

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

EDITORIAL BOARD

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

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
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 10.09.2014. Подписано в печать 24.09.2014. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2014-3-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

90-ЛЕТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Доказательная медицина: опыт онтологической локализации — П. Д. Тищенко	8
Амбулаторно-профилактическое направление в сфере психического здоровья детей (память о патриархе) — Л. Ф. Кремнева, Г. В. Козловская, Т. А. Крылатова, М. А. Калинина, Н. И. Голубева, М. В. Иванов	14
Некоторые психиатрически-психотерапевтические аспекты проблемы свободы воли — Б. А. Воскресенский	18
О некоторых проблемах отечественной наркологии — И. В. Яшкина, А. Г. Гофман, П. А. Понизовский, Т. А. Кожина	22
Жизнь в шизофрении и после нее в картинах и образах — Е. Б. Любов, Н. Б. Левина	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Текущее или конечное состояние? — А. С. Аведисова, Т. А. Андрианова	33
ЭТИКА	
Конституция для врачебного сообщества — В. Ларичев (Ленинградская обл.)	44
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Нарушает ли врачебную тайну исполнение требований закона о передаче данных о госпитализированном пациенте в органы ФМС России? — Ю. Н. Аргунова	48
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Уровень IQ и водительские права	53
СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ	
Особенности восприятия реалистических пейзажей у больных шизофренией и шизоидных личностей — Г. А. Андреева	55
ОТКЛИКИ, РЕЦЕНЗИИ	
“АНТИПСИХИАТРИЯ” Ольги Власовой	58
Еще раз об “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского	61
Нужна ли наукометрия? — А. В. Немцов	63
Что отражает наукометрия? Один впечатляющий пример — Ю. С. Савенко	64
ИСТОРИЯ	
Диссиденты призыва 1911 года (окончание) — В. Д. Тополянский	66
Камень Сизифа (“Диссиденты” Александра Подрабиника) — Алексей Мокроусов	73
MEMORIA	
Галина Николаевна Соцевич	77
Валерия Ильинична Новодворская	79
ВЗГЛЯД БЕЗ СУГГЕСТИИ	
Последние приключения мушкетеров — Валерия Новодворская	80
ТВ суггестия — Ю. С. Савенко	81
“Кошкин дом” — Михаил Косенко	83
ХРОНИКА	
Михаил Косенко вышел из больницы	84
Востребованность права в психиатрии	85
Семинар для пациентских организаций	86
Слушания в Общественной палате	87
Нужно ли обращаться в Европейский суд?	89
70-ЛЕТИЕ БОРИСА АРКАДЬЕВИЧА ВОСКРЕСЕНСКОГО	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Борис Слуцкий. Говорит Фома	93
Борис Левин — Стихи	93
НЕКРОЛОГИ	
Лев Моисеевич Литвак	94
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ	96

CONTENTS

THE 90-th ANNIVERSARY OF THE PREVENTIVE DIRECTION IN RUSSIAN PSYCHIATRY	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Evidence-based medicine: experience of ontological localization — P. D. Tishchenko	8
Ambulatory-prophylactic approach in the sphere of mental health of children (memory of the patriarch) — L. F. Kremneva, G. V. Kozlovskaya, T. A. Krylatova, M. A. Kalinina, N. I. Golubeva, M. V. Ivanov	14
Some psychiatric-psychotherapeutic aspects of a freewill problem — B. A. Voskresensky	18
The problems of addiction medicine in Russia — I. V. Yashkina, A. G. Gofman, P. A. Ponizovskiy, T. A. Kozhinova	22
Life in schizophrenia and without it in pictures and images — E. B. Lyubov, N. B. Levina	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Is it current or final state? — A. S. Avedisova, T. F. Andrianova	33
ETHICS	
The Constitution for medical community — V. Larichev (The Leningrad Region).	44
PSYCHIATRY AND LAW	
Whether execution of requirements of the law on data transmission about the hospitalized patient into the FMS of Russia bodies breaks medical secret? — Yu. N. Argunova	48
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
IQ level and driving license	53
STUDENT'S WORKS	
Perception of realistic landscapes at patients with schizophrenia and schizoid personalities — G. A. Andreeva.	55
COMMENTS AND REVIEWS	
Olga Vlasova's "Antypsychiatry"	58
Once again about "History of Russian psychiatry" by Yu. A. Aleksandrovsky	61
Whether the scientometria is necessary? — A. V. Nemtsov	63
What does the scientometria reflect? One impressive example — Yu. S. Savenko	64
HISTORY	
Dissidents of an appeal of 1911 (termination) — V. D. Topolyansky	66
Sisyphus's stone (Alexander Podrabinek's "Dissidents") — Alexey Mokrousov	73
MEMORIA	
Galina Nikolaevna Sotsevich.	77
Valeria Ilyinichna Novodvorskaya	79
LOOK WITHOUT SUGGESTIYA	
The last adventures of musketeers — Valeria Novodvorskaya	80
TV suggestion — Yu. S. Savenko	81
"The cat's house" — Mikhail Kosenko	83
CHRONICLE	
Mikhail Kosenko left hospital	84
Need of the law for psychiatry	85
Seminar for the patient organizations.	86
Hearings in Civic Chamber	87
Whether it is worth to appeal to the European court?	89
BORIS ARKADYEVICH VOSKRESENSKY'S 70 ANNIVERSARY	91
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVINESS	
Boris Slutsky. Foma speaks	93
Boris Levin — Verses.	93
OBITUARIES	
Lev Moiseevich Litvak	94
RECOMMENDATIONS	95
ABSTRACTS	96

90-летие ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ В РОССИИ



Профилактическое движение носит международный характер. В психиатрии оно возникло в 1909 году в США и в 1917 – 1923 гг. охватило европейские страны. Первый психогигиенический съезд был организован в 1922 г. Французской Лигой психопрофилактики и психогигиены и собрал делегатов из 22 стран. От России на нем никого не было, но идея наркодиспансеров по типу туберкулезных диспансеров была высказана Л. М. Розенштейном накануне Первой мировой войны, а организация внебольничной психиатрии началась с 1919 года с установки, заданной зам. наркома здравоохранения Зиновия Соловьева, открывшего I Всероссийское невропсихиатрическое совещание, и *создания “не имеющейся нигде на Западе” широкой сети различных детских психиатрических учреждений* (Т. И. Юдин) [1].

В 1923 году Л. М. Розенштейн и П. М. Зиновьев положили начало организации сети невропсихиатрических диспансеров в Москве, что послужило образцом для других городов. В июне 1924 года на базе ликвидированного спустя полгода Института психиатрии был организован Московский государственный невропсихиатрический диспансер во главе с Л. М. Розенштейном, на которого было возложено руководство организацией психиатрической помощи в стране. В 1928 году этот диспансер был переименован в Институт невропсихиатрической профилактики. *Создание сети районных диспансеров*, по словам известного французского исследователя организации психиатри-

ческой помощи в России Грегори Дюфо, *стало “беспрецедентным в Европе опытом: там она появилась только после Второй мировой войны, а во Франции лишь в 1960 году”*, как *“секторальная психиатрия”* [2].

Следует понимать, что превосходная по замыслу идея диспансерной сети осуществлялась в период, когда психиатрические больницы находились в ужасающе бедственных условиях переполненности, когда больные спали без матрасов и на полу, порой в антисанитарных условиях завшивленности, частых эпидемий и недоедания, вплоть до вымирания от этого: “довоенный 8 – 9-ти процентный уровень смертности поднимался до 30 % в 1918 и до 70 % среди новых поступлений” (Дюфо). В отчетах и выступлениях эта картина чаще всего подменялась реляциями о локальных успехах, — практика, ставшая традицией до наших дней. Если в 1920 году иностранным представителям разрешалось знакомиться только с тремя психиатрическими больницами Москвы, то в 1992 году я столкнулся с категорическим запретом впустить в одну из них даже дружественно настроенного генерального секретаря компартии Чили Корвалана, вымененного на Владимира Буковского.

Но со второй половины 20-х годов система диспансеров организуется в десятках городов России. Особенно впечатляющей была деятельность центрального невропсихиатрического диспансера и сети районных диспансеров в Москве, что в значительной мере было связано с высоким клиническим уровнем и личными качествами Л. М. Розенштейна и его соратников. Получив карт-бланш, благодаря близости к З. П. Соловьеву, он развернул бурную деятельность и за короткий срок успел удивительно много. Распространению идей психопрофилактического движения и организации диспансерной сети содействовало высокое административное положение Л. М. Розенштейна, как организатора первой кафедры социальной психиатрии и психогигиены в ЦИУ, ученого секретаря Наркомздрава, директора Московского НИИ невропсихиатрической профилактики, председателя Всесоюзного общества психиатров после П. Б. Ганнушкина (1933) и вице-президента Международного комитета по психогигиене. Институт социальной психоневрологии и психогигиены и кафедра социальной психиатрии и психогигиены были открыты также в составе Всеукраинской психоневрологической академии в Харькове Л. Л. Рохлиным и в дру-

гих городах [3]. Была реализована целая система новых психиатрических и психологических учреждений — кроме невропсихиатрических диспансеров — наркодиспансеры, кабинеты психогигиены, институты, кафедры, клиники, амбулатории, вплоть до “уголков психогигиены” в ВУЗах и на производстве, а также разнообразная сеть детских психопрофилактических учреждений.

До сих пор этот опыт, не только организационный, но и клинический, высоко ценен и во многих других отношениях. Волонтаризм власти в условиях тотальной централизации показал, чем могут закончиться самые успешные начинания. Недостаток средств ограничивал необходимую помощь даже остро в ней нуждающимся, тогда как профилактический подход значительно увеличивал контингент, вовлекаемый в лечебно-профилактические мероприятия. Более того, психогигиенически ориентированные психиатры, вышедшие за стены психиатрических больниц, активно вмешивались во вредные производства и условия труда. Решающее значение имело принципиальное различие порядка приоритетов власти и врачей. Цели власти были как всегда политическими: укрепление и распространение своей власти, выращивание homo soveticus, как основания единодушно мыслящего и преданного ей абсолютного большинства. **Само понятие психического здоровья включало эти единодушие и преданность советской власти.** Недовольство ею, гласный протест, разномыслие в конце концов было открыто объявлено лидерами советского государства сумасшествием, что было воспринято как директивная установка верноподданными психиатрами. К чему это привело, — вписано в историю мировой психиатрии.

Подспудный хвост такого отношения показался на поверхности, когда во второй половине 1990-х годов развернулась широкая кампания судебных процессов против религиозных организаций, не вошедших в список основных традиционных религий под надуманным предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”. Апологеты этой кампании откровенно использовали двойные стандарты, игнорировали статистические данные и прибегали к фальсификациям, но были защищены протекционизмом власти. Вопреки неприличности такой позиции, их круг постепенно расширялся [4].

Психопрофилактическое направление просуществовало всего десятилетие, и стало яркой высокопродуктивной обгоняющей время страницей пионерского опыта, поучительного не только своими успехами, но также неизбежными трудностями и ошибками.

Тонкий клиницист, Л. М. Розенштейн, описавший “мягкую шизофрению”, диагноз которой в менее квалифицированных руках неизбежно приводил к ее гипердиагностике, а установка на активное выявление психических заболеваний в населении вела к резкому

увеличению числа психически больных, вступил тем самым в противоречие с официальной доктриной о преимуществах советского строя, снижающего невропсихическую заболеваемость. Сугубо профессиональная деятельность психиатров, в частности, расширительная диагностика, неизбежная при активном психопрофилактическом сплошном осмотре всего населения, с изменением политической конъюнктуры приобретала совершенно разное политическое значение и вынуждена была либо колебаться вместе с ней, либо по возможности максимально сопротивляться этому, выравнивая амплитуду этих колебаний.

С весны 1928 г. “Великий перелом” во внутренней политике (коллективизация, индустриализация, “обострение классово-борьбы”) первоначально расширил роль психиатрии. В проекте декрета ЦИК Совнаркома говорилось, что быстрый темп индустриализации страны “неминуемо повысит количество нервных и пограничных с душевными форм заболеваний” среди тех, кто “в порыве энтузиазма не щадит своих сил...”. Это стало основанием Постановления Совнаркома от апреля 1929 года о необходимости отдать приоритет внебольничной психиатрии в сравнении с больницами. Но уже в 1932 году, вслед за смещением наркома здравоохранения Н. А. Семашко, возвращается установка на больничную психиатрию, а Л. М. Розенштейн подвергается резкой критике, и ему пришлось публично отмежеваться не только от Ясперса, но и от собственных учителей. Это позволило ему сохранить свое руководящее положение, но спустя два года он умер, а еще через два года были репрессированы его жена и дочь [5].

Созданная Л. М. Розенштейном сеть диспансеров сохранилась, но содержание их деятельности было выхолощено, они утратили собственную активность. За этим последовало уничтожение педологии, психотехники, евгеники и т.д. **Таков урок этого полного цикла центрации диспансерного направления в психиатрии в советских условиях.**

Нынешний цикл только начался. От старого его отличает и оберегает от его судьбы отсутствие активной психопрофилактической и психогигиенической направленности. Он продиктован, прежде всего, экономическими соображениями экономии средств¹, что довольно наивно, так как западный опыт ясно показывает, что амбулаторная психиатрия дороже. Современные психотропные средства действительно существенно расширяют возможности внебольничной психиатрии, но только при условии полноценной кон-

¹ Этот “основной довод” в наиболее авторитетном руководстве по психиатрии под ред. А. С. Тиганова [6] приписан влиянию антипсихиатрического движения, что является прямой дезинформацией со стороны автора главы В. С. Ястребова. Экономический довод приводился задолго до этого и очень знаменательно, что сдвинулось все с мертвой точки под влиянием гуманистических идей.

тролируемой терапии, цена которой достаточно велика. В настоящее время, по мнению подавляющего большинства коллег, работающих в больницах и НИИ, происходит грубое сворачивание не только психиатрической помощи населению, но всей службы здравоохранения под бодрые реляции.

История психопрофилактического направления ясно показывает, что в разных общественно-политических условиях в разные времена его смысл может меняться диаметрально противоположным образом: в социально ориентированном обществе, в условиях пристойного, а не нищенского, как у нас, финансирования, едва хватющего для самого выживания психиатрической службы, это, безусловно, позитивное направление развития, но в условиях имперских приоритетов и профилактических акций в отношении всего оппозиционного, оно буквально обрекает на постоянный риск повторения ширококомасштабного использования психиатрии в политических и других немедицинских целях.

Между тем, Европейский план действий 2013 г. на ближайшие 10 лет по охране психического здоровья не ограничился планом укрепления здоровья, профилактики, лечения и реабилитации и борьбы со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией, а распространил ответственность систем здравоохранения на права человека, расширение прав и возможностей лиц с психическими расстройствами, уменьшение бедности, социальное вовлечение и обеспечение квалифицированным персоналом. Мы бы добавили — и привлекательности труда последних. Российская

реформа здравоохранения продолжает идти в противоположном направлении, подменяя реальные действия демагогическими декларациями и только отдельными показательными учреждениями, как, например, психиатрическая больница им. П. П. Кащенко под Гатчиной и в ряде других регионов. Но института психопрофилактики в стране не существует.

Не юбилейный, в принятом у нас с советских времен смысле слова, характер данной статьи для нас принципиален: юбилейные статьи не должны быть елейными. Более того, даже важнее для продвижения в нужном направлении воскрешать ключевые события прошлого во всей их противоречивой сложности и отмечать роковые и трагические моменты истории отечественной психиатрии, а не только ее успехи.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М., 1951.
2. Дюфо Грегюар (*Dufaud Grégory*). Новые подходы к сумасшествию. Развитие внебольничной психиатрии в советской России в 1920-е — в начале 1930 годов // Ж. "Социальная история" (в печати).
3. Александровский Ю. А. История отечественной психиатрии в 3 томах — М., 2013.
4. Савенко Ю. С. Признаки упадка отечественной психиатрии // НПЖ, 2001, 3, 4.
5. Савенко Ю. С. Л. М. Розенштейн. // НПЖ, 2004, 3.
6. Тиганов А. С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 томах. — М., 1999, т. 1, с. 335.

**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

Доказательная медицина: опыт онтологической локализации

П. Д. Тищенко (Москва)

Человеку образованному свойственно добиваться точности для каждого рода [предметов] в той степени, в какой это допускает природа предмета (pragma). Одинаково [нелепым] кажется, как довольствоваться правдоподобными рассуждениями математика, так и требовать от риторика строгих доказательств

Аристотель

Действие нуждается в локализации. К примеру, как можно подействовать на ураган или землетрясение? Поэтому, первичная потребность в онтологической теории болезни, несомненно, определена потребностями терапии. Когда в существовании каждого заболевшего человека мы обнаруживаем избыток или недостаток чего бы то ни было, то возникает уверенность, что потерянное можно будет компенсировать, а избыточное удалить. Это вселяет надежду на победу над болезнью — даже если она является результатом сглаза, магии, или одержимости.

Жорж Кангельем
“Нормальное и патологическое”

В статье дан анализ концептуальных границ доказательной медицины (ДМ). Исходным теоретическим предположением выступила идея французского историка медицины Жоржа Кангельема относительно “онтологической локализации страдания” как условия врачебного действия. В качестве координат современной научной локализации используются феноменологически различные понятия болезни (disease) и заболевания (illness). Сведение сложной реальности страдания к категории, объективно регистрируемой и манипулятивно купируемой, болезни представляет собой эвристически полезную редукцию (условие возможности ДМ). Вместе с тем, для эффективной помощи пациентам необходимо так же применять методы и подходы, учитывающие личностные характеристики конкретного заболевания конкретного человека. Любая универсальная норма должна использоваться уместно, своевременно и соразмерно сути дела. В этом смысл искусства, в том числе, искусства врачевания.

Ключевые слова: доказательная медицина, нарративная медицина, болезнь, заболевание, онтологическая локализация страдания

Проблема ДМ, ее мощных позитивных ресурсов и серьезных внутренних, связанных с самим существом дела, ограничений стала темой обсуждения юбилейного для НПА XIV-го съезда. Далее последовали публикации в Журнале НПА, среди которых я бы выделил статьи основных диспутантов — профессора В. В. Власова¹ и Президента НПА Ю. С. Савенко².

В некоторых существенных чертах, моя позиция близка позиции Ю. С. Савенко. Я, к примеру, так же полагаю, что ДМ содержит в себе весьма существенное рациональное зерно — “золотой стандарт” рандомизированных, двойных слепых контролируемых испыта-

ний (РКИ). Я так же считаю, что основополагающие ограничения ДМ проистекают из того же источника — особенности методологии “золотого стандарта”. Ю. С. обозначил эту особенность как индуктивный подход, базирующийся на разложении целостных клинических феноменов на представимые (в идеале — измеримые) характеристики, в отношении которых можно получить объективное и надежное знание. Но из разложенной целостности страдания “этого” человека обратно собрать не получится. “ДМ, опирающаяся на клиническую эпидемиологию, односторонне индуктивна... Для успешного лечения главное — ин-

¹ Власов В. В. Доказательная медицина в начале XXI века. “Независимый психиатрический журнал”, 2014, 1, С. 6 – 11.

² Савенко Ю. С. Вступительное слово президента НПА России. “Независимый психиатрический журнал”, 2014, 1, С. 5.; в том же номере “Необходимость разнообразных форм диалога клинического и индуктивного методов (заключительное слово к проблемной части юбилейного съезда)”. С. 13 – 15. В преддверии съезда в НПА вышли статьи Ю. С. Савенко “О понимании доказательной медицины в клинической психиатрии (тезисы к обсуждению на XIV съезде НПА России)” в 3-м номере и “Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии” в 4-ом номере НПА за 2013 год.

дивидуализация, а это прерогатива клинического подхода”³. В. В. Власов, не отрицая важность индивидуализации, вместе с тем утверждает, что “индивидуализация может и должна основываться на научных данных. Если нет доброкачественных научных данных, доказывающих необходимость уклонения от основного (стандартного, предписанного КР) способа ведения больного, то он должен получить стандартное лечение”⁴.

Попробую показать, что произнося одно и то же слово “индивидуализация” коллеги имеют в виду разные вещи. Ю. С. Савенко, как мне представляется, имеет в виду конкретного больного с его неповторимой историей болезни, особенностями восприятия факта заболевания, методов лечения, исходов и т.д. В. В. Власов видит в пациенте некоторое выражение всеобщих закономерностей — тех объективных знаний, которые получаются в результате РКИ. В этом мне кажется, смысл “эпидемиологичности” в клинической эпидемиологии. Индивидуализация предстает как пошаговое ограничение всеобщего. Не просто группы пациентов, страдающих болезнью X, а мужчин, не просто мужчин, а пожилых мужчин, не просто пожилых, а еще страдающих диабетом, не просто диабетом, а... и т.д. Предельным выражением такого рода индивидуализации, которую по странной языковой прихоти называют “персонализацией”, является использование генетических маркеров *snp* (единичных нуклеотидных полиморфизмов) для формирования групп пациентов, в отношении которых эффективно или неэффективно то или иное лечение (пока, в основном, медикаментозное). Такой подход иногда обозначается как “персонализированная медицина”. Прежде чем назначать, к примеру, химиотерапию при определенном онкологическом заболевании, необходимо исследовать *snp* пациента, определить к какой группе он относится (чувствительной к лечению или резистентной), а потом уже начинать лечение.

Подобного рода полезную, но не исчерпывающую понимание страдания, редукцию я бы не стал называть “биологической”, как предлагает Ю. С. Савенко. В частности он пишет: “Правильное указание В. В. Власова, что ДМ это “форма медицинской практики, опирающейся на использовании только тех методов и данных, полезность которых доказана в доброкачественных научных исследованиях”, следовало бы дополнить: в области медицинской соматологии. Механический перенос методологии однослойной биологической дисциплины на многослойную био-психо-социальную, в которой инструментальные и лабораторные методы не работают, не корректен”⁵.

Мне представляется, что антитеза однослойных биологических представлений и трехслойных био-

психо-социальных нуждается в уточнении. Ю. С. и сам постоянно отмечает угрозу клиническому методу со стороны тестологии, которая пытается создать объективно работающие инструменты измерения и оценки психологических и социальных качеств человека. Так что психо-социальное представление человека так же вполне может лежать в рамках индуктивистских формальных моделей. Собственно говоря, термин “соматология”, использованный Ю. С., указывает на более фундаментальное обстоятельство. Я имею в виду достославный “картезианский дуализм”, который предложил две формы достоверности (слово достоверность на английский можно перевести словом *evidence*) — достоверность мысли, мыслящей себя, и математическая достоверность протяженного тела как машины. В свою очередь “машинно” (а следовательно, по канонам естествознания — научно) можно представить и жизнь, и психику, и социум. В этом смысле “соматология” может быть и небιологической. К примеру, когда пропоненты ДМ указывают, что они работают с клинически важными исходами, которые более существенны чем чисто биологические показатели типа уровня артериального давления, то мне представляется, что и здесь эти исходы берутся не содержательно (лично), а в качестве статистической, измеримой единицы. В переведенном на русский язык руководстве ДМ выделяется 5 исходов (по английски 5 D): смерть (*Death*), заболевание (*Disease*), дискомфорт (*Discomfort*), инвалидизация (*Disability*) и неудовлетворенность (*Dissatisfaction*)⁶. Клиническая эпидемиология может сообщить врачу и пациенту лишь значение вероятности одного из исходов, полученное при исследовании группы больных. Это, безусловно, полезная информация, и она предпочтительней, чем сомнение врача, “дающего” пациенту “не более года” жизни. Однако, лечащему врачу приходится иметь дело не со статистической единицей, а с конкретным пациентом, для которого каждый из исходов имеет *особый личностный* смысл. Более того, имеет личностный смысл и факт обращения к врачу, и общение с ним, и поставленный диагноз⁷, и характер лечения, и, уже упомянутый выше исход. Для того, чтобы подчеркнуть личностный план страдания, в медицинской теоретической литературе введена антитеза “*illness*” — “*disease*”, которую на русский язык можно перевести как антитеза “заболевания” и “болезни”⁸. Личностный план страдания исследует феноменологическая медицина и медицинская антрополо-

⁶ Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М. Медиа Сфера. 1998, С. 16.

⁷ Для психиатрии и онкологии особенно остро стоит стигматизация больных.

⁸ Поэтому и в классификации исходов я бы использовал слово “болезнь”.

³ Савенко Ю. С. цит. соч. С. 13.

⁴ Власов В. В. цит.соч. С. 9 – 10.

⁵ Савенко Ю. С. цит. соч. С. 13.

гия. В последние годы влиятельные позиции заняла нарративная медицина (НМ).

Нарративная медицина. Тело как текст. Мне представляется, что одной из теоретически интересных и практически полезных альтернатив для объективирующего (индуктивистского) подхода в медицине, к которому справедливо отнести ДМ, выступает НМ. Она строится на принципиально иной локализации (в смысле Ж. Кангеляма) феномена страдания и, соответственно, предполагает иные практики истолкования, диагностики и оказания помощи.

Различие между объективистским естественнонаучным подходом и НМ, опирающейся на традиции гуманитарного познания, в смысле онтологической локализации предстает различием между телом-объектом и телом, воплощающим уникальный жизненный опыт человека. Если первый тип тела обычно представлен в качестве “машины” (биохимической, молекулярной, клеточной, физиологической, психологической или социальной), то второй, представляющий уникальную воплощенность личности, как своеобразный *нарративный текст*, в котором представляется, артикулируется, осознается, узнается, прогнозируется и контролируется жизнь человека в форме его биографии⁹.

На формирование НМ оказали влияние, с одной стороны, феноменологическая философская школа¹⁰, а с другой, — школа философской герменевтики (прежде всего Г.-Г. Гадамера). В основу нарратологического подхода положен тезис Х. Гадамера, согласно которому “...не существует социальной реальности, со всеми ее конкретными силами, которая не репрезентировала бы себя в сознании лингвистически артикулированной. Реальность не осуществляет себя “за спиной” языка; скорее она осуществляется “за спинами” тех, кто сжился с субъективистским предрассудком, что они понимают “мир” сам по себе вне языка; реальность осуществляет себя в языке”¹¹. Основная задача герменевтики состоит не в том, чтобы “принизить роль биологии в теории и практике медицины, а в том, чтобы укрепить ее равными по значению гуманитарными науками для достижения более глубокого понимания болезней и более эффективного лечения пациентов”¹². Каждый подход имеет свой тип онтологической локализации страдания, свой язык анали-

тического и синтетического познания. Прогресс медицины возможен на пути творческого сочетания усилий естественных и гуманитарных наук.

Как уже отмечалось выше, для того, чтобы разграничить сферы влияния и компетенции наук в подходе к проблемам сохранения и восстановления здоровья, в НМ вводится различие между болезнью (*disease*) и заболеванием (*illness*), которые не являются “частями” некоторого целого, а взаимодополняющими целостными выражениями реальности человеческого страдания. Теоретики НМ обычно ссылаются на идею Спинозы, согласно которой мышление и протяжение — это два “атрибута” (целостных выражения) одной “субстанции”. *Болезнь* — это нарушение жизнедеятельности организма, приводящее к определенному ограничению социальной активности человека (вспомним 5 исходов по ДМ). Современные врачи лечат, главным образом, болезни.

В отличие от болезни *заболевание* представляет собой страдание личности, переживание возникших соматических нарушений. Факт заболевания выражается в возникновении особой системы межличностных отношений, которая хоть и провоцируется возникшей “поломкой” организма, но существенно зависит от культурных традиций. Выделяется множество типов личностного восприятия болезни и соответствующих межличностных структур: болезнь как “враг”, “наказание”, “слабость”, “упадок”, “облегчение”, “способ решения жизненных проблем”, “утрата”, “ценность” и т.д.¹³

Помимо того, что понятия болезнь и заболевание как бы очерчивают независимые сферы деятельности различных подходов, их противопоставление одновременно отображает дихотомию наук о природе и наук о духе¹⁴. Первые имеют дело с закономерным, общим для многих, а вторые — с единичным, неповторимым и индивидуальным. Лечение болезни, которое осуществляется обычными медико-биологическими методами, дополняется за счет герменевтического подхода лечением больного во всей неповторимости его заболевания. Последний аспект является отличительным признаком также и от социологического направления в медицинских исследованиях, которое имеет дело с “группой”, в то время как герменевтическое — с личностью.

ДМ позиционирует себя относительно чисто биологических научных направлений, справедливо указывая на то, что она имеет дело не с “абстракциями” типа повышенной концентрации сахара в крови или значения артериального давления, а с клинически значимыми исходами. Последние являются объективированными репрезентациями “целостного” пред-

⁹ Cassell E. (1976). *Illness and Disease*. Hastings Center Report, 6, 27 – 37.; Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.; Toombs S. K. (1992). *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Boston: Kluwer Academic Pub.

¹⁰ Виталий Лехциер. Феноменологические основания медицинской антропологии. — Логос 2010. № 5. С. 183 – 195.

¹¹ Gadamer H. G. *Philosophical Hermeneutics*. Univ. of California Press, 1976, p. 35.

¹² Там же, p. 11.

¹³ Pfifferling T. *Cultural Prescription for Medicocentrism*. // *Culture, Illness and Healing*, 1982, v. 1, p. 215.

¹⁴ Михайлов А. А. Современная философская герменевтика. Критический анализ. Минск, 1984, с. 137.

ставления страдания пациента. Однако, эта целостность специфична. Человек смотрит на себя, так же как и в других объективирующих подходах, глазами “группы”. Собственно человеческое в человеке отождествляется со статистически достоверной нормой вариативности характеристик некоторой конкретной “выборки”. Выборка, в свою очередь, представляет некоторую особенную реальную “популяцию”. Человек смотрит на себя и другого, оценивает и локализует врачебное действие, “прицеливаясь” сквозь прицел групповой нормы. Даже если исследуется один пациент, то его “состояния”, связанные с приемом или неприятием тех или иных лекарств, проведением тех или иных процедур и т.д., должны быть рассмотрены как “независимые события”, относительно которых только и можно получить достоверный вывод. Рандомизация и здесь создает “выборку”, но не из пациентов, а из состояний одного пациента.

Врачевание успешно при *видении* ситуации, характерном для ДМ, не потому, что пациенту “стало лучше”, а потому, что обобщенный отчет о деятельности врача статистически достоверно покажет позитивную динамику “исходов”. Это полезная мера эффективности врачевания, но недостаточная.

В каком-то смысле, ограниченность объективирующего подхода, к которому относится ДМ четко (нарративно — доказательно!) выявил Л. Н. Толстой в повести “Смерть Ивана Ильича”: “В глубине души Иван Ильич знал, что он умирает, но он не только не привык к этому, но просто не понимал, никак не мог понять этого. Тот пример силлогизма, которому он учился в логике Кизеветера: Кай — человек, люди смертны, потому Кай смертен, казался ему во всю его жизнь правильным только по отношению к Каю, но никак не к нему. То был Кай-человек, вообще человек, и это было совершенно справедливо; но он был не Кай и не вообще человек, а он всегда был совсем, совсем особенное от всех других существо; он был Ваня с мамой, с папой, с Митей и Володей, с игрушками, кучером, с няней, потом с Катенькой, со всеми радостями, горестями, восторгами детства, юности, молодости. Разве для Кая был тот запах кожаного полосками мячика, который так любил Ваня? Разве Кай целовал так руку матери и разве для Кая так шуршал шелк складок платья матери? ...

И Кай точно смертен, и ему правильно умирать, но мне, Ване, Ивану Ильичу, со всеми моими чувствами, мыслями, — мне это другое дело. И не может быть, чтобы мне следовало умирать. Это было бы слишком ужасно...”

Врач, оказывающий помощь, не должен видеть в пациенте только “Кая”. Он должен помочь “Ивану Ильичу”. А для последнего, такой исход как “смерть” имеет совсем иной смысл.

Нарративный подход не отменяет генерализации объективного подхода, а восполняет его недостаточность.

Смысл нарративного подхода, который ставит задачей помочь не “Каю”, а “Ивану Ильичу” ясно выражает Элис Морган: “Цель нарративной терапии — уважительное, не обвиняющее консультирование и оказание социальной помощи, в центре внимания которого — человек как основной эксперт по своей жизни. Нарративный терапевт рассматривает проблемы, как нечто отдельное от людей, и считает, что у людей есть способности, навыки, умения, убеждения и упорство которые помогут им изменить отношения с проблемами в их жизни. Важные принципы этой работы — любопытство и готовность задавать вопросы, на которые мы действительно не знаем ответа. Любой разговор может пойти во многих направлениях (единственного, правильного направления просто не существует). Клиент нарративного психотерапевта, играет важную роль в выборе этих направлений”¹⁵.

Но для того, чтобы понять “текст” страдающего человека, нужно знать язык, на котором “говорит его тело”. Этим, собственно говоря, и занимаются различные исследовательские направления, которые мной достаточно условно сведены под общей шапкой ДМ. В качестве примера приведу результаты ставших классическими герменевтических исследований медицинских этнографов. В совместной работе Вурон Ж. и Магу-Жо Делвеччо Good исследовали герменевтику “симптома”¹⁶. Этнографические данные свидетельствуют о том, что представители различных социальных групп (этнических, религиозных и т.д.) по-разному относятся к одним и тем же болезням, по-разному осознают и выражают возникшее заболевание.

