерапия склонна усмотреть здесь лишь проблему проекции и переноса-контпереноса, то есть видеть проблему лишь в недолжной, неосознаваемой, ложной адресовке чувств терапевта. В действитель-

ности же проблема глубже — в недолжных, онтологически ложных чувствах, ложь которых не упраздняется от того, что они будут осознаны. Это может быть страсть сребролюбия, блуда, тщеславия — и дело вовсе не в том, что они неуместны, неадекватны терапевтической ситуации, а в том, что они вводят душу психотерапевта в ложное сострадание, когда она не способна видеть реальность другого человека”. Методика Ф. Е. Василюка “Режиссерская постановка симптома” — практика этого умаления: в специально создаваемой ситуации врач оказывается пациентом (“актером”), на которого воздействует больной, являющийся хозяином положения (“режиссером”), работающим со своим подопечным. Задача “режиссера” научить “актера” преодолевать то состояние (в данном случае нерешительность-неуверенность), от которого в действительности страдает он сам, будучи в реальной жизни пациентом. Так врач и пациент, меняясь местами, становятся в высшем смысле равноправными<sup>12</sup>.

Говоря о “самоумалении” врача, сделаем одно уточнение, важное и принципиально и практически. Из вышесказанного не следует, что врач обязан быть во всех отношениях безотказным. Ведь им действительно могут пытаться манипулировать, злоупотреблять, в конце концов, эксплуатировать его. Единство с больным осуществляется во Христе, в любви, в сострадании, а не в потакании прихотям, лежащим вне границ болезни пациента. Хотя, конечно, лучше оказаться расточительно щедрым, чем недоверчиво скупым: “Прости им, Отче! Не ведают, что творят”. Однако щедрость и милость врача не должны развивать и закреплять иждивенчество больного и государства.

Философ Иван Ильин говорил (словами одного из лечивших его докторов): “Диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата...”. Очевидно, эти же взаимоотношения имел в виду Эрвин Лик — автор замечательной книги “Врач и его призвание” (II-е издание журнала “Новый хирургический архив”, Днепропетровск 1928), когда провозглашал: “Я полагаю, что истин-

<sup>10</sup> Поэтому весьма спорной представляется тенденция ставить оплату врача в зависимость от эффективности лечения. Добросовестность и профессионализм воспитываются не экономкой, а этикой.

<sup>11</sup> Именно поэтому в Средние века, указывает в одной из работ Жак ле Гофф, врачебная помощь и образование (учителя — также от Бога) в идеале понимались как бесплатные.

В этом контексте странным выглядит заключение Президента РФ В. В. Путина, сделанное им на совещании по вопросам здравоохранения о том, что деньги уйдут в никуда (речь шла о проблемах капитального ремонта соответствующих объектов — телерепортаж 21.01.14) — какой бы смысл ни вкладывать в этот прогноз.

<sup>12</sup> Провозглашаемый современной медициной принцип партнерства врача и больного имеет иное содержание — гражданско-юридическое право пациента на участие в решении лечебно-диагностических вопросов. В связи с этим вспоминается консультация, на которой автору статьи посчастливилось присутствовать. Выдающийся профессор-хирург осмотрел больного и предложил седлать ему уникальную операцию. На вопрос пациента, велик ли риск, врач ответил: “Если я буду вам перечислять все, что может произойти, вы ночью спать не будете. Но я приехал к вам, я считаю, что она вам поможет”. “Больному вообще ничего не нужно говорить”, — учил другой замечательный клиницист (Д. Е. Рохман). Конечно, этот тезис не следует понимать совсем буквально. Но не менее очевидно, что больной никогда не может в полной мере понять и предусмотреть все коллизии, относящиеся к его болезни, что нелепо и бессмысленно ему контролировать врача. Доверие врачу есть частный случай доверия государству, власти, социальным институтам в целом.

ный врач должен взять на себя лечение больного только в том случае, если между ним и ищущим помощи установлены душевные связи". Несомненно, что здесь имеется в виду не сходство мировоззренческих установок, а сопереживание-сострадание с одной стороны и полное доверие — с другой.

Полагаем, что такой психотерапевтический кенозис и своеобразное единение врача и больного по-особому прослеживаются в психиатрической феноменологии — в стремлении к непредвзятой оценке психопатологических переживаний больного. При этом врач на основе своих знаний и профессионального опыта внутренне воспроизводит (термин наш — Б. В.), но ни в коем случае не переживает сам, состояние больного, преобразуя "голоса", "видения", "слежку", "преследование", "перепады настроения" в галлюцинации, бред, аффективные расстройства и т.д. И погоревать вместе с больным, и посмеяться, и изумиться необычности его переживаний и даже огорчиться-рассердиться (конечно же "болея" за него) из-за каких-то (по-болезненному) неразумных поступков — таков модус общения врач-душевнобольной<sup>13</sup>. В психиатрии психикой врача познается психика больного (формулировка наша — Б. В.). И это, несомненно, также есть акт нисхождения с патерналистских врачебных высот, момент сострадания<sup>14</sup>. Сравнивая диагностические подходы психиатров разных стран, ведущий специалист по этой проблеме профессор П. В. Морозов пишет об особом — интуитивно-глубинном — проникновении врача в переживания больного, характерном для психиатров восточнославянских стран (речь идет о проблеме диагностики расстройств шизофренического спектра в связи с упреками в произвольном расширении их границ). Он объясняет этот диагностический подход высокой развитостью интуитивно-эмоциональных форм общения, характерной для авторитарно-тиранических режимов. Предупреждая упреки в националистическом самодовольстве, напомним, что "первичное чувство шизофрении" — понятие, введенное немецкими психиатрами.

<sup>13</sup> Конечно, каждый психиатр это делает по-своему. П. Б. Ганнушкин в одной из работ рисует портреты своих великих коллег: "Лучшие наши психиатры: Крепелин — немец, Маньян — француз, Корсаков — русский были большими мастерами, ... даже художниками в деле разговора с больными... Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин бывал резок, иногда даже грубоват, Маньян — насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем любить больше всего психически больного человека, — больные это понимали и охотно беседовали с ними." (Ганнушкин П. Б. Избранные труды. Изд. "Медицина". М.: 1964. С. 33.

<sup>14</sup> Тот же П. Б. Ганнушкин сравнивал клиническую (то есть занимающуюся болезнями и больными) медицину с куполом храма, причем "Сюда же, к последнему звену медицинского образования, относится, по нашему крайнему разумению, и психиатрия". (Ганнушкин П. Б. Там же, с. 29) В основании здания располагаются теоретические — естественно-научные, биологические медицинские дисциплины.

<sup>15</sup> Не будет преувеличением подчеркнуть, что оба эти расстройства — и псевдогаллюцинации и психические автоматизмы занимают одно из центральных мест в учении о проявлениях психических расстройств. Одновременно они самым непосредственным образом, хотя лишь на крайних — патологических болезненных — образцах ставят общечеловеческую проблему свободы воли. Опасно приближаться к ней слишком близко...

Но иногда "рана Эскулапа" оказывается не диагностическим приемом, а истинной душевной (и не только душевной) болезнью врача. Проявления этой "раны" могут оказаться и созидательными, когда психотический опыт переплавляется в психопатологическую (В. Х. Кандинский) или мировоззренческую (К. Г. Юнг) теорию, и разрушительными — трагическое завершение жизни того же В. Х. Кандинского и во многих отношениях близкого ему французского психиатра Г. Клерамбо.

Как известно, В. Х. Кандинский страдал душевным заболеванием, представил его клинику в виде одного из наблюдений в монографии "О псевдогаллюцинациях". В одном из приступов болезни он покончил с собой, приняв смертельную дозу опия. Преодолевая предсмертные мучения он диктовал помощнику описание своего состояния. Жизнь жены В. Х. Кандинского также завершилась самоубийством.

Г. Г. Клерамбо по душевному складу был весьма своеобразен, эксцентричен. Как и его русский коллега, ушел из жизни, совершив суицид — застрелился. И также документировал этот акт, в данном случае посредством заранее прилаженного фотоаппарата.

Жизненный и научный путь этих удивительных людей — психиатров-исследователей являет собой исключение из "психиатрических правил". Обычно врачи-психиатры, страдающие психическим расстройством, болеют точно так же, как "непосвященные" в науку о душевных болезнях люди. А В. Х. Кандинский и Г. Г. Клерамбо своей болезнью, своим страданием обогатили человечество, принесли себя ему в дар, в жертву<sup>15</sup>.

Рядом с этими двумя необычными во всех отношениях личностями следует поставить великого швейцарского психиатра и психоаналитика Карла Густава Юнга (1875 – 1961), создателя концепции архетипов и коллективного бессознательного. В основе этих построений во многом лежал обширный и тонкий опыт собственных переживаний, частично психопатологических. В книге "Воспоминания, сны, размышления" приводятся эпизоды весьма сложных и многозначных переживаний религиозного плана. К счастью, его

жизнь протекала без необратимых катастроф и завершилась естественным образом<sup>16</sup>.

Уместно вспомнить судьбу и концепции Виктора Франкла.

В перечисление необходимо также включить Марию Георгиевну Гальченко — преподавателя Свято-Филаретовского Института, кандидата филологических наук, известного ученого-искусствоведа, страдавшую серьезным душевным расстройством. Стремясь справиться с его проявлениями, она глубоко овладела знаниями по клинической психиатрии, и этот “индивидуальный аутопсихотерапевтический багаж” преобразовала в систему, ставшую одной из отправных точек курса психиатрии в Свято-Филаретовском Институте. Свои болезненные переживания и их анализ она представила в очерке “Жить с болезнью”, опубликованном в “Независимом Психиатрическом Журнале”.

Приведенными биографическими справками мы вовсе не желаем посеять в читателе мистический (в обывательском смысле) ужас по отношению к психиатрии. На мгновение отклоняясь от темы настоящей статьи, заметим, что духовное, общечеловеческое значение феномена психического автоматизма определяется тем, что он по-своему ставит важнейшую, первейшую проблему человеческого существования — проблему свободы — свободы воли, свободы деяния, поступка, действия.

Несомненно, что в этот ряд могут быть включены и многие другие известные и неизвестные психиатры<sup>17</sup>. Печальным является и факт душевной болезни родственников, в частности, детей многих известных психиатров.

Автору настоящего сообщения довелось общаться с потомками одного из основоположников отечественной психиатрии. Проявляя определенный интерес, вполне понятный в контексте настоящего сообщения, он осведомился о душевном здоровье их прославленного предка. На что получил ответ “Наверное, он не зря ее основал”. Допустимо предположить, что некоторая душевная дисгармония, присущая самому выдающемуся психиатру, оказалась одним из мотивов

его научной и организаторской деятельности. Говоря другими словами, он осмыслил определенные душевные состояния (и уже к тому времени науке известные, и собственные) как нечто, требующее специальной медицинской помощи, как болезнь.

Здесь уместно вспомнить и опыты врачей на себе, описанные, в частности, в книге Г. Глязера “Драматическая медицина”. Известный советский психиатр профессор А. Б. Александровский (1899 — 1961) по такой же методике проводил исследование психотропного эффекта мескалина. Запись этих самонаблюдений приводит его сын, также психиатр член-корреспондент РАМН профессор Ю. А. Александровский в своей книге “Глазами психиатра”. Сподвижник И. П. Павлова академик К. М. Быков делал записи, фиксирующие агональные процессы в собственном организме.

Другой, не менее трагичный аспект феномена раненого Эскулапа — это гибель врачей-психиатров от рук больных. Такой была участь профессора Гуддена, лечившего от душевной болезни короля Людвига Баварского<sup>18</sup>. Замечательный западногерманский психиатр середины XX века профессор Н. Петрилович был застрелен душевнобольным. Были совершены покушения на классиков советской психиатрии академиков АМН В. А. Гиляровского и Е. А. Попова. Представляется уместным заметить, что от руки душевнобольного погиб (1893 г.) московский городской голова Н. А. Алексеев, по инициативе которого была построена крупнейшая психиатрическая больница, носившая (до революции) и вновь получившая (в наши дни) его имя (в советские времена больница им. П. П. Кащенко). В момент исполнения пастырского врачебного долга от руки душевнобольного погиб протоиерей Павел Адельгейм — член попечительского совета Свято-Филаретовского Института. Это упоминание-сопоставление представляется вполне уместным: “...доктор, как говорят, что духовник...” читаем у Ф. М. Достоевского (Достоевский Ф. М. Бедные люди, Роман. Двойник. Петербургская поэма. М.: Сов Россия 1998. С. 123 Становится понятным,

<sup>16</sup> Сложную проблему “Юнг и христианство” мы здесь не затрагиваем.

<sup>17</sup> На обывательское замечание “Все психиатры — сами душевнобольные” в профессиональной среде существует мудрый, по нашему мнению, ответ: “Со стороны (*т.е. окружающим*) виднее”. Ибо если психиатр будет самодовольно провозглашать собственное здоровье, то услышит в ответ: “У вас нет критики к болезненным переживаниям” (*т.е. оценки их именно как психических расстройств*). Если же человек открыто сообщает, что он — душевнобольной, то...

Ироничны замечания по этому поводу, встречающиеся в “Маятнике Фуко” У. Эко: “Приходит время, он (психиатр — Б. В.) пишет десятки страниц по бреду, потом начинает писать десятки страниц бреда. Он не ощущает, что больные его переманили” (с. 434 – 435). Но и: “— Смотри, они тебя заразят. — Не слышал я, чтобы заражались санитары в психбольнице”. (с. 425). Эко У. Маятник Фуко. СПб.: Изд. “Симпозиум” 2000. — 764 с.

О серьезной практической значимости обсуждаемой проблемы свидетельствует появление специальных пособий для студентов-медиков: см., напр., издание, подготовленное сотрудниками кафедры психиатрии Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова — Нечипоренко В. Н., Лыткин В. М., Синченко А. Г. Влияние профессиональной деятельности на личность врача-специалиста. Учебные материалы. СПб 2006 “Семарил” 60 с.

<sup>18</sup> Существуют различные версии этой трагедии, но при всех вариантах Гудден оказывается жертвой именно потому, что был лечащим врачом короля.

почему до последних десятилетий адреса врачей-психиатров справочными бюро не сообщались<sup>19</sup>.

На территории одной из крупных психиатрических больниц ближнего зарубежья есть аллея с памятниками психиатрам, погибшим вследствие подобных ситуаций. “Умереть от руки больного — не такая уж плохая смерть для врача-психиатра”, — сказал однажды профессор М. Е. Бурно.

Внешне по-другому, но по сути так же, складываются отношения врачей и пациентов (равно — общества) в сфере соматической медицины. Это выступления против врачей в периоды эпидемий инфекционных заболеваний, “дело врачей” сталинских времен, сегодняшнее огульное (и по-человечески понятное, и связанное с социо-экономическими проблемами — финансирование здравоохранения, его неразумная оптимизация, “перевод стрелок” с административно-управленческих промахов на “ошибки врачей”) охаивание всей работы медиков<sup>20</sup>. И хотя врач всегда восстает против смерти больного (увы, принципиально неизбежной), в глазах общества он почти всегда, в конкретном случае оказывается виноват в смерти пациента. Поблагодарил Господа за исцеление только самарянин.

Медицина выявляет трагическое противостояние конечности жизни, тленности материи и извечного стремления человека к бессмертию. А врач как бы становится ответственным перед обществом и каждым человеком за “несправедливость природы”, ставит им границы, пределы. В этом смысле, быть может и следует понимать утверждение К. Маркса о том, что врачи, медицина есть зло<sup>21</sup>. Здесь мы вновь возвращаемся к двойственной природе Асклепия — светлой и хтонической. Не случайно врачей, как и представителей других помогающих профессий — священнослужителей, юристов — относят к психопомпам — персонажам, существующим, действующим на своеобразных

водоразделах — жизни и смерти, праведности и греха, законопослушания и правонарушения.