Проведенные в США исследования показали, что итальянцы всегда жалуются на множественные нарушения, а ирландцы концентрируют свои переживания на каком-то одном симптоме. Евреи и итальянцы склонны к открытому и драматическому выражению жалоб, ирландцы скрытны и не экспрессивны. Коренные американцы воспринимают симптомы несколько отстраненно и обращают большее внимание на те из них, которые объективно регистрируются. Весьма устойчивые различия обнаружены в переживании возможных последствий тех или иных симптомов: протестанты больше концентрируют свое внимание на возможности ограничения дееспособности (особенно, трудоспособности); евреи — на возможности того, что за неблагоприятными симптомами скрывается еще что-то более неблагоприятное; итальянцы обычно сосредоточены на переживании страдания как такового и редко переживают по поводу возможных последствий. Устойчиво различаются и те орган-

¹⁵ Морган Элис. Что такое нарративная терапия <http://www.dulwichcentre.com.au/what-is-narrative-therapy-russian.pdf>.

¹⁶ Good B. J. and M.-J. D. The meeting of symptoms: A Cultural Hermeneutics Model for Clinical Practice. In Culture, Illness and Healing, 1982, v. 1, p. 165 – 197.

ные системы, на которые, прежде всего, обращают внимание в своих переживаниях пациенты: ирландцы чаще обеспокоены состоянием глаз и носоглотки, французы — печени. Имеются различия и в предпочтении лечебных мероприятий: лекарственной терапии, хирургических методов, психотерапии, диеты и т.д.

В целом, среди различных групп населения существуют как бы различные типы “медицинского фольклора”, которые, будучи весьма специфично усвоены и переиначены личностью, определяют ее отношение к болезни, поведение во время заболевания, отношение к врачу и его назначениям и т.д. Нарративная терапия учитывает особенности медицинского фольклора, для того, чтобы вести квалифицированный диалог со страдающим человеком (клиентом).

Однако отмеченные особенности “медицинского фольклора” обычно представляют интерес для этнографов и социологов, но не для врачей. Причины негативного отношения подавляющего большинства врачей к данному роду информации, по мнению В. J. M.-Jo D. Good, лежат в особенностях медицинского мышления. Дело в том, что в обыденном сознании современных врачей симптом представляет собой лишь манифестацию (проявление) лежащей в его основании биологической реальности. Поэтому особенности культуры пациента могут лишь исказить реальность (т.е. затруднять диагностику) и никакого содержания в симптом не вносят. Влияние культуры всегда можно снять изучением патологии на биологическом уровне. Собственно говоря, процедуры рандомизации и применение двойного слепого метода в ДМ как раз и являются особыми приемами, которые “отсекают” субъективный план страдания с тем, чтобы в чистом виде выявить исключительно объективно-универсальные “машиноподобные” закономерности.

Стратегия традиционного медицинского диагноза заключается в том, чтобы жалобы больного “закодировать” в названии болезни, существование которой можно впоследствии подтвердить объективным биологическим тестом. Название болезни для врача указывает на определенную цепочку причин и следствий, локализирующуюся на биологическом уровне. Распознавание этой каузальной цепи создает основание для рациональной модели врачевания. Для ДМ, которая мало интересуется цепочками причин и следствий, все равно существенным остается акт сведения конкретного случая заболевания к специфической болезни из стандартизированной классификации. Только при этом условии можно будет лечить “Кая”. Стратегия НМ, которая, как мне представляется, выражает специфику клинического мышления, движется в противоположном направлении — понять уникальный биографический план страдания данного конкретного человека.

С точки зрения НМ, каждое состояние организма в норме и патологии переживается человеком как фундаментальное семантическое (герменевтическое) яв-

ление, т.е. такое явление, которое для своего понимания требует “толкования”. Хотя “каждая из болезней имеет некоторые биологические или физиологические корреляты (причины), однако эти причины становятся фактами человеческого переживания и страдания только через восприятие, интерпретацию, выражение и адресование “другому”, т.е. входя в мир человеческих смыслов и гуманитарной дискурсивности”¹⁷. Симптом в этой ситуации приобретает личностный смысл — становится запросом, адресованным другому человеку, а совокупность симптомов (синдром) превращается в текст, требующий прочтения.

Причем так же, как при чтении обычного текста, необходимо знание кода (алфавита, синтаксиса). Исследованием кодов “медицинского фольклора” занимается антропология и социология. Например, в китайском “медицинском фольклоре” сочетание симптомов депрессии, стенокардии и нарушения ритма дыхания артикулируется как призыв к сочувствию по поводу потери близкого человека, разлуки с семьей.

Однако знания этих кодов еще не достаточно для понимания “текста” заболевания. Необходим герменевтический подход — толкование выраженного в тексте индивидуального смысла. Нарушение жизнедеятельности организма “конденсирует” вокруг себя значительное число жизненных смыслов. “Поэтому каждый случай заболевания, входя в контекст общественных связей, конституируется в форме уникальной для данной личности семантической сети: оно конденсирует вокруг себя неповторимую конфигурацию личностных смыслов”¹⁸.

Герменевтическая процедура позволяет от врачевания болезни перейти к врачеванию пациента, переориентировать медицину с “объекта” на “личность”. Радикальность переориентации медицинского знания наглядно демонстрирует следующая схема:¹⁹

Характеристики биомедицинской (эмпирической) клинической модели	Характеристики культурологической (герменевтической) клинической модели
Сущность патологии	Сущность патологии
Соматические или психофизиологические нарушения	Наполненные смыслом конструкции, составляющие реальность заболевания для данного страдающего человека
Релевантные структуры	Релевантные структуры
Релевантны те “данные”, которые указывают на нарушения организма	Релевантны те “данные”, которые позволяют обнаружить смысл заболевания
Выявляющая процедура	Выявляющая процедура
Осмотр, лабораторные тесты	Декодирование семантической сети заболевания

¹⁷ Good B. J. and M.-J. D. Towards a meaning-centered approach to clinical medicine. In Culture, Illness and Healing, 1982, v. 4, p. 175.

¹⁸ Good B. J. and M.-J. D. Цит. соч., v. 4, p. 176.

¹⁹ Там же, p. 179.

Цель интерпретации данных	Цель интерпретации данных
Диагноз и объяснение	Понимание
Стратегия интерпретации данных	Стратегия интерпретации данных
Диалектически устанавливаемое отношение между симптомом и соматическим нарушением	Диалектически устанавливаемое отношение между симптомом и семантической сетью (контекстом) заболевания
Терапевтическая цель	Терапевтическая цель
Вторжение в соматические патологические процессы и исправление поломки	Лечение пациента, его жизненного опыта путем осознания скрытых семантических аспектов реальности заболевания и трансформации этой реальности в более благоприятный для личности тип

Таковы наиболее характерные черты герменевтического подхода к феноменам заболевания, рассматривающего страдание как своеобразный текст, который необходимо уметь читать с тем, чтобы оказывать помощь не только “Каю” (от этого аспекта врачевания никуда не деться), но и конкретному “Ивану Ильичу”. В этом смысле НМ создает важный, но совсем не единственный, ресурс индивидуализирующего клинического метода.

Обращу внимание пропонентов ДМ на то обстоятельство, что нарративы не чужды основоположникам их движения. С воображаемого казуса начинается упоминавшаяся выше книга “Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины”. К казусам постоянно прибегают и другие теоретики ДМ. Это не случайно. Понять смысл слова “evidence” без герменевтики англо-саксонского жизненного опыта, прежде всего опыта правосознания, невозможно. Наше слово “доказательная” слишком интеллектуализирует смысл. В каком-то смысле это связано с тем, что наш опыт доказательств на основе улики связан с традицией римского права, которая подводит конкрет-

ный случай “под статью”, так же как пропоненты ДМ подводят случай заболевания под категорию болезни из стандартной классификации. Англосаксонский опыт прецедентного права в качестве нормы рассматривает не только закон, но и казус. Без очевидности и доказательности “казуса” (т.е. без нарративной доказательности) нет доказательности рассуждений сторонников ДМ. У нас казусы в спорах использовать не принято. Эта форма доказательности нам не кажется “научной”²⁰.

Есть и еще одна проблема с пониманием западного опыта ДМ в нашей стране. К особенностям стандартов судебных слушаний относится у них принцип верховенства закона, реализующийся через доказательное установление истины. Наше правовое сознание не переносит подобного “отчуждения” и “обезличивания”. В “подведении под статью” слишком часто правит “индивидуализирующая” целесообразность. Поэтому, хотя протоколы ДМ у нас и в англо-саксонских странах одни, но смысл “evidence” у нас и у них разный. С этим же обстоятельством связана, наверно, непопулярность процедур peer review в нашей научной журналистике. Поэтому, использовать данные отечественных РКИ в метаанализах, я бы стал только с учетом чисто субъективного фактора — доверия к честности исследователей (авторов). Это последнее основание любой доказательности.

Сведение сложной реальности страдания к категории, объективно регистрируемой и манипулятивно купируемой, *болезни* представляет собой эвристически полезную редукцию (условие возможности ДМ). Вместе с тем, для эффективной помощи пациентам необходимо так же применять методы и подходы, учитывающие личностные характеристики конкретного *заболевания* конкретного человека. Любая универсальная норма должна использоваться уместно, своевременно и соразмерно сути дела. В этом смысл искусства, в том числе, искусства врачевания.

²⁰ Роль нарративной рациональности (доказательности) в стандартной структуре научной статьи мной обсуждена в публикации: Знание, понимание, умение в герменевтической структуре научного текста // Знание. Понимание. Умение. 2011. № 1. С. 58 – 67.

Амбулаторно-профилактическое направление в сфере психического здоровья детей (память о патриархе)

Л. Ф. Кремнева, Г. В. Козловская, Т. А. Крылатова, М. А. Калинина,
Н. И. Голубева, М. В. Иванов¹

В статье приводятся сведения из жизни крупнейшего психиатра современности, выдающегося ученого, основоположника психопрофилактического направления и талантливого человека — А. К. Ануфриева. Особое внимание уделяется его научно-исследовательской деятельности, в которой не последняя роль отдавалась решению вопросов социальной психиатрии. Он является основоположником нового направления возрастной психиатрии — микропсихиатрии или психиатрии раннего детского возраста. Именно развитие этого направления позволило выйти на новый уровень в профилактической медицине, акцентируя внимание на том, что начальные проявления психических заболеваний у детей раннего возраста могут быть обусловлены как биологическими, так и психогенными факторами, например, нарушениями в системе “мать-дети”. Им были заложены основы отечественной первичной психопрофилактики, которые разрабатываются по настоящее время его учениками и последователями.

Ключевые слова: А. К. Ануфриев, социальная психиатрия, внебольничная психиатрия, психопрофилактика; психиатрия раннего детского возраста; микропсихиатрия.

Ануфриев Анатолий Кузьмич — самобытный ученый, профессор, один из крупнейших психиатров нашего времени, родился 26 декабря 1922 года, в простой чувашской семье в чувашском городе Алатырь [10]. С 18 лет — участник Великой Отечественной войны. Пережил ужасы пребывания в концентрационных лагерях (Дахау, Райхенау (Инсбрук). Трижды совершал побеги, был пойман и возвращен в те же лагеря, приговаривался к расстрелу. Казнь заменялась имитацией с сохранением всех ее психологических атрибутов. Был освобожден из плена в мае 1945 года советской армией [3, 10, 13]. На родине — интернирован, как находившийся на вражеской территории и работал на угольной шахте в г. Кадиевка [13]. В условиях заточения нашел в себе силы в совершенстве изучить немецкий язык и в редкие свободные часы читал книги немецких философов (первое время в лагерях для военнопленных — это не возбранялось). Относительно сносные условия пребывания в лагере в начале войны не останавливали его стремления к свободе, хотя каждый побег приводил к резкому ужесточению условий содержания. Плен закалил его характер, и в 1946 году Анатолий Кузьмич поступил в I-й Московский медицинский институт, а как лишенный, до 1948 года, права проживания в столице — был вынужден ночевать на железнодорожных вокзалах [10, 13], что отнюдь не уменьшало его стремления к знаниям.

Закончив с отличием в 1952 году институт, в течение 10 лет работал врачом-психиатром, зав. отделением в крупных психиатрических больницах Рязани, Симферополя, в том числе главным врачом Московской областной больницы № 5 (Хотьковской,

1959 – 1962 годы), рядом со знаменитым центром культуры Абрамцево [3, 10, 13].

А. К. Ануфриев к научной работе проявил интерес еще будучи студентом, но академиком Е. А. Поповым не был принят в ординатуру “как бывший военнопленный” [13]. Однако научную деятельность продолжал в Рязанской психиатрической больнице, затем поехал, вслед за своим научным руководителем профессором С. Ф. Семеновым, в г. Симферополь, где, работая врачом в местной психиатрической больнице, продолжал подготовку кандидатской диссертации на тему “Ипохондрические синдромы (клиника, генез, лечение)”, которую в 1963 году успешно защитил. В небывало короткие сроки он подготовил и защитил уже в 1969 году докторскую диссертацию на тему “Приступообразная шизофрения (клиника, патогенез и судебно-психиатрическая оценка)”.

С 1962 по 1970 годы А. К. Ануфриев — научный сотрудник, а затем заведующий экспертным отделом НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского, а в 1971 – 1981 годах — руководитель отделения реабилитации, а позднее отделения пограничных состояний Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР [3]. Его дальнейшая научная деятельность тесно связана с Всесоюзным Научным центром психического здоровья АМН СССР (ныне — ФГБУ “Научный центр психического здоровья” РАМН), в котором, он последовательно возглавлял научно-организационный отдел и клинику эндогенных психозов. С 1983 года возглавил вновь созданный научный отдел внебольничной психиатрии [3], в составе созданного А. В. Снежневским в 1982 году Научно-исследовательского института профилактической психиатрии [4].

Где бы ни работал А. К. Ануфриев и какую бы ни занимал должность, он всегда проявлял себя как высококвалифицированный психиатр-клиницист, опыт-

¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва.

ный организатор, талантливый ученый. Научно-исследовательскую деятельность А. К. Ануфриев успешно сочетал с педагогической работой по подготовке врачей психиатров и молодых научных кадров. Его консультации и клинические разборы всегда собирали большую врачебную аудиторию. Под его руководством выполнен ряд докторских и кандидатских диссертаций. Он пользовался авторитетом среди зарубежных и отечественных ученых [3]. Значительное место в творческом наследии А. К. Ануфриева занимают также исследования в области социальной психиатрии, которые помимо научного признания нашли и практическое применение в ряде правительственных постановлений, в частности, по вопросам трудовой занятости больных в промышленном производстве и регламентации приема больных-абитуриентов в ВУЗы [3].

Его научные интересы отличались многогранностью, актуальностью тематик и касались проблем нозологии и классификации психических заболеваний, проблем психопатологии бреда, ипохондрических и сенестопатических состояний, аффективной патологии, пограничных состояний, психосоматических расстройств [3]. Один из первых в современной отечественной психиатрии Анатолий Кузьмич провел всестороннее изучение соматизированных форм психической патологии у пациентов поликлиник общего типа с прицельным вниманием к проблеме раннего выявления и профилактики психосоматических расстройств [3].

Отрезком жизни А. К. Ануфриева, которому есть живые свидетели, является период, когда он возглавлял научный отдел внебольничной психиатрической помощи в НИИ профилактической психиатрии в структуре Всесоюзного Научного центра психического здоровья АМН СССР. Он обратил особое внимание на отделение профилактической психиатрии детского возраста, занимавшееся изучением психической патологии раннего детства, и увидел в поведении младенцев первые признаки психических расстройств. Он был основоположником нового раздела возрастной психиатрии — микропсихиатрии или психиатрии раннего детского возраста. Он же и ввел в научный обиход этот термин — микропсихиатрия, положив в основу названия рудиментарность (микроскопичность) проявлений психических расстройств в младенчестве и раннем детстве. Именно развитие микропсихиатрии позволило впервые выйти на уровень первичной профилактики психических заболеваний.

Анатолий Кузьмич Ануфриев первым акцентировал внимание на том, что начальные ранние признаки психических заболеваний не всегда спонтанны, нередко они могут быть психогенно обусловлены, например, неправильным функционированием систем “мать-дитя” и “отец-дитя”, а также семьи в целом, что было подробно исследовано и подтверждено в научных работах его учеников [5, 9, 12]. Он указывал, что

биологические факторы также могут спровоцировать дебют психического заболевания у младенца и ребенка раннего возраста (травмы, биологические стрессы), что также нашло подтверждение в настоящее время. Так, такой экзогенный фактор, как иммунологический стресс в первые два года жизни ребенка (следствие массивного вакцинирования), спровоцировало увеличение количества аутистических расстройств [7, 8].

Прицельное изучение психосоматических заболеваний у детей выявило, в том числе, признаки патогномичные для эндогенных психических расстройств в раннем возрасте: аритмии, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, специфические вегетативные дисфункции и страхи, нарушения сна. Именно Анатолий Кузьмич заострил внимание на нарушениях питания, а также гипер- и гипотермии (дистермии) у детей раннего возраста, которые являются предтечей эндогенных заболеваний.

А. К. Ануфриев, писал, что для того, чтобы установить основное расстройство, “психопатология должна вооружиться анализом структуры симптома, особенно если этот метод применять в начальном периоде болезни”. Этот посыл был проверен и подтвержден в клинической работе по изучению депрессии в младенческом и раннем детском возрасте. Именно в младенчестве, где клиническая картина сложна, полиморфна и носит незавершенный характер, имеет значение изучение соотношения симптомов и хронология их возникновения в депрессивном синдроме, что позволило не только выделить тип депрессии (эндогенная или экзогенная), но и определить точку приложения основного терапевтического вмешательства. Как показали исследования, независимо от генеза депрессии, ведущую роль в формировании психического расстройства играют нарушения в системе “мать-дитя”, и нарушенные внутрисемейные взаимодействия, — о чем также писал А. К. Ануфриев.

Раньше считалось, что профилактика в психиатрии невозможна. Однако А. К. Ануфриев выдвинул на первый план идею первичной психопрофилактики. Он утверждал, что дети, начиная с младенческого возраста, с выявленными факторами риска по психическому заболеванию, нуждаются в дополнительном наблюдении детскими психиатром и неврологом, нормализации взаимодействия в системе “мать-дитя”, при необходимости — проведении индивидуальной и семейной психотерапии. Эти психопрофилактические меры могут предотвратить развитие психических нарушений. Профессор отмечал, что несомненное превентивное воздействие на развитие психической патологии у детей младенческого и раннего возраста оказывает психологическая работа по нивелировке неблагоприятно действующих психосоциальных факторов, что подчеркивает необходимость интеграцию клинических психологов и психотерапевтов в детскую психиатрическую практику.

А. К. Ануфриев неоднократно высказывал мысль о том, что шизофрения является функциональным заболеванием и указывал на необходимость использования психотерапии при лечении шизофрении. При изучении соматизированных форм психической патологии, он выявил, что страхи, тревога, маскированные депрессии могут повлечь за собой развитие психосоматических заболеваний, и предложил лечить таких пациентов, начиная с детского возраста, малыми дозами антидепрессантов и бензодиазепинов.

Его глубочайшие знания по общей психиатрии и выдающееся дарование клинициста позволило с поразительной клинической достоверностью видеть ранние проявления будущих психических заболеваний в первые годы жизни ребенка.

А. К. Ануфриев указывал на сходство раннего онтогенеза и периода инволюции психических функций в старческом возрасте. Его дальновидной идеей было применение, как в раннем, так и в позднем возрасте идентичных медицинских препаратов — с одной стороны, стимулирующих психическое развитие в раннем детстве, а с другой — поддерживающих психическое здоровье в старческом возрасте.

Последователи и ученики профессора описали симптомокомплекс системной дезорганизации нервно-психического созревания, обозначенные, как: 1) дисгармония психофизического развития; 2) дисрегулярность или неравномерность развития; 3) диссоциация развития; 4) дефицитарность психической организации. Эти феномены описаны в рамках шизотипического диатеза и указывают, насколько многогранны, с уникальным алгоритмом могут быть терапевтические подходы к каждому случаю психического заболевания с учетом специфики дизонтогенеза [1, 2, 6, 14].

Два выдающихся отечественных психиатра А. В. Снежневский и А. К. Ануфриев впервые поставили вопрос об охране прав личности психически больных людей и возможности их наблюдения и лечения не только в специализированных психиатрических учреждениях, но и в межведомственных. Именно так, в конце 1980-х годов, родилась идея Центров психолого-медико-социального сопровождения детей, куда могли бы обращаться родители с детьми, без страха перед психиатрической стигматизацией. Первый такой центр (для подростков) был организован в 1988 году замечательным отечественным психиатром и психотерапевтом Б. З. Драпкиным на базе психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина (г. Москва). С 1995 года под руководством и при непосредственном участии отдела по изучению психической патологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН, уже без привязки к психиатрической сети, в Москве были организованы Центры психолого-медико-социального сопровождения для детей раннего возраста, Центр для детей, пострадавших от сексуального насилия и другие. Работа этих Центров доказала свою эф-

фективность, уменьшилась инвалидность и тяжелые формы психических расстройств среди детского населения, наблюдаемого микропсихиатрами с раннего детского возраста, поэтому в последующие годы количество Центров росло (в том числе они стали открываться и в регионах) и стало их более 60. Однако с 2012 года, по неизвестным нам причинам, подавляющее большинство Центров было ликвидировано или перепрофилировано, лишено врачебных кадров и, вследствие этого, эти еще оставшиеся немногочисленные Центры полностью утратили психопрофилактическую направленность своей деятельности. И это в то время, как в связи с ростом психической патологии и детской инвалидности, во весь рост встает задача необходимости усиления профилактической работы. К сожалению, блестящие идеи А. К. Ануфриева, так удачно начавшие реализовываться в конце XX века в практическом здравоохранении, в XXI в. наткнулись на кажущиеся непреодолимыми препятствия.

А. К. Ануфриев ушел из жизни 18 декабря 1992 года, оставив нам в наследие около 70 научных публикаций, в том числе статьи в большой медицинской энциклопедии, монографию “Семиотика и патокинез ипоходрических состояний”. Проводимые им исследования в области психосоматических расстройств привели к созданию самостоятельного психосоматического направления в отечественной психиатрии. Однако многие ценные высказанные им идеи, в частности в области первичной профилактики психических расстройств, начиная с младенческого возраста, с трудом пробиваются в жизнь и еще ждут своего воплощения.

В ДОПОЛНЕНИЕ К ПОРТРЕТУ

Прошли годы, даже десятилетия, но мы, ученики А. К. Ануфриева, все так же, как в прежние времена, остаемся под его обаянием. Эти же чувства испытывают молодые специалисты нашего подразделения, которые воспитываются на его идеях. По велению судьбы один из наших молодых талантливых сотрудников был объектом нашего внимания во время сплошного эпидемиологического обследования младенцев городской детской поликлиники № 108 (г. Москва, район Замоскворечье), которое инициировал А. К. Ануфриев. Так что, можно сказать — последователь идей Анатолия Кузьмича, буквально вырос в ауре идей метра.

Когда нам, последователям нашего учителя, бывает трудно, мы смотрим на портрет худощавого строгого человека, похожего на сурового законодателя, мудреца, что-то внимательно рассматривающего. Что-то, что еще неведомо другим.

Такой портрет висит у всех учеников А. К. Ануфриева, работающих сейчас в разных институтах и больницах. Смотрим и сразу внутренне подтягиваемся, иногда набегающее малодушие гаснет и хочется

соответствовать своему учителю в отстаивании научной правды, интересов и прав наших пациентов. Анатолий Кузьмич, прошедший ад, умел сочувствовать доверившимся ему людям. Каждая его консультация была глубоко психотерапевтична.

И консультации в крошечном кабинетике “микropsихиатрии” на базе городской детской поликлиники № 108, и расширенные консультации всего подопечного А. К. Ануфриеву отдела на базе психиатрической клинической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева (г. Москва), где обсуждались результаты многих направлений наших исследований, помогали эффективно продвинуться в изучении пограничных форм психической патологии, психосоматики и большой психиатрии. Они служили и служат для нас серьезной школой мастерства.

В ходе научных обсуждений на общих конференциях НЦПЗ РАМН, других форумах профессор А. К. Ануфриев блестяще и убедительно полемизировал, демонстрируя необычайно глубокие знания в области психопатологии, зарубежных достижений психиатрии и мировой философии. Его постоянные оппоненты, как правило, бывали сражены серьезной аргументацией и становились верными последователями его идей.

Одновременно мы вспоминаем и большие праздники, которые он нам дарил в ходе консультаций, не только как ученый, но и как неповторимо обаятельный человек. Анатолий Кузьмич был удивительно радужным, мягким и галантным, в нашем понимании, настоящим аристократом. Всегда был подтянут, элегантен и не разрешал болезни (он длительно страдал заболеванием крови), как и некогда немецким надсмотрщикам, поработить свою волю и ясность мысли.

Очень скромный и щепетильный, никогда не выпячивал свои знания, не считал себя большим специалистом в области микropsихиатрии, но его подсказки, связанные с глубоким пониманием сути болезни, очень помогали нам выстраивать стратегию лечения и реабилитации наших маленьких пациентов.

Выдающаяся деятельность нашего учителя, его духовный и научный потенциал создали научную школу профессора Анатолия Кузьмича Ануфриева, и

мы, его последователи, гордимся принадлежностью к этой замечательной научной школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А. К., Козловская Г. В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. — Латвия, Рига, 1985. — Т. 1. — С. 224 – 227.
2. Горюнова А. В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении (проспективное исследование детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении): Автореферат дис. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 46 с.
3. К юбилею А. К. Ануфриева // Психиатрия. — 2003. — № 02 (02). — С. 65 – 66.
4. Киреева И. П., Аронов П. В. Концепции диатезов в психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2007. — № 2. — С. 113 – 119.
5. Козловская Г. В. Актуальные проблемы микropsихиатрии // Психиатрия. — 2007. — № 5 (29). — С. 14 – 18.
6. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореферат дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995. — 48 с.
7. Козловская Г. В., Калинина М. А., Иванов М. В., Крылатова Т. А., Кузьменко Л. Г., Кремнева Л. Ф. Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2013. — № 2 (13). — С. 11 – 16.
8. Козловская Г. В., Калинина М. А., Котляров В. Л., Кузьменко Л. Г. Аутистические нарушения поствакцинального периода у детей раннего и дошкольного возраста // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 2. С. 27 – 29.
9. Кремнева Л. Ф. Система “Мать-дитя” и психопатология раннего детского возраста // Психиатрия. — 2007. — № 5 (29). — С. 43 – 46.
10. Остроглазов В. Г. А. К. Ануфриев в живой жизни (по воспоминаниям коллег и современников) // Независимый психиатрический журнал. 2011. — № 1. — С. 75 – 85.
11. Римашевская Н. В. Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении: Автореферат дис. канд. мед. наук. — М., 1989. — 26 с.
12. Римашевская Н. В., Кремнева Л. Ф. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103. — № 2. — С. 19 – 24.
13. Савенко Ю. С. 80-летие Анатолия Кузьмича Ануфриева (26.12.1922 – 18.12.1992) // Независимый психиатрический журнал. — 2011. — № 1. — С. 8 – 9.

Некоторые психиатрически-психотерапевтические аспекты проблемы свободы воли¹

Б. А. Воскресенский

Волевые расстройства рефлексируются слабо и поэтому к проблеме свободы непосредственного отношения не имеют. Обсуждаются псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма. Заимствованная у современного российского беллетриста В. Пелевина фраза: "...пока вы разрешаете их голосам звучать в своем уме..." расценивается как исчерпывающая — и для нормы, и для психической патологии — формула субъективных переживаний в сфере свободы воли.

Ключевые слова: псевдогаллюцинации, синдром психического автоматизма, вторжение.

Проблема свободы воли сложна и многогранна. Достаточно сказать, что, "свобода" и "воля" в определенном контексте — синонимы (А. Вежбицкая, 2001). А в своей семантической глубине, подчеркивает этот польский лингвист, они содержат "пространственную свободу" — "я могу пойти, куда хочу" и одновременно более сложную, более общую свободу от "хозяина" (слова в кавычках — из упоминаемой статьи). Следование в этом "лексическом и прагматическом" (вновь заимствуем терминологию авторитетного исследователя) направлении рано или поздно приводит к моральным и политическим суждениям. Но их анализ не входит в компетенцию психиатра.

Психологи также увязывают волевые процессы с внеположенными самой этой психической функции структурами. Они понимают волю как способность человека действовать в направлении сознательно поставленной субъектом цели, равно — в соответствии с его системой ценностей. Но будучи, осознаваемым, этот выбор далеко не всегда бывает прямолинейным, "эгосинтонным", нередко он оказывается мучительным. Так Новозаветная формула "не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю" (Рим 7:15) выражает нравственную коллизию, обусловленную или идеологическим компромиссом, или стремлением избежать эмоциональных и физических страданий, или податливостью искушениям и т.д. В этом аспекте и у психологов, как и у лингвистов, свобода воли выступает как духовная проблема. К душевным-психическим процессам, к их "свободе" она отношения не имеет (Мы рассматриваем психическую деятельность человека с позиций клинической трихотомии и считаем основной сферой компетенции психиатра область душевного. — Воскресенский Б. А. 2004).

В психиатрии основные варианты волевых нарушений обобщенно описываются цепочкой гипербулия — (парабулия) — гипобулия — абулия. Патология воли может быть констатирована и при таких

многогранных по проявлениям, не всегда грубо психопатологических, а встречающихся и в рамках нормы состояниях как амбивалентность, амбигентность, навязчивости, некоторые сверхценные переживания, компульсии, тревожная мнительность, ананказм. Поскольку двигательные и волевые процессы тесно взаимосвязаны, в этот реестр часто включают кататонию. Уместным представляется упомянуть и "короткое замыкание". Несмотря на то, что перечисление оказалось все-таки довольно длинным, психопатология воли — не самый разработанный раздел психиатрии, так как волевые процессы рефлексируются слабо, и самоописания больными подобных переживаний оказываются почти бессодержательными. Поэтому не эти расстройства будут предметом наших сегодняшних размышлений.

На уровне душевных процессов свобода воли выступает как некое переживание-поступок-действие, совершаемое субъектом с чувством внутренней активности-самостоятельности² безотносительно к направляющим его потребностям, мотивам, предпочтениям (которые, повторим еще раз, пребывают в сфере духовного). Тогда вопрос о свободе формулируется следующим образом — возможно ли заставить человека сделать что-то "в обход" его собственного (рефлексивного) "Я"?

Это — одна из основополагающих проблем для каждого человека и человечества в целом. Ее конкретные формулировки звучат по-разному. Так на рубеже XIX – XX веков были весьма популярны дебаты на тему "гипнотизм и преступление". В наши дни она по-особому актуализировалась в связи с понижением культурного уровня, оживлением язычески-демонических верований, постмодернистской рядоположенностью. "Зомбирование", "25 кадр", разного рода парапсихологические феномены, деструктивная индоктринация, "промывание мозгов" — вот мод-

¹ Доклад на XIX Научно-практической конференции "Консторумские чтения" "Психотерапия проблема свободы воли" Москва, 20 декабря 2013 г.

² Уместно напомнить только что упомянутое "пространственно-личностное" (Б.В.) "отсутствие хозяина" по А. Вежбицкой. В этой своеобразной переключке структур-переживаний духовного и душевного уровней по-своему проявляется цельность человека.

ные темы научных, псевдонаучных и обыденно-обывательских дискуссий, в той или иной мере затрагивающих проблему свободы воли.

Психиатрия как медицинская наука некомпетентна отвечать на вопрос о возможности вневещественного проникновения во внутренний мир человека, о том, существуют ли экстрасенсорные воздействия “на самом деле”. Встречаясь с людьми, утверждающими, что они так или иначе оказывались включенными в подобные неординарные ситуации, врач в силах лишь подтвердить или отвергнуть психопатологическую природу такого рода состояний. Но на примерах (наверное, лучше будет сказать — на моделях), почерпнутых из клинической практики, психиатрия может предложить некоторые подходы к пониманию сложных, таинственных (просим прощения за ненаучную высокопарность) психических процессов, потому что “Чувство священного” и “голос совести” заложены в нас и укоренены во всех слоях личности, вплоть до биологического, и именно психиатрическая клиника поставляет нам прямые доказательства этого, как в психопатологической симптоматике, так и в способности влиять на нее. Это и витальные идеи виновности, и синдром Кандинского-Клерамбо, и всевозможные табу, и озарения, “откровения”, экстатические переживания, мессианское призвание и само пралогическое мышление, и многое другое”. (Савенко Ю. С.)

Из приведенного перечисления в контексте заявленной темы особого внимания заслуживает синдром психического автоматизма — синдром Кандинского — Клерамбо. Несмотря на то, что он является одним из важнейших психопатологических феноменов и подробно изучен, единства в его понимании нет. Даже одно из слагаемых его эпонимического обозначения (Клерамбо) относят к разнородным состояниям. Что касается клинических проявлений, то существенные разночтения обнаруживаются в отношении практически облигатного компонента синдрома — псевдогаллюцинаций. Их важнейшим признаком считают кто экстракампинность, кто бестелесность-беззвучность-безобразность, кто чувство насильственности-деланности. Мы солидарны с исследователями, ставящими на первое место последнюю из приведенных характеристик.

Клиническая реальность свидетельствует о том, что это чувство деланности не всегда в полной мере рефлексируется больными. В подобных случаях — когда больной упомянул о голосах и видениях внутри головы — мы спрашиваем (с наивно-провокационными интонациями — для интенсификации диагностического взаимодействия): “А как они там оказываются?” Скорее всего, последует ответ: “Их передают специальными лучами, вкладывают посредством гипнотического внушения...”, “голоса вливаются в мозг” и т.п. Иногда эта насильственность приобретает особую психопатологическую выразительность: “Тягостно не содержание, а то, как они (голоса — Б. В.) воз-

никают”. Уточним, что пожелания, приказы, исходившие от этих голосов, были самые благочестивые: раздавать щедрое подаяние, приводить к себе домой и оставлять для ночевки нищих, бездомных и т.п. (Больная в прошлом — ревностная христианка.) Обсуждение с больными подобного патологического механизма — Бог насильно не вторгается,- говорим мы пациенту — нередко оказывает определенный психотерапевтический эффект, который, будучи не в силах разрушить бредовые структуры, иногда все же побуждает больного хотя бы более ответственно отнестись к фармакотерапии³. Для человека церковного эти разъяснения целесообразно вести в контексте трихотомии: “Бог, вера — в сфере духовного, а у вас страдает сфера душевного”).

Возможны и более сложные, по-своему “продвинутые” переживания: “Это мое подсознание”, — объяснила природу своих внутренних голосов пациентка, консультированная нами лет 25 назад. Не скроем — возникло невольное побуждение интерпретировать эту формулу как наличие критики к псевдогаллюцинациям (!). Но при дальнейшем расспросе удалось выявить ту же тягостную произвольность, насильственность, автономность этого переживания. Субъективное научнообразное объяснение, предложенное больной, в этом случае предположительно можно было связать с всплеском общественного интереса к психоанализу и глубинной психологии, характерным для рубежа 80 – 90-х годов прошлого века.

Но встречаются пациенты, которые затрудняются дать четкий ответ даже на прямолинейно поставленный вопрос, “делают” ли им галлюцинации, “вкладывают” ли их. Много лет назад спонтанно, почти интуитивно мы нашли способ, позволяющий в значительной части случаев преодолеть эту неопределенность. Больному говорится: “Один замечательный поэт однажды сказал: “И чьи-то имена и цифры /Вонзаются в разъятый мозг...”⁴ Вам понятно это состояние?”. Пациенты, имеющие “псевдогаллюцинаторный опыт”, нередко даже вздрагивают от точности совпадения художественного образа и собственных переживаний. Все прочие отвечают: “Я не понимаю, о чем здесь идет речь”. Быть может, очень условно этот

³ Уместным представляется стих из Апокалипсиса: “Се, стою у двери и стучу, если кто услышит голос мой и отворит дверь, войду к нему, и буду вечерять с ним, и он со мною” (Откр. 3, 2).

Бог направляет Вас или управляет Вами? — такая “дифференциально-диагностическая формула спонтанно возникла у нас во время недавней клинической беседы с одной из пациенток.

Проблема синергичности отношений “Бог — человек” требует отдельного обсуждения, но и здесь, думается, может быть найден ответ, удовлетворяющий психиатра.

⁴ Ходасевич В. Ф. “Встаю расслабленный с постели...” В Ходасевич В. Колеблемый треножник. Избранное. — М.: Советский писатель, 1991. — С. 75.

прием можно расценить как своеобразную функциональную пробу. Но возможно и иное, более литературное, более возвышенное его обозначение.

Не так давно профессор П. В. Морозов предложил “вопрос Гертруды”, призванный подчеркнуть глубокую субъективность псевдогаллюцинаторных переживаний. В сцене с призраком отца Гамлета королева обращается к сыну: “Чем полон взор твой...” “Нет, что с тобой? Ты смотришь в пустоту. Толкуешь громко с воздухом бесплотным, Чем полон взор твой?” Тогда предложенный нами прием можно будет обозначить как “ответ Ходасевича”.

Псевдогаллюцинаторно-бредовое чувство воздействия было выявлено и при своеобразном клинико-психологическом исследовании. Задумывая его, мы отталкивались от донныне незавершенного спора — галлюцинации и псевдогаллюцинации — это патология восприятий или представлений?

Больным с эндогенно-функциональными расстройствами (это уточнение существенно), обнаруживающим галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства, задавался вопрос: “Ваши голоса и/или видения — это восприятия или представления?” (Отбирались больные, не имеющие психологических знаний, ответ просили формулировать по первому побуждению, не раздумывая.) Контрольная группа — психически здоровые. Результаты: больные с псевдогаллюцинациями указывали “восприятия”, поясняя, что это — “восприятия от...” (...какого-то источника воздействия на больного), здоровые говорили о “представлениях”. Больные с истинными галлюцинациями отвечали по-разному.

Но в русском языке слово “восприятие” требует дополнения в родительном падеже — восприятие *чего*. В формулировках наших больных такая конструкция, а, следовательно, и соответствующее ей переживание, отсутствовали. Правоммерно заключить, что галлюцинации и псевдогаллюцинации — не восприятия и не представления (в тех проявлениях, как их понимают психологи), а принципиально иные переживания — психопатологические в полном, зловещем смысле слова, это и есть продуктивная симптоматика⁵.

Доводя размышления о феноменах психического автоматизма до логического предела, исследователь неизбежно задается вопросом возможно ли внечувственное, сверхчувственное проникновение одного человека в психику другого? Повторим, на положительном ответе настаивают адепты парапсихологии, экстрасенсорики, телепатии. Психиатрия же, как достаточно узкая, клиническая наука не вправе выносить окончательное суждение по этому в буквальном

⁵ Воскресенский Б. А., Носовец Н. А. Некоторые аспекты переформирования сознания при психической патологии // Российский психиатрический журнал. 2010. № 5, доп. выпуск № 2. С. 9 – 11.

смысле судьбоносному вопросу. Оно и в целом, в своей основе, решается не достоверностью научных доказательств, а вырастает из определенного изначального мирозерцания.

Эпизод из романа В. Пелевина “Т” — разговор Достоевского и Толстого в художественно образной форме представляет разрешение этой коллизии:

— Это неправда, — сказал Достоевский. — Думать я волен, что хочу. И решать тоже. Моя воля свободна... Так только кажется, — ответил Т. — То, что вы считаете своими мыслями — на самом деле голоса ваших создателей, которые постоянно раздаются у вас в голове и управляют каждым вашим шагом. Все за вас решают они.

— Но каким образом их мысли могут возникать в моей голове?

— Да вот именно таким, каким возникают, Федор Михайлович. Это ведь только формально ваша голова. А на деле — футбольный мяч, которым они играют в свои жуткие игры. *И до тех пор, пока вы разрешаете их голосам звучать в своем уме и живете в нарисованном ими мире*, вы существуете исключительно для их мелкой выгоды (выделено нами. Б. В.).

Этот постмодернистски-ернический диалог с его кажущейся парадоксальностью в действительности предлагает замечательную формулу внутренней человеческой свободы. Применительно к психическому больному с псевдогаллюцинациями и автоматизмами он констатирует отсутствие критики (“пока вы разрешаете...”, только разрешает не больной, а его болезнь). Способность, возможность “разрешать” и есть проявление свободы воли.

Здоровый же человек вправе, в силах (то же самое “пока вы разрешаете...”) принять или отринуть любую гипотезу, концепцию, любой призыв, приказ⁶. Компас здесь один — духовные ценности. Для человека верующего это вопрос: “А как бы поступил Христос?”. “Блажен муж, который не ходит на совет нечистивых...” говорится именно в самом первом псалме.

Полагаем, что душевные и телесные процессы любого человека — это то, может быть, единственное, что навсегда закрыто для постороннего, внешнего проникновения. Познать другого человека можно лишь посредством культурно-исторических инструментов; даже если речь идет об “интуитивном” угадывании мыслей, настроения, намерений собеседника. Инструментом оценки оказываются поза, моторика в

⁶ Направленность, содержание этого выбора также может быть (по-своему, в определенных пределах) изучена в психиатрической клинике (Б. А. Воскресенский Духовные аспекты преподавания психиатрии в христианском ВУЗе. В Образование в XXI веке: стратегии и приоритеты. Материалы Международной научно-практической конференции Свято-Филаретовский православно-христианский институт. М.: 2011. С. 63 – 69.

целом, паузы и другие невербальные проявления. Понимание, “чтение” их дается воспитанием, образованием и т.п., т.е. духовными средствами, которыми каждый овладевает в меру своих сил. Эффективность парапсихологических, экстрасенсорных практик имеет, по нашему мнению, различные объяснения. Это может быть душевная болезнь (донора или реципиента — в данном случае не существенно), повышенная внушаемость (особенно обостряющиеся в эпохи духовного хаоса, и именно такое время переживает Россия). Здесь уместно заметить также, что “внушаемость не есть признак большого ума”, как любил повторять один выдающийся отечественный психиатр.

Известно, что разнообразные феномены из круга “внечувственного восприятия” нередко встречаются у левшей, говоря точнее — у лиц со своеобразной организацией функциональной асимметрии головного мозга⁷. Однако имеются достаточные основания утверждать, что “в действительности”, в реальном ходе событий этим переживаниям соответствий не обнаруживается. Подробное обсуждение этой проблемы выходит за рамки нашей темы.

Говоря о подобных феноменах, нельзя исключать и случаи простодушной мистификации и расчетливо-го обмана.

Основанием для агностицизма по отношению к вторжению в мир внутренних психических процессов служит идея уникальности каждой человеческой личности. По-своему, в другом контексте это выражено в величественно-устрашающей формуле: “Лица Моего не можно тебе увидеть, потому что человек не может увидеть Меня и остаться в живых” (Исх 33:20) и “Мои мысли — не ваши мысли” (Ис 55:8)⁸.

Можно возразить, что эта концепция присуща лишь определенному историческому периоду и региону — христианскому ареалу, европейской мысли. Первобытное мышление, другие народы и культуры по-иному строят и мир, и человека, иначе понимают их взаимосвязи. Укажем лишь на панпсихизм, характерный для многих языческих верований. Все в мире — “психическое”, все — каждый объект, предмет, существо обладает психикой и все психики взаимосвязаны, способны к общению. В последую-

щем, по мере усложнения психики она все больше концентрировалась в человеке, становилась индивидуализированной, индивидуальной и закрытой от постороннего вторжения.

Для европейца XXI века такого рода панпсихизм — культурно-историческая архаика⁹. Будучи для определенных условий (для, так сказать, “первобытной древности”) нормой, в наши дни, в случаях психического заболевания он становится “материалом”, формирующим то или иное расстройство различной этиологии и нозологии. Так возникают “открытость мыслей”, “обмен энергией” и т.п. “Неразвитой душе мысль является, она не есть продукт, создаваемый ею”, — говорит в одно из работ К. Г. Юнг, и этот “механизм”, полагаем, может приблизить нас к пониманию генезиса идеаторных автоматизмов¹⁰. И эта мысль великого швейцарца с особой ясностью показывает, что становление и преобразование психики как некоего начала есть прежде всего (внутри) человеческий процесс. (Надеемся, что высказанное утверждение станет яснее, если указать, что своеобразным аналогом панпсихизма далекого прошлого может служить сегодняшняя концепция единого энерго-информационного поля, к которому способен подключаться человек. На диагностические психопатологические критерии она несколько не влияет).

Человек и человечество внутренне свободны, но относятся к этому поразительно двойственно, поскольку, как говорит У. Эко в “Маятнике Фуко”, все мы часто “ищем не объекты для обладания, а субъекта, который нами обладает”, то есть за кознями, манипуляциями, заговорами усматриваем некую таинственную универсальную силу — масонов, “ротшильдов”, мировую закулису, всемирный заговор, психотронное оружие, таинственных космических великанов, управляющих беспомощными и несчастными жителями Земли, — а не падшесть реальных, конкретных людей. Человека невозможно помимо его воли заставить выполнить что-либо, противоречащее его убеждениям, ценностям, установкам (увы, невозможно отрицать и ситуации внешнего принуждения, о них было упомянуто в начале статьи).

После всего вышесказанного представляется достаточным лишь в нескольких строках вернуться к упомянутым в начале статьи феноменам из области пограничной психиатрии. Широко известны опыты

⁷ Подробнее см. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Левши. Монография. М.: Книга, 1994. 232 с.

⁸ Не менее драматично синдром психического автоматизма раскрывается в контексте судеб отдельных его исследователей. Мы имеем ввиду В. Х. Кандинского и Г. Г. Клерамбо. Эти факты могут быть осмыслены и как совершенно особого рода курьез, и как события, имеющие глубокий онтологический смысл.

Мы вовсе не желаем посеять в читателе мистический (в обывательском смысле) ужас по отношению к психиатрии. Еще раз повторим, что духовное, общечеловеческое значение феномена психического автоматизма определяется тем, что он по-своему ставит проблему свободы — свободы воли, свободы деяния, поступка, действия.

⁹ Чтобы быть понятыми точно, сформулируем эти положения другими словами. Мы не считаем психические расстройства — и именно те, о которых здесь идет речь, — приобретением современной цивилизации. Психические расстройства-переживания существовали всегда, но осмысление их именно как *болезней* исторично, т.е. связано с определенным этапом организации общественного и индивидуального сознания. Подробнее см.: Ясперс К. Общая психопатология. С. 884.

¹⁰ Предлагаем сравнить речевые обороты “Я подумал” и “Мне пришло в голову”.

по экспериментальному гипнозу, когда испытуемому давалась команда проявить агрессию к индуктору-экспериментатору. Внушение не реализовывалось, сеанс прерывался, причем нередко с бурными эмоциональными реакциями. Вот другой пример, оставшийся в истории. Дело происходило в начале XX века. В. М. Бехтерев был в то время озабочен созданием психо-неврологического Института. Проводя сеанс гипнотерапии с одним из пациентов (к слову сказать, личности, оставившей определенный след в психоанализе, психотерапии и психиатрии), ученый после необходимых лечебных формул стал внушать больному убедить своих родителей (людей весьма состоятельных) пожертвовать средства на строительство задуманного ученым учреждения. Пациент рассказал отцу об этом неожиданном повороте в теме лечебной процедуры, а у В. М. Бехтерева больше не показывался. (А. Эткинд, 1993). В чем-то аналогичная коллизия, но с трагическим исходом, представлена в широко известном литературном произведении — новелле Т. Манна “Марио и фокусник”.

Во всех этих клинических и литературных ситуациях, при других, подобных им состояниях психоти-

ческая симптоматика отсутствует. Личностные — ценностные структуры ни в коей мере не испытывают деформаций, которые могут возникнуть при “вторжении” психопатологического “душевного” в сферу “духовного”. Дух остается способным проявлять свою активность в полной мере.

Как символично, что именно Л. Толстой и Ф. Достоевский (пусть и весьма условно) дали нам формулу свободы воли.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вежибицкая А.* Понимание культур через посредство ключевых слов / Пер. с англ. А. Д. Шмелева. — М.: Языки славянской культуры 2001. — С. 211 – 259.
2. *Воскресенский Б. А.* Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим. Московский психотерапевтический журнал, 2004, 3, с. 131 – 140.
3. *Пелевин В. Т. М.:* Эксмо 2009. С. 207
4. *Савенко Ю. С.* Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос 2013. С. 38 – 39.
5. *Эко У.* Маятник Фуко. Роман / Пер с итал. И послесловие Е. А. Костюкович. — СПб Издательство “Симпозиум” 2000. 764 с.
6. *Эткинд А.* Эрос невозможного, История психоанализа в России. СПб “Медуза” 1993. С. 101.

О некоторых проблемах отечественной наркологии

И. В. Яшкина, А. Г. Гофман, П. А. Понизовский, Т. А. Кожина¹

В статье обсуждается ряд проблем, стоящих перед отечественной наркологией на современном этапе ее развития. Анализируются возможные причины сложившегося положения, когда реальное количество страдающих алкогольной зависимостью в населении превышает количество официально зарегистрированных больных. Подчеркивается первостепенное значение психотерапии как основного метода лечения больных алкоголизмом и указывается на недостаточно широкое применение методик, эффективность которых подтверждена в рамках доказательной медицины. Обсуждаются вопросы целесообразности введения недобровольной госпитализации, принудительного лечения для контингента, страдающего злокачественным, безремиссионным течением алкоголизма, наркоманией, а также проведения так называемой поддерживающей (заместительной) терапии.

Ключевые слова: алкоголизм, наркомания, психотерапия зависимостей, недобровольная госпитализация, принудительное лечение, заместительная терапия.

Любая попытка решения актуальных проблем клинической наркологии предполагает первоначально установление хотя бы ориентировочных показателей распространенности патологии. В России традиционно наркологической проблемой номер один считается алкоголизм. За последние годы, как и тридцать лет назад, количество официально зарегистрированных больных, алкоголизмом (алкогольной зависимостью) не превышает 1,5 % населения [2], а

экспертные оценки свидетельствуют о том, что примерно 6 % населения обнаруживают отчетливые признаки зависимости от алкоголя. В чем причина столь существенного расхождения показателей?

С одной стороны, врачи-наркологи недостаточно загружены лечебной работой и вынуждены тратить рабочее время на выписывание справок, требующихся огромному количеству граждан для устройства на работу или для продолжения работы по специальности. С другой стороны, те, кто мог бы получить квалифицированную наркологическую помощь, всякими

¹ Московский НИИ психиатрии Минздрава России.

способами избегают контакта с государственными наркологическими учреждениями. Столь противоречивое и давно существующее положение объясняется рядом причин. Во-первых, регистрация в наркологическом диспансере (кабинете) означает, что будет установлен диагноз, наличие которого явится непреодолимым препятствием для устройства на работу в ряд учреждений, а также для вождения автомобиля, пользования охотничьим оружием. Во-вторых, признание себя человеком с ограниченными правами, т.е. “человеком второго сорта”, для многих совершенно неприемлемо по моральным и этическим соображениям. В-третьих, многие из тех, кто мог бы лечиться в диспансере или в больнице, относятся без критики к возникшей зависимости и последствиям злоупотребления алкоголем. Многие из них слышать не желают о каком-либо лечении. Даже если бы чудом удалось добиться появления критики к заболеванию хотя бы у части больных, избегающих встречи с наркологами, положение кардинально не изменилось бы. Совершенно очевидно, что без изменения законодательства, непомерно ограничивающего права больных алкоголизмом, привлечение их к лечению с мертвой точки не сдвинется.

В настоящее время значительная часть больных регистрируется в связи с возникшими алкогольными психозами, которые купируются в психиатрических или наркологических стационарах. Однако психозы возникают далеко не у всех, а сам факт их возникновения обычно свидетельствует о достаточно длительном и тяжелом течении заболевания, т.е. о длительных запоях, больших суточных дозировках алкоголя, наличии неврологических и общесоматических расстройств.

Основная масса больных алкоголизмом, у которых психозы не возникают, в государственные учреждения не обращаются и лечения там не получают. Если же возникает настоятельная необходимость оборвать запой и купировать абстинентный синдром, на помощь приходят сотрудники негосударственных учреждений. Оказываемая на дому помощь выглядит скорее как эрзацтерапия. Она недостаточно эффективна, а в некоторых случаях опасна, так как назначения вынужденно делаются без тщательного соматического обследования. В результате полноценное лечение больных алкоголизмом, требующее длительного контакта со специалистом-наркологом (а также психотерапевтом и психологом) заменяется однократным внутривенным вливанием различных по составу медикаментов. В дальнейшем эти больные не получают ни медикаментозного лечения, ни психотерапии. В части случаев таким способом удается устранить острые проявления абстинентного синдрома и предупредить возникновение алкогольного психоза, но вряд ли можно гордиться такими “достижениями”.

Создалось положение, когда достаточно дорогостоящая сеть внебольничных наркологических учре-

ждений работает в значительной мере вхолостую, вынужденно заменяя терапевтическую работу и вторичную профилактику (предупреждение рецидивов) выдачей справок здоровым людям. Почти анекдотической выглядит ситуация, когда один нарколог вынужден получать справку от другого нарколога (иногда хорошо знакомого) о том, что он может работать врачом психиатром-наркологом, т.е. не является ни пьяницей, ни наркоманом.

Алкоголизм не случайно рассматривается как тяжелое, хроническое заболевание. Максимум, на что можно рассчитывать терапевтически, — это достижение в результате систематического лечения длительной ремиссии или интермиссии. Сколь ни полезны и эффективны различные медикаменты, на сегодняшний день, как и 100 лет назад, решающее значение имеет прямое или завуалированное (опосредованное) психотерапевтическое воздействие. Само по себе использование дисульфирама, цианамиды, налтрексона, а также акампросата, достаточно эффективно только в том случае, когда одновременно проводится психотерапия (точнее, когда назначение любых медикаментов встраивается в индивидуализированную психотерапевтическую систему оказания помощи). Разумеется, необходимо использовать широкий спектр препаратов для устранения различных по характеру и тяжести состояний. Одно дело — купирование абстинентного синдрома, совсем другое — устранение интенсивного влечения к опьянению или бессонницы. Поэтому вполне оправдано назначение по показаниям антидепрессантов, некоторых антипсихотиков, транквилизаторов, тимостатиков, ноотропов, витаминов и других препаратов. Устранение депрессий, дисфории, остро возникшего или интенсивного влечения к опьянению требует, в первую очередь, назначения психофармакологических средств. Конечно, дело не должно ограничиваться медикаментозным лечением. Для того, чтобы изменилось отношение больного к потреблению алкоголя, дезактуализировалось патологическое влечение и появилась хотя бы частичная критика к заболеванию, требуются время и психотерапевтическое воздействие.

Первостепенное значение психотерапии, как основного метода лечения больных алкоголизмом, осознается подавляющим большинством наркологов, но зачастую используется ограниченный круг психотерапевтических методик. Несмотря на многочисленные данные об эффективности в лечении наркологических пациентов групповой психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии, мотивационного интервью [5, 6, 7], применение этих программ в обычной наркологической практике носит ограниченный характер. Это объясняется, главным образом, стремлением подавляющего большинства больных потратить как можно меньше времени на лечение. Для сельских жителей это особенно актуально. Поэтому наиболее часто используются “методики опосредо-

ванной психотерапии” [4], когда эффект лечения связан с осуществлением некоторых манипуляций. Все методики, обозначаемые как “кодирование”, “Торпедо”, “пролонг”, опираются на использование механизма страха перед последствиями преждевременного (заранее оговоренного) нарушения режима трезвости. Конечно, такие методики не рассчитаны на возможность изменить за один сеанс терапии отношение больного к потреблению алкоголя. Расчет делается на то, чтобы прекратилось на более или менее длительный срок потребление алкоголя, когда влечение к алкоголю дезактуализируется или исчезнет, а больной адаптируется к трезвому образу жизни. Эти методики, как и иные психотерапевтические подходы, оказываются достаточно эффективными при наличии ряда условий. Важно, чтобы была известная личностная сохранность, заинтересованность в прекращении пьянства, вера в действенность методики и во врача, который осуществляет лечение (проводит процедуру “кодирования”). Эффективность терапии значительно повышается, если опосредованная терапия является лишь элементом (этапом) многостороннего психологического воздействия.

Для повышения эффективности лечения, т.е. для предупреждения рецидивов, большое значение имеет терапия средой. Если больные получают возможность полноценно общаться с теми, кто не потребляет алкоголь, длительность ремиссий возрастает. Особенно эффективно сочетание терапии средой с продуманным психологическим воздействием. Именно поэтому наиболее эффективно лечение больных, объединенных в группы алкоголиков-анонимов. К сожалению, в России эта практика не получила достаточного распространения. Видимо, менталитет населения и нежелание или невозможность, тратить время на участие в соответствующих программах не позволяют широко внедрить этот метод терапии.

Для ряда больных (это наиболее тяжелый контингент) эффективным оказывается только длительное пребывание в наркологическом стационаре. Обычно речь идет об очень интенсивном патологическом влечении и некритическом отношении к заболеванию. Однако учреждений, где проводится достаточно длительный курс реабилитации, очень мало. Сейчас средняя длительность лечения в наркологическом стационаре составляет примерно 2 недели, а после выписки подавляющее большинство больных в силу некритичности, из-за переоценки своих возможностей вести трезвый образ жизни, или из-за нехватки времени не посещают наркологические диспансеры (кабинеты). В отношении небольшой части больных алкоголизмом всегда встает вопрос о целесообразности недобровольной (принудительной) госпитализации и проведении принудительного лечения. Это касается в первую очередь больных со злокачественным, безремиссионным течением заболевания, сопровождающимся выраженными психическими, неврологическими и

общесоматическими заболеваниями, неправильным поведением (опасным для себя и окружающих). Именно такое течение алкоголизма рассматривается нередко как проявление аутодеструктивного поведения. Сейчас в связи с отсутствием соответствующего законодательства и специализированных учреждений больные госпитализируются на недобровольных началах только в связи с возникновением психозов или нелепым поведением, обусловленным грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями. Поэтому врач-нарколог нередко вынужден только наблюдать (вместе с несчастными родственниками) как ухудшается физическое состояние больного, отказывающегося в силу некритичности от стационарирования во время тяжелого и опасного для жизни запоя. В некоторых случаях в этой безвыходной ситуации намеренно диагностируется алкогольный психоз и запой удаётся оборвать во время кратковременной госпитализации. Отсутствие закона об оказании наркологической помощи и соответствующих статей в законе об оказании психиатрической помощи лишает возможности госпитализировать больного алкоголизмом, даже если для этого есть все необходимые медицинские и социальные показания.

Точно также обстоит дело и с принудительным лечением больных алкоголизмом. Есть относительно небольшая категория больных, которые по медицинским и социальным показаниям должны достаточно длительное время находиться в условиях полной изоляции от алкоголя и получать необходимую терапию (с обязательным использованием психологического воздействия). Сейчас это невозможно. Поэтому в ряде случаев не удается предупредить при всем желании врачей ухудшение физического и психического состояния с возникновением агрессивных поступков и смертельных исходов. Страдают сами больные, их родственники, нередко и окружающие, но вопрос не решается много лет, все ограничивается словопрениями, бессмысленной софистикой и критикой принудительного лечения, существовавшего в СССР. В большинстве стран суд может вынести решение о необходимости проведения принудительного (обязательного) лечения, а в России, занимающей первое место по частоте алкогольных психозов (а значит и алкоголизма), — нет.

Нередко вопрос об оказании помощи на недобровольных началах подменяется спорами о том, можно ли приравнять интенсивное и неконтролируемое патологическое влечение, дезорганизующее психическое функционирование, к психозу или патология не достигает психотического уровня. Спор надуманный и в значительной мере носит схоластический характер. Просто надо ответить на вопрос, имеют ли россияне, страдающие алкоголизмом, право получить адекватную помощь по медицинским показаниям. Если для оказания такой помощи требуется госпитализация (в том числе безотлагательная) и длительное

стационарное лечение, то такая помощь должна быть оказана. А для того, чтобы не ущемлялись права человека (в данном случае, больного алкоголизмом) и не нарушались законы, существует суд, принимающий взвешенные решения, основанные на разумном законодательстве.

Сейчас по своим потенциальным возможностям (количество врачей, среднего и младшего медперсонала, количество коек) квалифицированная наркологическая помощь доступна всем желающим ее получить (лучше обстоит дело в городах, хуже — в сельской местности). Для того, чтобы реализовать эти возможности, надо изменить законодательство (лучше всего в форме принятия закона об оказании наркологической помощи) и прекратить нарушать уже существующие законы. Требование о предоставлении справок от психиатра и нарколога для устройства на работу и продолжения работы по специальности фактически нарушает Закон об оказании психиатрической помощи. Только суд может санкционировать недобровольное обследование у психиатра (а значит и у врача психиатра-нарколога). Между тем получение справки предполагает такое обследование, на прохождение которого граждан просто вынуждают внесудебным порядком.

Изменение ситуации с потреблением алкоголя и формированием зависимости от алкоголя возможно путем проведения государством профилактических мероприятий. Конечно, нужна и разъяснительная работа и пропаганда здорового образа жизни, но существенное изменение ситуации вряд ли возможно без общегосударственных мероприятий. Если бы в стране был принят план сокращения производства алкогольных напитков, рассчитанный на 8–10 лет, это могло бы резко изменить ситуацию. Например, могла бы быть поставлена цель сократить производство спиртных напитков за 8–10 лет до довоенного уровня (к 1941 г. производство абсолютного спирта составляло не более 2 литров, сейчас потребление составляет 16–18 литров на душу населения). Это потребует введение талонной системы и ежегодного снижения производства алкоголя. Важно, чтобы населению было разъяснено, почему это делается, и какие цели ставятся.

В отличие от того, что наблюдалось в СССР, в современной России проблема наркоманий (вместе с токсикоманиями) по своей значимости стала государственной проблемой. Количество больных наркоманией видимо приближается к нескольким миллионам (в СССР их регистрировалось не более 25 тысяч, а в РСФСР — в пределах 15 тысяч). Большинство этих больных не зарегистрированы в диспансерах и не получают никакого лечения. Многие прекращают употреблять наркотики, только оказавшись в местах лишения свободы. Отказ от контакта с медучреждениями объясняется, как правило, не отсутствием критики к сформировавшейся зависимости, а социальными по-

следствиями регистрации заболевания (трудности с устройством на работу, незаконная передача сведений в полицию). Добиться наступления достаточно длительной ремиссии при зависимости от опиоидов и стимуляторов совсем непросто. Все объясняется тем обстоятельством, что влечение к опиатам и стимуляторам исчезает намного медленнее (обычно, не ранее, чем через 6 месяцев после прекращения наркотизации), чем влечение к алкоголю, а абстинентный синдром субъективно мучителен и трудно переносим. В результате даже те больные, которые обращаются за помощью и дают согласие на госпитализацию, редко получают полноценное лечение. Достаточно интенсивное влечение и сформировавшиеся эмоционально-волевые нарушения утяжеляются после отнятия наркотика и заставляют больных преждевременно выписываться из стационаров. Это порождает возникновение рецидивов после недлительного периода воздержания от наркотика (иногда такой период вообще отсутствует). Законных оснований для того, чтобы насильственно задержать больного в стационаре, в настоящее время нет. Влечение к наркотику, каким бы интенсивным оно ни было, не рассматривается как тяжелое психическое расстройство, и требование больного о выписке должно удовлетворяться незамедлительно. На самом деле и абстинентный синдром и возникающее в рамках этого синдрома патологическое влечение к наркотику — это тяжелая психическая патология, достигающая в некоторых случаях предпсихотического или психотического уровня.

В связи с большой распространенностью наркоманий (на долю опиоидной приходится примерно 80 % всех зарегистрированных случаев наркомании) трудно предложить перечень мероприятий, которые могли бы коренным образом изменить ситуацию. Ясно, что многомесячное лечение в стационаре большого количества больных наркоманией по экономическим соображениям невозможно (надо ввести в оборот не меньше сотни тысяч коек, предусмотреть специальный режим и особую систему контроля). По тем же экономическим соображениям вряд ли возможна организация масштабного принудительного лечения определенной части больных наркоманией. Кое-что, вероятно, изменилось бы к лучшему после принятия закона об оказании наркологической помощи, но радикального решения проблемы можно ожидать только в связи с прекращением или хотя бы существенным уменьшением незаконного оборота наркотиков. Это, однако, в компетенции правоохранительных органов и госнаркоконтроля, а не медицины.

Вся история всплеска и распространения наркомании в России в конце прошлого и в начале этого столетия свидетельствует, что в стране, где принято часто и без повода изменять искусственным путем (с помощью алкоголя) свое психическое состояние, появление легко доступных наркотиков приводит к бы-

строму распространению ранее редко встречавшихся видов зависимости.

В этих условиях получила известное распространение точка зрения о целесообразности проведения так называемой поддерживающей (заместительной) терапии [3], т.е. систематической выдаче больным опиоидной наркоманией наркотических средств (в том числе и тех, которыми они привычно злоупотребляют). Правда, эта позиция пока не распространяется на больных алкоголизмом и лиц, злоупотребляющих стимуляторами, каннабиоидами, снотворными, транквилизаторами. Считается, что при раздаче наркотических средств больные реже совершают правонарушения, а некоторые устраиваются на работу и социально адаптируются. Отрицательные последствия такой практики, как правило, игнорируются или приуменьшаются. Сторонники этой точки зрения ссылаются на опыт западных стран, игнорируя особенности российской действительности, прежде всего — невероятные масштабы коррупции. Идея поддерживающей терапии хорошая — добиться контакта с больными наркоманией, способствовать повышению качества их жизни, приобщению к труду, лучшей социальной адаптации, предотвращению заболеваемости ВИЧ-инфекцией за счет раздачи шприцев и презервативов. При этих благих намерениях игнорируется то, что в программе поддерживающей терапии удерживается лишь часть больных, что некоторые одновременно с метадоном или бупренорфином принимают героин или иной наркотик, что, санкционируя систематический прием наркотика, врач невольно становится причастным к сокращению продолжительности жизни больного (больной, прекративший прием наркотика, живет дольше тех, кто систематически их принимает). Самое страшное, что раздача наркотических средств является основой для роста коррупции и потенциального использования метадона и бупренорфина для вовлечения в наркотизацию лиц молодого возраста (осуществить действенный контроль за расходом хранящихся наркотиков в России достаточно трудно). Поучителен опыт «поддерживающей терапии» в Крыму, где выдача наркотиков осуществлялась даже не наркологами, где в связи с утечкой наркотиков придется возбуждать ряд уголовных дел [1].