Так в психиатрии лишь врач-психиатр в полной мере осознает возможность болезненного распада, тленность, конечность душевных структур, столь же временных, как и телесные. Отрицание, отвержение психопатологии — одно из свойств самосознания. Поэтому положение психиатра трагично. Общество убеждено, что психиатр своевольно отбирает у человека самое дорогое — его личностную свободу, право на индивидуальность, уникальность, тогда как врач лишь старается помочь больной (разрушающейся, распадающейся) душе, нисколько не покушаясь на духовную свободу. Отсюда — “естественная ненависть к психиатрам”, как писалось в одной дореволюционной российской газете.

Когда-то (2006) мы определили миссию специалиста по душевным расстройствам как крест психиатра, который должно нести (то есть делать для пациента все возможное и невозможное), не рассчитывая ни на благодарность, ни на хотя бы понимание. Не скроем, что значимость предложенного образа нас смущала и тем ценнее было встретить в недавно изданной на русском языке (2011, первое издание на немецком языке — 1982) книге выдающегося швейцарского психиатра Христиана Шарфеттера “Шизофренические личности” сопоставление: “...психиатр ... уподобляется несущему крест Симону из Кирена — он не может избавить Спасителя от креста, но хотя бы может помочь этот крест нести”. Вместе с тем заметим, что, будучи выражен в менее экспрессивной форме, этот образ встречается не так уж редко: “Врач, способный избавить от доли и болезни, приобретает черты Спасителя. Без него пациент пропал” (А. Гугенбюль-Крейг).

Старомодно звучащим словом “служение” называют иногда деятельность и священника и врача. При-

<sup>19</sup> С другой стороны в высшей степени оскорбительным по отношению к врачам и студентам-медикам выглядит введение контрольно-пропускного режима в больницах и медицинских ВУЗах. Направляясь в клинику, в аудиторию, врач и студент идут, чтобы отдать себя на служение страдающему человеку, а на него смотрят как на потенциального преступника, могут и не впустить. И идет он не на военный объект, а к беспомощным, страдающим людям. Как можно в такой атмосфере воспитывать и поддерживать готовность отдать себя ближнему!

Пусть специальные структуры ловят террористов, но зачем подозревать всех и каждого? Такая атмосфера культивирует лишь формализм, подозрительность, озлобление. К тому же она приводит к непомерному раздуванию всякого рода охран-ных учреждений.

Высказанные соображения — сугубо авторская позиция, она может не совпадать с мнением других членов редколлегии. Также ее не следует расценивать как идеологически-оценочный тезис. Она — чисто научная рефлексия, мучительное размышление преподавателя, всю жизнь занимающегося воспитанием и профессиональной подготовкой будущих врачей.

<sup>20</sup> Некоторые почти легендарные и совсем недавние трагические коллизии взаимоотношений врач-общество представлены в книге О. Е. Боброва Антология интриг и предательства в медицине. — Донецк: Издатель Заславский А. Ю. 2009. — 272 с.

<sup>21</sup> “Человеческое тело от природы смертно. Болезни поэтому неизбежны. Почему, однако, человек обращается к врачу только тогда, когда заболевает, а не когда он здоров? Потому что не только болезнь, но и самый врач уже есть зло. Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло, а человеческое тело — в объект упражнений для медицинских коллегий. Разве не желательнее смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти? Разве жизни не при-суще также и свободное движение? Что такое болезнь как не стесненная в своей свободе жизнь? Неотступный врач уже сам по себе был бы болезнью, при которой даже не было бы надежды умереть, а оставалось бы только жить. Пусть жизнь и умирает, но смерть не должна жить” К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е, т. I, с. 64.

менительно к врачам уместно напомнить, что в течение нескольких последних столетий их символом<sup>22</sup> была горящая свеча, окруженная надписью “Света другим, сгораю”. Ныне об этой эмблеме почти не вспоминают. Зато в конце XX века, в эпоху все низвергающего и все рядополагающего постмодернизма, эпоху преобладания в медицине товарно-денежных отношений появилось понятие “синдром выгорания”. Имеется в виду угасание “священного огня служения”, нарастание безразличия к больным, к профессиональному совершенствованию, порой доходящее до цинизма, возможны поведенческие и телесные расстройства. Причины этих преобразований связывают с неблагоприятными микро- и макросоциальными воздействиями (организация труда, психологический климат в коллективе, взгляд на здравоохранение как на сферу обслуживания и резкое сокращение расходов на нее и т.п.), которые личность определенного склада не в силах преодолеть и сохранить в себе созидательно-творческое начало<sup>23</sup>. Такого рода “рана Эскулапа” губительна не только для врача, но и для пациента, который в наши дни определяется также с рыночных позиций — как “потребитель психиатрических услуг”. Вместе с тем напомним, что в законодательно-правовых документах указывается возможность развития у врачей-психиатров профессионального психического заболевания, обусловленного работой с душевнобольными. Это невротические расстройства, которые почему-то могут привести к развитию или обострению шизофрении (приводится по Евтушенко В. Я. Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в вопросах и ответах. М. Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009 302 с. С. 183 – 184). Похвальна забота о здоровье психиатров, но непонятна диагностическая логика — почему общение с больными шизофренией должно приво-

дить к неврозам. Скорее все это может быть следствием общения с коллегами и начальством, и вот эти то расстройства и могут быть более или менее обоснованно соотнесены с выгоранием. В этой концепции много неубедительного, спорного, обывательского, не имеющего отношения к сути врачевания<sup>24</sup>. А теперь сместим смысловые акценты предыдущего абзаца и подчеркнем, что врач все равно остается страдающим. Архетипическое, экзистенциальное, христианское по сути — умереть за другого — основание врачебной деятельности неуничтожимо.

В образе раненого Эскулапа соединяются, сливаются и свойства, присущие профессиональной деятельности врача, и определяющие его нравственный облик. В художественной форме это единство представлено в известном стихотворении Н. Заболоцкого “Смерть врача”.

Закончим двумя великими изречениями двух великих людей: “Держи ум свой во аде и не отчаивайся”, — преп. Силуан Афонский, “И только верой в воскресенье/ Какой-то указатель дан”, — Борис Пастернак.

## ЛИТЕРАТУРА

- Василюк Ф. Е. Семиотика психотерапевтической ситуации и психотехника понимания / Московский психотерапевтический журнал. № 4. 1996. Отд. оттиск.
- Гугенбиоль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине — СПб: Б.С.К. 1997. С. 60.
- Достоевский Ф. М. Бедные люди. Роман, Двойник, Петербургская поэма. — М.: Сов. Россия. 1998. С. 123.
- Ильин И. Путь к очевидности. — М.: Республика. 1993. С. 353.
- Лик Э. Врач и его призвание. II-е издание журнала “Новый хирургический архив. — Днепропетровск 1928. С. 49.
- Шарфеттер Х. Шизофренические личности, / М.: Форум. 2011. С. 12.

<sup>22</sup> Предложен голландским врачом Ван Тюльпом, который, наверное, многим известен по картине Рембрандта “Урок анатомии доктора Тюльпа”.

<sup>23</sup> По-своему, в буквальном смысле на фельдшерском уровне — прием больных ведут два фельдшера — эта ситуация представлена в юмористическом рассказе А. П. Чехова “Сельские Эскулапы”.

<sup>24</sup> Вместе с тем полностью отрицать феномен выгорания нельзя. Но он разворачивается в другом пространстве. В психиатрии — в русле более или менее отчетливо нарастающего понимания тщетности усилий врача, а подхода шире, тезиса о “суете сует”. У психотерапевтов механизмы иные: “Развитию чувства презрения к людям способствует сама природа психотерапевтического опыта... Психотерапевт ощущает себя чем-то вроде дрессировщика диких животных, гипнотизирующего их, наказывающего непокорных... От чувства презрения к людям психотерапевта может защитить только его фундаментальная позиция — стремление оказать помощь человеку как таковому. ... Человек, избравший профессию психотерапевта должен сознавать, что его ждут тяжелейшие переживания; он не должен испытывать колебаний в своей любви к людям” (Ясперс К. “Общая психопатология” С. 976 – 977).

### О статье А. В. Немцова “Клиническая психиатрия стала избыточной”

А. Г. Гофман

В этой публикации, отстаивающей необходимость использовать только доказуемые данные, доказательства, как это ни странно, полностью отсутствуют. Они заменены бездоказательными утверждениями, выглядящими скорее как обвинения. Самое главное — автор не может понять, что такое клинический метод. Для этого надо дать определение того, что понимается как “клиническая психиатрия”. Это отрасль медицины, изучающая симптоматику психических расстройств, закономерности формирования, течения и исхода психических заболеваний. Этим клиническая психиатрия принципиально отличается от биологической психиатрии. Клинический метод (в отличие от лабораторного) состоит в максимально точном выявлении всех имеющихся психических расстройств в процессе общения с больным и наблюдения за его поведением. Для этого существуют хорошо отработанные методы расспроса самого больного и лиц из ближайшего окружения. Чем тщательнее проводится клиническое обследование, тем больше выявляется проявлений психического заболевания. Поскольку одной из задач психиатра-клинициста (а не лабораторного работника) является установление диагноза в соответствии с той или иной классификацией заболеваний, возникает необходимость квалифицировать имеющуюся патологию для начала хотя бы в виде перечня симптомов и синдромов. Следующим этапом диагностического процесса является установление динамики болезненных расстройств (динамики симптомов и синдромов) на протяжении определенных отрезков времени (от дней до многих лет).

Затем в соответствии с существующими классификациями ставится диагноз (краткое обозначение психического заболевания или расстройства), проводится отграничение от сходных по проявлениям заболеваний, высказывается суждение о прогнозе, назначается лечение.

Это краткое изложение клинического метода в психиатрии просто исключает возможность говорить об “избыточной клинической психиатрии”. В чем избыточность? Почему надо ограничиваться минимумом сведений о состоянии больного и динамике болезненных проявлений? Кто и как доказал, что

существует оптимальный набор симптомов и именно этим набором следует ограничиться?

Совершенно ошибочно представление, что МКБ-10 появилась из-за несовершенства клинического метода. МКБ-10 появилась как попытка объединения прежде всего европейских (немецкой, французской, русской) и американской классификаций психических заболеваний, обозначенных как расстройства. При этом не было учтено, что даже на уровне обозначения многих симптомов и состояний (синдромов) расхождения во взглядах между европейскими и американскими психиатрами весьма существенны. В результате была создана классификация, в которой в очень малой степени отражена динамика заболевания. А ведь давно было установлено, что именно течение заболевания в наибольшей степени отражает биологическую основу подавляющего большинства психических болезней.

В результате получили классификацию, при использовании которой чуть ли не 90 % больным шизофренией вынужденно ставится диагноз “параноидная шизофрения”, а психозы у больных алкоголизмом, кроме белой горячки, классифицируются как “психотическое расстройство”, хотя на самом деле речь часто идет о сочетании шизофрении с алкоголизмом.

Станным выглядит утверждение, что выделено слишком много синдромов и симптомов. После таких утверждений надо привести хотя бы короткий список “избыточных” синдромов и симптомов. Чем полнее изучается симптоматика, тем больше выявляется расстройств. Чему это мешает? Что касается построения “вербальных замков”, то это всего лишь деталь биографии тех, кто склонен к построению этих замков. Мне думается, что прав был А. В. Снежневский, когда говорил, что психиатрия — наука достаточно точная (разумеется, если не фантазировать).

Конечно, диагностическая значимость разных симптомов и синдромов существенно различается, но это не означает, что надо игнорировать имеющуюся симптоматику или динамику заболевания. Трудно понять, что означает “выбор из трех-четырех названий” при постановке диагноза. Любая классификация психических заболеваний предусматривает гораздо больше диагнозов.

Что касается так называемой доказательной медицины, т.е. использования определенных правил проведения научных исследований и математической обработки полученных данных, то против этого в принципе никто не возражает, если подсчитывается то, что можно подсчитать. Конечно, установление эффективности того или иного препарата или метода лечения требует обязательного использования статистических методов. Но есть болезненные проявления, которые трудно или невозможно оценить количественно (в баллах, например). Как оценивать количественно такие проявления, как обедненность мимики, своеобразие эмоциональных реакций, нестандартность мышления, особенности ценностных ориентаций. Искусственно можно все, что плохо вербализуется или не вербализуется, разделить на три уровня и

далее заниматься математической обработкой этих придуманных параметров. До сих пор это ничего не дало в научном плане. Не было получено таким способом полезных для науки и практики сведений.

Наверно, М. Е. Бурно прав, когда говорит, что те, кто придерживается МКБ, лечат хуже тех, кто использует клинические данные. Лечат лучше те врачи, которые пользуются наиболее совершенной классификацией, а МКБ-10 предназначена не для науки и не для практики, а для статистической отчетности. Поэтому в МКБ-10 нет ничего, что можно было бы использовать для оценки индивидуальных особенностей пациента. А как можно без этого наиболее эффективно лечить больных, особенно нуждающихся в психотерапевтической помощи?

## Ответы главного редактора на вопросы А. В. Немцова относительно наукометрического подхода

*“Односторонний количественный подход в конечном счете обращается против самих специалистов, примерно наказывая их. С наибольшей очевидностью это выразилось в использовании индекса цитирования для оценки продуктивности и ранжирования как отдельных специалистов, так и журналов и научных институтов. Вот венец и показательный пример того, к чему приводит наукометрический и любой другой односторонне-метрический подход”.*

Эта концовка моего заключительного слова на проблемном заседании юбилейного съезда НПА России вызвала следующую реакцию руководителя отдела Московского НИИ психиатрии д.м.н. Александра Викентьевича Немцова: *“Только что закончил статью о сравнении публикационной активности всех институтов психиатрии на основе индекса цитирования. В связи с этим и вашей патетической сентенцией хотелось бы знать:*

- 1) в чем именно индекс цитирования “обратился против самих специалистов”?*
- 2) чем “примерно их наказал”?*
- 3) “к чему привел наукометрический подход”?*

190 лет назад, в 1824 году вышла книга занявшего на четверть века кафедру Канта Иоганна Фридриха Гербарта “Психология как наука, вновь обоснованная на опыте, метафизике и математике”. Но уже к середине XIX века она утратила свое первоначальное значение в отличие от основополагающей для современной педагогики концепции “воспитующего обучения” на основе выработки “многосторонности интереса”. Поучительно, в силу чего психология

Гербарта канула в Лету. Замысел “математической психологии” и математические модели Гербарта ограничивались умозрительными причинными объяснениями динамики представлений, их интенсивности и “вытеснений” за “порог сознания” и использовали методологию математического естествознания, претендуя на универсальность и не считаясь с качественным различием предмета исследования разных наук, прежде всего, естественных и гуманитарных. — Огромная дистанция с выражающим современную общенаучную парадигму положением Н. А. Бернштейна: **предмет каждой науки определяет и даже порождает адекватный себе и подчас новый математический аппарат.**

Не узнаете ли Вы тех же гербартианских претензий современной доказательной медицины, механического переноса ее методологии, отработанной на соматологии, на психиатрию?

Наша критика нацелена не на доказательную медицину, и не наукометрию как таковую, а на их высокомерный универсализм, непонимание вечно остающегося “остатка” — океана непознанного, что, например, остро ощущал Исаак Ньютон в отличие от многих своих узких продолжателей, противостоявших Гете. Представлять дело таким образом, что мы против доказательной медицины и наукометрии, контрпродуктивно. Это оглушение позиции оппонента ради внешнего эффекта, не продвигающее ни на шаг вперед. Необходима непрестанная критическая позиция, постоянный критический напор, четкая и ясная формулировка обсуждаемых позиций. Вы



правы, что из моей тирады можно подумать, что я высмеиваю наукометрический подход, но из фразы, вырванной из контекста, который ясно указывает, что речь идет об односторонне-метрическом подходе, который не исчерпывает, как известно, науковедческий подход.

Научные наблюдения и концепции, помимо собственно научного аспекта, содержат много других, в частности, эстетический аспект — стремление к совершенной, симметричной, упорядоченной, гармоничной, прегантной, красивой структуре на каждом промежуточном этапе, задолго до завершения исследования, это, пожалуй, самый опасный риф. Из того, что локальный пасьянс сложился, не следует, что это правильный ход при более широком сканировании проблемы, как это наглядно демонстрирует кубик Рубика. Короче: невозможно обойтись без интерпретации, без контекстуального анализа, невозможно полностью автоматизировать оценку, а там, где это делается, всякое развитие приостанавливается. Поэтому, будучи как и Вы сторонником наукометрического подхода в принципе, я оспариваю только его безапелляционность и его глобализм, который игнорирует принципиальное различие естественных и гуманитарных наук, социальных наук и наук о человеке, которые носят негауссовский характер, и наконец, его незрелый современный уровень.

Индекс цитирования не работает в странах, где не сформировалась здоровая общественная среда. Поэтому результаты наукометрических исследований не являются ни полными, ни окончательными. Эти данные будут всегда нуждаться в заключительном критическом комментарии, включающем анализ различных интерпретаций и их ранжирование. Сложившаяся широкая практика оценки по индексу цитирования отдельных авторов, журналов и учреждений обычно обходится без этого и вводит в заблуждение не только коллег, но и правительственных чиновников.

Сама значимость индекса цитирования превращает его в активный фактор помех, так как многие начинают работать на его увеличение. Так, индекс цитиро-

вания зависит от занимаемого автором положения, от менеджерских усилий, финансовых возможностей, “ассигнований, организационных форм, идеологического давления, секретности, т.е. благоприятной или неблагоприятной среды” (В. В. Налимов, З. М. Мульченко, 1969), и многих других факторов, далеких от действительной научной ценности работы. Таким образом, это социологическая, а не собственно научная, проблемная оценка. В этом отношении более значимы такие показатели, как число Нобелевских и других премий, репутационные оценки экспертов и коллег, работающих по той же проблематике.

Итак, индекс цитирования “обратился против самих специалистов” тем, что “примерно их наказал”, т.к. в наших аномальных условиях не работает. Он тут же превращается в способ уважить нужные персоны, он не делает различия между плохими и хорошими работами, между прочитанными или почерпнутыми из обзоров, что ведет к невозможности оценить работу как научную, довериться ее собранным сырым данным и уровню дальнейшей обработки.

Чиновники от науки воспринимают наукометрические показатели как истину в последней инстанции и в последней редакции. Им невдомек, что наукометрические методы и не претендуют на исчерпывающие выводы и сознательно дистанцируются от внешних благоприятных или неблагоприятных социальных условий, которые сами ж устанавливают и нарушают.

**Но с этой точки зрения индекс цитирования не является собственно наукометрическим. Это следует из определения наукометрии как одной из науковедческих дисциплин, вскрывающей ее объективные количественные закономерности и измеряющей научную деятельность воспроизводимым образом (С. Д. Хайтун, 1983). Наукометрия — только вспомогательная часть науковедения, ее количественный аспект. Что касается индекса цитирования, то это в большей мере, во всяком случае в советских и постсоветских условиях, социометрический в широком смысле, а не наукометрический показатель.**

# ИСТОРИЯ

## Диссиденты призыва 1911 года

В. Д. Тополянский



В феврале 1911 года свыше 100 профессоров и приват-доцентов Московского университета синхронно подали прошение об отставке в знак протеста против действий управляющего Министерством народного просвещения Л. А. Кассо (1865 – 1914), отстранившего от службы ректора А. А. Мануйлова (1861 – 1929), его помощника М. А. Мензбира (1855 – 1935) и проректора Л. А. Минакова (1865 – 1931). Совместными усилиями Кассо и возмущенных преподавателей студенческие занятия на протяжении весеннего семестра были практически сорваны. На опустевшие кафедры пришлось срочно подыскивать других профессоров и ассистентов, пусть не таких блестящих, как прежние, зато благомыслящих и не способных перечить начальству.

### *Вакантные должности*

Кафедру систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях покинули сразу два профессора — директор клиники нервных болезней В. К. Рот (1848 – 1916) и директор психиатрической клиники В. П. Сербский (1858 – 1917). Первый мотивировал свою отставку почти бесстрастно, как надлежало потомку викингов: *“При существующих обстоятельствах ни совесть, ни состояние здоровья не позволяют мне оставаться в числе преподавателей университета”*.<sup>1</sup> Второй же, производивший обычно впечатление невозмутимого педанта, не сумел утаить свою взволнованность, когда объявил ученикам о безоговорочном решении проститься с университетом навсегда: *“Бывают моменты, когда интересы общественного блага стоят выше интере-*

сов науки”.<sup>2</sup> Как заметили впоследствии биографы Сербского, по мировоззрению он примыкал к материалистам, но в обыденной жизни был идеалистом и личностью глубоко верующей в науку и в светлое будущее человечества. Вынужденный подать в отставку “ради сохранения своего достоинства”, он принес в жертву родную клинику и больных, а в конечном счете — и самого себя, и свое дело.<sup>3</sup>

Чтобы хоть как-то залатать неожиданные и просто неприглядные прорехи в образовании студентов и в лечении больных, администрация университета с благословения Кассо поручила заведовать кафедрой (по совместительству) директору факультетской терапевтической клиники профессору Л. Е. Голубину (1858 – 1912), клиникой нервных болезней — приват-доценту Н. И. Коротневу (1865 – 1937), а психиатрической клиникой — приват-доцентам Н. Е. Осипову (1877 – 1934) и А. Л. Любушину (1869 – 1924). Своевольной интеллигенции, извечно недовольной руководящими, а потому всевидящими и всезнающими особами, удалось продемонстрировать, таким образом, что незаменимых людей в Российской империи как никогда не было, так и, безусловно, не будет, а героическая традиция затыкать амбразуры телами подчиненных, доставшаяся в наследство, по всей вероятности, от варягов, сохранится и впредь.

Как только кафедра начала функционировать, казалось бы, по-прежнему, учеников Рота и Сербского принялись искушать заманчивой перспективой профессорского звания. Далекое не простая в этическом отношении проблема коллективной отставки преподавателей тотчас же обросла новыми трудноразрешимыми вопросами:

Допустимо ли для ученика принять должность, освобожденную его учителем не по болезни или старости, а лишь под влиянием определенных убеждений?

Имеет ли право ученик занять место своего учителя не по выбору коллег, а по назначению высоких инстанций?

Может ли вообще позволить себе ученик только в силу моральных соображений пренебречь благополучием собственной семьи и отказаться от внезапно открывшейся перед ним вакансии и, соответственно, продвижения по службе?

Что, наконец, важнее: личные интеллектуальные (и материальные) потребности или абстрактные принципы, уважение коллег, не обеспечивающее, однако, стабильных желаемых доходов, или расположение начальства, сулящее сытое и безоблачное существование?

Почти все ученики Рота и Сербского предпочли расстаться с университетом по окончании летних каникул. Готовность перебраться из ординаторской в заброшенный кабинет своего учителя выразил один только сверхштатный ассистент психиатрической клиники Ф. Е. Рыбаков (1868 – 1920). Высочайшим приказом по гражданскому ведомству, напечатанным в “Правительственном Вестнике” 10 июня 1911 года,

приват-доцента, надворного советника Рыбакова произвели в ранг экстраординарного профессора по кафедре систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях. Через полтора месяца новоявленный профессор уведомил Правление Московского университета о своем желании возглавить психиатрическую клинику и с 1 сентября стал ее директором.<sup>5</sup> Другой сверхштатный ассистент той же клиники И. Д. Ермаков с радостью принял предложение начальства перейти на должность штатного ассистента (претендовать на звание приват-доцента и, тем более, профессора он не мог, поскольку не обладал докторской степенью).

На пост директора клиники нервных болезней министерские чиновники присмотрели невропатолога В. А. Муратова — автора многочисленных специальных трудов, в том числе клинических лекций по нервным болезням детского возраста (1898) и по нервным и душевным болезням (1899), в прошлом главного врача Тамбовской (1904 – 1906) и Саратовской (1906 – 1910) психиатрических больниц, а с 1910 года экстраординарного профессора Томского университета. Статского советника Муратова срочно повысили в звании до ординарного профессора и перевели в Московский университет 20 августа 1911 года. Чтобы успеть с этим назначением до начала осеннего семестра, Кассо распорядился: “*Оставить без взыскания выданные ему [Муратову] при определении на службу в Томскую губернию, сверх ординарных прогонные деньги и пособия на подъем и обзаведение*”.<sup>6</sup>

### *Живая картина*

К замене Рота профессором Муратовым общественность отнеслась скорее с пониманием, чем с осуждением: все-таки он был довольно известным специалистом и после защиты докторской диссертации (1893) вошел в число приват-доцентов Московского университета. Вот скоропалительное возвышение доселе ничем не примечательного Рыбакова возбудило во врачебных кругах чувство негодования. Если еще в марте того эмоционально насыщенного года московское Общество борьбы с алкоголизмом просило своего председателя Рыбакова выразить уволенным профессорам “глубокое сожаление по поводу прекращения ими высокополезной их деятельности”, то всего спустя полгода о каких-либо поручениях такого рода не могло быть и речи. В московском Обществе невропатологов и психиатров, в психологическом обществе и в нескольких благотворительных обществах, где Рыбаков состоял постоянным членом, его встречали отныне более чем прохладно. Тогда он, не отдавая себе, по всей видимости, ясного отчета в своих действиях, отправил письмо с предложением о сотрудничестве одному из самых близких друзей Сербского — профессору Высших женских курсов и одновременно главному врачу Преображенской психиатрической больницы Н. Н. Баженову. С тем же успехом на арене

цирка он мог бы, вообразив себя опытным дрессировщиком, засунуть голову в раскрытую пасть смиренного с виду льва и попросить его не кусаться.

Наиболее выразительный литературный портрет Баженова оставил знаменитый когда-то адвокат, а затем, посол Временного правительства в Париже В. А. Маклаков: *“Баженов был любопытной и типичной фигурой московского общества [18]90-х и девятисотых годов. Харьковец по рождению, он был москвичом по воспитанию, службе и всему своему облику. Очаровательный человек и, как все очаровательные люди, исполненный противоречий. По профессии доктор, ученик С. С. Корсакова, главный врач громадной Преображенской больницы, он вечно вертелся в мире художников, артистов или писателей. Обладая совершенно исключительным безобразием, над которым он сам добродушно смеялся, он был страстным поклонником женщин и имел среди них громадный успех. Жадный к жизни во всех ее проявлениях, он увлекался всякими видами спорта, но, как сам говорил, поражал во всех своей бездарностью. Я в этом мог убедиться, побывав один раз вместе с ним на охоте. Остроумный и интересный собеседник, человек высококультурный, гостеприимный и веселый товарищ, он был везде желанным сотрудником, но никто его всерьез не принимал, чему он наивно и искренне удивлялся. Так было с ним и в политике. Во время выборов в 3-ю Государственную Думу он решился поставить свою кандидатуру в Москве; собрав на совещание видных товарищей — докторов, он предложил им ужин и вопрос на обсуждение: не находят ли доктора, что было бы полезно иметь одним из депутатов Москвы доктора по специальности? Доктора съели ужин и решили, что это совсем нежелательно. Баженов не унывал; после заседания кадетского городского комитета, который намечал кандидатов и куда он поехал защищать свою кандидатуру, он приехал ко мне с недоуменным вопросом: “Скажи мне, почему меня в городском комитете не любят? За меня были поданы только две записки, в том числе и моя”. Все такие огорчения не мешали ему ни к кому не питать ни малейшей досады и потом добродушно трунить над своей неудачей”.*<sup>7</sup>

Можно только предполагать, что почувствовал Баженов, получив приглашение к сотрудничеству от человека, которого назначили руководить клиникой, созданной Корсаковым и прославленной Сербским. Зато точно известно, что предпринял в ответ директор психиатрической клиники Высших женских курсов, он же основатель и завсегда Литературно-Художественного Кружка, режиссер проходивших там прений, неприменный посетитель всех премьер и вернисажей, эрудит и знаток поэзии, тонкий ценитель импрессионизма и символизма, эстет, хотя и немного сноб, и общепризнанный остро слов.

Взяв за образец одно из любимых развлечений московской интеллигенции тех лет — так называемые живые картины, он создал единомышленников и по-

ставил пантомиму на тему репинского полотна “Запорожцы пишут письмо турецкому султану”. Сам Баженов, сразу после увольнения Сербского и Рота, отказавшийся от звания приват-доцента Московского университета, поместился, как писарь, в центре живописной группы, а друзья и сторонники профессора — слева и справа от него.

Пантомиму (или, может быть, буффонаду) разыгрывали в здании Литературно-Художественного Кружка — фактически общегородского клуба, где проводила вечера, а порой и ночи московская интеллигенция. Здесь слушали доклады по самым различным проблемам и обсуждали все злободневные вопросы. Здесь выступали московские и приезжие поэты и писатели, артисты императорских театров и камерные певицы. Здесь модернисты ниспровергали консерваторов, а футуристы набирались апломба для предстоящих классовых боев. Здесь имелся даже игорный зал, где крутились подчас бешеные деньги. Здесь-то, за два или три дня до открывавшегося 4 сентября 1911 года первого съезда Русского союза психиатров и невропатологов, фотограф запечатлел для истории сцену из придуманного Баженовым спектакля.

Слева от стола писаря возвышался Л. А. Тарасевич — частый гость Литературно-Художественного Кружка, член Трудовой народно-социалистической партии, профессор Высших женских курсов по кафедре общей патологии. На галстук у него был, как всегда, неприязнительный медальон с изображением Пастера (на фотографии этот медальон выглядел как небольшое светлое пятно). Полгода назад Тарасевич “демонстративно”, как выражались чиновники Департамента полиции, снял с себя звание приват-доцента Московского университета и теперь с полным основанием находился рядом с Баженовым в качестве одного из участников массового протеста против неоправданных решений Кассо.

Возле Тарасевича, склоняясь над Баженовым и опираясь рукой о стол, стоял профессор В. Е. Предтеченский (1866 – 1920) — директор госпитальной терапевтической клиники Высших женских курсов. Потомок провинциального священника, казенный стипендиат, окончивший с отличием Московский университет (1893) и принятый в число приват-доцентов (1897) через год после защиты докторской диссертации, он особенно интересовался бактериологией и эндокринной патологией, болезнями системы крови и всяческой врачебной казуистикой. Самый известный его труд — “Руководство к клинической микроскопии для врачей и студентов” (1901) выдержал пять изданий только при жизни автора. Несмотря на, казалось бы, достаточно узкую специализацию в качестве интерниста, он состоял членом Русского союза психиатров и невропатологов и был одним из организаторов и делегатов первого съезда этого объединения. Профессиональная деятельность Предтеченского вызывала всеобщее уважение. Тем не менее он периодически попадал в поле зрения Департамента полиции то как

предполагаемый участник нелегальной Партии народного права (1895), то как близкий знакомый некой девицы, доставившей в Москву ящик револьверов для студентов и хранившей в своей квартире бомбы (1905). Весной 1911 года он вместе с другими протестантами сложил с себя звание приват-доцента и покинул Московский университет, тем самым продемонстрировав, по мнению Департамента полиции, свою политическую неблагонадежность.<sup>8</sup>

С другой стороны от Баженова расположился профессор Д. Д. Плетнев, полгода назад подавший прошение о выходе из числа приват-доцентов и увольнении из Московского университета, а теперь избранный директором пропедевтической терапевтической клиники Высших женских курсов. Верный друг Тарасевича и нередкий посетитель Литературно-Художественного Кружка, Плетнев познакомился с Баженовым и сразу же очутился в его орбите не позднее 1904 года. При всех формальных (внешних и возрастных) различиях они были очень похожи. Оба проявляли неисклюкаемый интерес к любому общественному событию и состояли гласными Харьковского губернского земского собрания и членами Московского городского комитета кадетской партии. Оба испытывали почти детское любопытство ко всему новому, отличались чрезвычайной подвижностью и, как ни странно, всюду успевали. Оба поклонялись Науке и Прогрессу, высоко ценили логику медицинского исследования и неизменно завораживали студенток увлекательными лекциями.