Что касается возможности предупреждения ВИЧ-инфицирования населения путем проведения

поддерживающей терапии, то это, скорее всего, очередное заблуждение, так как большинство наркоманов (80 – 90 %) к врачам не обращаются, а доля находящихся на поддерживающей терапии и получающих бесплатно презервативы, очень невелика (не более 5 % от общего количества страдающих наркоманией). Распространенность и рост ВИЧ-инфекции связаны, прежде всего, с тем, что в России редко пользуются презервативами, а в опьянении не задумываются о выборе сексуального партнера.

Одной из главных причин рецидивов наркомании является очень большая распространенность различных видов зависимости. Во время терапевтической или спонтанной ремиссии пациент фактически не может избежать встречи со знакомыми наркоманами, продолжающими употреблять наркотики. Такая встреча легко провоцирует появление или усиление патологического влечения к наркотику с возобновлением наркотизации.

Существующие в России проблемы, связанные с алкоголизмом и наркоманиями, вряд ли будут удовлетворительно решены без учета особенностей нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко Т. В., Козлов А. А., Понизовский П. А., Мандыбура А. В. Предварительная оценка наркологической ситуации, меры по закрытию программ заместительной терапии лиц с опиоидной зависимостью и оптимизации деятельности наркологической службы в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе / Наркология. 2014; 5: 6 – 11.
2. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Бабичева Л. П., Муганцева Л. А. Деятельность наркологической службы Российской Федерации: оценка статистических показателей и анализ результатов / Журнал неврологии и психиатрии. 2013; 113(6): 3 – 8.
3. Менделевич В. Д. Заместительная терапия наркомании — новая проблема биомедицинской этики и медицинского права / Независимый психиатрический журнал. 2006; 1: 63 – 68.
4. Энтин Г. М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом (Пособие для врачей-наркологов и психотерапевтов). М.: 1997. — 99 стр.
5. Lundahl B., Burke B. L. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: a Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses / Journal of Clinical Psychology. 2009; 65(11): 1232 – 45.
6. Raistrick D., Heather N., Godfrey C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. 205 p.
7. Schmidt P., Köhler J., Soyka M. Evidence-based treatments in the inpatient rehabilitation of alcoholics / Fortschr Neurol Psychiatr. 2008; 76(2): 86 – 90.

Жизнь в шизофрении и после нее в картинах и образах¹

Е. Б. Любов², Н. Б. Левина³

Взаимодополняющие медицинская и личностная концепции выздоровления при шизофрении рассмотрены в преломлении рассказов пациентов и их близких как экспертов на основании уникального опыта преодоления недуга, выдвигающего на передний план восстановление социального “Я”.

Ключевые слова: шизофрения, выздоровление, симптомы, ремиссия, рассказы.

“... иди домой к своим и расскажи им,
что сотворил с тобой Господь
и как помиловал тебя”.

Марк, 5:19.

“Следует внимательно прислушиваться
к этим шумам и шепотам мира
и пытаться заметить в них множество картин...”.

Мишель Фуко.

Каждый из нас — герой неповторимого романа “не был — был — никогда не будет”. О себе: как жил и осилил судьбу. Или недуг. “Я”, болезнь и текст взаимодействуют. Психиатрам “положено” внимать историям болезни подопечных. “Человеку, долго говорящему о себе, трудно избежать тщеславия” (Д. Юм). Наши писатели — не гордецы. Не пеняя на жизнь (она тем временем проходит), строят ее на пепелище. Есть чему учиться пока больным и (дай Бог) здоровым.

Внутренняя картина болезни. Лейтмотивом рассказа служит “совсем другая жизнь” (“психиатрической монолог разума”, М. Фуко), надломленная болезнью и исправляемая само- и взаимопомощью, сотрудничеством с профессионалами, приверженностью личностным ценностям. Самоописания известных писателей и психиатров — не фотокопии пережитого, но свидетельство от первого лица приоткрывает кулисы психоза. “Одна половина человечества не имеет представления, как живет другая” ... *но всего труднее здоровому понять сумасшедшего*” (из автобиографии английского пациента начала XX века) [15]. Мозаики сложной психопатологии [20] “глагол не имут, слова не найдут”, требуя неологизмов: ведь “такого в природе нет”. Предполье шизофреники пациенты и их близкие [16, 24, 26] описывают как сполохи войны в безоблачности “до болезни”. Бродский называл такие воспоминания: “когда-уже-все-известно”, но “еще-ничего-не-началось”. Ключ понимания человека в детстве: “Там — корни” (М. Цветаева). Близкие подчеркивают, каким “хоро-

шим” (порой “образцовым”) был их ребенок. Нарастающие отчуждение, снижение успеваемости близкими объяснены “ленью”, “бунтом” подростка, самим больным — забывчивостью (“пустая голова”) и разочарованием в жизни, употреблением психоактивных веществ как самолечение депрессии. Ранние психотравмы (неблагоприятные жизненные события) обычно вытеснены. Перед психозом нарастают замкнутость, чувство грядущей беды (“трема”, по Conrad), “навязчивые плохие мысли”. В истории болезни Долинина (В. Кандинский. “О псевдогаллюцинациях”), самоописании автора, указана роль “умственного утомления от работы по ночам”, “временных затруднительных обстоятельств жизни”, злоупотребления спиртным, видимо, как триггеров психоза и/или его начальных проявлений. Близкие винят себя за психиатрическое невежество, сетуют, что никто не “подсказал”. Идут у больного на поводу (выискивают “микрофоны”, часами застывают под экраном из фольги), разубеждают (но бред не победишь умными доводами). Обычен поиск помощи у знахарей, частных психотерапевтов во избежание огласки. Духовники внимательнее к психическим недугам, чем замороченные рецептами интернисты. Манифест психоза в виде нелепого, суицидального, агрессивного поведения — основание неотложной госпитализации. Больные помнят безотчетный страх, растерянность. “...Вы чувствуете пронзительный взгляд гостя, знаете, что он с Марса, уверены, что он контролирует Ваши мысли и неотступно следует за Вами...”. (Барбара О’Брайен. “Необыкновенное путешествие в безумие и обратно”). Шизофреники свойственны нарушения самосознания, череда нормальных и патологических реакций. Психоз не охватывает всего “Я” (не достигает “апокалипсиса” Конрада), но размывает грани реального и болезненного. Расщепление “Я” “подарило” стигматизирующее имя болезни. Арнхильд [6] в надзорной палате безуспешно отгоняет “псов, обгладывающих голени” и в курсе больничной конференции. Сожалеет, что там не место пациентам и ждет часа вскрыть себе вены, если практикантка, по недосмотру, принесет стеклянный стакан. Урок профессионалам и их помощникам быть осторожнее в словах и делах подле “загруженного и отрешенного” больного. Душа Жерара де Нерваля “раздваивалась на доброе и злое начало”. Полярно противоположные начала —

¹ Парафраз названия монографии П. М. Зиновьева (1927). Приурочено теме Всемирного дня психического здоровья (10 октября) “Моя жизнь с шизофренией”.

² Московский НИИ психиатрии Минздрава России.

³ Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств “Новые возможности”.

он сам (лепта автора в “двойничество” постмодернизма). О разделении “Я” в единстве противоположности сообщил некий патер Ясперсу [20]. Влияние психоза на самость указывает цель психиатрии — восстановление эго-идентичности (по Эриксону). Ремиссия означает отстранение и остранение. Рассказчик отделяется от болезни, иногда в диссонансе с остаточным нелепым бредом [7]. При сверхличном (“сверху вниз”) отношении пишет о пережитом как посторонний, рационализирует опыт. Экс-пациентка Сюзанна Кейсен (“Прерванная жизнь”) живописует “параллельную вселенную”, замечая, что безумие гнездится в обстоятельствах жизни (мир — большая лечебница): “*быть сумасшедшей — не значит быть в разладе с собой или скрывать темную историю... Такой могу быть я или ты, если на нас смотрят через увеличительное стекло...*”. Иной корит себя за поведение в психозе, обреченно ждет “неминуемого” рецидива. Формальная критика (“был болен”) сопровождается болезненной реакцией на “зондаж”, что косвенно указывает неполноту (хрупкость) ремиссии. Напротив, имена соавторов сборника исповедальных историй “Преодоление” [16], с их согласия, не изменены; они охотно позировали перед объективом, понимали важность обмена выстраданным опытом.

Рассказ и доказательная психиатрия. Научные журналы ждут “фактов и только фактов”. Критика “ненадежных” рассказов зиждется на преимуществах общего над особенным, объективного над субъективным, количественного над качественным. Зигмунд Фрейд считал откровения пациентов не достойными “серьезной печати науки” [цит. по 30]. Но познание не ограничено мета-анализами, “очищенными” от случайного личного опыта в самом низу пирамиды доказательности. Сложный и динамичный мир построен из ряда реальностей. По Нильсу Бору, “*Есть два вида истины — тривиальная, которую отрицать нелепо, и глубокая, для которой обратное утверждение — тоже глубокая истина*”. Психоз в МКБ-10 сведен к набору признаков. Переживания и проявления болезни не совпадают: в англоязычной литературе “симптом” и “знак” разделены. Магомет в миг озарения пережил сдвиг мирозерцания, а врач отметил бы покраснение лица. Как медицине отразить боль недуга, веру, надежду и любовь как атрибуты выздоровления? Так, “самоубийца” (судя по броским заголовкам газет) Ben Silcock залез в клетку льва. Сам больной, подлечившись, сообщил [25]: “*Пролью свет на мой опыт безумия. Обычно используют клинические наблюдения психиатров с малым вниманием к душе пациента, может быть, мой кризис указывает, что жизнь следует изменить*”. Мария убеждена, что стала мужчиной, жизнь ее мучительна, она бремя близких. Рассказ о бесплодии, сожительстве мужа с ее сестрой за фанерной стенкой домашнего изолятора высветил “непсихиатрические” проблемы [25]. Рожденная в тюремном бараке и выросшая в интернате

вечная “Нюрка” из первого “своего” дома (прибольничной реабилитационной квартиры) выпорхнула замуж и на службе ученицами зовется отныне по отчеству [16].

Качественный анализ изучает взгляды, отношения и убеждения, потребности в виде рассказа (ответов структурированного опросника), совмещая субъективный и объективный, эмоциональный и познавательный опыт пациента и/или его близкого. Писатель W. Styron, знавший об отчаянии психического недуга не понаслышке, призывал приподняться над слепо-немотой статистики. Личная и медицинская истории сосуществуют. “Триангуляция” перспектив облегчает понимание шизофрении, целостную оценку помощи (табл.).

Таблица. Качественный, основанный на рассказе, и количественный, с опорой на доказательства, подходы [по 21, изм. доп.]

Качественный	Количественный
отвечает на вопросы: “Что? Почему? Как?”, Личностно значимый. Относительный. Разнообразный. Образный. Частный. Практический. Целостный Естественный Социальный контекст изменчив и неповторим. Малое число участников при скрупулезности изучения.	отвечает на вопросы: “Сколько? Как часто?”. Измеряемый. Контролируемый. Воспроизводимый. Стандартизированный. Научно-исследовательский. Аналитический. Наблюдательный. Теоретический. Эпидемиологический.

Рассказ и выздоровление. Социально-личностное выздоровление — глубинный процесс активного совладания с остаточными симптомами и ограничениями болезни [3, 24, 26]; означает не возврат к доболезненному состоянию (*status quo ante*), невозможному клинически и диалектически, но путь деятельной надежды [26] восстановления роли “здорового” с ответственностью перед близкими и обществом, благополучия (“*жизнь в ладу с собой и миром*”, — по мнению активиста “Новых возможностей”).

Отчего одни выздоравливают, а иные нет? Благоприятные “исходы” — следствие заложенных в природе шизофрении механизмов саногенеза [7, 14]. “За” выздоровление — личностные (жизнестойкость) и средовые (медико-социальная, дружеская и семейная поддержка) ресурсы [3, 18]. Мотивация к выздоровлению, обретение смысла и цели жизни — ключевые темы авторов [15]. У рассказа о личностно значимых ценностях, “правильном лечении”, основанном на опыте болезни, ясный лечебно-реабилитационный посыл. Авторы, как ветераны войн, полагают, что “им невероятно повезло”. С “чудесным доктором” (иным значимым лицом), связан галс на выздоровление [15, 16]. Арнхильд [6] помнит сквозь годы санитаря, по зову души “*разрешившей быть человеком*”: они рисовали. “*Одна санитарка спросила, где я живу. Я назвала номер своей палаты. “Нет”, — удивилась та — “Я о твоём доме*”. Возможно, судьбоносная встреча пришла на затухание процесса с пониманием пользы помощи. В коллективном рассказе — коллек-

тивный портрет профессионала новой формации: 1) видящего не клиническую проблему, а человека с проблемами; 2) сопереживающего и понимающего; 3) развивающего потенциал больного; 4) уважающего его реальные и растущие по мере улучшения нужды и чаяния; 5) полагающего неудачи (как рецидив) временным отступлением на нелинейном пути выздоровления; 6) обучающегося на опыте больного и его близкого, “экспертов на основании опыта”; 7) обсуждающего выбор лечения; 8) правозащитника (противодействующего стигме); 9) привлекающего ресурсы помощи (семья, добровольцы, общество самопомощи).

Авторы ценят поступательные малые достижения (“муравьиная философия”), описывают восстановление ценности “Я” (“самости”), самоконтроля, оптимизма и принятия уроков прошлого [16, 18]. “*Безумие как опыт ужасно*”, — заметила Вирджиния Вулф, но авторы стали лучше, терпимее, “духовнее”. Видимо, не экзистенциальный опыт (“все, что не убивает...”), но сдвиг кречмеровской диатетической пропорции к стеническому или гипертимному полюсу способствует большей жизнеспособности, самоуверенности, гиперсоциальности [7]. “Терапия рассказом” основана на частной истории как источнике самоопределения, катарсиса, самокритики, понимании поворотов судьбы, созвучно с целями терапии творческого самовыражением [1]. В методических рекомендациях [11, 15], на психообразовательных занятиях, в брошюрах для пациентов и их близких передан “по горизонтали” опыт выздоровления активистов “Новых возможностей” [8, 9]. Профессионалы озабочены, что лозунг “выздоровление для всех” при хроническом недуге питает ложную надежду, будучи оксюморонами. Однако анализ закономерного успеха “счастливиц” меняют фаталистическую оценку шизофрении. Д. Фишер, психиатр, руководитель реабилитационного центра, пишет: “*Я выздоровел от шизофрении. Если это удивляет вас, потому что от шизофрении как пожизненного заболевания нельзя избавиться, вы ошибаетесь: это заблуждение изолирует миллионы людей из-за ярлыка психического расстройства*”. В жизнеописании кандидат в президенты Королевского общества психиатров Mike Shooter упомянул психическое расстройство. Члены общества признали ценность личного опыта наряду с профессиональными навыками. Развитие самости, отделение “Я” от “Оно” (диагноза, психоза) — суть слогана антистигматизационной кампании: “*больной шизофренией — личность с шизофренией*”, то есть как скажешь, то и увидишь.

Барьеры выздоровления, от обратного, — не только “психоз”, но безнадежность, зависимость, резиньяция инвалида. Не купируемые вовремя побочные действия и нелеченные остаточные (непсихотические) симптомы болезни — свидетельство низкого качества помощи [29]. Поэтому важны упрочение и углубление ремиссии и выработка навыков совладания с

тлеющей болезнью. Нелеченная депрессия в связи с крушением надежд и завышенными ожиданиями чревата срывом реабилитационных усилий и риском “парадоксального” (на фоне ремиссии) самоубийства. Так, молодой пациент годом “над пропастью” при “благополучных” показателях шкал психопатологии и функционирования назвал период, когда был “возвращен родителям” любимой женой [8]. Бремя лечения “не должно быть горше самой болезни” и отторгать пациента от лечения. Тяжесть нежелательных действий определена не мнением врача, но “вкладом” в нарушение повседневного (ролевого) функционирования, мерой субъективного дистресса и стигматизации [29]. По механизму импринтинга, рассказчик живо ощущает, как “закатывались глаза и вылезал язык”, не отрицая пользы помощи в целом. Не менее тягостны и пугающими описаны симптомы гиперпролактинемии, ожирение (“*перешивала каждый день платье и рыдала*”), что влечет обрыв терапии на поздних этапах и повышает суицидальный риск. Поймем дилемму “критичных” больных: страдать от побочных действий лекарств сегодня или попасть в больницу завтра. О побочных действиях пациент и его близкие, как правило, узнают из опыта, о возможных — из вкладыша в упаковку лекарств или интернета. Большим тягостны рассеянность и вялость, их близким — беспомощность и отчужденность, непредсказуемость. Большинство тех и других смешивает нежелательные действия терапии с симптомами (“апатия”) болезни [12]. “*Одинок и бесцельно / я бродил в странной летаргии / полного краха, и память о прошлых днях / нарушала тишину звуками фанфар*”, — пишет некий Graeme Hobbs “через три года шизофрении и за несколько дней до возвращения рассудка” [22]. R. Мау, медицинский психолог и видный деятель движения выздоровления, отказался от непереносимых “из-за душевного равнодушия” лекарств [27]. Deegan, тоже избравшая по выздоровлению стезю психолога, вспоминала, как одурманенная лекарствами (и, видимо, постпсихотической депрессией. Прим. соавт.) в больничном коридоре, знала, что ей уж не быть в Корпусе Мира, а сигареты (известное средство самолечения депрессии и экстрапирамидных расстройств) структурировали бесконечно длинный пустой и одинокий день в “лазарете на дому”: “*Мы воспринимали время, как предателя*”.

Созвучно с признанием страдальца К. Батюшкова, записанные им в дни послабления болезни:

*“Премудро создан я, могу на свет сослаться:
Могу чихнуть, могу зевнуть;
Я просыпаюсь, чтоб заснуть
И сплю, чтоб вечно просыпаться”.*

Профессионалы, коли их коснулось тяжкое крыло болезни, вследствие психологической защиты, склонны объяснять психические проблемы внешними причинами, особо тяготясь функциональной несостоятельностью. Объяснения болезни важны для эмпатической

связи и планирования лечения. Но не всегда разумно “объяснять” пациенту и его близким диагноз, ведь отрицание болезни, особо вначале, играет защитную роль [25]. Акцент на пользе активного терапевтического соучастия и потенциально изменяемой лечением траектории болезни. Профессионалы, ориентированные на контроль симптомов, связывают ремиссию с соблюдением режима длительного лечения, чему препятствует не критичность больного (более, чем плохая переносимость лечения), но немало больных ощущают пользу лекарств (“для сна”, против “головов”) без осознания психической болезни [16]. Самоописания указывают, что приверженность к терапии — динамический поведенческий феномен. Пациент привержен лечению, коли поймет его условием достижения лично значимой цели. Обостренное понимание гипертрофированных (часто депрессией) последствий “диагноза” — суицидогенный фактор. Доктор Кандинский так объяснил (себе и читателю) постпсихотическую депрессию: *“угнетенное состояние духа, но далеко не на первом плане, кроме того, для тоски можно указать реальные причины: изменение условий жизни, прекращение привычной деятельности, разлука с близкими людьми, наконец, сознание болезни и представление возможных последствий, например, слабоумия”*. Глубина страданий опровергает миф об “эмоциональной тупости” больных. *“Я чувствую, что снова схожу с ума... И я не могу поправиться на этот раз. Я начинаю слышать “голоса” и не могу сосредоточиться. Поэтому делаю то, что считаю лучшим”*. (Прощальная записка мужу Вирджинии Вульф). Пациенты видят в благополучии (живость эмоций, ясное мышление, социальная активность) успех “дружественной” (хорошо переносимой, удобной) терапии, но объяснение связи между продолжением лечения и достижением лично значимых целей требует оптимизации фармакотерапии при целевой психосоциальной работе [25]. По Deegan, врач должен принять *“благородный риск и право на неудачу”* [24]. Умозрительно и клинически обосновательно признает некий обогащающий личность “экзистенциальный опыт”, избегает ярлыка “пациент”, означающего “терпящий, страдающий” (лат.), но пишет о “клиенте” (“отдавшемся под покровительство свободном гражданине”, лат.), то есть осознающего ограниченную болезнь, по Энгельсу, в свободе жизни. Неосведомленность, предубеждение к помощи [2, 11, 12] питают скепсис относительно шансов движения вперед. Больной (его семья) полагает, что их дом непоправимо разрушен, в отчаянии (“оружие слабых”) и смиренности освоили роль “выученной беспомощности”. Однако принятие ответственности за упорядочение жизни служит условием выздоровления, но пассаж *“Выздоровление — не подарок врачей, а ответственность всех нас... Мы должны изменить жизнь, не надеясь на других... верить в свои силы, отказать быть больными”* [23] не универсален. Лю-

бое общественное движение включает спектр позиций. “Экстремисты” (с опытом спонтанного выздоровления) видят типовые службы рассадником безнадежности, пожизненной зависимости, стигматизации. Но, отрицая болезнь, бессмысленно ратовать за выздоровление. При осторожном признании пользы кризисной помощи как *“страховочной сетки”* острому больному и его семье, *“главная претензия — недостаток упругости этой сетки, которая позволила бы вспрыгнуть назад на натянутый канат”* [27]. То есть излишни тенеты диспансерного наблюдения. Но “патернализм” необходим для беспомощных, опасных для себя и / или окружающих, а систематическое биопсихосоциальное лечение минимизирует клинико-социальные последствия хронического психоза, приближая час клинического и/или социального выздоровления [3, 7]. Развивая метафору, реабилитируемый сходен с “плясуном в чугунных сапогах на канате”: равно опасны зыбкому душевному равновесию чрезмерные стимуляция и опека [9, 10].

Оценка психиатрической помощи пациентами в начале XIX века вдохновила Tuke из Йорка на клиническую философию и практику, основанные на доброте, сочувствии, уважении и надежде на выздоровление [15]. У “новой парадигмы” психиатрии есть добрые традиции (вспомним соотечественников, психиатров-общественников и социальных патологов). Репортаж журналистки конца XIX века Нелли Блай, под видом больной проникшей в психиатрическую лечебницу, *“царство холода, голода и произвола”*, заставил мэрию срочно вмешаться. Впечатление от первой госпитализации особо болезненно, усугубляя расстерянность и отчуждение. Психиатры, в лучшем случае, *“объясняют сложно”* без учета когнитивных проблем больного и его близких в кризисе. Фиксация, инъекции без объяснений воспринимаются наказанием и вплетаются в идеи отношения (что опасно для персонала). Вписаны в хронотоп больницы грубые неумелые руки санитаря, казенная койка в многонаселенной палате с “разными” больными, застиранное белье и неистребимый запах капусты. На разных языках больные и выздоровевшие, защитники их прав годами критикуют ориентированную на лекарства психиатрию, малую доступность психотерапевтической помощи (более ждут материальной поддержки), формализованную психосоциальную работу (“лекции”), закрытость и равнодушие медперсонала, давящую вкупе с “успокоительными” скуку запертых отделений [9, 15, 16, 19, 27]. Врачи не спрашивали “хроническую больную” Архильд, кто ждет ее дома, но регулярно проверяли ориентировку в месте и времени. Пациенты не знают названий лекарств — большая половина откажется от них по долгожданной выписке, не связывая больничное бдение с перерывами лечения, но — с внешними обстоятельствами [11]. Показательно: претензии отечественных респондентов обычно сводятся к бытовым условиям больниц

[10, 11], ограничениям свиданий, кражам передач, отсутствию прогулок (в то же время психиатры не довольны ограничением ряда снотворных). Перебои привычных лекарств, вынужденное приобретение их за свой счет, волнительны близким. Весьма низки ожидания улучшения (“хоть бы не бил”). Бремя семьи, как правило, лишь усугублено регоспитализацией в связи с дополнительными душевными угрызениями и временными и материальными затратами. Потребности, мотивацию к выздоровлению пациентов и их близких предстоит развить, обучать роли экспертов качества помощи [10], осознанию себя мастером судьбы, в перспективе — гражданином. Тяжкое материальное положение (хронический недуг — “чашотка кармана”) скрыто мучительными раздумьями о будущем (“что будет после моей смерти”), особо в связи с неудовлетворительной психиатрической помощью пациентам с сочетанными клинико-социальными нуждами. История матери малолетнего ребенка [28] обострила критику “лоскутной” психиатрической помощи и указала ограниченность лекарственного подхода.

Пронзительные и бесхитростные истории “как это” быть больным и жить достойно становятся научно доказательным обоснованием идеологии и практики доброты, сочувствия, уважения и надежды; программ психиатрической помощи, обращенным к “эластичным” нуждам больных и их близких, поддерживают международное движение выздоровления, объединяющее профессионалов и группы самопомощи. Зона ответственности за результат лечения смещается к обученным и организованным пациентам и его близким в русле межпрофессионального (бригадного) и межведомственного взаимодействия. “Психиатрия остается единственной медицинской дисциплиной с настойчивым интересом к пациенту как к личности в эпоху доминирующих подспециальностей, изучающих отдельные параметры человеческого тела” (Л. Айзенберг⁴). Клинические руководства, основанные на доказательствах [29], разработчики МКБ-11 внимательны к внутренней картине болезни [16]. Оценка “новых-старых” форм лечебно-восстановительной помощи органично дополнена мнением пациентов и их близких [2, 10, 12, 13]. Наш рассказчик — не покорный обстоятельствам “немой свидетель”, “потребитель” психиатрической помощи, но цельная личность с предпочтениями и потребностями в уникальном социальном, семейном и этно-культуральном контексте. Бережно собираемые “Новыми возможностями”, как цветок к цветку, и предлагаемые городу и миру исповеди — не антология ламентаций и “страшилок”, но источник информированного сдержанного оптимизма союза больных и их близких, профессионалов и добровольцев. “Выздо-

вление” представлено самоочевидным и желаемым стечением неслучайных обстоятельств: реализацией многосторонних резервов пациента. “Все мы несём весть надежды и восстановления людям”, — пишет Р. Deegan от имени всех ужаснувшихся и выздоровевших. Не в этом ли суть выздоровления — “более основательно стать человеком”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М.: 1989. 304 с.
2. Былим И. А., Любов Е. Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи. // Психическое здоровье. 2010. № 8(51). С. 56 – 71.
3. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожжакова Я. А. Выздоровление при шизофрении: Концепция “recovery” // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. Вып. 2. С. 7 – 14.
4. Левина Н. Б., Любов Е. Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической помощи с опорой на сообщество / Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. / Ред. И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельдт. М.: Медпрактика-М., 2007. С. 318 – 322.
5. Левина Н. Б., Любов Е. Б. Оценка больничной помощи пациентами и их близкими. / Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. Под ред. О. В. Лиманкина. СПб., 2009. Т. 1. С. 486 – 493.
6. Левина Н. Б., Любов Е. Б. Завтра я всегда была львом. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. Вып. 2. С. 106 – 109.
7. 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.
8. Любов Е. Б. Понимание шизофрении: Брошюра для пациентов и их близких. М., 2011. 95 с.
9. Любов Е. Б. Первый приступ психоза: резервы выздоровления. Брошюра для пациентов и их близких. Москва, 2012. 76 с.
10. Любов Е. Б., Бурьгина Л. А., Бояров В. Г., Горбунова М. В. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их родственниками. / Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: Ин-т проблем управления здравоохранением, 2009. С. 403 – 427.
11. Любов Е. Б. и группа исследователей. Стационарные пациенты о своих потребностях и удовлетворенности психиатрической помощью. // Независимый психиатрический журнал. 2012. II. С. 28 – 32.
12. Любов Е. Б., Куликов А. Н., Боев О. И. и соавт. Оценка психиатрическими пациентами электросудорожной терапии (ЭСТ). / Трансляционная медицина — инновационный путь развития современной психиатрии, 19 – 21 сентября 2013 года, Самара, тезисы конференции. / Под ред. Н. Г. Незванова, В. Н. Краснова. Самара, 2013. С. 161 – 162.
13. Любов Е. Б., Левина Н. Б., Ларионов М. Б., Русакова Г. А. Поддерживаемая занятость лиц с психическими расстройствами. М.: Новые возможности, 2012. 48 с.
14. Любов Е. Б., Чубина С. А. Извечен спор надежды и сомненья. Комментарий к статье R. В. Zipursky, T. J. Reilly, R. M. Murray Миф ош изофрении как програссирующем болезни головного мозга. // Независимый психиатрический журнал. 2014. Вып. II. С. 14 – 16.
15. Портер Р. Краткая история безумия. Пер. с англ. М.: АСТ–Астрель, 2009.
16. 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.: Новые возможности, 2009. 129 с.

⁴ Цит. по интервью П. В. Морозова “Газете RU”, 11.01.2012.

17. Рид Д. М., Краснов В. Н., Кулыгина М. А. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств. // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. Вып. 4. С. 56 – 61.
18. Три портрета: Жизнь и судьба творца в психиатрическом интервью. Сост. Н. Б. Левина, Е. Б. Любов М.: Новые возможности, 2010. 52 с.
19. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. 576 с.
20. Яценко К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1053 с.
21. Bustin K., Parry-Jones W., Livingstone M. et al. Qualitative Research. // Br. J. Psychiatry. 1988. Vol. 172. P. 197 – 199.
22. Cavelti M., Kvrjic S., Beck E.-M. et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. // Eur Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 19 – 32.
23. Coleman R. Recovery: An Alien Concept. Gloucester: Hansell Publishing, 1999.
24. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. // Psychosoc. Rehab. J. 1988. Vol. 11. P. 11 – 19.
25. Jenkins J. H., Strauss M. E., Carpenter E. A. et al. Subjective Experience of Recovery from Schizophrenia-Related Disorders and Atypical Antipsychotics // Int. J. Soc. Psychiatry. 2005. Vol. 51. P. 211 – 227.
26. Lysaker P. H., Buck K. D., Hammoud K. et al. Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: comparisons of objective and subjective indicators of health. // Schizophr. Res. 2006. Vol. 28. P. 241 – 249.
27. May R. Understanding psychotic experience and working towards recovery. / Psychological Interventions in Early Psychosis. / P. McGorry, J. Gleeson, eds. Chichester: Wiley, 2004.
28. Nicholson J., Geller J. L., Fisher W. H. “Sylvia Frumkin” has a baby: a case study for policymakers. // Psychiatr. Serv. 1996. Vol. 47. P. 497 – 501.
29. Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. National Clinical Guideline № 178. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence, 2010. 684 p.
30. Roe D., Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story // Med. Humanit. 2005. Vol. 31. № 2. P. 89 – 94.

**Международный Конгресс
Всемирной федерации психического здоровья**

Жизнь с шизофренией

9 – 11 октября 2014 г., Афины, Греция

profgchristodoulou@gmail.com; <http://www.wfmh2014.gr>

Международный конгресс

ПСИХИАТРИЯ ПОСЛЕ DSM-V

13 – 15 октября 2014 г., Изео, Италия

**dr.tavormina.g@libero.it;
<http://www.censtupsi.org/workshop-2014-twined>**

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Текущее или конечное состояние?

Разбор¹ ведет проф. А. С. Аведисова, врач-докладчик Т. А. Андрианова

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной Андрей Алексеевич Комаров, 1982 г.рожд., поступивший в нашу больницу 12 ноября 2013 г. В настоящее время не работает.

АНАМНЕЗ: психопатологическая наследственность отрицается. Отец по характеру вспыльчивый, импульсивный, мать спокойная. Есть младший брат, моложе на 3 года, здоров. Беременность у матери протекала с токсокозом 1 половины, в родах стремительно отошли воды. Отмечались явления повышения рефлексов, состоял на учете у невролога. До 3-х месяцев был очень крикливым, плохо спал, плохо брал грудь. В детском саду был возбудимым, конфликтным, часто дрался. В 8 лет перенес ЗЧМТ — в ответ на грубость ребенка ударил и его, мальчик ударился головой, было рассечение брови, потерял сознание, тошнота, рвота, лечился в детской больнице. В школе учился хорошо, но часто нарушал дисциплину, был крикливым, драчливым. В подростковом возрасте стал более замкнутым, неохотно общался со сверстниками. После окончания 10 классов поступил в сельскохозяйственную академию по специальности инженер стандартизации “вместе с другом”, “за компанию”. Специальности не нравилась. Учился формально. Эпизодически поддерживал отношения с девушками, однако ни с кем постоянных отношений не было. На 4 курсе также перенес ЗЧМТ (занимался сноубордом и экстремальным велосипедом, прыгал с горок, ездил на пересеченных трассах), упал, терял сознание, был перелом бедра, со слов брал академический отпуск.