Остальные двое участников живой картины ни в Московском университете, ни на Высших женских курсах не преподавали и в оппозиционных политических партиях не состояли. Они были постоянными посетителями Московского психиатрического кружка “Малые пятницы”, где Сербский занимал председательское кресло, а Баженов регулярно выступал с докладами по различным медицинским или социальным вопросам.

В одном жилете без пиджака сидел невропатолог А. И. Арзуманов (1866-?) — практический врач, член Русского союза психиатров и невропатологов и делегат его первого съезда. В 1899 году он присутствовал на так называемой сходке армянской диаспоры в Москве, отчего подвергся задержанию и обыску, и с той поры вызывал у сотрудников Охранного Отделения смутные подозрения в неблагонамеренности, что не препятствовало, однако, его поступлению на работу в то или иное лечебное заведение.<sup>9</sup>

Рядом с Арзумановым, немного отстраняясь и положив ему руку на плечо, разместился духовный писатель и публицист И. М. Громогласов (1869 – 1937). Его светлый летний костюм удачно контрастировал с темной осенней одеждой других участников живой картины. Еще недавно Громогласов служил в Московской духовной академии экстраординарным профессором по кафедре истории и обличения русского раскола. Однако, 17 мая 1911 года по указу Святейшего Синода его отрешили от должности как челове-

ка, печатавшего статьи либерального характера, примкнувшего к освободительному движению и в итоге политически неблагонадежного.

Текст открытого письма Рыбакову, к изумлению коллег вдруг назначенному экстраординарным профессором, маститый профессор Баженов набросал, надо полагать, заранее. Ознакомив с ним своих “запорожцев” и приняв во внимание отдельные критические замечания, он поспешил в редакцию популярной либеральной газеты “Утро России”. В день открытия первого съезда Русского союза психиатров и невропатологов безжалостное письмо Баженова и редакционный комментарий к нему под общим заголовком “Инцидент в профессорской среде” стал достоянием широкой публики; соответствующий текст печатается ниже без сокращений:

*“Как ни коротка память у нашего общества, но репрессии, которым в начале этого года подвергся Московский университет и вообще русская высшая школа, еще волнуют некоторые круги нашей интеллигенции.*

*Мы даем место на страницах “Утра России” открытому письму доктора Н. Н. Баженова к вновь назначенному на кафедру психиатрии Московского Университета Ф. Е. Рыбакову потому в особенности, что в нем подчеркивается та главенствующая общая причина, которая в существующих условиях русской действительности создает и допускает возможность тех фактов, которые характерны для русской политической реакции.*

*Эта причина лежит, конечно, в значительной степени в недостаточности гражданского и политического воспитания нашего общества, которое сначала негодует и протестует, но зато так скоро забывает и даже прощает...*

*Разве разгром университета был бы возможен, если бы министр народного просвещения не был уверен в том, что он легко найдет заместителей профессорам, которые ушли в отставку? А заместители разве нашлись бы, если бы они были уверены в том, что существует организованное общественное мнение и что в России понятия “моральное осуждение” и “моральная поддержка” — не суть пустые слова?*

*Только тогда, когда мы создадим такое общественное мнение и когда наш протест будет выражаться не в судорожных революционных актах, а в спокойном, определяемом принципиальным отношением и продиктованном сознанием гражданского долга поведении, — словом, только тогда, когда каждый будет памятовать, что должно уметь быть верным в малом, — только тогда страна и народ будут поставлены на многое.*

*В пояснение к нижепомещаемому письму мы должны добавить, что оно явилось в ответ на частное письмо профессора Ф. Е. Рыбакова к Н. Н. Баженову.*

*Конечно, Н. Н. Баженов принципиально прав, но мы не знаем тех внутренних побуждений, которые заставили Ф. Е. Рыбакова занять кафедру. Быть мо-*

жет, они настолько важны и серьезны, что выслушать их обществу небесполезно. Тем более, что г[осподи]н Рыбаков был не одинок; многие другие поступили так же.

*Открытое письмо*

*М [илостивый] г[осударь], Федор Егорович!*

*Вы почтили меня частным письмом, касающимся важного и значительного общественного дела.*

*Я не вижу основания, отвечая вам на него, продолжать частную переписку, для которой в наших отношениях не нахожу никаких поводов, тогда как, наоборот, явно существующее между нами разномыслие представляет принципиальный общественный интерес.*

*Вы правы: вместе с группой товарищей, невропатологов и психиатров, я полагал и продолжаю думать, что общественное мнение вообще и наше врачебное — в частности не должно оставаться равнодушным к тому, что, с одной стороны, целый ряд учителей наших ради сохранения авторитета и чести университета и достоинства профессорского звания принесли жертву, которую можно назвать героической, а с другой — нашлись лица, которые, имея, конечно, в нормальные времена никаких шансов занять кафедру по выбору, не побрезгали принять ее по назначению из рук того же министра, который только что разгромил Московский университет и другие русские высшие учебные заведения на том основании, что “если бы кафедру заняли не вы, то ее все равно занял бы кто-нибудь другой”.*

*Вы намекаете на то, что моя кампания против вас основана на личных мотивах и что мною руководит зависть.*

*Сомневаюсь, чтобы у лиц, которые хоть сколько-нибудь знают вас и меня и имеют какое-нибудь представление об университетских делах, ваше утверждение могло бы вызвать что-либо, кроме удивленной улыбки и пожатия плечами.*

*Я думаю, что вы и сами этому не верите, ибо позиция, которую вы заняли, и положение, в которое вы попали, может, пожалуй, вызвать жалость и соболезнование, но уже никак не зависть...*

*Вы указываете на то, что я своим образом действий вскрыю перед открывающимся съездом психиатров наши дрязги и сор нашей психиатрической жизни.*

*Я должен вам ответить на это, что в числе тех товарищей, которые имеют прибыть на съезд, будет ряд лиц, которым кафедра психиатрии в Московском университете была предложена ранее, чем вам, и которые имели гражданское мужество от нее отказать, чего не сделали вы, “ближайший ученик и соратник (!) покойного С. С. Корсакова, обязанный хранить его заветы”.*

*Я предпочитаю предположить, что вы сами не отдаете себе отчета в том, что вы говорите, иначе я принужден был бы назвать эти слова ваши кощун-*

*ственной клеветой на память Корсакова. Вообще, я думаю, что если у вас есть какие-нибудь оправдания, то только в том, что вы просто не понимаете создавшегося положения. Позвольте вам объяснить, что то, что вы изволите называть “психиатрическими дрязгами”, есть не что иное, как частный эпизод той академической трагедии, которая с начала настоящего года волновала и волнует русскую общественную мысль и совесть, в том числе, конечно, и наших приезжих товарищей.*

*Не знаю, на кого намекаете вы, когда говорите, что среди приезжих коллег наших найдутся лица, которые будут злорадствовать по этому поводу, но знаю, наверное, что нам, москвичам, придется покраснеть за то, как блюдятся “заветы Корсакова”.*

*Не личные мотивы руководят мною и моими единомышленниками, а следующее элементарное, но принципиальное соображение: акты самовластного вандализма, которыми ознаменовалось министерство Кассо, возможны лишь в такой стране, где не организовано общественное мнение и где у власти есть основание рассчитывать, что в обществе найдутся всегда люди даже среди тех, кто рядился в свое время — и не так давно — в оппозиционную, гражданскую тогу, которые по слабодушию, беспринципности, моральной халатности или небрежливости в свое время не откажут ей в своей поддержке.*

*Не одного г[осподина] Кассо обвинит история в том, что произошло в Московском и других русских университетах... Пора же, наконец, понять, что реакция черпает свою силу в нашей слабости и общественном безразличии и инертности.*

*Прошу извинить меня, Федор Егорович, не по личным мотивам, но по всему только что сказанному я принужден отклонить ваше предложение мира и согласия. Общей работы мы с вами делать не будем.*

*Д[окто]р Н. Баженов”.*

**Два скандала в один день**

Датой рождения добровольного объединения врачей, названного Русским союзом психиатров и невропатологов, считали обычно 26 апреля 1908 года, когда товарищ (заместитель) министра внутренних дел Российской империи подписал его устав. Фактически же союз начал функционировать лишь через три года, когда инициативная группа московских докторов приступила к организации его первого съезда. Этот съезд, созванный в память С. С. Корсакова и собравший свыше 250 представителей разных врачебных специальностей, открылся в Москве 4 сентября 1911 года.

Столь значительное событие в общественной жизни города, как съезд врачей, большинство которых состояло в кадетской партии либо поддерживало ее программу, не могло не привлечь к себе пристального внимания Московского Охранного Отделения. Его начальник, полковник П. П. Заварзин исправно отсы-

лал в Особый отдел Департамента полиции полученные агентурным путем сводки “о ходе занятий съезда” под грифом “Секретно” и “Весьма срочно”; неблагонадежность либеральной интеллигенции, избравшей для себя самую гуманную профессию, никаких сомнений у него не вызывало. Первую информацию о съезде на основании донесений секретных осведомителей скомпоновал, скорее всего, один из помощников Заварзина или даже сам полковник:

Агентурная записка  
Московского Охранного Отделения

Составлена 4 сентября 1911 г[ода].

Открытие съезда

Судя по программе съезда, включающей одни только узко научные вопросы, трудно было ожидать, что съезд с первых же своих шагов ступит на политическую почву. Однако уже из наблюдений во время “встречи” членов съезда, состоявшейся вечером 3 сентября в Литературно-Художественном Кружке, было ясно, что съезд так или иначе найдет возможным реагировать на политическую злобу дня. Много разговоров среди собравшихся вызвали университетские события, и особенно среди членов суетился д[окто]р Баженов, с возмущением говоривший о замещении профессором Рыбаковым оставшейся вакантной кафедры психиатрии. Баженов агитировал за то, что члены съезда должны оттенить свое отношение к поступку профессора Рыбакова. Было совершенно ясно из оживленной беседы одной очень значительной группы, что большинство съезда будет стоять на одной точке зрения с д[окторо]м Баженовым.

Сегодня перед открытием собрания много разговоров среди членов съезда вызвало открытое письмо Баженова к профессору Рыбакову, помещенное в сегодняшнем номере газеты “Утро России”, которая в громадном количестве номеров была доставлена на съезд Баженовым для раздачи членам съезда. Письмо это носит все признаки призыва к бойкоту проф[ессо]ра Рыбакова. Некоторые члены откровенно так об этом и говорили. Свое письмо Баженов нарочно подогнал ко дню открытия съезда, чтобы возможно больше ударить профессора, который не захотел примкнуть к профессорам, ушедшим из Университета. В письме видят начало кампании, которая будет открыта не только против проф[ессо]ра Рыбакова, но и против других профессоров, занявших оставленные кафедры, при этом члены съезда поговаривали, что возможен бойкот таких профессоров и со стороны студентов.

Едва съезд был объявлен открытым (в 2 часа дня), как было очевидно, что готовится некоторая демонстрация. Открыл съезд проф[ессо]р Рот (один из ушедших из Университета), и только он показался у пюпитра, как начались оглушительные аплодисменты, длившиеся минут 3 – 5. То же повторилось, когда вы-

шел следующий оратор проф[ессо]р Сербский (также ушедший из Университета). В демонстративных аплодисментах подчеркивалось отношение съезда к университетским событиям. Еще вчера во время товарищеской встречи подписывались особые адреса, которые должны быть поднесены как проф[ессо]ру Роту, так и проф[ессо]ру Сербскому. Особенно за поднесение адресов агитировал Баженов, являющийся вообще вдохновителем воинственного настроения на съезде.

Вступительная речь проф[ессо]ра Рота была очень бледна. Только в одном месте ее робким намеком промелькнула та мысль, что замечающееся психическое вырождение населения зависит от общих условий жизни страны, и что съезд в своих работах попутно принужден будет коснуться и этих условий.

Зато речь следующего оратора проф[ессо]ра Сербского с первых же слов резко засвидетельствовала свою политическую тенденцию. Внешне речь проф[ессо]ра Сербского построена была в чрезвычайно осторожных выражениях, он тщательно заметал следы и не сразу, а постепенно ронял намеки на политические факты последнего времени и только в самом конце своей речи заговорил более резко, да и то переплетая свои резкости различными выдержками из стихотворений.

Говорил проф[ессо]р Сербский о задачах Русского союза психиатров и невропатологов и о научных заслугах покойного психиатра С. С. Корсакова и между прочим указал, что Русский союз психиатров и невропатологов, помимо своих научных задач, требующих дружного единения в научной работе, преследует еще и задачи нравственного единения данной корпорации врачей. Эти слова получают как бы иллюстрацию в отношении значительной группы членов съезда к проф[ессо]ру Рыбакову: в данном случае нравственное единение очень легко может перейти в активный бойкот провинившегося по политическим убеждениям члена корпорации.

Вообще свою речь проф[ессо]р Сербский пересыпал целым рядом язвительных намеков. Говоря о том, что среди русских психиатров есть много ученых имен с европейской известностью, он указал на нелепость политики Министра Народного Просвещения Кассо, который посылает молодых людей для “дрессировки и натаскивания” в какие-то заграничные университетские семинарии. Указав, что в названии союза психиатров и невропатологов стоит слово “русский”, Сербский подчеркнул, что здесь “нет ни малейшего национализма”, здесь и не пахнет “специфическим запахом казенного национализма”. Перейдя к обрисовке ученой деятельности Корсакова и касаясь его отношения к студенчеству, оратор указал, что это было теплое, дружеское отношение старшего товарища, горячо любящего и преданного науке, то отношение, которого и в помине нет среди тех “вицеундир-

ных анархистов”, в руки которых попало теперь наше просвещение.

Закончил свою речь проф[ессо]р Сербский рядом громких и эффектных фраз. Он сказал, что Россия сейчас переживает беспросветную ночь, но не нужно от этого приходить в отчаянье. “Насильникам просвещения” не удастся загасить светильника науки. Как Галилей, брошенный в темницу инквизиторами, пророчески сказал: “А все-таки [она] вертится!”, — так и мы можем быть спокойны за судьбы русской науки, она найдет силы пережить все невзгоды, найдутся крепкие люди, которые перешагнут через все преграды. Характеризуя настоящий момент, оратор указал, что у нас творится нечто невероятное: безумец Илиодор на свободе<sup>11</sup> и, поощряемый свыше, бесчинствует, а здоровые граждане связаны по рукам и ногам. Безумцу дается полная свобода действий, а в то же время другие, заведомо безумные, признанные таковыми врачебной экспертизой, ведутся на казни; в больницах для сумасшедших у нас на постое стоят войска и протесты врачей бесполезны. В конце речи оратор привел слова молитвы, которую произносили в Смутное время: “Господи, спаси Русь от лихих назидников, не дай ей погибнуть”.<sup>12</sup>

После этих слов представитель полиции потребовал, чтобы собрание было закрыто, и когда председательствовавший проф[ессо]р Рот вступил в пререкания, представитель полиции категорически заявил, что, если председатель не закроет собрание, то он сам закроет его собственной властью.

Собрание было закрыто. Члены съезда и многочисленная публика в возмущении повскакали с мест и устроили Сербскому бурную овацию, аплодисменты, крики “браво” продолжались добрых четверть часа.

Председательствовавший проф[ессо]р Рот хотел переговорить с г[осподи]ном Градоначальником, но Его Превосходительства не оказалось дома, и проф[ессо]р Рот, вернувшись в зал, заявил, что он надеется, что продолжение настоящего закрытого собрания будет разрешено на завтра или послезавтра.<sup>13</sup>

Финальные аккорды увертюры к первому съезду Русского союза психиатров и невропатологов прозвучали в исполнении Московского Комитета по делам печати. Газету “Утро России”, издававшуюся миллионером П. П. Рябушинским (1871 – 1924), подвергли штрафу в размере 500 рублей, что, как и следовало ожидать, прибавило ей популярности среди образованных и зажиточных слоев общества; по российским традициям, уровень доверия к пострадавшим от правительственных санкций повышался. Остатки тиража шести газет, напечатавших заключительную часть речи Сербского (“Русские Ведомости” № 205; “Голос Москвы” № 205; “Утро России” № 205; “Столичная Молва” № 201; “Трудовая Копейка” № 39/139; “Живое Слово” № 27), конфисковали. Против редактора газеты “Русские Ведомости” возбудили судебное преследование; расследование дела, как обычно, затяну-

лось и в конце февраля 1913 года было прекращено по амнистии<sup>14</sup>.

(Проложение следует)

## Примечания

<sup>1</sup> Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ). Ф 418. Оп. 89. Д. 348. Л 37.

<sup>2</sup> *Осинов Н. Е.* Корсаков и Сербский. Первые профессора психиатрии Московского университета. В кн.: Московский университет. 1755 – 1930. Юбилейный сборник. Париж, 1930. С. 424.

<sup>3</sup> Врачебная Газета. 1917. № 13. С. 225.

<sup>4</sup> ЦИАМ. Ф 459. Оп. 2. Д. 6943. Л 119.

<sup>5</sup> ЦИАМ. Ф 418. Оп. 242. Д. 10. Л 13 – 18.

<sup>6</sup> ЦИАМ. Ф 418. Оп. 242. Д. 10. Л 30.

<sup>7</sup> *Маклаков В. А.* Власть и общественность на закате старой России (Воспоминания современника). Париж, 1936. С. 375 – 376.

<sup>8</sup> ЦИАМ. Ф 418. Оп. 487. Д. 320. Л 6 об., 9 об., 10 об. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф 102. Оп. 233 а. Д. 1877. Ч. 72. Л 237 об.

<sup>9</sup> ГАРФ. Ф 63. Оп. 19. Д. 1357. Л 1 – 8; Оп. 24. Д. 617. Л. 4 об.

<sup>10</sup> Утро России. 4.IX.1911.

<sup>11</sup> Илиодор иеромонах, в миру Труфанов Сергей Михайлович (1880 – 1952) — потомственный почетный гражданин Области Войска Донского, принявший монашество (1903), окончивший Петербургскую духовную академию (1905) и состоявший в Саратове при епископе Гермогене (1907 – 1912). Замечание Сербского о безумном иеромонахе вызвано непристойными выходками Илиодора, получившего в либеральной прессе прозвище “живой труп”. Незадолго до открытия съезда Русского союза психиатров и невропатологов Илиодор послал Московской городской думе оскорбительную телеграмму из нецензурных выражений. Московский городской голова Н. И. Гучков отправил копию этой телеграммы обер-прокурору Святейшего Синода, требуя привлечь Илиодора к ответственности. Между тем Илиодор публично выступил против Распутина, за что его перевели из Саратова в монастырь в Гродненской губернии, где он по собственной просьбе был лишен монашеского сана (1912). После неудавшегося покушения на Распутина (1914) бывший иеромонах скрылся из Петербурга, при помощи М. Горького переправился через финско-шведскую границу и, приехав в США, опубликовал документы, изобличающие Распутина и компрометирующие царскую семью (1915).

<sup>12</sup> Свой доклад Сербский закончил цитатой: “Ты, Господи, не дай Руси погибнуть от лихих наемников...” (а не “наездников”, как послышалось секретному сотруднику Охранного Отделения). После того, как полицейский чин закрыл собрание, профессор еще долго оставался на трибуне, взволнованно кланяясь рукоплещущим коллегам и держа в руках “прошнурованный, за номером и печатью, разрешенный к постановке на сцене” экземпляр оперы “Хованщина”. Именно отсюда он взял для своего выступления слова молитвы XVII века (Утро России. 6.IX.1911).

<sup>13</sup> ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 2 – 4 об.

<sup>14</sup> ЦИАМ. Ф 142. Оп. 1. Д. 2177. Л 4 – 11; Д. 2817. Л. 3. Врачебная Газета. 1911. № 38. С. 1190.



# Наука и жизнь доктора Клерамбо

А. Г. Гладышева<sup>1</sup>



Гайетан Гатиан де Клерамбо родился в 1872 году в богатой аристократической семье из Турени. Его предком со стороны матери был А. де Виньи, со стороны отца — Р. Декарт. Получив диплом правоведа, против воли отца увлекся медициной [16]. После защиты диссертации специализировался в психиатрии, занимаясь литературой и живописью в течение двух лет в школе изящных искусств в Париже. В 1905 году назначен психиатром тюремной клиники святой Анны в Париже. Сюда привозили арестованных бродяг, воров, чьё поведение выглядело болезненным. Клерамбо и его подчиненные выявляли симулянтов и направляли их в тюрьму или в специальную психиатрическую клинику закрытого типа [4]. Миссией европейской психиатрии 1920-х гг. было освобождение больных из психиатрических больниц, целью Клерамбо — именно изолировать их. Его наиболее значительные публикации приходятся на 1920 г. Круг его научных интересов включал изучение психозов, в частности, любовного бреда. Клерамбо не занимался частной практикой, большую часть своего времени он уделял диагностической работе в клинике [16]. По возвращении с Первой мировой войны (с 1921 г.) Клерамбо — главный врач клиники вплоть до смерти в 1934 году.

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии, отделение суицидологии.

В ранних работах Клерамбо обращается к женской сексуальности. В 1908 и 1910 гг. опубликованы две статьи под общим названием “Эротическое влечение женщин к тканям”, где подробно изложены четыре случая “страсти к шёлку” как женской формы фетишизма на фоне истерии, kleptomании, деликвентности, депрессии и суицидальных тенденций. Женщины попали в тюремную больницу после попыток кражи шелка (шелковых вещей) и вследствие “нервного поведения” в камере. Приведены самоописания больных. Так немолодая женщина, пережившая 22 ареста, описывает свои ощущения: *“Наслаждение особенно велико, когда воровала. Воровать шёлк — восхитительно, покупка не могла бы доставить такого удовольствия. Моя воля бессильна против искушения, как только я его вижу, я уже ничего не могу поделать... Шелк лент, юбок, корсажей, притягивает меня. Как только я чувствую шуршание шёлка, у меня покалывает под ногтями и сопротивляться бесполезно. Когда сопротивляюсь этому натиску, плачу, взвинчена, ухожу из магазина и возвращаюсь. И если не возьму ткань, у меня начинается приступ: вздутие в горле и животе, теряю сознание. Но когда мну ткань, живот сжимается по-особому, после чего чувствую что-то похожее на наслаждение, от которого у меня останавливается дыхание: как пьяная, дрожу не от страха, а от возбуждения. Я не знаю, не думаю о том, что плохого сделала”* [8, 9].

По Клерамбо, соприкосновение кожи с шелком вызывает у этих женщин оргазм специфически рефлексорной природы. Удовольствие от контакта отражается в генитальной зоне. Он сравнивает эту реакцию со смехом от щекотки. Сравнивая синестезии в результате отражения от генитальной зоны (через симпатическую нервную систему) с возбуждающими эффектами, считает, что сильные эмоции женщин, вызываемые некими запахами, музыкой, литературой, религиозностью возникают при участии генитальной зоны. Он отмечает “нелогичное” расположение эрогенных зон изучаемых женщин вследствие множественной органической патологии или интоксикации. Kleptomания также отнесена к кругу органических заболеваний [8, 9].

В современных психоаналитических концепциях подобные формы “женского фетишизма” рассматриваются в рамках концепции “транзиторного объекта” влечений и концепции “второй кожи”, как инстанции, структурирующей наиболее примитивные, разрозненные и ещё неотделимые от тела части Эго [17].

В 1914 году, с началом первой мировой войны, Клерамбо отправился служить на фронт, в 1915 году он был первый раз ранен, после чего был отправлен в Марокко, где снова был ранен. Оставаясь некоторое

время в городе Фес, он предпринимает попытку этнографического изучения феномена драпировки. Он сделал несколько сотен фотографий арабских женщин, задрапированных в ткани. По возвращении из Марокко, он не затрагивает больше в своих трудах тему эротического влечения к шёлку. Единственная область, в которой он позволяет себе прикоснуться к сложным взаимоотношениям между телом и тканями, — это в преподавании в период с 1923 по 1926 годов курса “Драпировка” в Парижском институте изящных искусств. Возможно, знакомство с восточной культурой способствовало переоценке ценностей [4]. На многих приезжавших на Восток в начале XX века перемена европейского костюма на восточный произвела сильнейшее впечатление вплоть до смены идентичности. Таковы русская аристократка Изабель Эберхардт, путешествовавшая по Алжиру в мужском костюме под именем Махмуд Саадт, французский этнограф Мишель Вьёшанж, ищущий занесенный песками город Смару в одеянии бедуинки.

Будучи сторонником классификации психозов Крепелина, Клерамбо предлагал описывать их, исходя из общего основания — психического автоматизма (*automatisme mental*), суть нарушения сенсорной сферы в виде неподконтрольного субъекту “автоматизма”<sup>2</sup>. Когда речь идет о слуховых галлюцинациях, Клерамбо описывает “тонкие феномены” (*phénomènes subtils*), сенсорные нарушения, исходящие не от невидимого собеседника, а от самого субъекта, от его собственного тела/сознания. Такого рода автоматизмы формируются, по Клерамбо, исключительно на органической основе. Процесс формирования идей исключен из патогенеза галлюцинаций. Идеиный контекст Клерамбо “оставляет” исключительно спиритам. Наиболее известен случай ясновидящей, больной “автоматической логореей”, говорящей стихами от имени Ангела. Клерамбо считал, что она действовала вследствие психомоторного возбуждения истерического характера без предварительных идей по поводу произносимых слов<sup>3</sup>. Больная попала в клинику через 20 лет после пика своей славы, одержимая мегаломаническими идеями уже без речевого автоматизма. Исчезновение речевого автоматизма и переход его в другую форму психопатологии послужили для Клерамбо поводом считать его вне идейной сферы сознания [7]. Понятие автоматизма широко использовано в начале XX века для объяснения ряда психиче-

<sup>2</sup> В отечественной литературе синдром назван именами Кандинского-Клерамбо, поскольку первым о феномене психического автоматизма заговорил В. Х. Кандинской (1849 – 1889) в книге “О псевдогаллюцинациях”.

<sup>3</sup> Синдром Кандинского-Клерамбо встречается чаще всего при шизофрении. Характерной его чертой являются вербальные псевдогаллюцинации, в начале в виде насильственных мыслей, которые постепенно приобретают вербально-акустический оттенок, больной ощущает “шелест”, “шорох мыслей”, затем он начинает слышать шепот, возникает отчужденная внутренняя речь, и в конце — звучные мысли, внутренние “голоса” [1].

ских явлений. По Бергсону, автоматизм — низшее проявление психики. В 1889 г. в работе Пьера Жане “Психологический автоматизм” описан как спонтанная активность любой формы уже существующей психической жизни (которое может проявляться в том числе в виде травматического воспоминания), а не синтез чего-то нового. Жане предполагал существование бессознательного элемента психики, считая его частью сознательной психической сферы [15], что близко к концепции З. Фрейда. Для Клерамбо понятия бессознательного не существовало, но психический автоматизм, с его точки зрения, формировался в некой слепой зоне сознания. Современные исследователи проводят параллель между психическим автоматизмом Клерамбо и кантовским *Selbsttatigkeit* — одновременно спонтанность и автоматизм. В этом контексте автоматизм подобен рассудку, улавливающему внутреннее чувство (интуицию), но не способному определить субъекта как носителя спонтанности [11]. В этом слепом пятне “Я” ускользает от интуиции. У Канта это слепое пятно может быть названо субъективностью, у Фрейда — бессознательным.

Ж. Лакан, назвавший Клерамбо единственным учителем психиатрии, использовал для объяснения механизма галлюцинаций заимствованное у Фрейда понятие *Verneinung* в значении “вытеснения, насильственного исключения”. Галлюцинация свидетельствует о существовании психической реальности, не поддающейся учёту [11]. Концепция Клерамбо, основывавшаяся на органическом субстрате психических явлений, привела Лакана к пониманию психоанализа.

Работа в госпитале позволяет Клерамбо сформулировать концепцию эротомании. По своей значимости для психиатрии того времени эротоманию можно сравнить лишь с истерией за тем исключением, что эротомания считалась органически обусловленным заболеванием, близким к параноиде<sup>4</sup>. Клерамбо описывает чистую и смешанную формы эротомании. Чистой эротоманией называл идео-аффективный синдром, имеющий в своей мыслительной основе сформированный, воспроизводимый в стереотипной форме постулат. Длительная, часто хроническая, чистая эротомания имеет фиксированные стадии — любовь, досада, ненависть, сопровождающиеся амбициозными идеями и поляризованными мыслями о преследовании; объект неизменен в течение заболевания, сопровождающегося постоянным гипертонусом и некурабельной активностью. Чистая эротомания при относительно нормальной психике как следствие сильного эмоционального потрясения может вести к

<sup>4</sup> Бредовое расстройство в виде эротомании описывается в рамках аффективных расстройств, в некоторых случаях органических заболеваний, как умственная отсталость, системная красная волчанка, органических заболеваниях головного мозга, в том числе при СПИД-дементном комплексе, болезни Альцгеймера, в некоторых случаях последствий хирургических операций на головном мозге и эпилепсии [2].

полиморфному бреду. Объект представлен преследующим настойчиво влюбленным мужчиной, встречные чувства к которому отрицаются. Как правило, он, женатый или свободный от брачных уз, в силу обстоятельство, не может открыть чувства. Итак, любовная инициатива исходит от объекта, он начал роман, он любит сильнее и любит один. Отсюда объект может быть счастлив только будучи влюбленным в больную; жизнь объекта неполноценна без возлюбленной, объект свободен, его брак недействителен [7]. Эротомания может сопровождаться слуховыми и зрительными галлюцинациями.

Так, в течение 37 лет объектом был священник, отправивший преследующую его женщину в психиатрическую лечебницу. Она следующим образом интерпретировала его действия: “когда тот звал полицейского, он на самом деле не хотел его найти. Когда говорил, что хочет заключить мир, имел в виду, что хочет провести со мной ночь; сказав, что ударит меня палкой, имел в виду эротический образ; когда прошел мимо меня в сопровождении молодой блондинки, это означало желание любви втроем, что вызвало у меня отвращение”. Клерамбо называет эти интерпретации “формулами надежды” и отмечает, что эротомания проистекает в рамках триады любовь — высокомерие — надежда, причем основным эмоциональным компонентом здесь является эротизм. Состояние амбициозного высокомерия направлено на подавления желая (эротизма). Досада, характерная для эротомании, выпадала из структуры заболевания. Смешанная форма эротомании на фоне интерпретативного бреда следует его кривой логике. В рамках полиморфного бреда возможны смена объекта, одновременное присутствие ряда объектов, культ объекта, смешанный с идеями абсурдного величия или мистическими идеями. Эротоманическая тема развивается медленнее и не имеет характер синдрома.