В армии не служил, имел отсрочку от службы в армии. В 2008 году впервые лечился в ПБ № 8 им. Соловьева с 18.03.08 по 28.04.08. В это время учился в Университете на 5-м курсе, работал дизайнером в ООО “Виртуальный океан”. Предъявлял жалобы на нарушение сна, туман в голове, рассеянное внимание, несобранность, тревогу, пониженное настроение, головные боли, колебание АД, “наплывы мыслей в голове”. По сведениям выписки, считал, что нездоров в течение 2-х лет, нарастала бессонница, появилась сонливость, вялость. Много занимался компьютерной

графикой в ночное время, появились боли в животе, рассеянное внимание, ухудшение аппетита. Обратился за помощью к невропатологу, получал имован, новопассит, однако заметных сдвигов в состоянии не было. Стал хуже справляться с заданиями. Ухудшилось настроение, появилась тревога, пониженное настроение. Отмечал у себя наплывы мыслей, настроение было снижено, испытывал трудности сосредоточения внимания. Отмечалось медленное нивелирование астено-депрессивной симптоматики. Получал лечение препаратами ремерон, трифтазин, алпрозолам, релиум, амитриптилин, азалептин. Сразу после выписки бросил лечение и не обращался к психиатрам. В 2007 – 2008 годах работал в отделе дизайна на должности художника трехмерной графики, с работой справлялся, работа нравилась. Однако чрез некоторое время стало трудно работать, думать, пришлось бросить. В 2008 – 2009 году работал год курьером. Затем бросил работу, закончил курсы массажистов. Работал в салоне красоты массажистом неофициально. Работа нравилась, однако не нравилось, что “его иногда заставляли работать бесплатно”. “Не хотел быть рабом”. В последние 2 года не работает.

Постепенно нарастала астения, слабость, бессонница. Не хотелось ничем заниматься. Затем понял, что “врачи ему не помогут”, “ему надо самостоятельно выработать тактику своего лечения”. Стал читать эзотерическую литературу. Увлёкся йогой, пытался заниматься медитацией. Записался на курсы. Постепенно стал ощущать, что находится под влиянием “машины”, “машину” олицетворял с “Богом”. Проводил параллели между своим состоянием и состоянием героев фильма “Матрица”. Почувствовал, что “машина” находится “езде”, стал ощущать странные ощущения в голове, которые считал “сделанными” — так, “в голове был постоянный туман”, периодически отмечал, что “мысли куда-то пропадают”, были “звучащие мысли” различного содержания. Были “звучащие мысли в форме приказов”, под их влиянием совершал странные поступки — мог броситься к холодильнику и есть пищу, которая ему не нравится. Иногда мог послать мать ночью в магазин за едой. Иногда бывало ощущение, что какие-то действия делает “не он” — так, “неведомая сила заставляла его в комнате передвигать какие-то предметы”. Также чувствовал, что “машина” может изменять частоту сердечных сокра-

¹ Разбор проводился в Московской психиатрической больнице № 4 им. П. Б. Ганнушкина 1 декабря 2013 г.

щений, вызывать боли в желудке. В дальнейшем появилось ощущение, что он “выходит из тела” и “летает в другие миры, лучшие, чем этот мир”. Неоднократно говорил матери, что хочет умереть, лежал в одной позе, отказываясь от еды, просил, чтобы она “отпустила его”. Иногда смеялся, разговаривал сам с собой. Увлёкся буддизмом, вступил в “секту”, ездил куда-то в Ленинградскую область на “медитации”, затем стал увлекаться индуизмом. Забросил работу и не пытался подработать. Стал агрессивным: так, ударил младшего брата, за то, что тот не налил воду в фильтр. После этого младший брат вместе с женой стал жить отдельно. Стал есть избирательно: ел только овощи, фрукты, постоянно смотрел этикетки на продуктах, следил, чтобы не есть “вредных продуктов”. Стал считать, что Интернет и телевидение “заключают в себе злую, колдовскую силу”. В декабре 2012 г. поехал в Таиланд, прожил там месяц, хотел остаться там жить, но просрочил визу, выбросил теплые вещи и прилетел в одной футболке. Мать была вынуждена выслать ему деньги на билет по Интернету. Пересаживаясь с самолета на самолет в Новосибирске, бежал в одной футболке при температуре – 38 градусов. Прилетев в Москву, оделся в метро, не видел в своем поведении ничего странного. В течение 1,5 лет практически жил один — мать была вынуждена жить в деревне и ухаживать за своим престарелым отцом. Когда мать в апреле приехала домой, увидела, что сын еще больше изменился по характеру: стал неадекватно смеяться, однажды заявил матери, что “ждет приказа от машины, чтобы убить мать и отца”. Прятал свои документы. Высказывал мысли о своем величии, говорил, что “он особый человек”, “возможно, избранный”, однако “говорить об этом не стоит”. В день госпитализации собрал документы отца и сжег их в ванной, ударил отца, когда тот попытался ему помешать, был задержан сотрудниками полиции. Заявил дежурному психиатру, что он “общается с высшим существом по имени Буба”, заявлял, что родители ему “чужие”.

С 29.04.2013 по 06.06.2013 находился на лечении в ПКБ № 4 им. Ганнушкина. Был госпитализирован в недобровольном порядке в связи с агрессией к родителям. При осмотре был недоступен продуктивному контакту, переживаний не раскрывал, заявлял, что “он высшее существо”, а “родители ему чужие, хотят от него избавиться”. Достоверных сведений о себе не давал. Получал лечение галоперидолом в/м 15 мг в сутки, аминазином 50 мг в/м на ночь с корректорами. 11.05.2013 стал предъявлять жалобы на плохое самочувствие, сердцебиение, тремор рук, ощущение “скручивания всего тела”. Была проведена коррекция терапии. Назначен трифтазин в дозе 15 мг в сутки, увеличена доза корректоров до 12 мг в сутки. Родители ежедневно навещали больного, постоянно обращались к врачу с просьбой о выписке. 30.05.2013 дал добровольное информированное согласие на лечение. Гулял с родителями. Родители не считали его боль-

ным, думали, что он “особый”. По настойчивой просьбе родителей, а также в связи с отказом от дальнейшего лечения, был выписан домой 06.06.2013. После выписки один раз пошел в ПНД, получил поддерживающую терапию. Практически сразу прекратил прием корректоров. На фоне отмены корректоров развился нейролептический синдром, испытывал неприятные ощущения во всем теле. Хотел повеситься, но был остановлен матерью, был вызван дежурный психиатр, однако больной и мать от госпитализации отказались. Постепенно прекратил прием препаратов, хотя в диспансере ему предлагали перейти на прием атипичных нейролептиков. Затем вновь появились ранее описанные ощущения. Также нарастали страхи и тревога: сидел на полу в коридоре по ночам, заявлял, что “ему страшно”, не закрывал дверь в ванную, когда мылся, кого-то боялся. Мать была вынуждена обратиться в ПНД № 17. Госпитализирован в недобровольном порядке, в отделении дал добровольное информированное согласие на лечение.

Эпиданамнез: в течение 10 последних лет из Москвы не выезжал, подъемов температуры, тошноты, рвоты, диареи не было, в контакте с инфекционными больными не был.

Соматическое состояние: среднего роста, пониженного питания. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ясные. ЧД 17 в 1 мин. ЧСС 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: менингеальных симптомов нет. Глазные щели D=S. ЧМН без патологии. Сухожильные рефлексы равные. Нарушений координации и статики нет.

Заключение терапевта от 22.11.13: гипербилирубинемия.

Заключение невролога от 28.11.2013: на момент осмотра неврологической патологии не выявлено.

Консультация психолога: Испытуемый ориентирован всесторонне правильно. В контакт вступает охотно, о себе рассказывает в основном при задавании экспериментатором наводящих вопросов, поначалу закрыт, формален, затем в ходе беседы начинает рассказывать о своих переживаниях: “дома ничем не занимался, сидел и лежал, мысли в воздухе повисли о смысле жизни, бесконечности Вселенной”, в дальнейшем много рассказывал о мироздании, других мирах. Испытуемый так описывает свои переживания: “мир — громадный механизм, невероятных размеров машина, в этом мире живет большое зло, которое постоянно отсасывает энергию у человека”. “Идет огромный отток энергии, отток сознания”, “испытываю такое ощущение на уровне тела, что кто-то давит постоянно, кто-то управляет моим телом”. Просит не записывать экспериментатора то, что рассказывает о путешествиях в другие, “более прекрасные миры”.

Говорит о том, что “за пределами сознания совершенно другие, удивительные миры, где дух совершенно свободен, ничем не отравлен”, там все прекрасное, яркое, удивительное, там можно бесконечно путешествовать”. Испытуемый эмоционально нивелирован, однообразен, гипомимичен. Суждения испытуемого разноплановые, нецеленаправленные. Инструкции к заданиям удерживает хорошо. При объяснении экспериментатором инструкций к заданиям задает различные дополнительные вопросы, например, “а нужно ли выделять предметы по цвету, форме?”. При выполнении заданий часто оперирует формальными характеристиками, подчеркивая цвет, форму, объем предметов. Испытуемый коррекции поддается формально, настаивает на правильности своих рассуждений. К помощи маловосприимчив. Темп деятельности испытуемого несколько снижен, в целом ровный. Испытуемый несколько раз в ходе обследования говорил, что “не собирается работать”, о желании “поехать в теплые края, там помедитировать”, постоянно говорит о своих интересах: “сыроедение, йога, медитация”. Испытуемый жалуется на “какое-то непонятное, размазанное состояние, ощущение того, что “он не здесь”. При обобщении, сравнении понятий выявляются выраженные признаки искажения процесса обобщения в виде актуализации латентных, малосущественных признаков предметов и явлений (например, сравнивая понятия “ботинок” и “карандаш”, испытуемый говорит: “ботинок сам по себе не может быть один”, “если он один, то он не ценен, а карандаш сам по себе имеет ценность”, и тут же актуализирует следующий вычурный признак “и у карандаша, и у ботинка есть внутренности (стержень и шнурки)”. Сравнивая понятия “бабочка” и “глобус”, так объясняет различие между ними: “бабочка более свободная, чем вращающийся глобус, бабочка может летать, а глобус полетит только, если его кинуть”. Сходство объясняет так: “и бабочка, и земля хотят жить”). Выявляются также признаки нарушения мотивационного компонента мышления. При выполнении методики “Классификация” выявляется разноплановость мышления (например, выделяет группы “домашние животные”, “дикие животные”, “птицы” и отказывает соединять в одну группу “жука” и “бабочку” на основании проникновения личных представлений в выполняемые задачи. Объясняет свое решение так: “лично я жуков не люблю”, все цветные карточки складывает над черно-белыми и объясняет так: “цветные карточки выше черно-белых, поскольку энергетических затрат при их изготовлении гораздо больше”. Выявляется резонерство: “у собак черно-белое зрение, и видят они гораздо быстрее, поэтому и затрат надо меньше. Так, и чертеж сначала выполняют простыми линиями, не цветными, а потом его заливают и закрашивают”. При объяснении скрытого и переносного смысла рассказов, пословиц и метафор также выявляется расплывчатость, разноплановость суждений,

резонерство. Ассоциативные образы испытуемого формальны, эмоционально однообразны, невыразительны, встречаются псевдоабстрактные вычурные ассоциации (например, для запоминания понятия “сомнение” рисует зеркало и объясняет так: “зеркало — оно неживое, а ты — живой и ты смотришь и сомневаешься, живое оно или нет”, а при запоминании понятия “болезнь” рисует что-то похожее на осьминога и рядом острый с выростами камень и объясняет так: “пронзает пространство и время, все отравляет”, для запоминания понятия “счастье” рисует кристалл и объясняет так: “чистый кристалл, кристалл света все излечивает”). Выявляется наличие внутреннего напряжения. В ходе данного обследования признаков истощаемости психических процессов не обнаружено. Распределение внимания не нарушено, выявляется некоторая неустойчивость внимания. При исследовании мнестических процессов выявляется достаточный уровень механической непосредственной памяти, несколько сниженный уровень отсроченного запоминания (10 слов: 7, 7, 10...8). Встречаются единичные персеверации. Опосредованная память в пределах нормы. Рассказы, составленные испытуемым по картинкам методики ТАТ, носят расплывчатый, неопределенный характер. Главные персонажи эмоционально однообразны, маловыразительны. Большинство персонажей пребывают “в задумчивости, самых разнообразных мечтаниях о чем-то прекрасном, удивительно ярком, чего не встретишь в реальности”. При выполнении проективных методик тонко прорисовывает мелкие детали, старается подчеркнуть красоту природных объектов. При исследовании эмоционально-личностной сферы выявляется эмоциональная нивелированность, оторванность от практических дел, однообразность, трудности в сфере межличностного функционирования, оторванность от практической сферы, обособленность испытуемого. Выявляются выраженные трудности в сфере межличностного функционирования.

Таким образом, в ходе данного обследования выявляются выраженные специфические признаки нарушения операционального компонента мышления (признаки искажения процесса обобщения в виде актуализации латентных, малосущественных признаков предметов и явлений, наличие вычурных псевдоабстрактных ассоциаций) и признаки нарушения мотивационного компонента мышления (в виде разноплановости, нецеленаправленности суждений, резонерства) у эмоционально нивелированной, однообразной личности с трудностями в сфере межличностного функционирования, оторванной от практических дел, обособленной.

ЭЭГ от 04.12. 2013: диффузные изменения электрической активности мозга на ЭЭГ, вероятно, обусловлены раздражением и дисфункцией стволово-энцефальных и медиобазальных образований.

Общий анализ крови от 19.11.2013: Нб-160; Э-5,2; ЦП-0,83; Тр-192,0; Л-8,3; п/я 4; с/я 52; э 2; лф 38; моно 4; СОЭ 11.

Общий анализ мочи от 13.11.2013: светло-желтая, прозрачная, ОП-1008; реакция щелочная; белок не обнаружен; глюкозы не обнаружено, билирубин не обнаружен, уробилиноиды выше нормы, эпителий единичный, лейкоциты 1–3 в поле зрения, соли аморфные фосфаты.

Биохимический анализ крови от 13.11.2013: общ. белок 75,1; мочевины 3,6, креатинин 104; билирубин общий 31,2; билирубин прямой 7,2, АлАТ 11; АсАТ 17; гамма-ГТ 8, глюкоза 5,6.

ИФА на сифилис отрицательно от 14.11.2013. ВИЧ от 15.11.2013.

HbsAg отрицательный от 12.11.2013, аHCV отрицательный от 18.11.2013. BL, BD — отр.

ЭКГ от 14.05.2013: синусовая тахикардия 102 в 1 мин. Вертикальная ЭОС.

ФЛГ от 28.05.2013 легочные поля прозрачные, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок не деформирован. Корни не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Психическое состояние: в сознании. Держится замкнуто. Переживаний в полной мере не раскрывает. Заявляет, что “им управляет машина”, однако более подробно не рассказывает. После длительной беседы разговорился, рассказал, что периодически чувствует, что им “управляет машина”, “заставляет его делать что-то непонятное, что он чувствует — что он “другой”, “раздвоение личности”. В голове постоянный туман, возможно, это тоже делает машина. Бывают ощущения, когда мысли обрываются и теряются, бывают звучащие мысли. Они звучат в виде приказов. Например, он испытывал приказ броситься в окно. Сопротивляется этому приказу, хотя он слышится несколько раз. Но некоторым приказам сопротивляться не может. Подробно описывает своим ощущения при воздействии машины, он не сразу входит в свое тело. Для того, что туда войти, ему надо иногда подвигать пальцами руки, попрыгать, изменить положение тела. Иногда чувствует, что руку вытянул не он, а кто-то другой. Прочитал много психиатрической литературы. Свое состояние называет деперсонализацией, и в беседе рекомендует врачу обратиться к прочтению различных психиатров и также записаться на курсы медитации для входа в астрал. Не скрывает, что периодически иногда слышит шумы, перед глазами бывают зеленые искры, звездочки. В полной мере свои переживания не раскрывает. Фон настроения несколько приподнят. Мышление расплывчатое, аморфное, ответы на вопросы часто не по существу. Но в целом, формально доступен контакту. Больной не критичен, не считает себя больным, считает себя особым, избранным человеком, он предназначен для того, чтобы взаимодействовать с машиной и даже производить в

ней какие-то изменения, “чинить” машину. Машина влияет на всех окружающих.

В отделении на фоне лечения стал несколько более спокойным, формально следует режиму отделения. Стремится заниматься йогой, охотно делает другим пациентам массаж. Питается избирательно, ест в основном то, что приносит мать. Отмечались состояния, когда больной длительное время лежит в одной позе, и не всегда удается сразу его разбудить. Говорит, что в это время он находится в “астрале”. Мышление паралогичное, аморфное. Рассказал, что длительное время находится под влиянием “машины, которая заставляет его делать то, что он не хочет”. Рассказал, как “выходил из тела и летал в другие миры, где хорошо, лучше, чем здесь”. Высказывал планы по поводу продажи своей доли в квартире, хотел на эти деньги уехать в Индию или Таиланд и там жить. Не высказывал опасений, что деньги кончатся: “кончатся деньги, и я сам кончусь”. В беседе держался формально. В полной мере своих переживаний не раскрывал. Некритичен. Охотно согласился на участие в клинической конференции, потому что хочет поделиться знаниями, которые доступны ему, но недоступны психиатрам. Также хочет рассказать свои ощущения, которые возникают у него при приеме различных медикаментов. Дал согласие на прохождение МСЭ, ему определена вторая группа инвалидности.

Ведущий: *Какая сейчас терапия?* — Сероквель-пролонг 600 мг в сутки. — *Получается, что это одно состояние с 25 лет, фактически послабления не было?* — Течение заболевания ближе к непрерывному.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Андрей, можно я буду Вас так называть? — *Попробуйте* — Нет, я пробовать не буду, можно Вас так называть? — *Назовите*. — Хорошо. Это все врачи, Андрей. — *Рад приветствовать всех здесь присутствующих. Очень удивлен, что столько много внимания* — Не стесняйтесь, что такая большая аудитория? — *Да, я впервые выступаю, если не считать школьного спектакля.* — Какой спектакль? — *Ну какой-то там был, я уже сейчас не помню.* — Выступали, да? Тогда стеснялись? — *Тогда не особо* — Ну и сейчас, чего стесняться? Это все врачи — *Да, я понял, думаю, может пойти на пользу.* — Кому? — *Всем.* — Ну кому пойдет на пользу, вам, врачам? — *Я думаю, в первую очередь врачам.* — Врачам? Ну это интересно. Может быть, хотите чем-то поделиться с врачами? — *Вы знаете, я немного сбит с толку такой большой аудиторией, может у кого-то есть вопросы, а там вопрос за вопросом и зацепится...* — Андрей, вы знаете, мы пресс-конференцию не будем проводить. Давайте мы с Вами поговорим. Я просто знаю, что Вы хотели что-то врачам рассказать, так что, может быть, Вы начнете с этого. А дальше посмотрим. — *Я ничего такого не планировал* — Не планировали как-то поде-

литься своим опытом? — *Жизненным опытом?* — Да — *У меня большой жизненный опыт в плане решения собственных психологических проблем. И может быть даже проблем других людей.* — В чем Вы видите свою психологическую проблему? — *В данном случае? Вообще, она не только моя. Но это проблема окружающего универсума или сообщества. Это проблема отсутствия знания и контроля над собой. Т.е. люди, вот недавно мы проводили занятия, новшество такое мне понравилось — Здесь? — Нет не здесь, там, проводились занятия, психиатры и некоторое количество людей... О, я уже забыл, о чем говорил. — Забыл? Вспомните? — Да, у меня от таблеток такое бывает, прямо отбивает память. — Так пропадает? — Прямо кусок такой, раз и как резануло. Обрезало. Ну, это я связываю именно с приемом лекарств. Такие побочные эффекты — Понимаю, понимаю. Как будто закупорка, можно так сказать? — Да, вот вспомнил. Некоторые люди вообще кроме фармакологии ничего не знают... — Андрей, мы с Вами говорили сейчас совершенно о другом — А я именно об этом, о недостаточных знаниях — Я хотела понять, мне Татьяна Александровна сейчас рассказывала, что у Вас какое-то особое отношение с миром, с отдельными... — *Какие отношения? С помощью йоги и медитации, с помощью довольно простых практик я пытаюсь улучшить свое состояние и окружающего универсума.* — Универсум — это что Вы имеете в виду? Мир? — *Я имею в виду вообще вся вселенная — А машина тут причем? — Она похожа на машину — Вселенная? — Ну конечно. Вот посмотрите, солнце вокруг него планеты крутятся, это же похоже на механизм часовой.* — На часовой механизм? Но не на машину? — *А часы это не машина что-ли? — Т.е. Вы имеете в виду не такую, что с четырьмя колесами? — Нет, на машину — Вы как-то слова прямо на лету придумываете. Махину... — А что это не махина? Махина это что-то здоровое. И в том числе это машина.* — Машина вы имеете в виду какой-то механизм, как вселенная. — *Да, вселенная это механизм, так галактики устроены, она крутится. В центре быстрее — И у вас какие-то взаимоотношения в этой вселенной определенные? — Да, определенные. Я не могу поделиться с Вами — Почему? — Потому, что Вы далеки от этого. — Ну я может и далека, но я Вас пойму. Попробуйте — Как это попробуйте? Может Вы медитируете? — Попробуйте описать этот механизм, взаимоотношения Ваши со вселенной. Попробуйте. — Выравнивать его немножко. Как бумажку представляете? Представьте скомканную бумажку. Берешь, расправишь ее, и плечи поднимутся. Или у пациента твоего... Я работал массажистом, не просто массажистом. Я выправлял позвоночник, прямо вот так пальцем брал... — Я понимаю. Я знаю, что Вы даже какой-то необычной силой обладаете. Можете каким-то образом даже воздействовать на людей. — Ну в плане коррекции позвоночника это точно — Да**

не только коррекции позвоночника. Можете снимать головную боль? Можете корректировать позвоночник? Еще что? — *В основном это. Как бы по суставам — Вы как бы врач от Бога? — Типа того, но я учился. — Или Вы можете воздействовать каким-то своими особыми душевными качествами? Психическими особенностями? — Ну и душевными... Ко мне люди часто приходили и раньше. Чтобы как-то свои проблемы решить. Я говорил, что многие проблемы исходят из образа жизни, из текущего состояния здоровья — Как проповедник? — Ну да. Мне кажется, это должно быть вполне естественным и даже немножко поощряться в этом обществе. — Еще какая сила существует у Вас? Еще какие знания есть такие, которых нет у других? Есть такие знания? — У меня есть знания о фармакологии запрещенных препаратов. На собственном опыте. Они мне весьма помогли в жизни реализоваться. Я считаю, что необходимо врачам вновь вернуться к этим препаратам... — Я понимаю, Вы пытаетесь как бы учить всех, как правильно жить, да? — Иногда ко мне и сейчас приходят и спрашивают — Спрашивают, как правильно? — Да — И Вы даете советы. Хорошо. Скажите, пожалуйста, а когда это у Вас появились такие особые силы или особые знания, которых нет у других? — *Какая разница? Просто мне в определенный момент пришлось уйти от своей практики, чтобы сосредоточиться на себе. — Я знаю. — Но я не очень хочу об этом рассказывать. — Было какое-то откровение? — Было откровение, такое сильно откровение — Это лет пять назад? — Я не хочу хронологию выстраивать, потому что хронология — Я хронологию не выстраиваю, я же не спрашиваю, какой год. Но это лет пять назад? — Понимаете, есть привязка. А есть отвязка. Вы сразу меня привяжете к пятилетнему периоду... При такой аудитории... — Давайте. Вы смотрите только на меня. На аудиторию не смотрите. А то Вы прямо заигрываете с аудиторией. Смотрите, глазки строите. Давайте просто с Вами поговорим. Что за откровение? — Да так. Свет в глазах... Душа не небесах. — Откровение пришло сверху? В виде образа какого-то? — Это откровение ни с чем не спутаешь... Вы хотите божественного откровения, честно скажите? — Подождите, я сначала должна понять, что было с Вами, а потом мы поговорим о божественном. Это был образ какой-то? — А как это можно понять. Вот есть у Вас опыт какой-то? Например, в церковь сходить. — Вы были в это время в церкви, когда пришло это откровение? — Я был в деревне. — А кто у Вас там в деревне? Бабушка? — Я был с друзьями — С друзьями в деревне? Я что Вы там делали? — Мы отдыхали — Выпивали что-ли? — Нет, отдыхали — А как вы отдыхали? Удочки? — Как многие современные люди отдыхают. — Я даже теряюсь, не знаю, как это. Вы сидели в окружении друзей — Нет, просто рядом — Сколько было человек? — Я не могу сказать — Ну, примерно? Три или десять? — Допустим, двое**

— Кроме Вас еще двое? И что произошло в этот момент? — *Почувствовал в определенный момент себя хорошо очень* — Почувствовали какую-то силу необыкновенную? — *Необыкновеннейшую, прекрасную-прекраснейшую...* — И как будто снизошло на Вас какое-то благословение? Вы увидели что-то? — *Да. Свободу* — Как она выглядит? — *Как многие видят. Так вот сначала плохо-плохо-плохо, а потом вдруг — а! — и чистый белый свет и хорошо.* — Это было просто сияние? — *Нет, я могу даже в подробностях все это рассказать, но мне как-то не особо хочется, нет особого смысла. Если кто-то захочет, те через медитацию могут испытать...* — Я понимаю. А слышали ли Вы тогда голос какой-то? — *Это даже не голос, это свобода мыслей.* — Что такое свобода мыслей? — *Вот видите, сейчас мы с Вами общаемся. Это создает колоссальную несвободу, Вы не можете толком понять меня. Я не могу, потому что, может быть, скрываюсь немножко от Вас. А свобода мыслей — она, как розетку воткнуть, и потекла энергия. То есть сразу ясно...* — Вы себя почувствовали каким-то обновленным? — *Да, и при этом хорошо знакомым.* — И при этом хорошо знакомым? Т.е.? — *Т.е. я понял, что я жил раньше, до своего рождения* — Вы поняли, что жили раньше до своего рождения? В виде кого? — *В виде кого угодно. В виде зверей, в виде людей* — Реинкарнация? — *В виде машин. В виде механизмов, рыбок, в виде летучих всяких, кого угодно, кого только не жил.* — Это было... Это новое знание дало Вам какой-то положительный опыт? — *Конечно.* — Что дало Вам это новое знание, которое Вы получили? — *Силу* — Силу над кем? — *Над собой* — В каком смысле? — *В прямом смысле. Силу воли* — Что дало знание, что раньше Вы были, например, рыбкой, еще кем-то? — *Интерес к жизни, интерес к самопознанию и познанию других людей.* — Вы могли познавать других людей каким-то другим образом, как-то иначе? — *Нет, я просто видел в них, кем они были в прошлой жизни и что им следует или не следует делать в этой жизни. Я, например, могу всем порекомендовать не есть мясо.* — Не есть мясо я тоже могу порекомендовать. Но Вы ведь говорите, что можете узнать, кем люди были до своей жизни. Так? — *Да. Если очень хорошо посмотреть на человека, то можно увидеть как будто картинку такую промелькнувшую* — Кто он был? — *Это обычно какие-то яркие события его прошлой жизни* — Вы можете какой-то пример привести? — *Запросто. Например, часто вижу, что многие были воинами какими-то, типа римских. Или типа викингов.* — Это как картинка мелькает? — *Да. Вот он бежит, например, с мечом.* — Говорит что-то или нет? — *В такие моменты они прямо орут. Это можно даже немножко пережить, как будто на его стороне. Я вот стою, разговариваю с человеком, я поймал с ним такой контакт хороший. И я чувствую, что можно чуть дальше заглянуть.* — Заглянуть внутрь него? — *Да, и происходит как будто*

разворот такой и как будто назад. — Я бывало так, что не войны, не викинги, а кто-то еще? — *Да. Я могу сказать, например, кошки. Вот Вы были в прошлой жизни кошкой.* — А, вот почему я их не люблю. — *Запросто. Это может быть как любовь, так и нелюбовь. Это так сказать высший пилотаж.* — А что дает Вам это знание, что человек был кошкой или воином? — *Я сейчас этим особо не занимаюсь. Я занимался этим ранее.* — А что Вам это давало? — *Это было интересно и потом, тем более передо мной раскрывается пациент, тем лучше происходило его лечение.* — Чем больше он раскрывался перед Вами... — *Да, если на первом сеансе, я как бы вытягивал позвоночник. Проводимость между пальцами улучшалась. Вы представляете, что такое акупунктура? Линии меридиана? Это как проводник. Два пальца как проводник. И по точкам можно видеть проводимость меридиана. В принципе, мастера акупунктуры должны этим..* — А Вы могли как-то влиять на этих людей, которые были кошками или кем-то еще? — *Нет, я им говорил: делайте зарядку, ведите здоровый образ жизни* — А Вы могли им внушить что-то? — *Да я особо не пытался* — Не пытались? — *Себе внушить бы* — Или узнавать у них какие-то мысли? — *Да, вот это, появлялись такие моменты. Мог даже сказать, что мне сейчас кто-то позвонит или кто-то зайдет.* — Вы как будто чувствовали. Но и Ваши мысли тоже узнавали некоторые? Во всяком случае, Вы же тоже были связаны с этой “машиной”? — *Все с Богом связано* — Так машина это Бог ли нет? — *Это и Бог и то, что с ней связано. Потому что она немножко поломана. Представьте часы, как на башне. Представляете, сколько там шестеренок. И часть шестеренок, там например зубья выбиты, и часть шестеренок вообще заклинило. Они тикают туда-сюда* — Андрей, меня интересует не это. С этими шестеренками я уже запуталась. Меня интересует, что с Вами вообще происходит? Второй раз, даже третий лежите в больнице... — *Как третий?* — Ну, один раз в клинике неврозов... — *А это я от бессонницы лечился.* — А сейчас второй раз лежите? — *Это я думаю, что мама мне просто хочет инвалидность оформить* — Мама хочет инвалидность оформить? — *Пожалуйста, выпустите меня отсюда. Я никому ничего плохого не делал, просто сидел медитировал и все. Выпустите меня, пожалуйста.* — Работать Вы не можете? — *Почему? Могу.* — Кем? — *Курьером.* — Что-то Вы там не удержались курьером? — *Ну, я у друзей работал. Им то нужен курьер, то не нужен. Я у папы работал, я зарабатывал деньги до последнего момента, у меня были собственные сбережения.* — И куда они делились? — *У меня еще остались.* — Остались? Или Вы на Таиланд все спустили? — *Нет.* — А что там в Таиланде делали? — *Я там отдыхал.* — Как? Ходили медитировали? — *Ходил купался, кушал. Там хорошие фрукты* — А на что? — *На свои деньги.* — Ну, как-то у нас не принято, чтобы не работали. — *Я понимаю, что не*

принято — И так дома там сидели один, перед дверью, такая картинка какая-то неприглядная. Медитировали... — Я медитировал в разных местах, потому что я заметил, что в разных местах... Можно встать? — Давайте — На этом кресле и на этом кресле разный энергетический фон. — Ну, сядьте на это кресло. И что? — Это кресло пустее. А на этом уже насыжено. — Ну и что, это кресло лучше? — Да нет, его нужно еще исследовать. А кстати, как Вас зовут? — Алла Сергеевна. Можно ко мне поближе, на то кресло, которое здесь. — Пожалуйста — А что было в клинике неврозов? Что там за утомляемость такая была? Вы же тогда работали? Кем работали? — Мне тогда пришлось бросить работу за компьютером, потому что она вызывала у меня переутомляемость и бессонницу. — А Вы работали за компьютером кем? — Дизайнером, игры делал. — Хорошие сделали игры? — Я не думаю, что я хорошие игры делал — Но продукт был? Один или сколько? — Много, для одноруких бандитов делал сначала. А потом игру он-лайн... — И что произошло с Вами? — Я спать перестал — Утомляемость была? — Я просто спать перестал. Не мог заснуть. — И сколько не спали? — Иногда по пять дней — И что в это время делали? — Работал. Жил обычной жизнью — Но также невозможно жить? — Я так наверно полгода жил — Полгода не спали? — Ну да — Это можно только на каком-то подъеме. — Да не было у меня никакого подъема. Йога мне очень сильно помогала. Я лежал и лежал, иногда немножко посплю. На выходных обычно отсыпался. Целый день спал и спал. Помогала зарядка. Йога. Что тут такого? Вы как-то меня вот так... — Как вот так? Может быть, я читаю ваши мысли? — Может быть — Не страшно? — Мне? Страшно — Почему? — Потому что собрание большое — А то, что я Ваши мысли узнаю, не страшно? — Тоже страшно. — Что, я могу что-то сделать — Да. — Что? Могу чем-то навредить Вам? — Не знаю. Я на свободу хочу. — Да Вам здесь свобода. Но меня не это интересует. Что там было, когда Вы год не спали. Какая-то утомляемость была? — Конечно, утомляемость. — Какие-то неприятные ощущения были? — Конечно. Бессонница. Вы знакомы немножко хотя бы с бессонницей? — А еще что было? Кроме бессонницы. Утомляемости? Что еще было в течение года, почему Вы легли в клинику неврозов? — Да я не смог это сам перебороть, потом переборол. Клиника неврозов мне не помогла особо. В какой-то промежуток снотворные вроде помогали. Дней двадцать. Потом мне меняли курс. Меня от нейролептиков прямо клинило, вот так (показывает). Реланиум вкалывали, меня расклинивало. Кстати, рекомендую врачам посмотреть в сторону реланиума, потому что очень хороший препарат. Помогал во время приступов паранойи. — Что это за приступы паранойи? — Это было очень страшно. Вот так (дрожит всем телом)-А-а-а... — Чего страшно? — Да просто страшно,