Клерамбо отмечая, что эротомания в силу неясности систематизации сложна для диагностики [6], проводил грань между паранойей и эротоманией по степени эмоциональной вовлеченности в идейную сторону болезни. В отличие от параноиков, эмоциональная вовлеченность коих в ситуацию минимальна, “у страдающих любовным бредом формируется изначальный идео-аффективный узел, в котором аффективный элемент представляет бурную, глубокою, обращенную на бесконечное продолжение эмоцию, захватывающую все душевные силы с самого первого дня”. Сопутствующим элементом эротомании почти всегда являются напряженные отношения с объектом. Сила и трагичность страсти такова, что отданная естественному течению, она может привести к таким трагическим последствиям как убийство и/или самоубийство в порыве отчаяния и досады, или “морального самоубийства через пожертвование будущим”. Безумие, ощущение фатальности происходящего и потеря свободы, могут вести к социальной смерти, выраженной в символическом стирании своей жизни и личности, что выражается в пассивном отношении к

госпитализации, или, по Лакану, к обращению агрессии против себя. В попытке избежать этого, больные ищут спасения в идеях тщательно построенного любовного бреда, служащего и для удовлетворения компульсивных потребностей. В “Психоаналитических заметках об автобиографическом описании случая паранойи” З. Фрейд подчеркивал, что работа бреда может служить попыткой “реконструкции” личности [13].

Несмотря на нечеткость диагностической категории, случаи эротомании были распространены. Так, дочь В. Гюго Адель следовала за своим возлюбленным, английским офицером, не проявлявшим к ней никакого интереса, в Англию, в Канаду и на Барбадос (по возвращении в Париж госпитализирована) [12]. Эротоманией страдали не только женщины. Ж.-Э. Эскироль, впервые описавший феномен эротомании, приводит в “Трактате о психических болезнях” (*Traité des maladies mentales*), два случая эротической моноμανии, в одном из которых больной — мужчина 36 лет, влюбленный в актрису и ощущающий себя избранным ею [13]<sup>5</sup>.

В современной психиатрической литературе эротомания, как одна из форм бредового расстройства, ассоциируется со stalking (stalking behavior) — формой антисоциального, преследующего поведения, в рамках которого “сталкер” пытается, в той или иной форме, навязать собственное общество своей жертве. В основе stalking лежит бредовое, чаще всего эротоманическое, расстройство. Чаще всего сталкерами являются отвергнутые мужчины, пытающиеся, преследуя свою жертву, поддерживать иллюзию отношений и тем самым оградить себя от стресса. Поведение сталкеров подразделяется на следующие типы: “отвергнутые”, “ищущие близости”, “неумелые почитатели”, “мстители” и “хищники”. “Ищущие близости” преследуют своих предполагаемых возлюбленных, которые, как им кажется, также влюблены в них. Такие сталкеры как правило страдают тяжелым психическим расстройством в сочетании с эротоманическим синдромом. Считается, что эротоманический бред в этом случае не поддается лечению. “Неумелые почитатели” как правило ищут кратких интимных отношений, но отсутствие социальных навыков общения и недостаточный интеллект оставляет неприятный осадок от их поведения у объектов их “почитания”. К “мстительным” сталкерам относятся лица, страдающие параноидальными расстройствами, которые считают сами себя жертвами ситуации, и

<sup>5</sup> Считается, что синдромом Клерамбо чаще страдают женщины чем мужчины. Клинические описания эротомании у мужчин в современной литературе нередко связаны с измененной сексуальной идентификацией, например, случай с молодым мужчиной, который всякий раз после эпилептической припадка, считал себя беременным [3]. У мужчин с “нормальной” сексуальной ориентацией, эротомания бывает в виде преследующего поведения (stalking behavior), или патологической ревности [2].

своих жертв воспринимают как преследователей. К “хищникам” относятся лица, которые ищут сексуальное удовлетворение от преследования, они пытаются запугать жертву, их преследование носит вуаеристский и девиантный характер. [14]

В начале 1930-х гг. Клерамбо на закате карьеры. Когда Лакан стал его интерном, Клерамбо почти ослеп из-за катаракты. Для художественной личности это трагедия вдвойне. Клерамбо описывает переживания в “Воспоминаниях врача, оперированного по поводу катаракты”: “К 57 годам я начал видеть правым глазом формы и объекты в странно измененном виде. Их контуры были не только размыты, но размножены. По ночам любая светлая точка превращалась в созвездие. Мне казалось, что в каждой электрической лампочке не одна раскалённая дужка, но пять-шесть. Стал очень чувствителен к световым контрастам. Любая освещенная зона подчеркивалась затемнением соседних. Так, мебель рядом с окном терялась в сумерках. Чтение очень усложнилось: строчки смешивались в общую серость; иногда на расстоянии не мог отличить чистый лист от текста. С лупой мог недолго читать, но это меня утомляло. Поиски с лупой книг требовало немало времени. На улице временно помогали очки, но узнавал людей только по походке. Постоянно испытывая страх при переходе улицы, и просил знакомцев о любезности перевести меня... Будучи врачом, я, тем не менее, распознал болезнь слишком поздно. Из-за множественности образов (полиопия), думал, что имею дело со сложным астигматизмом. Но сильное снижение зрения справа вызвало опасение, что я болен катарактой или другим тяжелым заболеванием. Мой правый хрусталик стал виден мне самому в зеркало, и, при освещении, неосведомленные люди говорили, что у меня один зрачок серебряный, а другой — цвета луны” [10].

Клерамбо решился на операцию по методу испанского хирурга Ваггауэра. Хрусталик удален вакуум-экстрактором, мягкой трубкой и канюлей, согласно подробному описанию Клерамбо, удачно. Но при выздоровлении ночью повязка сползла, что вызвало воспаление глаза. В результате зрение лишь ухудшилось. “Зрение на расстоянии с очками — удовлетворительно. Для чтения слишком фиксированная точка ясного зрения вызывает неудобства. При удалении или сгибании страницы текст неразборчив. Необходимость менять очки, чтобы перейти от дальнего зрения к ближнему — непрерывное рабство... Глаза более утомлялись, чем ранее” [10].

В послесловии к “Воспоминаниям” указано, что автор покончил с собой. Потеря зрения и самоубийство косвенно связываются. 17 ноября 1934 г. Клерамбо в завещании признается в недавней краже картины у антиквара. Лишает друзей и родственников наследства. Затем пробует силу пистолета в саду своего дома, вбегает в него с видом штурмующего крепость. Ставит кресло перед зеркалом, придвигает к нему кровать, садится, упершись в подлокотники, и стреляет себе в рот. Пистолет падает вправо, лорнет — в левую сторону, пуля выходит через затылок. Наутро пресса

сообщила о трагическом конце нового доктора Калигари в окружении восковых кукол, задрапированных странными тканями. Лакан, когда его спросили об эффектном самоубийстве учителя, ответил: “Я не удивлен, что он не дал осечку. Это напоминает мне Нерона: “Какой великий артист погибает!” [16].

Концепции Клерамбо продолжают оказывать влияние на современную психиатрическую и психологическую мысль. Так, синдром психического автоматизма получил своё развитие в лакановской концепции психозов. В отечественной психиатрии синдром психического автоматизма упоминается, как синдром Кандинского-Клерамбо. В зарубежной психиатрии с именем Клерамбо обычно ассоциируется эротоманический синдром, который получил своё яркое выражение в концепции сталкинга. Исследование женского фетишизма получило развитие в психоаналитической концепции “второй кожи” как структурирующей функции Эго.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Синдром Кандинского-Клерамбо, Большая медицинская энциклопедия, Т. 10, М., 1978, с. 83 – 85.
2. *Brüne M.* De Clérambault’s syndrome (erotomania) in an evolutionary perspective. *Evolution and human behavior*, 22 (2001), pp. 209 – 215.
3. *Chaturvedi S. K.* Delusions of pregnancy in men. Case report and review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, Mai, 1989, 154, p. 716 – 718.
4. *Bermond D.* Gaëtan de Clérambault§ psychiatre, artiste et ethnologue. *L’Histoire* n. 174, février 1994, pp. 80 – 91.
5. *de Clérambault G. et Lamache.* “Érotomanie pure persistant depuis 37 années (Présentation de malade)”, *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, juin 1923, p. 192.
6. *de Clérambault G. G.* “Érotomanie Pure. Érotomanie Associée” (Présentation de malade), *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, juillet 1921, p. 230.
7. *de Clérambault G. et Brousseau.* La fin d’une voyante (Présentation de malade), *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1920, p. 223.
8. *de Clérambault G. G.* “Passion érotique des étoffes chez la femme”, *Archives d’anthropologie criminelle de Médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, t. XXIII, Éd. Masson et Cie, Paris, 1908, pp. 439 – 470.
9. *de Clérambault G. G.* “Passion érotique des étoffes chez la femme”, *Archives d’anthropologie criminelle de Médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, t. XXV, Éd. Masson et Cie, Paris, 1910, pp. 583 – 589.
10. *de Clérambault G. G.*, *Souvenirs d’un médecin opéré de la cataracte*, Éditions Hippocrate, Paris, 1935 (Publication posthume).
11. *Faucher J.-M.* L’automatisme mental, Kant avec De Clérambault. Paris, ERES, 2011, 158 p.
12. *Granger B.* Une érotomane sans repos. *Le Magazine littéraire*. n.144, 2005, Paranoïa, p. 50.
13. *Jovelet G.* De l’érotomanie à l’hérotomanie. *L’Information psychiatrique*, Vol. 86, 2010/8, pp. 703 – 708.
14. *Mullen P., Pathé M., Purcell R.* The management of stalkers. *Advances in Psychiatric Treatment*, (2001), 7, pp. 335 – 342.
15. *Roudinesco E.* Histoire de la psychanalyse en France. Vol. 1, Paris, Seuil, 1996, pp. 232 – 257.
16. *Roudinesco E.* Histoire de la psychanalyse en France. Vol. 2, Paris, Seuil, 1996, pp. 117 – 125.
17. *Saiet M.* Tissus féminins. Cliniques méditerranéennes, 2008, 2 (n. 78), pp. 225 – 242.

## Конгресс интеллигенции

19 марта 2014 г. в помещении библиотеки иностранных языков состоялся конгресс интеллигенции “Против войны, против самоизоляции России, против реставрации тоталитаризма”. Организаторами конгресса выступили Ирина Прохорова, Лев Пономарев и Людмила Улицкая. Психиатрическое сообщество — в контрасте с дореволюционным временем — представлял только д-р Савенко. Было заслушано 4 емких доклада (двое докладчиков в прошлом участники наших образовательных программ). Андрей Борисович Зубов осветил исторический аспект (после фальсификации выборов в 2011 и 2012 гг., 26.02.2014 г. начата война по легко узнаваемому сценарию), Евгений Гонтмахер — экономический (наша дряхлая советская экономика деградирует и неспособна к росту), Марк Урнов — социологический (ситуацию определяют депопуляция — в середине века Россия потеряет 20 млн. чел. и показатели здоровья населения и производительности труда, которые значительно провальнее, чем даже высокий уровень коррупции, это и мн. др. указывает на начало необратимой деградации страны), Алексей Симонов — медийный (закрыто множество сайтов, “Дождь”, “Совершенно секретно” и др., фактически введена цензура). По ходу прений **все согласились, что речь должна идти о конгрессе не только интеллигенции, но всего гражданского общества.**

Конгресс сделал заявление, в котором, в частности, говорится:

*“...Сегодня, когда большинство наших сограждан видит в начавшейся агрессии не опасную авантюру, не насилие над международным правом, а возвраще-*

*ние к “праву сильного”, который может позволить себе все — мыслящим и честным людям предстоит сделать все от них зависящее для того, чтобы страна не уничтожила себя в процессе этого жестокого эксперимента, как уже почти уничтожила во время эксперимента коммунистического. Мы обязаны не поддаваться зомбирующей пропаганде, не впадать в ненависть к братским и далеким народам, не повторят лжи, не доносить, не упиваться собственным нравственным падением, которое уже превратилось в патриотический экстаз. В наиболее драматические моменты истории интеллигенция всегда пыталась вернуть обществу моральную точку отсчета — вне морали нет ни государства, ни политики, ни экономики...”*

Уместно привести отрывок из обращения писателя Дмитрия Быкова:

*“...Начавшаяся в СМИ, блогах и отдельных головах шовинистическая истерика никого не должна пугать. Противников войны будут сегодня называть предателями, наймитами Запада и пятой колонной. Россия проходит через этап агрессивного национализма, которым она всегда была беременна, — но вечная беременность невозможна... Народ, не научившийся бороться с собственным реваншизмом и имперскими комплексами, остается вечным ребенком... Зло эффективно на коротких дистанциях, но всегда проигрывает на длинных. Все гипнозы рано или поздно кончаются... От нашей личной порядочности и твердости зависит в конечном итоге доброе имя нашей страны”.*

## **“Оказание медицинской помощи в местах принудительного содержания: российские и европейские стандарты, опыт контроля”**

Семинар с таким названием состоялся 28 – 29 апреля 2014 г. в Москве. Семинар проводился в рамках финансируемого Европейским Союзом двухлетнего проекта Независимой психиатрической ассоциации России “Мониторинг оказания медицинской помощи в местах принудительного содержания”, который

является частью совместного проекта Уполномоченного по правам человека в РФ и Совета Европы по поддержке общественных наблюдательных комиссий России.

В семинаре участвовали 34 члена ОНК из 18 общественных наблюдательных комиссий различных ре-

гионов России, от Мурманской области до Приморского края.

В первый день семинара российские и иностранные эксперты представили участникам основные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи в местах ограничения свободы, а также познакомили с практикой контроля за соблюдением прав человека при оказании медицинской помощи Европейского комитета против пыток и национальных превентивных механизмов. Отдельно разбирался вопрос об этических принципах и проблеме двойной лояльности медицинских сотрудников пенитенциарной системы. Удачное чередование лекций и практических занятий позволило участникам не только “переварить” огромный массив материала, который был представлен, но и отразиться своими впечатлениями.

Второй день был посвящен анализу современной ситуации в российской пенитенциарной медицине и обсуждению предстоящего мониторинга оказания медицинской помощи в МПС, запланированного в рамках проекта. Присутствовавшие на семинаре начальник управления организации медико-санитарного обеспечения (УОМСО) ФСИН России полковник внутренней службы С. В. Воробей и сотрудник отдела контрольно-аналитической и организационно-методической работы УОМСО ФСИН России советник государственной гражданской службы РФ 2 класса К. К. Хайнацкий выступили с сообщениями и выдержали полуторачасовую сессию вопросов и комментариев со стороны членов ОНК по работе медико-санитарной службы ФСИН.

При обсуждении некоторых вопросов очередной раз подтвердилось, что руководство ФСИН и члены ОНК разговаривают на разных языках. Например, для членов ОНК ребенок, находящийся в местах лишения свободы вместе со своей матерью, это, прежде всего,

ребенок, а для сотрудников ФСИН — это ребенок осужденной, и его права ограничены той ситуацией, в которой находится его мать. Однако в целом всем было понятно, что ФСИН и ОНК преследуют одни и те же цели и вполне могут конструктивно взаимодействовать.

Дискуссия выявила много проблем, большая часть из которых хорошо известна руководству ФСИН, однако были и те, которые оставались скрытыми от них, и теперь будут подвергнуты специальному анализу. Главным результатом явилось установление живого контакта с руководством медико-санитарной службы ФСИН, достижение договоренности о постоянных встречах и консультациях, в том числе по предстоящему мониторингу оказания медицинской помощи в МПС.

Региональный координатор проекта по Сибирскому федеральному округу канд. мед наук А. И. Гончаренко представил разработанный им проект модуля, который должен стать основным инструментом при проведении мониторинга оказания медицинской помощи по унифицированной схеме. Прошло первое обсуждение модуля в группах, были высказаны замечания, предложения, дополнения. Принято решение о проведении пилотных визитов по апробированию модуля и созданию группы по его обсуждению в социальных сетях.

Следующий семинар по обучению практической работе с модулем состоится в конце сентября — начале октября 2014 г., а в 2015 году будет проведен мониторинг, по результатам которого будет подготовлен доклад о соблюдении прав человека при оказании медицинской помощи в местах принудительного содержания.