просто тревога, непонятно, чего страшно. — Это тогда было? — Нет, это после выписки. — После клиник неврозов? — Нет, после первой выписки — Что, боялись... — У меня приступы были — Страх? — У меня до этого таких приступов не было никогда в жизни. Они начались у меня. Еще когда я лежал... — Чего боялись? — Не знаю. Циклодол мне давали. — Чего боялись? — Непонятно. — Кого-то? Людей? — Непонятно. — Людей или какую-то катастрофу? — Непонятно. Такая тревога, что вообще.. — А Вас там были еще какие-то состояния... Что-то с собой хотели сделать. — Нет, кто сказал? — И хотели что-то сделать с родными? — Подрался с папой. — Часто деретесь — с папой? — Он в детстве меня об угол ... мне зашивали. — Еще были драки? Вы вообще мирный человек или драчливый? — Я мирный человек. — А что там нож пытались? — Где? — Ну с отцом пытались подражаться. — Да просто руками с ним дрался. — А с мамой хорошо живете, мирно? — Мирно, вообще тише воды. Ниже травы. — А с братом? — Мы с ним вообще не общаемся. — И почему? — У меня был конфликт с ним. — Из-за чего? — Из-за того, что он в фильтр воды не налил. — В фильтр воды не налил? Ну и к чему это могло привести? — Ну а что это такое? Выливает всю воду. Что ему тяжело снова воды налить? Я говорю: “Налей в фильтр воды”, а он меня ударил. Хотя я человек мирный. — Андрей, Вы как сами считаете, у Вас есть какие-то проблемы психологические? — Конечно. Есть, но я их решаю — Ну скажите, какие, чтобы я поняла. — Я пытаюсь по жизни добиться самоконтроля. Большого контроля над собой. — Что это значит? — Это значит, что если я хочу чего-то добиться, я бы мог это сделать — Какие Вы сами себя задачи ставите? — Дальнейшее саморазвитие, и я хочу немножко поправиться. — Давайте начнем с саморазвития. Куда еще развиваться дальше? — Мне? Так я только начал оправляться от болезни. У меня была колоссальная потеря самоконтроля. Я не мог себя контролировать. У меня были проблемы. Что я шел к холодильнику и объедал его. И мне было плохо. Потому что у меня слабое пищеварение. Мне надо сидеть на специальной диете. Выполнять специальные упражнения, тогда я могу очень хорошо лечить людей. — Лечить людей и себя контролировать? Но Вы еще сказали, что Вам нужно саморазвитие? До какой степени? Для чего? — Чтобы мне было еще лучше. — Да Вам и так неплохо — Да ладно... — А что у Вас не так? — Плохо мне. Живот болит. — Еще что-то? — Трясучка от таблеток — Еще что? — Обмороки бывают. Если резко встаю... — Я смотрю, что Вы не унываете... — Конечно, жить хочу. — А депрессии у Вас были? Как Вы сами считаете? — Я как попал сюда второй раз, это конечно была депрессия. Я вот только начал выходить — Когда Вы считаете, что у Вас была депрессия? — Вообще? Первый раз у меня была бессонница, депрессия. Я, как видите, вообще человек жизнерадо-

стный, я стараюсь нести радость себе и людям. — А еще когда была депрессия? — А еще когда я потерял контроль... — Это пять лет тому назад? — Не пять лет. Два-три. — А до того, как Вы лечились в клинике неврозов, что было? Вам вегето-сосудистую дистонию ставили. — Ну, у меня руки холодные, ноги холодные — А что тогда было? От армии Вас освободили? Что тогда было? — Ничего. Работал просто. — Там был какой-то особый период. Травку курили — А что, тогда все курили. Я давно уже не курю. Потому что мне нужна чистота сознания. — Вот Вы все время говорите о чистоте, чистота... — Стремлюсь к чистоте. — А тем не менее, говорили, что кто-то влияет на Вас, кто-то заставляет Вас что-то делать. — Я же говорю, что шел к холодильнику и объедал его. — Вас кто-то заставлял? — Да, как будто кто-то заставлял, но из-за этого же не лишать меня дееспособности. Нет, конечно, Вы же с этим боретесь. — Я потом в этом состоянии шел и деньги зарабатывал или шел и катался на сноуборде. — Я хочу понять. Ну вот заставляли Вас что-то есть, что еще заставляли? — В компьютер играть. Я когда начал работать над созданием игр, перестал играть в компьютерные игры, потому что я не понес такую нагрузку. — Тогда Вас еще кто-то заставлял? — Нет, тогда мне просто было интересно. Я их просто потом кинул, это было далеко от меня — А что еще Вас заставляют делать? — А ничего не делать все заставляют, спать, жрать, ничего не делать. — А как Вас заставляют? Это вот эта машина? Какая-то сила? — Я до сих пор пытаюсь в этом разобраться. В других людях я замечал, например, у алкоголиков, у толстых людей я замечаю ту же болезнь, что и у меня. У наркоманов — Так Вас кто заставлял? — Это вообще нарушение вселенского баланса. Вы же не будете отрицать, что там все как-то не сбалансировано. Грязновато. — Так грязновато или не сбалансировано? — И то, и то. — Зам. Глав. врача тут сидит. А Вы говорите, не сбалансировано, грязновато. — Я имею в виду, во вселенной вообще. Извините меня, пожалуйста, я именно про вселенную. Деревья какие-то кривые. Не похоже на райские сады. — А Вы, когда медитируете, Вы эти райские сады видите? — Да, я вижу иногда мандалы. Знаете мандалы? — Да — Вот мандалы можно увидеть, красивые такие геометрические фигуры. Мне еще кажется, что проблемы общества, что нарушения геометрия. Как в ведах пишется. Что дом должен быть такой... у него четыре выхода... — Это хорошо, что Вы видите суть проблем в обществе. Но Вы решение приняли?. Как это изменить, как улучшить? — Ну я хочу подалее в медитацию. — Хорошо. Есть вопросы? — Я хочу, чтобы мою дальнейшую судьбу озвучили. — Не сейчас, но потом обязательно озвучим. — Вы же видите, что я вполне могу трудиться. По крайней мере, я грядки могу копать. Если это так важно. — Хорошо, учтем, можете грядки копать. Можете быть курьером. — Если здесь принудилровка, то я

уж лучше массажистом буду работать. Кстати. Можете записаться ко мне. — Хорошо, Андрей.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Почему ты сжег документы отца? — Это не документы, а его счета. В отместку, что он у меня два паспорта украл. Давайте я расскажу. Вот я начал практиковать медитацию. Не очень гладко все было. Тяжело было, я пытаюсь вырваться. И так и так, а они постоянно врываются в комнату, мама и папа и начинают такие странные вещи, то открывать стенку, то завешивать зеркала, и постоянно орут на меня. И мне надоело это все, и я иду к тому месту, где у меня паспорта лежат. А там их нету, и других документов нету. Я: пап, мам, что такое за документы? Мама убегает, а папа в грудь толкает. Я, недолго думая, потому что к папе у меня отношение такое, я ему сразу в лоб. И начинается драка обычная. Папа тоже потом убегает. Потом появляются два милиционера, скручивают меня, потом психбригада. И вот я здесь. Так я попал сюда в первый раз. Я был, конечно, на взводе. Это поступок был немножко психованный с моей стороны.

— Скажите, а вот эта новая жизнь, она продолжается с 2007 года? — Нет, вообще я сторонник реинкарнационной теории, т.е. буддизма. — Это всегда было, с детства? — Это было и до детства, и потом будет. Там есть такое понятие — колесо перерождения, но в моем видении, это не колесо, а спираль. Идет один виток спирали, потом два витка ... — А к буддизму механизмы какое отношение имеют? — Я постепенно вижу все, как механику. Вот солнце уходит, солнце приходит — Это все можно ощутить как поля, а связь какая между буддизмом и механизмами? — Какая-то связь есть, но я не могу сказать, какая. Это нужно исследовать. — Можно сказать, что буддистская религия движет всеми этими механизмами? — Нет, почему? Я просто сторонник буддизма, сторонник реинкарнации. Карма в чем заключается? Сделав какое-то действие, ты порождаешь еще какое-то действие, т.е. порождаешь цепочки действий. Если сильно дверь хлопнуть, она породит какую-то волну... Это же механика. — Но это не со всеми так происходит? Это Вас выбрали? — Нет, я имею в виду, что определённые действия порождают причины. Очень сложно разобраться в этом механизме. — А все-таки, кто Вас выбрал вот для такой жизни? Вы полагаете, что Вы ничем не отличаетесь от других людей? — По крайней мере, спину могу лечить. Могу преподавать. Я слежу за собой, занимаюсь йогой, вот, хотите покажу (соединяет руки за спиной через плечо)? — А другой рукой? Молодец! А что будет с Вами дальше? — Я надеюсь, что меня выпустят отсюда — А вообще? В мире? — Я надеюсь, что будет добро. — Спасибо. — А Вы верите в Бога? ... — А Вы чего-нибудь боитесь? — Здесь остаться

— А почему? — Потому, что когда я здесь, я теряю свою силу, энергию, свое здоровье. Когда я дома, я занимаюсь, я регулярно на коврике, у меня коврик такой, обычная пенка. Я делаю свой цикл упражнений, могу даже показать...

Ведущий: если нет больше вопросов, мы можем Андрея отпустить. Спасибо, Андрей.

Врач-докладчик: Статус определяется развернутой симптоматикой систематизированной парафрени с идеями величия, реформаторства, элементами манихейского бреда, а также моторными, идеаторными и сенсорными автоматизмами, симптомами псевдогаллюциноза (“звучащие мысли”). Заболевание развилось в возрасте приблизительно 25 лет у преморбидно шизоидной личности. В начальном периоде на первый план выступала симптоматика общего снижения энергетического потенциала, а также когнитивные нарушения, к которым в дальнейшем присоединился бред воздействия, психические автоматизмы с последовательным задействованием различных сфер психической деятельности и конечным формированием синдрома Кандинского-Клерамбо. Параноидная фаза развития заболевания продлилась около 5 лет и затем переросла в стадию парафрени с формированием бреда величия, реформаторства, явной социальной дезадаптацией. Обращает на себя внимание сопутствующий органический фон: перинатальная патология, 2 ЗЧМТ, что определило плохую переносимость типичных нейролептиков.

В настоящее время не наблюдается полного купирования психотической симптоматики. Планируется повышение дозы препарата сероквель-пролонг до 800 мг, в случае, если полный эффект не будет достигнут, перевод на пролонгированные формы атипичных нейролептиков, например, rispолепт-конста или палиперидон, с предварительной проверкой переносимости путем назначения препарата rispолепт перорально.

Я хочу сказать, чем был вызван выбор сероквеля. Для меня это больной, которого я буду вести долгие годы. Когда я его наблюдала в первую госпитализацию, у него развился выраженный нейролептический синдром на фоне традиционных нейролептиков. Основная задача назначения сероквеля состояла в повышении комплаентности больного. В настоящий момент, хотя он все время просит его выписать, он хочет пойти в диспансер, хочет реально принимать те таблетки, которые он хорошо переносит. Я считаю, что общая наша тенденция должна состоять в том, чтобы с больным установить контакт. В первую госпитализацию контакта не было абсолютно. Это был крайне озлобленный и негативистичный человек. Теперь он ходит на психотерапевтическую группу, активно в этом участвует, активно делится своими переживаниями, рассказывает обо всех своих ощущениях. —

Ведущий: А как он ведет себя в отделении? Насколько он упорядочен? — Сейчас упорядочен. В первую

госпитализацию он долго находился в наблюдательной палате, наблюдались вспышки немотивированной агрессии, и к персоналу, и к врачу, и к другим больным, немотивированные обвинения. Сейчас он совершенно другой человек — *И все-таки, такое впечатление, что это конечное состояние?* — Конечно, парафренный синдром, парафренное состояние. Я не знаю, удастся ли мне это купировать. — *Это парафренный этап или это конечное состояние? Вот он так упорядоченно себя ведет...* — Он не просто упорядочен, он незаметен в отделении, он спокоен. — *Но у него в голове вся эта крошка. И меня интересует, это конечное состояние? Как вы думаете?* — Скорее конечное.

Врач-психотерапевт А. В. Палин: вчера я с ним разговаривал, поскольку он ходит на группу, я хотел получить от него обратную связь. И он не только говорил по поводу ведения группы, по поводу всей нашей реабилитационной работы, но он дал важные советы, совершенно адекватные и принимаемые нами. — *Например?* — Как вести группу, как сделать так, чтобы взаимодействовали все участники группы, что он хотел больше интерактива в этой группе и т.д. Я считаю, что это больной подострый, состояние маниакально-парафренное. Я наблюдаю у него маниакальный аффект. Больной активен, активно оживленно рассказывает. На первом плане аффективное состояние, конечно, с парафренными включениями. Это не хроническая парафрения, это острая экспансивная парафрения. Больной может руководить миром — это из маниакального состояния. Хронические парафренные больные с параноидной шизофренией выглядят совершенно по-другому. Они глубоко дефектны, у них четко сформирован параноидный стержень, они хорошо переносят наши традиционные антипсихотики, в отличие от этого больного, который является аффективно-бредовым. Все аффективно-бредовые больные плохо переносят нашу традиционную мощную антипсихотическую терапию. В основном, у них появляются побочные эффекты. — *Т.е. вы рассматриваете данного больного, как аффективного?* — Аффективного бредового больного. На первом месте аффект. Больной переносил шубы. Пока мы не вывели больного из подострого состояния, пока мы не вывели больного в ремиссию, говорить о наличии дефекта, разорванности мышления и прочей дефицитарной симптоматике нецелесообразно. Теперь по поводу лечения. Поскольку больной маниакально-бредовый, лечить его нужно антипсихотиком, но поскольку он плохо переносит, а дозы должны быть достаточно большими, это должен быть атипичный антипсихотик, т.ч. выбор сероквеля вполне оправдан. Так как больной маниакально-бредовый, ему нужен препарат, который будет купировать маниакальные состояния и будет их профилактировать на будущее. Я думаю, что нужно выбрать либо литий либо депакин-хроносфера. — *У Вас совершенно дру-*

гое мнение о течении заболевания? — Да, это шубообразный больной с аффективно-бредовыми приступами и нарастающей дефицитарной симптоматикой, не в силу параноидного стресса, а в силу шубообразности. Шизофрения приступообразная, проградцентная. — *Т.е. вы рассматриваете его разорванность мышления как маниакальную?* — Сейчас подострую. Я бы не сказал, что он так уж совсем разорван... — *Нет, здесь я не могу согласиться. Это просто классика разорванности мышления.* — Да, есть разорванность, но это не та разорванность, которая бывает у больных хронической парафренией. Это не дефектный больной, это подострый больной, и он имеет право на разорванность, как и любой подострый пациент.

По поводу аффективной окрашенности... Я видел совершенно распавшихся парафренных больных, которые оживлялись, когда речь заходила о каких-то событиях. Здесь разорванность есть, есть шизофазия. Какой маниакальный психоз? Окраска эйфорическая полагается, фантастический бред полагается. Ведь бред течет чуть ли не всю жизнь, развивается постепенно, охватывает его все больше и больше. Лечение очень удачное, поздних дискинезий нет. Лечили его очень мягко и хорошо. — *Это подострое состояние, как Вы считаете?* — Это ближе к исходному состоянию. Это глубокий дефект, который описан еще в 30-х годах. — *Я считаю, что это принципиальный вопрос. Хотелось бы услышать еще чье-то мнение.*

— Мне кажется, что его надо выписать. Конечно, сейчас холодно. Но в своем мире, где-нибудь в Непале, Индии, он может спокойно жить, медитировать. Сколько тяжелых больных шизофренией живут и никому не мешают. — *Но здесь он дал несколько правительных советов и его хотят еще поддержать.*

— *Вопросы врачу-докладчику.* В отделении, как сказали, он спокоен, упорядочен и незаметен. У него есть какие-то межличностные отношения с другими пациентами? — *Есть.* — Теплые, постоянные? — *Отношения с другими пациентами, с которыми он ходит на психотерапевтическую группу. Это не теплые отношения, достаточно холодные и формальные отношения, но они есть.* — Какая потребность у него в этих отношениях? Что он получает от этих отношений? Может быть, он испытывает удовольствие от того, что его воспринимают как оракула? — *Нет, он не оракул в отделении.* — В общественной жизни он принимает какое-то участие? — *Никакого.* — А если его заставить? — *А зачем?* — А если попросить? — *Это является у Вас диагностическим признаком?* — Сейчас да, потому что я буду исходить из этого. Мне это важно знать. А если его попросить, если его настойчиво попросить, он будет принимать участие в общественной жизни отделения?

Ведущий: Как бы там не было, мы видим и парафренного больного, и аффективно насыщенный парафрению. Как правило, у острых парафренных больных на пике гипоманиакального и маниакального

состояния вся негативная и дефицитарная симптоматика сглаживается и практически не видна. Здесь мы видим маниакального больного с парафренией, но у которого есть выраженная негативная дефицитарная симптоматика всех спектров, которые можно разглядеть. И апато-абулического, некоторый налет гибиодности, вычурности. Это не острое состояние, это конечное глубоко дефектное состояние с парафренизацией. Это парафренный дефект. Это никак не может быть острым состоянием.

М. Е. Бурно. Думаю, что Эмиль Крепелин поставил бы здесь диагноз парафрении. В своём “Введении в психиатрическую клинику” 1916 года Крепелин отделяет парафрению от родственной ей, как считает, шизофрении. Потом эти диагнозы соединились в шизофреническое в школе Снежневского. Мне досадно, что я многих деталей не услышал, он так тихо говорил. Но я хорошо видел его взор. Это потаенный взор, глубокий взор, в сущности, одухотворенный религиозный. Впечатление, что пациент убеждён: он знает многое, чего мы не знаем. Он даже немного над нами насмехается, тихо, про себя. Вы-де сами по себе, вы не знаете, что я знаю, чем живет моя душа. Иногда старается нам что-то объяснить, рассказать, помочь понять главное. Как этот мировой механизм вместе с буддизмом... И даже раздражается, что мы не понимаем. Может быть, конечно, только я так чувствую. Но светлое переживание им своего величия несомненно. Многое, конечно, очень многое в нём из-за приподнятого настроения с чувством избранности перепутано, даже можно подумать о каше мыслительной. Но он, по-моему, так себя ведёт и по причине того, что нет взаимопонимания настоящего. Это может тянуться многие годы, насколько я знаю и по своему опыту. До старости. Бурно начинается, с наблюдательной палаты, а потом, сильнее, слабее, десятки лет пребывают больные в таком состоянии, сравнительно успокаиваются, живут порой в хронических психиатрических больницах, как это я видел. Живут до старости с этим потаенным одухотворенным взглядом и делают свои таинственные упражнения, ведут тихие свои псевдогаллюцинаторные переговоры с друзьями и недругами. С этими пациентами можно порою поговорить, когда не ведешь себя психиатрически, т.е. не ставишь под сомнение то, что они говорят, а соглашаешься, что всякое-де может быть. И становишься психотерапевтическим участником этой психотической драмы. Я сказал “драма”, но ведь он счастливый человек. Такие пациенты не хотят, чтобы их лечили. Они боятся, как он сам сказал, что у них отнимут их особую энергию, счастье, силу, величие. Многие психиатры даже говорят: зачем лечить от счастья, тем более, что надежных психофармакологических препаратов тут нет. Можно приглушить счастье, но потом опять все это вылезет вместе с очарованным взглядом, которым он смотрит на Бога в себе. А с нами холодноват. — *А гипоманию вообще надо лечить, если она не приводит*

к каким-то асоциальным вещам? — Хроническую? — Любую. — Считаю, что надо лечить, но не столько лекарствами, сколько квалифицированно психотерапевтически помогать. Что это значит? Это значит войти с пациентом в эту его психотическую драму. Подружиться психотерапевтически с таким больным, чтобы он доверял нам и сообщал, как хочет поступить со своими недругами. Это — чтобы предупреждать чаще советами какие-то его антисоциальные поступки. Да, для этого хорошо бы с ним душевно подружиться, чтобы он знал, что мы с ним вместе. В этом, в сущности, и состоит основа такой необычной психотерапии, особого психотерапевтического эмоционального контакта. Благодаря этому возможно руководить поведением больного в течение, быть может, многих лет. Может быть, Алла Сергеевна знает какие-то лекарства, устраняющие бред такого рода. Я не знаю таких лекарств. По-моему, их нет.. — Конечно, нет. Лекарства, конечно, сбивают остроту, уравнивают. У него есть эмоциональный подъем, и его можно сбить. Лекарство, которое принимается один раз в день, это идеальный вариант в этом случае. Я очень благодарна, я так поняла, что Вы тоже рассматриваете это как конечное состояние? — Да, это, видимо, уже навсегда так и останется. Хроническая парафрения по Крепелину. Без существенного диверсия клинической картины и без распада личности.

Ведущий: этот основной вопрос, который был задан мною, является отправной точкой и для лечения, и для инвалидности, и для его последующей выписки. Первое, что приходит мне на ум, что было во время всей этой беседы, это крошка, которая была описана. Я не могла никакой анамнез собрать, ничего расспросить, невозможно связно поговорить с больным. У него как выстрелы, то психотическая симптоматика, галлюцинаторная, бредовая, казалось бы, весь спектр, который бывает при экспансивной парафрении. Экспансивный бред. Это сочетание у него фантастического бреда величия с представлениями об обладании особыми способностями — в его власти будущее вселенной, здоровье людей, с подозрительностью, отрывочными нестойкими явлениями психического автоматизма и аффективных расстройств в виде стойкого повышенного маниакального аффекта. При этом содержание бредовых идей крайне не стойко, изменчиво, постоянно обновляется новыми фактами. Он не пытается доказывать правильность своих идей, они, с его точки зрения, неоспоримы. Явления психического автоматизма также чрезвычайно изменчивы — он обладает способностью воздействовать на окружающих, узнавать их мысли. Кроме того отмечается “обильное” конфабулирование фантастического ха-

рактера. Такое парафренное состояние, появляющееся на фоне маниакального настроения, обозначают экспансивной парафренией. Вот вам пример — иерусалимский синдром. Экспансивная парафрения. Когда люди посещают святые места, паломники и вдруг их осеняет, что они являются проповедниками, какой-то силой. Они одеваются в белые одежды. Острая госпитализация. А здесь эта крошка и катастрофические расстройства мышления и симптоматика маломодулированная. На что еще надо обратить внимание? Инфантилизм во всем. И книжки, и эти картинки какие-то военные, викинги, какой-то дизайн, который он придумывает, какие-то машины, вселенные, все это какое-то ребячливое. Какое-то поведение несерьезное: то тут посидел, то туда пересел, то пошел зарядку делать. Эти воспоминания детские: мать, отец... Об этом также говорит его выраженный психофизический инфантилизм... Все это свидетельствует о том, что процесс начался раньше. Что есть что-то, до чего мы из-за трудностей коммуникации, не можем добраться, что было у него в 14 лет или около того. Почему его освободили от армии? Там были какие-то состояния. То, что он лежал в клинике неврозов, теперь он говорит, в течение года было какое-то особое состояние. Я совершенно согласна, что лечение адекватное, но основное дальше, как-то его вести. Где проводить эту реабилитацию, у нас ничего нет для этого. Но здесь есть врач ПНД (Э. Т. Мулкубатов). Скажите, пожалуйста, как Вы его видите, Вы же его знаете? — Он был у меня пару раз, но это было совсем другое. Он тут раскрылся: обстановка, лекарства. В присутствии родителей он ведет себя по-другому. Может быть, я сделал ошибку. Нужно было попросить их выйти. Он не раскрылся. — Как Вы видите его будущее? — Я думаю, он полечится какое-то время, а потом перестанет.

Ведущий: Экспансивная форма парафрении чаще всего наблюдается при шизофрении как одна из стадий динамики бреда и при длительном течении процесса сменяется картиной типичного исходного состояния. Вот почему основной вопрос для дискуссии у меня был — является ли его состояние текущим или конечным? Мы высказали разные точки зрения на этап течения болезни, но все сошлись в оценке состояния пациента и его терапии. Перевод в дальнейшем больного на пролонгированные формы нейролептиков следует признать совершенно оправданным, учитывая его выраженную некомплайентность. Единственно, что следует отметить, что учитывая плохую переносимость пациентом побочных явлений, терапию пролонгированными нейролептиками желательнее начинать не в амбулаторных, а в стационарных условиях.

Конституция для врачебного сообщества

Последнее время на форумах в медицинских интернет-сообществах стали часто попадаться статьи о Клятве Гиппократов с её критикой: “устарела”, “ничего, кроме исторического интереса не представляет”, “Гиппократ не является автором текста, его много раз переписывали все кому, не лень” и т.д. и т.д. Некоторые даже занимались “исследованием” текста Клятвы с калькулятором, подсчитывали количество слов, отанных той или другой теме, и выводили “приоритеты” этих тем в зависимости от этого количества.

Гиппократ жил примерно 2400 лет назад, занимался врачеванием и философствовал на тему своей профессиональной деятельности. Что-то там написал и... (!) это написанное всё ещё не даёт врачам всего мира покоя, продолжает оказывать серьёзное влияние на врачебную деятельность, порождает обсуждения и дискуссии. Отсюда можно сделать вывод, что за Клятвой Гиппократов стоит нечто большее, чем набор исторически устаревших слов. Это “Нечто” врачам и следует понять и принять, поскольку, вероятно, без него просто не может быть полноценной деятельности, имеющей название “врачевание”, не может быть полноценного “врача”.

Проанализируем текст Клятвы, который дошёл до нашего времени.

“Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панаксией и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство:”

Врач времён Гиппократов обязательно и естественно был верующим в трансцендентные божественные силы. В окружающей жизни он постоянно сталкивался с феноменами, хотя бы у тех же людей с психическими отклонениями, которые иначе, как воздействием духовного мира объяснить не мог. (Многие из них и в наши дни наука объяснить не может). Он понимал, что его способности к врачеванию проявились у него не только благодаря его личному произволению. Он понимал, что эти способности ему ДАНЫ и это его судьба. Клялся ВРАЧ не перед другими людьми, а перед Богом (богами). Вместе с ДАРОМ врачевания БОГ наложил на ВРАЧА и ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, но не перед людьми, а перед БОГОМ. Отвечать перед людьми боится только врач (с маленькой буквы). Для настоящего, зрелого ВРАЧА ответственность перед людьми, это только маленькая часть его ответственности перед Богом. Клятва

Гиппократов, как настоящего ВРАЧА, поэтому и не мыслима без обращения к Божественным силам. Современным врачам, которые ещё не доросли до этого понимания, пока ещё просто врачи, озабоченные зарплатами, а не ВРАЧИ.

“Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.”

Каста (сословие) ВРАЧЕЙ — это особые люди, наделённые ДАРОМ врачевания от Бога. Тот, кто говорит, что врачи — это просто люди, и начинает перечислять их обычные человеческие потребности, ещё не дорос до понимания сути ВРАЧЕБНОЙ деятельности. Хочется вспомнить эпизод из Евангелия, когда Иисусу в собрании, где Он учил, сообщили, что у выхода стоят и ждут Его мать и Его братья, то Он ответил: “Кто мать Мне и кто братья Мои? Это те, кто слушает Меня и живёт как Я”. В клятве Гиппократов это место с упоминанием “родителей”, “братьев” следует понимать именно в таком духовном контексте. В этом же абзаце он говорит об особых отношениях ВНУТРИ ВРАЧЕБНОГО СОСЛОВИЯ, и особым МЕДИЦИНСКОМ ЗАКОНЕ, предусматривающим “обязательство и клятву”, но “по закону медицинскому”, который “закон” только для особых людей — врачей, но “никаких других”.

Все проблемы современных врачей в их отношениях с обществом проистекают из того, что врачи не ощущают себя ВРАЧАМИ (особыми людьми). ВРАЧИ, в свою очередь, есть в среде медицинских работников, но они не позиционируют (в политическом смысле) себя как “ВРАЧ”, не пытаются возродить касту (сословие), кто-то, вероятно, страдает от одиночества и непонимания даже со стороны окружающих их врачей. У нас в стране создано много разных врачебных “ассоциаций”, но они пока не могут полноценно выполнить свою роль — роль защитника интересов врачебного сословия. В них нет политически активной касты ВРАЧЕЙ, которые одни только могут возродить УВАЖЕНИЕ к ВРАЧАМ. Только

ВРАЧИ ИМЕЮТ СПОСОБНОСТЬ адекватно давать оценки врачебной деятельности и, поэтому, только ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО давать моральную, этическую оценку происходящим в медицинской сфере процессам, но никак не администраторы, не судьи, не прокуроры. Их “приговоры” заведомо мелки и неадекватны сути ВРАЧЕБНОЙ деятельности по сравнению с оценкой ВРАЧЕЙ. Такая каста ВРАЧЕЙ, я думаю, очень помогла бы настоящим ВРАЧАМ более продуктивно служить обществу.

“Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.”

Я не Господь Бог, мои силы и разумение ограничены, поэтому я буду воздерживаться от тех действий, которые могут нанести вред больному. Мои гордыня и амбициозность могут быть причиной нанесения этого вреда. Я не Господь Бог и могу ошибаться, но я готов возместить причинённый мною вред, чтобы сохранить СПРАВЕДЛИВОСТЬ в отношении моего пациента.

В современном обществе в цивилизованных странах ущерб, нанесённый медиками больному, оценивается очень высоко. Отдельный врач физически не имеет возможности его справедливо компенсировать. Для этого врачебная Ассоциация (не чиновничьи структуры) создают Фонд Страхования Ответственности, в который каждый член Ассоциации производит отчисления от своих доходов в соответствии со статистически вычисленными профессиональными рисками (для хирургов одни, для терапевтов другие, для психиатров третьи и т.д.). Если один из членов Ассоциации совершил ошибку, то за неё расплачиваются все врачи, поэтому врачи самые заинтересованные контролёры Качества и эффективности оказания медицинской помощи (не начмеды, не функционеры от администрации в ВАКах с их раздачей “категорий” и “научных званий”, не судьи и не прокуроры). При суждении о врачебной ошибке обязательно должна присутствовать и моральная оценка ВРАЧЕЙ. Только от неё зависит, останется врач ВРАЧОМ или пойдёт работать каким-нибудь администратором. “Приговор” ВРАЧЕЙ должен иметь более значительные последствия для провинившегося, нежели решения любых других инстанций.

“Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.”

Этот абзац клятвы Гиппократа закрепляет высокое уважение к такому явлению как ЖИЗНЬ. В нём демонстрируется понимание того, что не всё в этой жизни должно зависеть от произвола человека. Современная медицина и врачи зачастую пребывают в заблуждении, что они многое могут. Мне, с высоты своего двадцатисемилетнего стажа работы в меди-

цинской сфере, сегодня кажется, что по сравнению с тем, что мы “не можем” в своей врачебной деятельности, наше “можем” достаточно мало и не стоит той “гордости”, которая у некоторых присутствует. Современная медицина “много знает”, но мало кого смогла сделать счастливым, здоровым и долго живущим. Фёдор Петрович Гааз (не говоря уже про самого Гиппократа) знал гораздо меньше, чем выпускник современного медицинского ВУЗа, но его все воспринимали ВРАЧОМ. Большие знания в медицине ещё не обязательно делают того, кто ими обладает ВРАЧОМ. Аборты умеем делать в промышленных масштабах. Для современного государства стало проще разрешить аборты, а не культивировать высокие моральные ценности, высокую ценность семьи, детей. Заниматься профилактикой незапланированной беременности оказалось невыгодно, по сравнению с эксплуатацией низменных плотских инстинктов, пропагандируя половую распущенность и вседозволенность. К сожалению, это жёстко запрограммированная логика “развития” человечества. ВРАЧИ здесь ничего изменить не могут, но оставаться высокоморальными ВРАЧАМИ, смело и честно доносить до окружающих свою оценку происходящему, это в их власти. Возмездие (финал) всему происходящему “прогрессу” тоже жёстко запрограммирован, поэтому ВРАЧАМ, в общем-то, не о чем особо и расстраиваться.

“Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство.”

Я могу оставаться ВРАЧОМ, только если я буду высокоморальным и в своей жизни и в своей врачебной деятельности. Планку в уровне моральности нам задал Иисус Христос две тысячи лет назад. Гиппократ записал это в своей Клятве исходя из тысячелетнего развития лечебной деятельности. “Низкоморальных” ВРАЧЕЙ не бывает! Бывают низкоморальные врачи.

“Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.”

Я сам себе честно ставлю границы своей компетентности, не буду никого вводить в заблуждение относительно этого (возможно, с корыстной целью). В моём сословии наверняка есть мои БРАТЬЯ и СЁСТРЫ (коллеги), которые являются ВРАЧАМИ в нужной для данного больного отрасли медицины. Я окажу своим пациентам всяческую помощь в том, чтобы они попали в руки именно к этим ВРАЧАМ.