*Л. Н. Виноградова*

## Конференция по аутизму

27 – 28 марта 2014 г. в Петербурге в рамках 12-х традиционных Мнухинских чтений прошла конференция, посвященная проблемам аутизма. Актуальность конференции определялась нарастанием в практике врачей всех аспектов проблемы самого аутизма. Широкое участие специалистов по предмету конференции не ставило неисполнимых задач вроде выработки единства мнений, ограничиваясь осознанием необходимости хотя бы ознакомления с сообщениями коллег по самым больным аспектам проблемы. Углубленного обсуждения важнейших для

клинициста вопросов, к большому сожалению, не получилось в связи с множеством этих вопросов, во-первых, и банальной нехваткой времени, во-вторых. Кулуарного обмена мнениями (точнее, впечатлениями) явно недостаточно. Для деловой дискуссии, вероятно, следует рассмотреть другой формат и состав дискуссионной группы (явно меньший). Но это тоже предмет для обсуждения.

В анализе докладов и материалов сборника бросается в глаза отсутствие точек соприкосновения для обсуждения или, наоборот, их наличие в большом

числе. У специалистов нет общего понимания терминов: аутизм и ранний детский аутизм. Масса разночтений клинического смысла диагностических критериев детского аутизма, наряду с явной тенденцией к упрощению самого понятия аутизм, приводит к низведению сложнейшего феномена отсутствия социального понимания и взаимодействия к банальному нарушению, а то и нежеланию общаться с окружающими.

В нескольких докладах анализировались истоки гипердиагностики детского аутизма. В частности, А. В. Горюнова и Ю. С. Шевченко одной из причин этого явления видят подмену нозологического диагноза синдромальным. Ими же в обобщенном виде показана неудовлетворенность специалистов существующими классификациями болезней.

Полностью отсутствует критическое отношение к понятию “аутистический спектр”, включившему в себя столь клинически неоднородную патологию, что

изучение спектральных болезней, как чего-то общего вообще, лишено научного смысла. (Б. В. Воронков). Неопределенность понятия “аутизм”, недостаточность клинического наполнения и, как следствие, неоднозначность толкования критериев РДА, очевидным образом, способствуют неоправданно широкой его диагностике.

Д. Н. Исаев рассказал об оригинальных взглядах С. С. Мнухина на механизмы некоторых клинических проявлений детского аутизма, связывавших повторную эхололию, отсутствие символической игры, непонимание метафор и намерений других людей с неспособностью обобщать опыт повторных восприятий, чтобы сформировать это понятие.

Несколько сообщений было посвящено поискам материальной основы аутизма (профессор А. Б. Пальчик) и вопросам адаптации и коррекции (В. М. Сомова, Урманчеева М. А. и др.).

## Съезд Американской психиатрической ассоциации

**3 – 4 мая 2014 г. в Нью-Йорке состоялся 167-й ежегодный съезд Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, APA)** — одного из наиболее авторитетных профессиональных объединений психиатров из США и других стран мира, насчитывающего около 36 тыс. членов. АПА регулярно организует медицинские конгрессы, издает журнал “*The American Journal of Psychiatry*”. Ведёт разработку “*Справочника по диагностике и статистике психических расстройств*”. АПА имеет несколько подразделений, поддерживающих психиатрию как профессиональную деятельность, а также занимающихся вопросами ухода за пациентами: Американский психиатрический институт по исследованиям и образованию (APIRE) — основан в 1998 году, ведёт основные научные разработки по психиатрии; Американский психиатрический фонд (APF) — благотворительный и образовательный филиал АПА, нацеленный на вопросы информирования населения о серьёзности психических заболеваний и возможности их излечения; Издательство американской психиатрии (APPI) — публикует литературу и мультимедийные материалы по психиатрии, психическому здоровью и изучению поведения человека; Комитет политических действий АПА (APAPAC) — политическое средство членов АПА для поддержки кандидатов в Конгресс, озабоченных вопросами психического здоровья населения.

**Американская психиатрическая ассоциация основана в 1844 году** как “Союз директоров психи-

атрических клиник”, по инициативе выдающегося психиатра Бенджамина Раша (B. Rush). В 1891 году организация была переименована в “Американскую Медико-психологическую Ассоциацию”, а с 1921 года носит современное название. С 1844 года также выходит первый номер журнала “Американский журнал по умопомешательству” (“*American Journal of Insanity*”), позднее переименованный в “Американский психиатрический журнал” (“*American Journal of Psychiatry*”). В 1845 году АПА пригласила в свой состав канадских психиатров. В 1953 году в состав АПА вошли представители из Мексики, Центральной Америки и Карибских островов. В 1928 году начался выпуск “*Справочника по диагностике и статистике психических расстройств*” (“*Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*”) (DSM).

Ежегодное заседание АПА 2014 г. началось с часового “Диалога по вопросам науки, психиатрии, и средств массовой информации”, вылившегося в оживленную дискуссию, с участием президента АПА Джеффри Либермана (J. Lieberman), профессора психиатрии, лауреата Нобелевской премии Эрика Кэндела (E. Kandel) и известного актера и популяризатора науки Алана Алда (A. Alda). Э. Кэндел является единственным американским психиатром, получившим в 2000 году Нобелевскую премию за открытия в области молекулярных механизмов обучения и памяти.

Свидетельством неизменного интереса к проблемам психического здоровья нации политических дея-

## Дело Михаила Косенко близится к завершению

телей США было выступление на заседании АПА вице-президента Джо Байдена (Joe Biden).

*“Мы находимся на пороге поразительных возможностей”, сказал вице-президент. “Я знаю, что мы готовы создавать инструменты, чтобы найти новые способы лечения... Мы стоим на пороге выявления биомаркеров для психических заболеваний, создания ранних процедур раннего вмешательства по профилактике психозов и революционных изменений в понимании функционирования мозга”.*

В структуре 167-го Ежегодного заседания АПА были десятки лекций, пленарных заседаний и симпозиумов, посвященных проблемам биологической, социальной, судебной и психодинамической психиатрии. Некоторые подробности — в сле-

дующем выпуске журнала. В первый день работы съезда на нем присутствовали представители РОП: проф. Н. Г. Незнанов и проф. П. В. Морозов. Наш представитель не выступал.

Вниманию научной общественности и практикующих психиатров был представлен 5-й выпуск *“Справочника по диагностике и статистике психических расстройств” (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition” (DSM-5))*, включая разработанные на его основе: DSM-5 Клинические случаи / Под редакцией John Barnhill, 2014; DSM-5 Справочник по дифференциальной диагностике/ Под редакцией Michael B. First, 2014; DSM-5 Контрольные вопросы для диагностических критериев / Под редакцией Philip P. Muskin, 2014 2014 и др.



## Дело Михаила Косенко близится к завершению

Все попытки адвокатов оспорить решение суда, продублировавшее решение экспертов Центра им. В. П. Сербского, оказались безуспешными. Очевидная фактически для всех непредвзятых профессионалов несостоятельность экспертизы, но особенно рекомендация принудительного стационарного лечения человеку, который всегда принимал его добровольно, объявление его опасным только на основании вменяемой, но не доказанной вины, неспособным участвовать в судебном заседании, чем пренебрег даже суд, и нагромождение искусственных диагностических конструкций в советском стиле завели режиссеров этого процесса в тупик, выходом из которого было переосвидетельствование в ПБ № 5, куда Косенко был

помещен в конце апреля. Личные усилия председателя Московской Хельсинкской группы Людмилы Михайловны Алексеевой, нашей Ассоциации, аппарата Уполномоченного по правам человека, готовность принять участие в комиссии ведущих психиатров сошлись с мнением врачей больницы об адекватности амбулаторного лечения. Помещенное на первой странице “Новой газеты” 19 мая письмо сестры Михаила Косенко Президенту, впечатленной первоначальной информацией о полутора годах стационарного лечения, ускорило события. В Чеховский районный суд уже в конце мая было подано ходатайство больницы о переводе М. Косенко на амбулаторное лечение, и 11 июня суд его удовлетворил.



## Безответственно облегченная квалификация

Усилиями главного психиатра Москвы проф. Б. Д. Цыганкова в Подмосковье (Домодедово) 16 – 18 мая прошел великолепно организованный второй российско-хорватский международный конгресс духовной психиатрии с участием двадцати хорватских коллег.

Среди многих содержательных выступлений, опубликованных в сборнике, наше внимание привлекла тематика работы “Шизофрения и утрата духовной свободы”<sup>1</sup>. Хорошо известно, что дух не болеет, болеет только душа, что шизофрения первоначально может вызвать даже всплеск творческой активности, ломая шаблоны, проторяя новые пути в науке и новые стили в искусстве, но в своих конечных состояниях обычно снижая уровень продуктивности. Именно этому последнему посвящена названная работа.

Итог работы совершенно банален: совместные усилия психиатра, психолога и священника успешнее, чем без последнего. Такой вывод был актуален четверть века назад на постсоветском пространстве, и таких работ было достаточно.

Но текст этой работы содержит сенсационное заявление — психопатологическую квалификацию знаменитого высказывания Апостола Павла. Видимо, поэтому текст этой работы приводится дополнительно в полном переводе на английский язык. Цитируем: *«Примечательно, что Апостол Павел, по сути, описывал проявления синдрома Кандинского с психическими и физическими автоматизмами: “...ибо не понимаю, что делаю. Потому что-то Доброе, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, — делаю. В членах моих вижу иной закон, противоборствующий закону ума моего и делающий меня пленником закона греховного” (Рим. 7: 14-25)».*

Итак, у Апостола Павла, по мнению автора, наиболее характерный для шизофрении синдром Кандинского?! На основании приведенного отрывка нельзя, невозможно, совершенно некорректно, ненаучно заключать о его болезненном генезе. Есть много других возможностей, но на поверхности самая простая и естественная: эта ламентация была продиктована исповедальной, безжалостной по отношению к себе рефлексией, покаянным самобичующим осуждением греховности брэнности плоти, не слушающейся собственного внутреннего голоса, осмысленного импера-

тива Добра, уступающего низкому. Это хорошо понятное и экспрессивно выраженное переживание собственной слабости, особенно характерное для натур, склонных строгому следованию предписаниям и догматам веры. Короче говоря, перед нами пример религиозно-этической рефлексии, развернутое описание которой, как мы видим, иными психиатрами, видимо, чуждыми таким переживаниям, принимается за тяжелое психическое расстройство. Такие “специалисты” любое подробно, точно и образно описанное интроспективное переживание могут расценить как ненорму. Например, когда “детерминирующей тенденцией” делается непонятная им “внутренняя логика” у мыслителей и ученых или “правда образа”, “правда характера” у писателей, когда созданные ими персонажи сопротивлялись их произволу и начинали жить самостоятельно.

Интересно, было ли у самого автора, судебного психиатра С. Н. Осколковой, шевеление в душе, подобное процитированному у Апостола Павла, когда она на вопрос суда в деле Михаила Косенко, ухудшится ли его состояние в условиях СИЗО, зная, что он сам обеспокоился своим состоянием, ответила: “Это не в нашей компетенции”. Видимо, душа ее осталась казенно-непроницаемой, — ведь для нее это ненормально, даже болезненно, это синдром Кандинского! А взять на себя естественную для медика ответственность даже не приходит в голову, никаких колебаний, хотя кто еще ответит суду на этот вопрос? А ведь это традиция с советских времен. В таком же стиле оценивались политические диссиденты, попадавшие в институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Их деятельность, их проповедь, их переживания психиатризировались на таком же одноаспектном наивном уровне.

Следуя примеру проф. Ф. В. Кондратьева, С. Н. Осколкова не затруднила себя консультацией религиозоведов, богословов. Чем ее квалификация отличается от исков на Библию, от буквально, внеисторично мыслящих читателей? Эта поразительная самоуверенность поддерживается государственным протекционизмом: государственных экспертов в суде теперь нельзя критиковать.

**Ю. С. Савенко**

<sup>1</sup> Избранные вопросы психиатрии. Сб. научных работ под ред. Б. Д. Цыганкова. — М., 2014, с. 36 – 38.

## Сохранит ли сайт РОП порядочность?

Накануне Пленума Российского общества психиатров в мае 2014 г. в Санкт-Петербурге я направил письмо председателю Правления РОП проф. Н. Г. Незнанову следующего содержания:

*Уважаемый Николай Григорьевич! Провисевшее несколько месяцев на сайте РОП письмо проф. Ф. В. Кондратьева, его содержание и лексика, делают необходимым Ваш заключительный комментарий на предстоящем 16 мая Пленуме Правления Российского общества психиатров. Ваше высокоавторитетное положение Председателя Правления Российского общества психиатров смогло бы пресечь обращение некоторых наших коллег к политическим выпадам, недостойным и недопустимым в профессиональном сообществе. С уважением, президент НПА России Ю. С. Савенко*

Аналогичное письмо была направлено главному психиатру Минздрава России, директору государственного Центра социальной и судебной психиатрии проф. З. И. Кекелидзе.

После Пленума я позвонил проф. Н. Г. Незнанову, который на мой прямой вопрос ответил: “Мы уже сняли этот материал, он не вызвал интереса... Прошло уже время, мне придется вернуться к этим материалам... Проф. З. И. Кекелидзе сказал, что проф. Ф. В. Кондратьев давно не сотрудник их Центра, и поэтому его это не касается... Это дело этической комиссии и редактора сайта... Мы еще посоветуемся”. Между тем, этот материал продолжает оставаться на сайте.

Сверхосторожное поведение руководителя РОП выражает не его индивидуальную реакцию, а ту атмосферу, в которой мы живем и которой дышим. Это состояние, в которое приведена даже Этическая комиссия РОП, которую вынудили “осудить доктора Ю. С. Савенко за дискредитацию отечественной психиатрии”, репутацию которой он не первый раз спасает. Такого рода парадоксы, вопреки логике, здравому смыслу и уж подавно этике, перестали быть редкостью. Все члены Этической комиссии постоянно выражали мне свое уважение, и у меня нет оснований, даже сейчас, сомневаться в их искренности. А тот общественный театр, к которому их принуждают, — блестяще отработанная советская традиция.

И все же здесь есть своя мера, точнее градация. Нельзя отступать под давлением обстоятельств беспрельдно. Ведь в рассматриваемом случае требуется всего только повторить азбучные универсальные для всех истины — *недопустимо прибегать к бранной лексике и политическим выпадам*. Но это должно прозвучать из авторитетных уст в нужный момент. Когда такой момент пропускается, это бросает тень на все общество, т.к. его сайт — его лицо. Это касается и Этической комиссии, когда она ограничивается рефлекторностью, т.е. только реакцией на адресованные ей жалобы и лишена собственной активности, посылка достойного долженствования.

*Ю. С. Савенко*

### ГЛОБАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

25.09.2014 – 28.09.2014, Нью-Дели, Индия

*Организаторы:* **Индийская ассоциация по биологической психиатрии,  
Секция ВПА по психиатрии в развивающихся странах,  
Всемирная федерация обществ биологической психиатрии,  
Индийская ассоциация частной психиатрии,  
Комитет по биоэтике ЮНЕСКО Тихоокеанского региона**

**emohandas53@gmail.com; www.wfsbpindia.com**

## Открытое письмо министру здравоохранения России

После унижения и ликвидации Российской Академии наук незадолго до ее юбилея и окончательной девальвации звания академика, уравненного с членом-корреспондентом, и слияния с отраслевыми академиями, которые всегда котировались значительно ниже, цунами преобразований докатилось до психиатрии, онкологии и других медицинских дисциплин. Минздрав издал приказ, на который мы откликнулись следующим письмом.

*Глубокоуважаемая Вероника Игоревна!*

17 мая психиатрическая общественность была ошеломлена Вашим решением<sup>1</sup> слить три психиатрических центра в одно учреждение, но еще больше — формулировкой приказа “о присоединении Московского НИИ психиатрии и Национального центра наркологии” к Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Тем самым единственный в Москве многопрофильный научный центр клинической психиатрии, с которым связана значительная часть истории отечественной психиатрии, попадает в подчинение к Институту, который три четверти века был центром судебной психиатрии и дважды (1956, 1992) на грани расформирования, в частности, за отрыв от клинической психиатрии. В полном смысле слова наметилась перспектива, когда хвост будет крутить собакой<sup>2</sup>, т.е., когда субспециальность, обслуживающая злобу дня, сделается доминирующей.