“В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.”

ВРАЧ, осуществляя свою врачебную деятельность, прежде всего, видит перед собой страдающее существо, которому он может помочь уменьшить его страдания, а иногда и вылечить благодаря своему

ДАРУ (профессионализму). ВРАЧ, конечно же, видит, что перед ним его соплеменник или “лицо кавказской национальности”, преступник или террорист, депутат, олигарх или БОМЖ, покрытый язвами старик или красивая кинозвезда, но он должен быть ВЫШЕ этих важных для обычных людей (НЕ ВРАЧЕЙ) свойств своих пациентов, должен быть далёк от каких-либо корыстных расчётов в отношении богатых пациентов и несправедных мыслей в отношении старых и внешне страшных или сексуально привлекательных пациентов. Гиппократ делает особый акцент на сдерживание самых сильных плотских (животных) сексуальных инстинктов. Он уже тогда, задолго до З. Фрейда, знал их сущность и силу. Нарушая что-то из этого абзаца Клятвы, ВРАЧ уже не может считаться ВРАЧОМ.

“Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.”

Важнейший принцип деятельности ВРАЧА.

ВРАЧУ в связи с его деятельностью оказываются доступны интимнейшие подробности физической и психической жизни пациента, которые могут быть самые необычные и экстравагантные. Некоторые аспекты жизнедеятельности пациентов могут быть опасными для окружающих. Что делать ВРАЧУ? В религиозных организациях есть одна психотерапевтическая технология, “таинство”, способствующая поддержанию психического здоровья прихожан. Называется она “Исповедь”. Чтобы эта технология работала на пользу прихожан, была эффективной, должно строго соблюдаться правило — Исповедь должна оставаться ТАЙНОЙ для окружающих, и соблюдать эту тайну обязан священник, принимающий Исповедь. Это очень жёсткое правило. Если кто-то из священников нарушит его, то его отлучают от служения в церкви, чтобы не дискредитировать метод, чтобы он оставался доступным и эффективным в психотерапевтическом плане для прихожан у других служителей церкви. ВРАЧИ могут узнать тайны ещё более значительные, чем открываются священнослужителям на Исповеди. Без знания этих тайн порой невозможно оказать помощь больному. Раскрытие же некоторых тайн больного может нанести ему серьёзный ущерб, даже повлечь за собой самоубийство. Государство, по видимому, с пониманием относится к праву священнослужителей хранить тайну Исповеди, но лишло такого права ВРАЧЕЙ в некоторых случаях отправления правосудия, закрепив в законе обязанность выдавать сведения о больном правоохранительным органам. Прочитал недавно, что в США в каких-то штатах вообще предусмотрено уголовное преследование врача, если он не то что выдаст сведения о

больном, но просто окажет ему помощь, если больной террорист или преступник.

Без этой абсолютно обязательной ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ, не может быть и ВРАЧЕБНОЙ деятельности. ВРАЧ может оставаться ВРАЧОМ, только если полностью без исключений всё делает в интересах своего пациента, не оглядываясь на интересы рядом стоящих (пусть даже родственников) и чего-то требующих от ВРАЧА в ущерб больному. Они не понимают, что завтра сами могут оказаться в роли пациентов.

Немного философии на тему Тайны Исповеди и ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ.

ВРАЧ, как и священнослужитель должен хорошо ориентироваться в сфере Духовной. Должен хорошо понимать, смысл и логику плотского и духовного существования. С Духовной точки зрения всё плотское существование, существование живой материи жёстко запрограммировано генами. Всё развитие живой материи, начиная от одноклеточных и кончая человеческим сообществом жёстко запрограммировано и имеет своё начало и свой конец. Никакими человеческими законами и предписаниями ничего здесь изменить невозможно! Поэтому, сообщишь ты кому-то ставшую известной тебе тайну или не сообщишь, откажешь ты в медицинской помощи кому-нибудь “Чикатило” или поможешь ему — по большому счёту, ничего в итоге ни для кого не изменится, в плотском (физическом) смысле, но всё радикально изменится лично для тебя в Духовном смысле. Ты уже потеряешь свой статус ВРАЧА. Никто уже никогда не обратится к тебе за помощью как к ВРАЧУ. В лучшем случае ты останешься врачом (озабоченным зарплатой).

И ещё один маленький совет в ответ на вопрос, “что делать?” Как советовал один мудрый священнослужитель, “Возлюби, и делай всё, что хочешь — всё будет правильно”. Но “возлюбить” надо, как Христос, до самопожертвования! Ради того же “Чикатилы”! Слабо?!

“Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.”

Последний абзац однозначно закрепляет ценность всех вышеизложенных ПРИНЦИПОВ для счастья и благополучия ВРАЧА и славы у всех людей на вечные времена. (Фёдора Петровича Гааза всё ещё помнят и чтут). Попробуйте отнестись к Клятве Гиппократа не как к “игрушке для первокурсников”, не как к “доисторической галиматее”, а как к СЕРЬЁЗНОМУ РУКОВОДСТВУ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, как к “КОНСТИТУЦИИ” для ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Я попробовал. Проблем с “зарплатой” и т.д. у меня нет. Счастья “в жизни и искусстве” (моей врачебной дея-

тельности) с избытком. О “славе” не забочусь, мне это не важно. У моего начальства и моих пациентов ещё ни разу не появилось желание напомнить мне, что я “давал Клятву”. Я и без напоминаний постоянно помню все ПРИНЦИПЫ, зафиксированные в Клятве, и часто разговариваю с Богом — молюсь по поводу своей деятельности. Я ЕМУ, прежде всего, ДОЛЖЕН за ЕГО ДАР.

Почему я (пока) не член никакого медицинского сообщества? Потому что у меня вот такие требования к врачам и врачебной деятельности. Если найдётся кто-то в мире разделяющий моё понимание Клятвы Гиппократата и кто “нерушимо выполняет” её, следуя её Духу, а не ковыряясь с калькулятором в количестве и рациональном значении её слов, то я с радостью назову его своим братом или сестрой. Вот тогда и появится сообщество, в котором я готов участвовать.

Текст Клятвы Гиппократата можно осовременить, дополнить вновь появившимися аспектами врачебной деятельности (переписать в очередной раз), но её Дух не может быть изменён — это непреходящий фундамент, благодаря которому живут ВРАЧИ и существует врачевание.

Посмотрел я все варианты клятвы врача в Википедии. Мне Клятва Гиппократата больше нравится. Там с первых же строк апелляция не просто к науке, а к высшей силе (Богу, богам, природе в самой высшей своей форме), которая одарила нас генами, специфическими способностями, судьбой, почему мы и освоили медицинскую науку и стали врачами. Это сразу же ставит врача в особую позицию в обществе (не инженер, не директор, не учитель, не музыкант и т.д.). Далее говорится всего о двух вещах: отношениями между врачами в своём сословии и отношению со всеми остальными (пациентами, настоящими и потенциальными). Всё! Более мелкая детализация уже ничего не меняет в сути Клятвы Гиппократата. Его заслуга и приоритет в этих формулировках неоспоримы, поэтому как-то по другому называть эту Клятву, кроме как его именем, я не вижу смысла. Это мой первый Отец и Брат по врачебному сословию и таковым он будет всегда для всех настоящих Врачей.

*Владислав Ларичев
(Ленинградская обл.)*

**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

<http://www.wpaepi2014.umin.jp/index.html>

Нарушает ли врачебную тайну исполнение требований закона о передаче данных о госпитализированном пациенте в органы ФМС России?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос о несоответствии законодательства о миграционном учете граждан по месту пребывания положениям ст. 13 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” и ст. 9 Закона о психиатрической помощи. Анализируется судебная практика.

Ключевые слова: миграционный учет; врачебная тайна.

Зам. главного врача БУ Чувашской Республики “Республиканская психиатрическая больница” Лиана Анатольевна Овечкина обратилась к автору настоящей статьи за советом по поводу выхода из затруднительной ситуации. В обращении говорилось, что УФМС России по Чувашской Республике требует, чтобы больница ежедневно передавала им данные о поступивших на стационарное лечение граждан для их регистрации по месту пребывания. “Как это согласуется с Федеральным законом “О персональных данных”, ст. 13 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” и ст. 9 Закона о психиатрической помощи? — спрашивает врач, — ведь пациенты не дают согласие на передачу в УФМС их персональных данных, сведений о факте помещения в психиатрический стационар. В то же время, виновных (кто задерживает передачу информации) привлекают к административной ответственности”.

Как следует из положений ч.1 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закона об охране здоровья) к врачебной тайне относится информация не только медицинского характера (данные о наличии или отсутствии у лица какого-либо расстройства, заболевания, его диагнозе, а также другие сведения, характеризующие состояние здоровья лица), но и немедицинского характера, к которой относятся:

- сведения о самом факте того, что человек обратился за медицинской помощью в ту или иную организацию, оказывающую такую помощь (записывался на прием к врачу, был у него на приеме, вызывал врача на дом, посещал дневной стационар, госпитализировался в больницу и др.);

- все прочие сведения, полученные в ходе обследования и лечения гражданина.

Статья 9 Закона о психиатрической помощи также относит сведения о факте обращения гражданина за психиатрической помощью к врачебной тайне.

В случаях, когда гражданин (пациент) сам не обращался за медицинской помощью, а доставлялся на освидетельствование или был госпитализирован в добровольном порядке, например, в случаях, предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи, врачебной тайной будут являться сведения о факте доставления и госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях; сведения о факте оказания такой помощи.

Перечень случаев (оснований), при которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина предусмотрен ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья и является исчерпывающим. Это обстоятельство не отрицается и судебной практикой.

Однако свои, не предусмотренные ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья основания для разглашения врачебной тайны установлены законодательством о регистрации граждан по месту пребывания. Эти нормы обязывают администрацию медицинских организаций без всякого предварительного запроса, а также согласия пациента предоставлять в органы Федеральной миграционной службы России (далее ФМС) сведения о поступлении пациента на лечение. Это правило распространяется как на иностранных, так и на российских граждан (пациентов). Выполнение данного требования не согласуется с нормой о врачебной тайне в отношении факта обращения гражданина за медицинской помощью.

1. Сообщение в орган миграционного учёта о поступлении в стационар **иностранного гражданина**.

В соответствии с ч. 3 ст. 20 Федерального закона от 18 июля 2006 г. № 109-ФЗ “О миграционном учёте иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации”¹ (далее Закон № 109-ФЗ) и п.44

¹ См. также п. 70, 96 и 104 Административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по осуществлению миграционного учёта в Российской Федерации, утвержденного приказом ФМС России от 29 августа 2013 г. № 364.

разработанных на основании Закона № 109-ФЗ Правил осуществления миграционного учёта иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации, утверждённых постановлением Правительства РФ от 15 января 2007 г. № 9 (далее — Правила), медорганизация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, в течение суток (согласно Правилам — 1 рабочего дня) обязана уведомить территориальный орган ФМС о прибытии иностранного гражданина путём направления (передачи) уведомления о прибытии для его постановки на учёт по месту пребывания. Соответствующее уведомление должно быть направлено и *при убытии* иностранного гражданина из медицинской организации (ч. 3 ст. 23 Закона № 109-ФЗ, п. 45 Правил). Администрация учреждения (организации) в этом случае обязана уложиться в срок до 12 часов дня, следующего за днём убытия пациента.

2. Сообщение в орган миграционного учёта о поступлении в стационар **российского гражданина**.

Аналогичное правило в отношении российского гражданина предусматривалось ранее абзацем третьим п. 55 Административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учёту граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, утверждённого приказом ФМС России от 20 сентября 2007 г. № 208 (далее — Регламент).

Раздел III Регламента регулировал административные процедуры, в т.ч. связанные с регистрацией граждан по месту пребывания. Пункт 55, входивший в данный раздел, определял порядок регистрации граждан² по месту пребывания³ в больницах уполномоченными должностными лицами, предусматривал заполнение на зарегистрированных граждан в двух экземплярах адресного листка прибытия по форме № 2 (приложение № 2 к Регламенту). В графе 8 листа прибытия указывалось “на срок лечения”, а в графе 9 — почтовый адрес лечебного учреждения. В соответствии с абзацем третьим п. 55 Регламента первый экземпляр адресного листка прибытия в 7-дневный срок со дня поступления больного должен был быть на-

правлен администрацией больницы в подразделение адресно-справочной работы территориального органа, а второй экземпляр — в орган регистрационного учёта, на территории обслуживания которого располагалось данное лечебное учреждение, где он помещался в адресно-справочную картотеку органа регистрационного учёта.

Зам. главного врача ГБУЗ Астраханской области “Областной наркологический диспансер” Нетреба И. А. обратилась в Верховный Суд РФ с заявлением о признании недействующим абзаца третьего п. 55 Регламента, считая, что требование, обязывающее лечебное учреждение направлять в орган регистрационного учёта сведения о поступивших гражданах без учёта их согласия, противоречит ст. 15, 23, 24 Конституции РФ, а также п. 9 ст. 4, ст. 13, п. 7 ч. 5 ст. 19, ст. 71, п. 2 ч. 2 ст. 73 Закона об охране здоровья. Нетреба ссылалась на то, что, будучи должностным лицом, ответственным за регистрацию поступивших на лечение граждан, и выполняя требование о предоставлении информации о поступивших пациентах в территориальный орган ФМС России, не наделена правом на передачу без согласия гражданина сведений, составляющих врачебную тайну. Она указала, что вынужденно нарушает врачебную тайну, за что законодательством установлена ответственность.

Верховный Суд РФ (решение от 1 апреля 2013 г. по делу № АКПИ13-161) в удовлетворении заявленных требований отказал со следующей мотивировкой.

Согласно ст. 3 Закона РФ от 25 июня 1993 г. № 5242-1 “О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации” (далее — Закон № 5242-1) правила регистрации и снятия граждан с регистрационного учёта по месту пребывания, а также перечень должностных лиц, ответственных за регистрацию, утверждаются Правительством РФ (ч. 4). Контроль за соблюдением указанных правил возлагается на федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный на осуществление функций по контролю и надзору в сфере миграции, его территориальные органы и органы внутренних дел (ч. 5).

Правительство РФ, исполняя данное ему поручение, постановлением от 17 июля 1995 г. № 713 утвердило Правила регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учёта по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации и перечень должностных лиц, ответственных за регистрацию (далее — Правила). Абзацем третьим п. 4 Правил контроль за соблюдением гражданами и должностными лицами данных Правил возложен на ФМС России, её территориальные органы и органы внутренних дел.

ФМС России является федеральным органом, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере миграции, правоприменительные функции, функции по федеральному госконтролю (надзору) и предоставлению (исполнению) госуслуг (функций) в сфере миграции (п. 1 Положения о Федеральной миграционной службе, утверждённого постановлением Правительства РФ от 13 июля 2012 г. № 711). Аналогичные полномочия ФМС России были закреплены и в Положении о Федеральной миграционной службе, утверждённом Указом Президента РФ от 19 июля 2004 г.

² **регистрация гражданина РФ по месту пребывания** — постановка гражданина РФ на регистрационный учёт по месту пребывания, т.е. фиксация в установленном порядке органом регистрационного учёта сведений о месте пребывания гражданина РФ и о его нахождении в данном месте пребывания.

³ **место пребывания** — гостиница, санаторий, дом отдыха, пансионат, кемпинг, туристская база, *медицинская организация или другое подобное учреждение*, учреждение УИС, исполняющее наказания в виде лишения свободы или принудительных работ, либо не являющееся местом жительства гражданина РФ жилое помещение, в которых он проживает временно (ст. 2 Закона РФ от 25 июня 1993 г. № 5242-1 “О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации”).

№ 928 и действовавшим на время издания оспариваемого нормативно-правового акта.

Основываясь на этих нормах, ФМС России приказом от 20 сентября 2007 г. № 208 утвердила Регламент, который, как следует из его п. 1, устанавливает порядок предоставления данной госуслуги, определяет сроки и последовательность действий ФМС России и её территориальных органов при осуществлении полномочий по регистрации и снятию граждан РФ с регистрационного учёта.

Пункт 55 Регламента в развитие положений ст. 5 Закона № 5242-1 и п. 14 Правил определяет процедуру регистрации в лечебном учреждении, заполнения адресного листка и направления его в орган регистрационного учёта, на территории обслуживания которого располагается данное лечебное учреждение.

Довод о нарушении оспариваемой нормой конституционных прав граждан, согласно которым каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени; сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются, по мнению Верховного Суда РФ, не может быть признан правильным. Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ, выраженной в ряде его решений⁴, Закон № 5242-1, регулируя данную сферу общественных отношений, вводит институт регистрации в целях обеспечения необходимых условий для реализации гражданами их прав и свобод, а также исполнения ими обязанностей перед другими гражданами, государством и обществом. Регистрация является лишь предусмотренным федеральным законом способом учёта граждан в пределах России, носящим уведомительный характер и отражающим факт нахождения гражданина по месту пребывания и жительства.

Утверждение о том, что проведение должностным лицом медучреждения регистрации поступивших на лечение граждан и представление в территориальный орган ФМС сведений о поступивших пациентах ведёт к разглашению врачебной тайны, по мнению Верховного Суда РФ, ошибочно. Абзац третий п. 55 Регламента не содержит нормативных положений, возлагающих на должностных лиц, ответственных за регистрацию граждан по месту пребывания в больницах, обязанность сообщать в территориальный орган ФМС сведения о поступивших пациентах. Эта норма предписывает направлять в орган регистрационного учёта адресный листок прибытия, в котором, как усматривается из абзаца второго этого пункта и формы № 2, отражается факт регистрации гражданина по месту пребывания по конкретному адресу без указания наименования лечебного учреждения.

Оспариваемая норма действует в сфере общественных отношений, регулируемых Законом № 5242-1, статьей 3 которого установлена обязанность регистрации и снятия гражданина с регистрационного учёта по месту пребывания в больнице и на орган регистрационного учёта возложен контроль за соблюдением этой обязанности должностными лицами, ответственными за регистрацию.

Информация о регистрации гражданина по месту пребывания в больнице прямо относится к определен-

ному физическому лицу и входит в состав персональных данных, под распространением которых согласно п. 5 ст. 3 Закона № 152-ФЗ понимаются действия, направленные на раскрытие персональных данных неопределённому кругу лиц. В данном случае информация предоставляется определённому лицу — федеральному органу государственной власти, осуществляющему в пределах своей компетенции обработку персональных данных и обязанного в силу ст. 7 Закона № 152-ФЗ обеспечить их конфиденциальность.

Следовательно, требование о направлении адресного листка в соответствующий территориальный орган ФМС основано на нормах федерального закона и необходимо для осуществления этим госорганом его законной деятельности по регистрационному учёту граждан по месту пребывания.

Позиция заместителя главного врача больницы в этом вопросе представляется более убедительной, нежели “ход мыслей” судей Верховного Суда РФ. Никто не оспаривает тот факт, что данный Регламент “обслуживает” конкретный законодательный акт и нацелен на выполнение определенной задачи, а сотрудники миграционной службы со своей стороны будут соблюдать конфиденциальность. Однако установленные в Регламенте способы выполнения этой задачи затрагивают сферу действия другого законодательного акта, такого “вторжения” не допускающего. Совершенно очевидно, что листок прибытия гражданина в больницу является ничем иным, как информацией о его поступлении в эту больницу как место временного пребывания и о регистрации в ней. Абсолютно понятно, что цель прибытия гражданина в больницу — получение медицинской помощи. То обстоятельство, что это “адресный” лист, т.е. в нём указывается лишь адрес медорганизации, а не её наименование, не является достаточным для вывода о том, что факт нахождения по данному адресу медорганизации остаётся скрытым. Во-первых, при заполнении адресный листок подписывается должностным лицом (как правило, заместителем главного врача), т.е. в данном случае анонимность регистратора исключается. Во-вторых, как следует из Регламента, в графе “зарегистрирован по месту пребывания до” делается запись “на срок лечения”, что не оставляет сомнений в том, куда прибыл гражданин и зачем.

“Перевод стрелок” с принципиального вопроса о правовой оценке факта передачи сведений, являющихся одновременно и врачебной тайной и данными регистрационного учёта, на вторичный вопрос — об обязанности сотрудников органов ФМС соблюдать конфиденциальность, говорит об уязвимости позиции суда и, следовательно, несбалансированности законодательства.

В настоящее время Регламент, утверждённый приказом ФМС России от 20 сентября 2007 г. № 208, утратил силу в связи с утверждением приказом ФМС России от 11 сентября 2012 г. № 288 нового Регламента. Он зарегистрирован в Минюсте России 2 апреля 2013 г. (№ 27963) и содержит в отношении меди-

⁴ Постановление от 2 февраля 1998 г. № 4-П, Определение от 13 октября 2009 г. № 1309-О-О.

цинских организаций и их пациентов те же самые правила, что и его предшественник (п.55, 66). Как следует из п. 126 нового Регламента, при выписке из медорганизаций граждан, зарегистрированных в них по месту пребывания, уполномоченное должностное лицо организации в 3-дневный срок со дня выписки граждан заполняет на них адресные листки убытия по форме № 7 (приложение № 4 к Регламенту) в двух экземплярах и в установленном порядке направляет первый экземпляр адресного листка в подразделение адресно-справочной работы территориального органа, а второй экземпляр передает в соответствующий орган регистрационного учета.

Отказ медорганизации в передаче сведений в органы ФМС чреват юридическими последствиями. По данному факту может быть проведена прокурорская проверка, по результатам которой прокурор вправе внести представление об устранении нарушений закона и привлечении виновных к дисциплинарной ответственности. Такие представления медорганизации пытаются безуспешно оспорить в суде в порядке ст. 254 ГПК РФ.

Так, Ленинский районный суд г. Оренбурга своим решением от 20 апреля 2012 г. оставил без удовлетворения заявление ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» о признании недействительным представления районного прокурора в адрес главного врача больницы об устранении нарушений законодательства о миграционном учете иностранных граждан.

Больница в своем заявлении сослалась на определение врачебной тайны, сформулированное в ст. 13 Закона об охране здоровья, а также на то, что «миграционная служба не входит в перечень, кому допустимо сообщать сведения, составляющие врачебную тайну».

В представлении прокурора указывалось, что за период с 2011 г. в больнице проходили лечение трое граждан из Узбекистана, Казахстана и Грузии, однако в территориальное отделение УФМС России по Оренбургской области уведомлений об их прибытии и убытии не поступало. Указанное бездействие способствовало бесконтрольному передвижению по территории РФ гражданина Украины, также проходившего лечение в больнице. Согласно ст. 2 Закона № 109-ФЗ миграционный учет иностранных граждан — государственная деятельность по фиксации и обобщению предусмотренных законом сведений об иностранных гражданах и их перемещениях. В соответствии с ч. 9 ст. 22 Закона № 109-ФЗ фиксация сведений об иностранных гражданах, находящихся в больнице, осуществляется администрацией по прибытии и убытии иностранных граждан для последующего уведомления органа миграционного учета о прибытии и об убытии данных граждан.

В представлении главному врачу было предписано устранить выявленные нарушения, а также причины и условия им способствующие, решить вопрос о привлечении виновных лиц к дисциплинарной ответственности, в месячный срок сообщить прокурору о результатах рассмотрения представления и принятых мерах с приложением копии приказа о наказании виновных.

По мнению суда, ссылки заявителя на ст. 13 Закона об охране здоровья, содержащую исчерпывающий пе-

речень условий и организаций, кому допустимо сообщать сведения, составляющие врачебную тайну, и доводы о том, что, предоставляя сведения в миграционную службу о прибытии и убытии иностранных граждан, медорганизацией нарушается врачебная тайна, основаны на неверном толковании норм права. Понятие «факт обращения гражданина за медицинской помощью» и «место пребывания» не являются тождественными. Закон об охране здоровья регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан. Врачебная тайна — это в т.ч. сведения о факте обращения за медицинской помощью. Понятие «медицинская помощь» определяется как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Понятие «место пребывания иностранного гражданина в Российской Федерации» определено Законом № 109-ФЗ как жилое помещение, не являющееся местом жительства, а также иное помещение, учреждение или организация, в которой данный гражданин находится и (или) по адресу которых он подлежит постановке на учет по месту пребывания в порядке, установленном Законом № 109-ФЗ.

Как указал суд, согласно Закону № 109-ФЗ принимающая сторона (больница) обязана зафиксировать сведения о нахождении иностранного гражданина в месте пребывания для последующего уведомления органа миграционного учета. При этом сообщать сведения, которые являются врачебной тайной, не требуется. В связи с этим администрация больницы была обязана уведомить орган ФМС о прибытии и убытии иностранных граждан. Представление прокурора судом признано законным и обоснованным.

Действительно, Закон об охране здоровья и Закон № 109-ФЗ регулируют разные правоотношения и оперируют разными понятиями. Они, безусловно, не тождественны, однако имеют точки пересечения, а, точнее, фактически одинаковые по содержанию информации сегменты. Поэтому сколько бы мы не старались развести эти понятия, на вопрос, вынесенный в заголовке статьи, можно ответить утвердительно. Передаваемые в органы ФМС сведения, пусть и обличенные в свою конкретную понятийную форму, фактически охватываются понятием «врачебная тайна». Передача этих сведений без согласия гражданина ст. 13 Закона об охране здоровья не санкционирована.

В результате таких действий сотрудникам миграционной службы становится известно об оказании гражданину медицинской помощи. При этом если указание в качестве места пребывания адреса, по которому расположена обычная общесоматическая больница, не дает представления о характере заболевания гражданина, то указание адреса и должности подписывающего документ должностного лица больницы психиатрического, наркологического профиля однозначно свидетельствует о его характере. Не случайно при оформлении листков нетрудоспособности, медицинских заключений и справок в ряде случаев допускается использование специальных печатей и штампов медорганизации без указания ее профиля.

Непредставление информации в органы ФМС помимо мер дисциплинарного воздействия может влечь и административную ответственность.

Согласно ч. 2 ст. 18.11 КоАП РФ непредставление или несвоевременное представление по требованию федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление функций по контролю и надзору в сфере миграции, либо его территориального органа установленных законодательством РФ документов или информации об иностранных гражданах или лицах без гражданства, в отношении которых осуществляется иммиграционный контроль, предусмотренный законодательством РФ, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от 2 до 4 тыс. рублей; на должностных лиц — от 40 до 50 тыс. рублей; на юридических лиц — от 400 до 500 тыс. рублей.

Лицо подлежит ответственности только в случае, если будет установлена его вина в форме умысла⁵ или неосторожности⁶ (ч. 1 ст. 1.5 КоАП РФ). Дела данной категории рассматриваются судом (ч. 1 ст. 23.1 КоАП РФ). Как следует из диспозиции ч. 2 ст. 18.11 КоАП РФ, наказание установлено за непредставление (несвоевременное представление) сведений именно по требованию соответствующего органа. Из этого можно заключить, что, поскольку уведомления о госпитализированных пациентах должны направляться медорганизациями без отдельного (специального) требования (напоминания) органа ФМС, а в силу закона, то непредставление (несвоевременное представление) таких сведений данной нормой не охватывается.

⁵ Административное правонарушение признается совершенным **умышленно**, если лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего действия (бездействия), предвидело его вредные последствия и желало наступления таких последствий или сознательно их допускало либо относилось к ним безразлично (ч. 1 ст. 2.2 КоАП РФ).

⁶ Административное правонарушение признается совершенным **по неосторожности**, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение таких последствий либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть (ч. 2 ст. 2.2 КоАП РФ)

Часть 5 ст. 19.15.2 КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение лицом, ответственным за прием и передачу в орган регистрационного учета документов для регистрации и снятия с регистрационного учета гражданина РФ по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, установленных законодательством РФ сроков представления в орган регистрационного учета документов для регистрации граждан РФ либо представление в орган регистрационного учета заведомо недостоверных документов для регистрации гражданина РФ, если эти действия не содержат признаков уголовно наказуемого деяния.

Санкция этой статьи предусматривает наложение административного штрафа в размере от 3 до 5 тыс. рублей.

Подводя итог, можно предположить, что разрешить имеющуюся правовую коллизию законодательным путем вряд ли удастся. Учитывая все возможные риски, а также принимая во внимание судебную практику, в частности позицию Верховного Суда РФ, медицинским организациям ничего не остается, как исполнять требования законодательства о миграционном учете граждан по месту пребывания. Для минимизации последствий нарушения положений ст. 13 Закона об охране здоровья медорганизации могут ввести практику уведомления прибывающих в стационар пациентов (их законных представителей) о своих обязанностях в сфере миграционного учета, а именно о необходимости передавать сведения о прибытии (убытии) пациента в органы ФМС.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

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

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

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

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

или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,

Аргуновой Юлии Николаевне

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Уровень IQ и водительские права

Добрый день, уважаемый Юрий Сергеевич! Вас беспокоит частнопрактикующий врач г. Благовещенска Амурской области ИВОН В. Г. Ранее по телефону мы обсудили возможность проведения психологической экспертизы В. И., которому отказало областное психиатрическое учреждение в выдаче справки на управление автотранспортом по причине легкой умственной отсталости со слабо выраженными нарушениями поведения, обусловленной неуточненными причинами (F70).

Уважаемый Евгений Владимирович! Мы наводили справки в различных московских бюро, которые занимаются проведением платных психологических

экспертиз, и пришли к выводу, что ехать в Москву для этой цели, с московскими ценами и отсутствием гарантий, что это поможет, совершенно неоправданно и разорительно. Я написал письмо вице-президенту нашей ассоциации Александру Андреевичу Коломейцу во Владивосток, где это наверняка будет во всех отношениях более приемлемо, и советую обратиться к нему. Дело В. И. — прецедентное, грубо ущемляющее естественные права людей этой категории. Я направляю Вам наше заключение, разъясняющее суду положение вещей.

Ю. С. Савенко

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА на экспериментально-психологические заключения В. И., 1955 г. рожд.

Настоящее заключение составлено 18 июня 2014 г. по запросу представителя истца Ивона Евгения Владимировича

на основании представленных им копий следующих документов:

– исковое заключение В. И. о признании незаконными действий должностных лиц психиатрического учреждения здравоохранения по вынесению заключения о наличии противопоказаний к управлению автотранспортом;

– заключение психолога от 07.11.2013 г. и

– заключение психолога от 21.01.2014 г.

Оба представленных экспериментально-психологических исследования излагают свои цели в крайне общем виде без указания конкретной практической задачи — наличия противопоказаний к управлению личным автотранспортом. Полностью умалчивается о жизненной ситуации на момент исследования, ее стрессогенном уровне, длительности этой ситуации и ее возникших и предстоящих последствиях. Оба исследования носят формальный оторванный от жизни характер.

Оба тестовых исследования выполнены и описаны на высоком уровне в отношении предъявленных разнообразных когнитивных тестов, однако они не сделали поправок на полную чуждость для испытуемого предъявляемого ему тестового материала, делать заключение на основании работы с которым о способ-

ности В. И. управлять автомобилем совершенно некорректно. Самым адекватным тестом, прямо отвечающим на основной спорный вопрос, была бы серия заданий на тренажере, моделирующем типовые транспортные ситуации, требующие быстрых решений. Или дать возможность В. И. продемонстрировать свои способности в реальных условиях непосредственно за рулем.

Показатели экспериментально-психологических исследований за неполные три месяца от первого исследования 7.11.2013 до второго 21.01.2014 заметно ухудшились (IQ от 73 до 61 и т.п.), что явственным образом связано с затянувшейся психотравмирующей ситуацией, связанной с самой возможностью продолжать профессиональную деятельность и содержать семью.

Однако никаких тестов, специально направленных на исследование эмоциональной сферы, таких как тест Люшера, тест Роршаха, метод свободных ассоциаций и др., проведено не было. Не были использованы и проективные личностные тесты.

Оба исследования говорят об “умеренно выраженном” снижении умственных и мнестических процессов, “умеренном снижении” уровня обобщений и произвольного внимания и “умеренных” характерологических расстройствах на фоне общего замедления психического темпа и истощаемости. Данные электроэнцефалографии также показали “умеренно

выраженные” признаки диффузной ирритации ствольных структур и диэнцефальной области. Интенсивная в течение трех минут гипервентиляция не вызвала никаких эпи-знаков.

Однако, в отношении умственных способностей говорить об “умеренном” снижении крайне ответственно, так как “средняя степень” деменции это явственное слабоумие, когда делается невозможным проживание без посторонней помощи, а “умеренное снижение” IQ это уже имбецильность, что соответствует 49 – 35 и ниже. 89 – 70 — это “пограничное” снижение, а 69 – 50 — “легкое снижение” или дебильность. Именно такой диагноз был выставлен В. И. еще в 1972 г. Разъяснение этого необходимо было дать в тексте заключения. Хорошо известно, что люди с невысоким IQ (от 50 до 90) могут поразительно успешно адаптироваться к жизни, а это основной критерий практического интеллекта. Решающими являются именно такие клинические критерии, например, объективно проверяемо сведение, что “за 30 лет управления транспортными средствами, согласно справке УГиБДД г. Благовещенска № 92-и-38, ДТП с его участием не зарегистрировано”.