Вас подвели референты, которые не учли ни указанного основополагающего для психиатрии клинического характера и многопрофильности МНИИ психиатрии,

ни международной диаметрально противоположной репутации НИИ психиатрии и Центра им. В. П. Сербского и давно устоявшейся международной известности проф. В. Н. Краснова,

и что совмещение поста главного психиатра Минздрава и директора создаваемого мега-учреждения усилит и без того чрезмерную централизацию управления, неэффективную для науки, тем более такой, как психиатрия, и оборвет состязательность научных учреждений.

Мы решительно против снятия имени выдающегося психиатра Владимира Петровича Сербского с

Центра социальной и судебной психиатрии и в начале 1990-х годов воспрепятствовали этому. В. П. Сербский — воплощение гражданственности в психиатрии, снятие его имени станет знаковым событием.

От имени широкой психиатрической общественности просим Вас пересмотреть, по крайней мере, доминирующее положение при слиянии учреждений Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, так как естественным, само собой разумеющимся для успешного развития отечественной психиатрии и ее международной репутации было бы доминирующее положение Московского НИИ психиатрии.

*Президент НПА России Ю. С. Савенко*

Переданное непосредственно в Минздрав и вскоре появившееся на сайтах НПА России и РОП, это письмо вызвало моментальный отклик: в тот же день президент НПА России был приглашен вместе с проф. В. Н. Красновым на встречу с министром.

Очень приятное впечатление от облика, манеры держаться, на редкость высокого уровня и опыта общения с научным и политическим истеблишментом омрачалось тем, что все эти достоинства были умело обращены на психотерапевтическое умиротворение нашего возмущения. А со стены на нас смотрели улыбающиеся, каждый по своему, сентиментально — премьер и хитро подмигивающий — вождь. Пример последнего примечателен: всех и каждого на его языке умеет обнадежить, но ... то осел сдохнет, то падишах. Нам предложено потерпеть до осени. Но уже на следующий день министр приехала со своими заместителями в Московский НИИ психиатрии и успокоила коллектив: при объединении Институт сохранит свое название и статус.

Если в 1992 году тогдашний министр здравоохранения академик РАН и АМН А. И. Воробьев говорил, что “без децентрализации медицины нам не решить ее проблем”, то теперь, спустя 22 года, над всем возобладало удобство управления и руководства — централизация медицины.

<sup>1</sup> Приказ МЗ РФ №\_219 от 17.05.2014.

<sup>2</sup> В числе других примеров центрации наиболее неустойчивого элемента системы У. Росс Эшби приводит собаку пастуха, которая сбивает стадо в отару, бегая вокруг нее, и нервного ребенка в семье. Сюда можно добавить поведение в стиле “флюгера власти”. Мы видим градацию этих примеров.

## Дмитрий Кедрин<sup>1</sup>

### ФЮРЕР

Неужели он был ребенком,  
Пил, как все, молоко и рос  
С детским пухом на тельце тонком,  
В светлых капельках детских слез?  
И, вместилище всякой скверны,  
Пропась зла без краев и дна, —  
Неужели сказал он первым  
Слово “мама”, а не “война”?  
Нет! Зачатый тупицей прусским  
После выпивки в кабаке,  
Он родился с кровавым сгустком  
В желтом сморщенном кулачке,  
И, явившись из тьмы утробной  
В мир сверкающий, стал кричать  
Так визгливо, так адски злобно,  
Что его испугалась мать.

1942

### ЗЯБЛИК

Весной в саду я зяблика поймал.  
Его лучок захлопнул пастью волчьей.  
Лесной певец, он был пуглив и мал,  
Но, как герой, неволю встретил молча.  
Он петь привык лесное торжество  
Под светлым солнышком на клейкой ветке...  
Нет! Золотая песенка его  
Не прозвучит в убогой этой клетке!  
Упрямец! Он не походил на нас,  
Больных людей, уступчивых и дряблых,  
Нахохлившись, он молчаливо гас,  
Невольник мой, мой горделивый зяблик.  
Горсть муравьиных лакомых яиц  
Не вызвала его счастливой трели.  
В глаза ручных моих домашних птиц  
Его глаза презрительно смотрели.  
Он все глядел на поле за окном  
Сквозь частых проволок густую сетку,  
Но я задернул, грубым полотном  
Его слегка качавшуюся клетку.  
И, чувствуя, как за его тюрьмой  
Весна цветет все чище, все чудесней —  
Он засвистал!.. Что делать, милый мой?  
В неволе остается только песня!

1939

---

<sup>1</sup> Дмитрий Кедрин (1907, Днепропетровск — 1945, Черкизово) “Вкус узнавший всего земного”. М., 2001.

Один из лучших отечественных поэтов, писавших на исторические темы, про которого советские критики писали: “Кедрину нужно бежать исторических тем. Они ему не даются”. Его стихи если не зарезали, то обрезали... Теперь цензурный вандализм устранен, и в его честь сияет новая звезда в Большом Магеллановом облаке.

## Борис Херсонский (Одесса)<sup>2</sup>

\* \* \*

Кто не любит свободу, те обычно — плечом к плечу,  
щит — к щиту, к шлему — шлем, палач — к палачу,  
деньги к деньгам, враг на враге, ногу к ноге,  
делят пирог, тиран запечен в пироге.

Выскочит, выпрыгнет, зубы оскалит, очки  
поправит на спинке носа, и полетят клочки  
по закоулочкам и осколочки по углам,  
и спешат уголовнички по уголовным делам.

Человек говорит, что не любит темницы, но  
сам ставит решетку в доме своем на окно,  
и забор высок, и торчат осколки стекла,  
и собака, чтобы от дальнего ближнего стерегла.

И Родина-мать следит, чтобы ночью дом — на запор,  
чтобы без спросу сынок не выходил во двор,  
а если и выйдет, так чтоб от страха дрожал,  
шел бы себе, не оглядываясь, и руки по швам держал.

\* \* \*

Ишь чего захотели, страну под себя подмять,  
знать не знали, что Родина — это мать,  
что вождь усатый — отец, а не черт рябой,  
что смело идет в атаку бешеный рядовой.  
Что смерть — не сахар, но жизнь тоже не — мед.  
Свои это знают, чужой никогда не поймет.  
Враг — это пугало: гимнастерка надета на жердь.  
Что русскому здорово — немцу, известно, смерть.  
Что русскому — смерть, немцу — погибель вдвойне.

Это знают все, кто еще не бывал на войне.

---

<sup>2</sup> Борис Херсонский, *Missa in tempora belli*. Месса во времени войны. — СПб., 2014.

Б. Херсонский (1950) — зав. кафедрой клинической психологии Одесского национального университета. Еще в советскую эпоху внес существенный вклад в интерпретационную схему методики пиктограмм, применив анализ, сходный с обработкой данных теста Роршаха.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

- Поппер Карл.* Неоконченный поиск. Интеллектуальная биография. М., 2014.  
*Левинас Э., Анри М., Марион Ж.-Л., Мерло-Понти М., Бернет Р., Мальдина А., Ришир М.* (Пост) феноменология. Новая феноменология во Франции и за её пределами. М., 2014.  
*Альбер Камю и Мартин Хайдеггер.* Запад: Совесть или пустота? М., 2014.  
*Бернанос Жорж.* Свобода... для чего? СПб., 2014.  
*Густав Густавович Шпет* (ред. Т. Г. Щедрина). М., 2014.  
*Бурмистров Константин.* Еврейская философия и Каббала. М., 2013.

\* \* \*

- Агамбен Джорджо.* Что такое повелевать? М., 2013.  
*Анкерсмит Франклин.* Эстетическая политика. Политическая философия по ту сторону факта и ценности. М., 2014.  
*Мид Джордж Герберт.* Философия настоящего. М., 2014.  
*Ргдсэпс.* Сборник научных трудов. М., 2012.  
*Арендт Ханна.* О насилии. М., 2014.  
*Арендт Ханна.* Вальтер Беньямин 1892 – 1940. М., 2014.  
*Арендт Ханна.* Между прошлым и будущим. М., 2014.

\* \* \*

- Кун Томас.* После “Структуры научных революций”. М., 2014.  
*Фридман Томас.* Плоский мир 3.0. М., 2014.

\* \* \*

- Власова Ольга.* АНТИ-ПСИХИАТРИЯ. М., 2014.  
*Косилова Елена.* Философия возраста. Взаимосвязь экзистенциального и познавательного взросления человека. М., 2014.  
*Сучжон-Ким Пан Алекс.* Укрощение цифровой обезьяны. Как избавиться от интернет-зависимости? М., 2014.

\* \* \*

- Адорно Теодор.* Избранное: Социология музыки. М-СПб., 2014.  
*Канетти Элиас.* Другой процесс. Франц Кафка в письмах к Фелиции. М., 2014.  
Проблема эстетического суждения. М., 2013.  
*Пятигорский Александр.* Философская проза. т. III, М., 2014.  
*Кундера Милан.* Искусство романа. СПб., 2013.

\* \* \*

- Троцкий Л. Д.* Руководить — значит предвидеть. М., 2014.  
*Черчилль Уинстон.* Между парламентом и палитрой. СПб., 2014.  
1913. Лето целого века // Флориан Илленес. М., 2013.  
1913 — год отсчета. М., 2014.  
*Батлер Смедли Дарлингтон.* Война — это просто рэкет. Таллин, 2013

\* \* \*

- Вечный слушатель. Семь столетий поэзии в пер. Евгения Витковского (в 2-х томах). М., 2013.  
*Рёкан.* Хижина “Мерка риса” в пер. Александра Долина. СПб., 2013.  
*Болтянская Нателла.* Голоса. Слова из песен. М., 2013.  
*Вуди Аллен.* Сводя счёты. М., 2014.

# ABSTRACTS

---

## **The myth of schizophrenia as a progressive brain disease**

**R. B. Zipursky, T. J. Reilly, R. M. Murray**  
(Hamilton, Canada; London, Great Britain)

Schizophrenia has historically been considered to be a deteriorating disease, a view reinforced by recent MRI findings of progressive brain tissue loss over the early years of illness. On the other hand, the notion that recovery from schizophrenia is possible is increasingly embraced by consumer and family groups. This review critically examines the evidence from longitudinal studies of 1) clinical outcomes, 2) MRI brain volumes, 3) cognitive functioning. First, the evidence shows that although approximately 25 % of people with schizophrenia have a poor long-term outcome, few of these show the incremental loss of function that is characteristic of neurodegenerative illnesses. Second, MRI studies demonstrate subtle developmental abnormalities at first onset of psychosis and then further decreases in brain tissue volumes; however, these latter decreases are explicable by the effects of antipsychotic medication, substance abuse, and other secondary factors. Third, while patients do show cognitive deficits compared with controls, cognitive functioning does not appear to deteriorate over time. The majority of people with schizophrenia have the potential to achieve long-term remission and functional recovery. The fact that some experience deterioration in functioning over time may reflect poor access, or adherence, to treatment, the effects of concurrent conditions, and social and financial impoverishment. Mental health professionals need to join with patients and their families in understanding that schizophrenia is not a malignant disease that inevitably deteriorates over time but rather one from which most people can achieve a substantial degree of recovery.

**Keywords:** MRI, cognition, outcome, prognosis, remission, recovery.

## **On some aspects of diagnostics of children's autism**

**B. V. Voronkov, L. P. Rubina** (Sankt-Petersburg)

The article presents the sources and reasons of inadequate diagnostic of children's autism. The effect of the introduction of "autistic spectrum" concept into professional routine has been discussed. The quality of diagnostic criteria of child autism and hypothesis of development disability in this disease are criticized and measures for more restrained diagnostics of children's autism are suggested.

**Keywords:** children's autism, autistic spectrum, phantom of the form.

## **The mechanism of conversion-dissociative disorders in patients in general psychiatric wards of a mental hospital**

**A. V. Alexeev**

154 people, who had conversion-dissociative disorders, were inspected. Mechanism of hysterical symptoms differed depending on character of psychotraumatic situation. Psychotraumatic situation was rated as objectively or subjectively significant. In the first case, the appearance of the conversion-dissociative disorder preceded absolutely painful psychogenic event, in the second case hysterical symptoms had manipulative function, or arose as parapsyhonozognoziya.

**Keywords:** Conversion-dissociative disorder, hysteria, conversion, dissociation, psychogenic disorders.

## **Epidemiology of mental illness in the European countries and their impact on society. Features of the psychiatric care structure on the example of Germany.**

**V. A. Kazhin** (Bad Durkheim, Germany)

The article provides an overview of the prevalence of mental illness in the European countries, their importance, economic and human losses. It also gives statistical data on the specific incidence of mental illness and the financing of health systems and shows the growth in the population of disability and economic costs of treating neuropsychiatric diseases on the example of Germany. The article discloses a structure of mental health care in the Federal Republic of Germany and its main components.

**Keywords:** epidemiology of mental illness, mental health care structure, the cost of treatment of neuropsychiatric diseases, health care financing.

## **Provision of information constituting a medical secret on request of the inquiry, investigation bodies and trial**

**Yu. N. Argunova**

The author describes the rules of delivery on information, constituting medical confidentiality, by medical organization to the inquiry, investigation bodies and trial in criminal and civil proceedings, as well as in proceedings on administrative violations. The author focuses on the widespread violations of the law by law enforcement agencies. Practice of the courts has been analyzed. The contradictions in the legislation has been stressed.

**Keywords:** medical secret, competence of the inquiry, investigation bodies and trial.

**From an expert's dossier**

**Psychiatrists and fighter for the truth has become a patient of his own department**

The article describes ethical casus representing the apotheosis of paternalism on the part of physicians and overvalued preoccupation by protection of patients' rights in a completely peaceful colleagues.

**Keywords:** ethical incident, paternalism, fighter for the truth.

**Answers of Chief editor to Dr. Nemtsov's questions regarding scientometric approach**

Scientometric data on psychiatry without scientific comments in Russian conditions are only misleading. These are sociometric and not actually scientific indicators.

**Keywords:** scientometrics, science of science, citation index, impact-factor.

**Doctor as a wounded Aesculapius**

*B. A. Voskresensky*

The problem of emergence of reflexive self-consciousness, involving mythological, cultural and historical facts, is discussed. The tragedy of phenomena is em-

phasized, as long as it has knowledge about human finiteness — its mortality. Therefore, in some sense, doctor's activity — fight against a death — is doomed to failure. Tragic collisions of this scenario are pointed out — both public and coming out through personal destinies of psychiatrists. A concept of "psychiatrist's cross" is introduced into practice. It is summarized that a Christian mission of a doctor is to die for another.

**Key words:** self-consciousness, reflection, death, psychiatrist's cross.

**Dr. Clerambault, his life and scientific ideas**

*A. D. Gladysheva*

The article presents historical study of life and scientific ideas of French psychiatrist Gaëtan Gatian de Clérambault (1872 – 1934), his work in St. Anna hospital, his travels, the ablepsia and suicide at the end of his life. The author observes Clerambault's conceptions concerning women fetishism, erotomanic disorders, syndrome of mental automatism and the presence of his ideas in contemporary psychiatry; psychological and psychoanalytical schools.

**Keywords:** fetishism, erotomanie, paranoia, stalking behavior, syndrome of mental automatism.

**РЕКОМЕНДУЕМ**

**книгу одного из самых выдающихся логиков современности**

**Яакко Хинтика «О ГЁДЕЛЕ»**

**Курт Гёдель. Статьи.**

**М., 2014**

**ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ**

**на Независимый психиатрический журнал!**

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

**Индекс — 73291**