Основным недостатком проведенных исследований является то, чего в них нет, а нет главного — клинико-психологического анализа поведения, адекватного парциальным профессиональным требованиям. Используемые тесты не являются профориентационными и надежны при массовых, а не индивидуальных исследованиях. Это тесты игнорируют как творческие, так и парциальные способности, позволяющие приспособиться к среде и профессии нестандартным образом. Оба психолога чересчур прямолинейно и облегченно заключают о недостаточности различных психических процессов на основании одних только тестовых показателей, не считаясь с фактами реальной жизни.

Таким образом, оба экспериментально-психологических исследования являются неполными, оторванными от реальной жизненной ситуации и психологической реакции на нее, что делает неправомерными их выводы, основанные на одних только тестологических данных вне клинико-психологического анализа. Для решения конкретного вопроса о вождении личного автотранспорта необходимо опираться в первую очередь на непосредственные парциальные способности именно в этом отношении в широком клинико-психологическом контексте.

Полученные в экспериментально-психологическом исследовании тестовые показатели укладываются в выставленный еще в 1972 г. диагноз, который не помешал безаварийному вождению в течение не-

скольких десятилетий. Лишение В. И. прав вождения на основании тестологических данных является научно необоснованным и ведет к социальной декомпенсации без всякой на то общественной надобности.

Представленные в заключениях психологов выводы, в силу игнорирования перечисленных фундаментальных пробелов, ввели медицинскую комиссию в заблуждение.

Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко

Ниже приводим выдержку из отзыва НПА России от 20.05.14 на Проект постановления правительства Российской Федерации относительно “Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами”.

“Список противопоказаний по психическими расстройствам составлен явно непрофессионалом. По существу дела, следовало бы убрать скобки в первом разделе и весь нижеследующий перечень чуть ли не всех существующих психических расстройств, т.к. нелепым является как тотальный запрет при указанных психических расстройствах, так и отсутствие запрета при некоторых из них (например, при острой интоксикации никотином и синдроме отмены — F 17, F 17.3; гиперсомнии — F 51.1; злоупотреблении антидепрессантами — F 55.0; эпилепсии и эпилептиформных расстройствах — G 40; нарколепсии и каталепсии — G 47.4; и множестве расстройств из рубрик других глав МКБ). Нетрудно предвидеть, что приведенный список будет постоянно основанием запрета для невнимательных и формально мыслящих врачей. Мы уже имеем значительное количество жалоб от людей, которым не выдают разрешение на управление транспортными средствами при наличии психических расстройств, которые не относятся к **хроническим и затяжным психическим расстройствам с тяжелыми или часто обостряющимися болезненными проявлениями**, но попадают в список расстройств, приведенных в перечне, например, непсихотические расстройства настроения, легкая умственная отсталость, различные невротические и соматоформные расстройства и т.п. Такое ограничение прав грубо нарушает права людей с психическими расстройствами, а также противоречит основным положениям Конвенции о правах инвалидов, которая ратифицирована Российской Федерацией и требует максимального включения инвалидов (в том числе по психическому заболеванию) в жизнь общества.

Решение медицинских комиссий о возможности управления транспортными средствами должно носить индивидуальный характер. Категорический запрет распространяется только на тяжелые психические состояния и тяжелое умственное снижение”.

Особенности восприятия реалистических пейзажей у больных шизофренией и шизоидных личностей

Г. А. Андреева¹

Статья посвящена восприятию различных пейзажей у больных шизофренией и шизоидных личностей. Для этой задачи был разработан специальный семантический дифференциал (метод исследования), позволяющий нам рассмотреть такие критерии художественного произведения как динамика, перспектива и гармония. Результаты больных шизофренией и людей с шизоидной акцентуацией сравнивались с данными экспертов-художников, на основании чего делались выводы.

Ключевые слова: восприятие, живопись, искусство, семантический дифференциал.

Согласно Бахтину, любое произведение искусства, будь то художественный текст, музыкальное произведение или живописное полотно, является посредником между сознанием автора или его картиной мира и сознанием реципиента, его мировосприятием [1].

Такая триада в психологии искусства создает основную стержневую проблему: творец — произведение — зритель, а также три основных направления в исследованиях.

Первое направление связано с исследованием роли творца, его личности, а также процесса создания произведения искусства. Наибольшее участие в разработке этой проблемы приняло психоаналитическое направление (Фрейд, Юнг, Руссо, Доусон). Здесь творчество понимается как сублимация личностных конфликтов автора, буквально перенаправление энергии из области конфликта в область творческой деятельности, таким образом автор “лечит” сам себя. Психоаналитики применяли методы, позволяющие раскрыть особенности личности автора (биографический метод) и методы, высвечивающие пути художественного поиска, например, анализ черновиков.

Второе направление связано с анализом самих текстов или картин, т.е. непосредственно произведений искусства. Это в первую очередь методы структурализма и семиотики (Бахтин, Якобсон, Пропп, Лотман, Барт, Фуко, Эко) [3]. Структурализм, выросший из лингвистики, связан с семиотическими методами и рассматривает любой объект искусства как “текст в тексте”, т.е. неразрывно связанным с культурой. Эти методы призваны выделить элементы произведения и

проанализировать их смысловую взаимосвязь. Так, например, Владимир Яковлевич Пропп, считающийся одним из основателей теории текста и структуралистского метода, занимался изучением фольклора различных народов, создал адекватную классификацию сказок, а также выделил функции героев сказок и многое другое [4].

Лев Семенович Выготский [2] для анализа басен, лирики и трагедий использовал объективно-аналитический метод, заключающийся в сравнении эстетических и неэстетических объектов. Какая особенность заключается в построении элементов эстетического произведения? Ведь в содержании художественного произведения нет ничего такого, чего не было бы и во внехудожественном. Так ключ к раскрытию проблемы видится в анализе формы.

К третьему направлению относятся методы, раскрывающие проблемы, связанные с восприятием и осмыслением произведения искусства реципиентом. Это объективные методы регистрации эмоциональных реакций и направления взгляда, последние позволяют говорить о том, что, казалось бы, симультанно воспринимаемая картина или скульптура на самом деле рассматриваются последовательно, что видно в траектории движения глаз. Скульпторы, например, намеренно передавали впечатление движения, соединяя в одном изображении несколько фаз движения.

Наряду с объективными методами, используют методы анализа понимания смысла произведения, это могут быть свободное сочинение и изложение по произведению или формализованные опросники, такие как психосемантический дифференциал [3]. Именно с помощью этого метода мы решили выяснить особенности восприятия живописи, как целостного произведения. Данная методика представляет собой список биполярных определений, с помощью которых испытуемому предлагается оценить произведение искус-

¹ Студентка 3 курса Института психологии им. Л. С. Выготского РГГУ, специальность “клиническая психология”; научный руководитель: канд. психол. наук К. В. Тимофеева-Герасимова, старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии.



Рис. 1. Крыжицкий К. Я. Озеро, 1896

ства, а именно выбрать к какому полюсу определения относится та или иная репродукция. Данная оценка позволяет уловить субъективное и неосознаваемое отношение испытуемого к объекту, как целостному явлению.

Для таких целей был разработан специальный психосемантический дифференциал [5], направленный на выявление реакций, связанных именно с восприятием художественной формы живописного произведения.

В процессе разработки участвовали эксперты — художники и искусствоведы, определения и оценки которых подвергались факторному анализу, в результате которого было выявлено три фактора (фактор — группа определений, обладающих коннотативно близкими значениями):

- Динамика (Вклад в общую дисперсию 31 %)
 1. активный — пассивный
 2. живой — мертвый
 3. бодрящий — утомительный
 4. звонкий — глухой
 5. яркий — тусклый
 6. подробный — обобщенный
 7. четкий — расплывчатый
 8. динамичный — статичный
 9. сочный — сухой
- Гармония (Вклад в общую дисперсию 15 %)
 1. умиротворяющий — тревожный
 2. упорядоченный — хаотичный
 3. мягкий — жесткий
 4. манящий — пугающий
 5. свободный — напряженный
 6. женственный — мужественный
 7. притягательный — отталкивающий
 8. успокаивающий — раздражающий
- Перспектива (Вклад в общую дисперсию 11 %)
 1. невесомый — тяжелый
 2. открытый — замкнутый
 3. небесный — земной
 4. далекий — близкий
 5. глубокий — поверхностный



Рис. 2. Куинджи А. И. Снежные вершины. Кавказ, 1890 – 1895

Обзору методов уделяется такое внимание, потому что предмет анализа чрезвычайно зыбкий, а от качества выбранного метода зависит очень многое, т.к. нам сложно было даже предположить результаты.

В исследовании приняли участие пациенты первой клинической психиатрической больницы им. Алексеева, с параноидной и простой формой шизофрении, в ремиссии или подостром состоянии. Причем все больные занимаются в ИЗО-студии в дневном стационаре, под руководством художника Кулинича Никиты Анатольевича.

Группу испытуемых с шизоидной акцентуацией характера отбиралась на основании данных ММИЛ — Методика многостороннего исследования личности Ф. Б. Березина, М. П. Мирошникова, Р. В. Рожанца (1967, 1994). Так, в группу вошли те испытуемые, результаты которых по восьмой шкале (шкале шизодности) были высокими, т.е. наблюдался пик.

Группам предлагалось оценить с помощью описанного выше метода шесть реалистических пейзажей (примеры репродукций на рис. 1 и рис. 2). Каждая группа состояла из пятнадцати человек, результаты которых обрабатывались статистически и сравнивались с экспертной оценкой художников. Полученные различия являются статистически значимыми (для $p = 0,05$).

Для исследования были отобраны исключительно пейзажи с целью минимизировать возможное действие побочных ассоциаций, так как при восприятии сюжетных картин или портретов велико воздействие индивидуальных эмоциональных реакций на результаты. Тему природы в данном случае можно считать наиболее нейтральной.

Перед тем, как выстраивать какие-либо гипотезы, мы обратились к жизнеописанию Ван Гога, тщательно сделанному К. Ясперсом [6]. Художник, как известно, страдал шизофренией. В патографии Ясперс подробно рассматривает динамику болезни и то, как

она отражается в картинах. Он считает, что известная всему миру специфическая манера Ван Гога связана с его болезнью. Так, с наступлением кризиса, количество картин, которые он писал, чрезвычайно увеличивалось, но самое главное, что изменялась и манера письма: теперь изображение становилось все более и более расплывчато, перспектива сильно нарушалась, цвета становились еще резче и ярче. “Краски на некоторых картинах последних месяцев кажутся более грубыми и кричащими по сравнению с более живыми и ясными красками прежнего времени. Хотя он никогда не придавал особого значения ошибкам в перспективе или огрехам в рисунке, но под конец их количество увеличивается. Наклонившаяся дымовая труба, покосившиеся стены, деформированная голова кажутся уже не необходимыми, а случайными. Возбуждение, кажется, ослабляет дисциплинирующее самообладание. Характерность мазка, криволинейность гипертрофируются, живописная манера огрубляется” [6, с. 207].

Безусловно, существует связь болезни и творческого процесса, но главное, что данные изменения в манере письма связаны и с измененным видением мира, которое описывает сам Ван Гог в своих письмах к брату: “Взгляд меняется, смотришь какими-то японскими глазами, совсем по-другому чувствуешь цвета...” [6, с. 194]. Ван Гог также описывает свое увлеченное состояние работы, описывает то, как глубоко он погружается в процесс, сливается со своими полотнами.

Полученные нами результаты хорошо соотносятся с описаниями Ван Гога.

Так выявилось, что для больных шизофренией в той или иной степени свойственна переоценка (завышение) всех трех факторов. Особенно преувеличена гармоничность, что может быть связано с явлением отрицания негативных стимулов изображения, таких как тревожность, хаотичность, напряжение.

Акцент на чрезмерной динамике и перспективе в группе больных можно трактовать как специфическое субъективное восприятие изображения более живым и ярким, глубоким и открытым.

В группе шизоидов результаты оказались не столь однозначными. Наблюдается преувеличение гармонии, как и в случае с больными, но в меньшей степени. Динамика, напротив, скорее недооценивается, т.е. свойственная яркость и подвижность изображения словно затухает в их восприятии. Что, скорее

всего, связано с явлениями субдепрессии, свойственными как данной конкретной выборке, так и лицам с шизоидной акцентуацией в общем.

Таким образом, налицо отличия в восприятии формы художественного произведения, его динамики, глубины, эмоциональной оценки гармоничности. Хотя в целом процедура и изображения природы очень нравились пациентам, многие больные обращали внимание экспериментатора на наиболее спокойные пейзажи (рис. 1), отмечали их умиротворенность и позитивность. Возможно, пресловутая отгороженность больных шизофренией продиктована большей восприимчивостью и чувствительностью к внешним стимулам, подобно тому, как у больных аутизмом наблюдаются пониженные пороги восприятия и они тяготеют к ослабленной или умеренной стимуляции внешних раздражителей.

“В мои лучшие минуты я мечтаю не о сильных цветовых эффектах, а, скорее, об эффектах полутонов” [6, с. 200], — так пишет Ван Гог. Очевидно лучшие минуты — это периоды ремиссии, тогда как все наши испытуемые были как раз в ремиссии и изъявляли такое же желание, что, видимо, связано с преувеличенно живым и ярким восприятием.

Интересно узнать, как такие данные связаны с эмоциональными особенностями больных и степенью выраженности дефекта при шизофрении.

Безусловно, художественное произведение — вещь сложная, и любая попытка формализовать его восприятие условна и приближительна, но любопытна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бахтин М. М.* Эстетика словесного творчества / Сост. С. Г. Бочаров; Текст подгот. Г. С. Бернштейн и Л. В. Дерюгина. — М.: Искусство, 1979. — 424 с.
2. *Выготский Л. С.* Психология искусства / Общ. ред. В. В. Иванова, коммент. Л. С. Выготского и В. В. Иванова, вступит. ст. А. Н. Леонтьева. 3-е изд. М.: Искусство, 1986. — 573 с.
3. *Петренко В. Ф.* Основы психосемантики. — 2-е изд., доп. — СПб.: Питер, 2005. — 480 с. — ил. (Серия “Мастера психологии”).
4. *Протт В. Я.* Трансформации волшебных сказок // Собрание трудов: Поэтика фольклора. М., 1998.
5. *Серкин В. П.* Методы психологии субъективной семантики и психосемантики: учебное пособие для вузов / В. П. Серкин. — М.: Издательство ПЧЕЛА, 2008. — 382 с.
6. *Ясперс К.* Стриндберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патогرافического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина / Перевод с немецкого Г. Б. Ноткина — Гуманитарное агентство “Академический проект”, 1999 — 238 с.

“Антипсихиатрия” Ольги Власовой

“Антипсихиатрия” — таково крупно набранное название толстого тома Ольги Александровны Власовой, изданного в Москве в 2014 году. Из подзаголовка “Социальная теория и социальная практика” и текста следует, что это продолжение предыдущего издания: “Антипсихиатрия. Становление и развитие” (М., 2006), а из предисловия — что автор рассматривает это издание, как продолжение ее монографии “Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ” (М., 2010), вышедшее вторым изданием.

Мы давно рекомендуем в нашем журнале все многочисленные работы О. А. — все они очень информативны, очень полезны и очень живо и талантливо написаны. Психиатрам важно знать весь спектр позиций на эту тему. Я бы сказал: психиатрам в первую очередь.

К сожалению, автор дистанцируется от психиатров. О. А. отказалась от предложения выступить на нашем съезде 2010 г., посвященном антипсихиатрическому движению, проигнорировала в своих текстах проблемные возражения и комментарии зарубежных психиатров (напр., А. Эйя) относительно этого движения, обошла молчанием нашу трактовку в 1970 году (публикация 1991 г.) и в докладе на конференции “Философия и психиатрия” в Ницце, который Вольфганг Бланкенбург в личной беседе назвал интересным (НПЖ, 1998), и нашу попытку очертить теоретические основы психиатрии (“Введение в психиатрию. Критическая психопатология”. — М., 2013). Хорошо видно, что автор в первом томе “Антипсихиатрии” даже бегло не ознакомилась с отечественной психиатрической литературой. В результате, даже традиционная транскрипция имен известных психиатров была искажена до неузнаваемости: Юрген Блейлер вместо Евгения или Эугена, Ю. Минковский вместо Эжен Минковский, Сакель вместо Закель, Шаш вместо Сас и т.д. Особенно хорошо это видно из хронологической таблицы, небрежной и совершенно произвольной.

Что это? Нежелание вступать в дискуссию? Некий пуризм чисто философского подхода? Но нет, текст лишен такого характера. Это скорее обозрение творчества ведущих фигур антипсихиатрического движения.

Нам представляется, что это связано с принципиально различным смыслом, вкладываемым автором и нами в понятие “антипсихиатрия”.

Если М. Фуко и Р. Лэйнг, и даже Ф. Базалья и Т. Сас неоднократно подчеркивали, что не являются

антипсихиатрами, и что так называл себя только Д. Купер (1967), из-за чего с ним тут же разошелся Р. Лэйнг, то зачем было так называть эту монографию? Неужели автор думает, что это негативное нигилистическое именование отражает существо этого движения? — Нет, она сама признает его гуманистический и конструктивный посыл. Может быть, это способ хлестким рекламным образом привлечь читателей? Но вряд ли О. А. заинтересована в таких читателях, которые будут вычитывать только исходно сформированные антипсихиатрические предубеждения.

С самого начала, по горячим следам культурной революции, изучив французские психиатрические журналы, излагавшие декларации антипсихиатров, я реконструировал их манифест, одна половина которого оказалась чисто негативной, а другая — высоко конструктивной. И только эту первую часть — в соответствии с номинальным значением термина — естественным образом воспринял и обозначил как антипсихиатрию, тогда как О. А. фактически называет так конструктивную часть манифеста, вопреки полному несоответствию термину и историческим фактам.

О. А. обозначает антипсихиатрией движение, которое, как она пишет, началось в 1960-м и завершилось к 1980-му году. Но такое движение в нашем смысле слова существовало всегда и конца ему не предвидится, так как это реакция на стигматизацию и дискриминацию людей с психическими расстройствами, на их недобровольное стационарирование и лечение, на использование психиатрии в немедицинских целях в судебных тяжбах о наследстве, а при авторитарных режимах — в политических целях: дискредитировать, запугать и репрессировать оппозицию. Этот горячий материал неистощим. Наконец, если считать, как это делает О. А., что антипсихиатрия — наследница феноменологической психиатрии, то неужели не очевидно, что последняя продолжает цвести и ветвиться, и что дело Лэйнга, вопреки всем его практическим неудачам, не усохло. Харизматическая личность при жизни, он остался таким до настоящего времени, доказательством чего являются все тексты самой О. А., выдающие прямо-таки влюбленность в Лэйнга. В хронологической таблице среди центральных событий есть и такое: “Лэйнг с женой Юттой и детьми едет на Цейлон”. Про него говорится “пророк”, “гений”, “он, конечно, прав” и т.п. правда, приводится и другое мнение: “прежде всего, это

литературный феномен, подхваченный масс-медиа” (Ф. Гваттари).

Вместо четкого определения, что такое антипсихиатрия, по мнению самой Власовой, читателю предлагают остроумные метафоры, парадоксальные и противоречащие друг другу суждения типа: не только психиатрия, но и антипсихиатрия — это мифология, т.е. релятивизация существа понятия. В разных местах текста даются различные определения, дополняющие друг друга. Наиболее объемлющим являются следующие.

Антипсихиатрия — это “стадия негации естественно-научной парадигмы психиатрии, радикальное сомнение и отрицание теории и практики психиатрии”. “Мы объединяем под термином антипсихиатрия междисциплинарное движение 1960 – 1970-х годов, особенностью которого является выработка социального проекта (социальной теории и социальной практики) и которая включает в себя Р. Д. Лэйнга, Д. Г. Купера, Ф. Базалью, Д. С. Саса, а также социально-критические, социально-эпистемологические и антропологически ориентированные околоантипсихиатрические идеи”. “Антипсихиатрия — это и направление психиатрии, и ее маргинальное пространство, и течение гуманитарной мысли, и направление социальной критики, и практика леваческого активизма”, как протестного движения.

Категорически нельзя согласиться с утверждением, что “в СССР антипсихиатров причисляли к критикам именно буржуазных западных стран, они превращались в союзников советских граждан, они показывали нам “как там плохо”. Эти причины делали советскую критику антипсихиатрии несколько неадекватной”. Автора подвела чисто логическая философская кабинетность работы и отсутствие общения с еще живыми свидетелями этой эпохи среди психиатров. А вот советская власть в формальной логике не нуждалась, она хорошо чувствовала левацкий маоистский запал, который собственно лежал на поверхности. В 1970-е годы у нас воспринимали антипсихиатрию как реакцию на советскую практику использования психиатрии в политических целях. О. А. об этом как-то забыла, хотя это снова актуально.

Автор фактически игнорирует чисто негативное отрицательное влияние антипсихиатрии, то есть именно то, что **мы имеем в виду под этим термином**. Это утверждения антипсихиатров, что “психиатрия не располагает ни объективными методами исследования, ни строгим категориальным аппаратом, ни научной теорией, ни надежным лечением, ни даже собственным предметом, а исполняет полицейские функции”.

Автор игнорирует две центральные для антипсихиатрического движения фигуры. Это Герберт Маркузе — идеолог культурной революции 1968 г., которая собственно и сдвинула с мертвой точки процесс деинституционализации. По Маркузе в наше время не

пролетариат, а молодежь и психически больные — динамит революции. Интернирование последних в психиатрические больницы — это политическая акция, профилактическая зачистка.

Другой фигурой является Рон Хаббард, автор многочисленных вестернов, создатель саентологии, дианетики и гражданской комиссии по правам человека, финансируемых Фондом Хаббарда, который по средствам под стать Нобелевскому. Гражданская комиссия по правам человека представляет концентрат антипсихиатрии в наиболее грубой негативной и агрессивной форме и, обладая несопоставимыми с нами средствами и прибегая к политическим методам борьбы, собирает компромат на психиатрию, отпугивая от нее и агитируя за снижение государственного финансирования и т.п. И все же она выполняет необходимые санитарские функции.

Фактически все критические доводы в адрес психиатрии в достаточно резкой форме давно приводили классики психиатрии, и Крепелин, и Ясперс, и Курт Шнайдер, но в качестве необходимого устремления деятельности, а не перечеркивания достигнутого. Психиатрия критиковалась антипсихиатрами, как некое единое целое, что выдает их узкую информированность.

Изоляция от общения с психиатрической аудиторией, заинтересованной в философских основаниях своего предмета, привела к тому, что там, где О. А. внедряется в изложение психиатрической проблематики, это выглядит довольно экзотично, постоянно и по большей части неадекватно звучит “впервые”, “впервые”. Даже изложение психоанализа Фрейда является чисто книжным, компилятивным, с неадекватной расстановкой плюсов и минусов. Это касается и других глав. Вопреки всему этому, автор охватила такой огромный материал, что для любого психиатра найдется много нового.

Второй том “Антипсихиатрии” написан на значительно более высоком уровне, в нем позаимствована манера изложения Герберта Шпигельберга в работе “Феноменология в психологии и психиатрии”, а изложение сдержаннее и строже. Предисловие и заключение этой книги по тону и содержанию существенно отличаются от последней главы “Образ психиатрии”. Но это обрамление, как позолоченная или подслащенная пилюля.

Автор подпала под обаяние теоретических утопий узко ограниченного ею же круга авторов и суггестирующее действие их стилистики. Это просвечивает островками по всему тексту как настоящий палимпсест. Вот, например, автор пишет: “*Пожалуй, то, что практика психиатрии сродни тюремной, это не хорошо и не плохо. Не хорошо потому, что у медицинской науки (какой психиатрия является) просто не может быть такой практики, оправдываемой целями лечения. Это не плохо не потому, что хорошо, или не потому, что так и должно быть, а потому,*

что психиатрия по своему рождению есть тюремная практика. Такова ее история, такова исходная ситуация ее зарождения как практического, дисциплинарного, научного пространства. С тех пор несколько веков психиатрия пыталась уйти от своего прошлого, поэтому и упрекать ее в том, что она всегда тяготеет к тюремным порядкам, по меньшей мере, несправедливо. Психиатрия всегда тянулась к медицине, она всегда старалась стать медицинской наукой. Именно поэтому она хотела забыть свое прошлое...”.

Не будем квалифицировать интонацию этого отрывка, обратимся к простым реалиям. Известно ли автору, что самое широкое и жесткое применение методов стеснения, например, связывание — обычная практика реанимационных отделений. Автору, как философу, непростительно использовать в полемике манипулятивные приемы смещения смысла и значения. “Тюрьма” в этой цитате стирает различия в насилии в отношении уголовных и политических заключенных, невинных и праведно осужденных, вменяемых и невменяемых. Релятивизация и стирание этих границ объединяет крайние позиции. Психиатры каждый день должны принимать практические решения в казусных, т.е. трудно разрешимых случаях, где все решает, в конечном счете, система приоритетов — научных и этических или политических и экономических, т.е., индивидуально-личностная или прогосударственная. Когда на нашу борьбу с полицейской психиатрией прогосударственный психиатр отвечает: “Вся медицина — полицейская”, — это такая же релятивизация, как у О. А. Власовой: вся психиатрия полицейская как вышедшая из тюремной шинели. Это и фактически неверно, так как издавна изолировали только буйных сумасшедших, т.е. совсем небольшую часть лиц с психическими расстройствами.

Книга создает ложное впечатление, что об “Освобождении” впервые заговорили антипсихиатры, тогда как научная психиатрия своим зарождением обязана освобождению больных от оков, а врачей от полицейского начальника, и что система нестеснения — один из лейтмотивов всей ее истории.

О. А. Власова пишет о группе авторов, которые прослыли антипсихиатрами, хотя таковыми не были, как о реальных антипсихиатрах, проникнувшись яркой хлесткой суггестивной демагогией антипсихиатрического движения, среди которых не было ни одного, имевшего практический опыт работы в остром психиатрическом отделении. Причем, пишет, изолировавшись даже от правозащитно-ориентированных психиатров, оберегая роскошную вышивку своего

мифотворчества, не считаясь с фактами драматических последствий деинституционализации в США, где распущенные психически больные стали бродягами, а потом переполнили тюрьмы, где их содержание, обходящееся значительно дешевле, закрепилось этим экономическим механизмом, а судебная психиатрия начала приобретать несоразмерное значение.

У нас в России, вопреки такому опыту многих стран, реформа здравоохранения и психиатрии в частности движима исключительно соображениями экономики средств и по сути разрушительна. Власова не хочет слышать об этом.

Но и на своем философском поле она умалчивает, что все герои ее последней книги не знали философского основания ведущих классиков психиатрии, от Курта Шнайдера и Ганса-Йорга Вайтбрехта до Виктора Франкла, — критической онтологии Николая Гартмана, также принадлежащей феноменологической философии, тогда как антипсихиатрическое движение в понимании Власовой, вопреки ее утверждению (“Антипсихиатрия”, 2006, с. 107), не только не стало наследником феноменологической психиатрии, но противоречит ее основным принципам — непредвзятости, направлению исследований от феноменологически очищенного конкретного предмета к теоретическому обобщению, а не наоборот, и к предельной ясности, чуждой словоблудию.

Вместо того, чтобы говорить о психиатрии и полицейской психиатрии, как принято у нас со времен Павла Якобия (“Административная психиатрия”, 1900), Ольга Власова говорит о психиатрии как исходно полицейской и противопоставляет ей антипсихиатрию, не считаясь с фактами и активно устремляясь от встречи со всем, что этому противоречит. Такую книгу мог бы финансировать Рон Хаббард.

Высказанные критические замечания не мешают самой высокой оценке трудов О. А. Власовой, и мы настоятельно рекомендуем всем коллегам прочесть “Феноменологическую психиатрию и экзистенциальный анализ” и “Антипсихиатрию”. Вас ждет обогащающее удовольствие с перчинкой.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. Власова О. А. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. — М., 2014.
2. Власова О. А. Антипсихиатрия. Становление и развитие. — М., 2006.
3. Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. — М., 2010.

Еще раз об “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского в 3-х томах (М., 2013) (в связи с рецензией проф. В. Н. Краснова)

“...материализм включает в себя, так сказать, партийность, обявывая при всякой оценке события прямо и открыто становиться на точку зрения определенной общественной группы” Этой цитатой Ленина Т. И. Юдин заключает предисловие своей замечательной книги “Очерки истории отечественной психиатрии” и добавляет: “главной опасностью является преклонение перед западной наукой” [1]

Ю. А. Александровский значительно превзошел Т. И. Юдина в исполнении приведенной выше установки. Для Юдина, писавшего в сталинскую эпоху, она была щитом, ритуальным поклоном, для Александровского — реальным руководством к исполнению.

Проф. В. Н. Краснов, хочет он этого или нет, хвалит [2] эту “Историю отечественной психиатрии”, хвалит откровенную реставрацию худшего в ней. Это ясно выступает, например, в подборе приложений. Читателю не предоставлена возможность судить о ключевых событиях этой истории из текстов, написанных с разных позиций, а в духе советских времен, представлена только советская позиция — позиция воинствующей партийности. Например: “О самостоятельности малопрогрессирующей формы шизофрении”, “VI Всемирный психиатрический конгресс”, “О книге Андре Кооперса” и т.д. Это особенно ясно показывает, что постсоветские критические трактовки облупливаются как плохо подобранная краска на исходной поверхности.

Приложения второго тома, посвященные лечению и реабилитации, поражают своей содержательной и структурной разнокалиберностью и разнородностью, отсутствием какой-либо системы, наличием совершенно инородных частей (например, “Инструментальные методы диагностики”, “Психические расстройства, возникающие при чрезвычайных ситуациях” и т.п.), подходы скорее для хрестоматии по психиатрии, а не ее истории. Прогнозированы составившие эпоху в лечении и реабилитации работы Артура Кронфельда, который привез в Советский Союз технологию только что разработанной инсулинотерапии, Г. А. Ротштейна по ЭСТ, открывшая у нас психофармакологическую эру работа Ю. К. Тарасова. Самая непосредственно жизненная, адекватная личности система лечебного воздействия психотерапии ограничивается самой сухой схемой, проигнорированы оригинальные психотерапевтические работы С. И. Консторума, К. И. Платонова, И. С. Сумбаева, Н. В. Иванова, групповые тренинги В. Е. Кагана, терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно, системы реабилитации Д. Е. Мелехова и М. М. Кабанова, первоклассные работы по трудовой терапии и т.д.

Нет связной картины динамики того, как лечили у нас психически больных в разные времена. Девять пустых страниц после 18-ого приложения второго тома позволяют предположить к чести автора, что и он подвергся цензуре, так как располагал обширнейшими материалами соответствующего рода.

Остановимся в качестве примера на приложении, воспроизводящем рецензию А. Е. Личко. Отдавая должное талантам Андрея Евгеньевича, доказательством чего является предложение ему или М. М. Кабанову стать президентом Независимой психиатрической ассоциации, сделанное мной и Виктором Лановым во время поездки в институт им. В. М. Бехтерева летом 1989 года, не могу не отметить, что руководящее положение А. Е. помешало ему дать взвешенную оценку книги Андре Кооперса “Биографический словарь политических злоупотреблений психиатрией в СССР” (Амстердам, 1990).

Большое количество наивных неточностей, естественных для не психиатра, тем более иностранца, в раскаленной теме, в условиях засекреченности большинства материалов, затмило А. Е. не менее несомненные достоинства и общественную важность этой книги.

Не касаясь малозначимых придинок, отметим откровенную (как бы зеркальную авторской) тенденциозность текста. Например, А. Е. Личко пишет, — а для него в отличие от Кооперса это непростительно, — что “вызывает сомнение компетентность психиатров А. А. Волошановича и А. И. Корягина¹”. Как можно так писать о коллегах, имевших мужество простоять против полководья гипердиагностики шизофрении (в три раза!), которое было ко времени написания этой рецензии хорошо известно, и дорого за это заплативших! Что знал о них Личко? Но в 1991 го-

¹ О А. А. Волошановиче, психиатре Центральной Московской областной психиатрической больницы, я слышал только лестные отзывы, а А. И. Корягина хорошо знал лично. Это легендарная личность (НПЖ, 1992, 3 – 4, стр. 5 – 8). После защиты в Харькове кандидатской диссертации “Некоторые вопросы психопатологии и патофизиологии апатико-абулических состояний при шизофрении” он работал зам. глав. врача Красноярской краевой ПБ, зав. отделением Областной ПБ в Кызыле, врачом харьковского областного ПНД, где стал, как и Волошанович, членом Рабочей комиссии, расследующей злоупотребления психиатрией. За публикацию итогов этой деятельности в 1979 – 80 гг. был осужден на 7 лет лагерей и 5 лет ссылки, а также лишен ученой степени. Эта публикация и мужественная борьба с жестокостями лагерного режима принесли ему звание почетного члена Американской, Британской, Нидерландской и Всемирной психиатрических ассоциаций и престижную премию имени Фритьофа Нансена, средства от которой были переданы им на поддержку деятельности НПА.

ду руководители отечественной психиатрии еще не могли чувствовать себя свободно, и А. Е., ругая Кооперса, изычно информирует всех цитатами из него. О несвободе, которую остро ощущал А. Е., свидетельствуют кавычки, в которые он помещает “независимые диагнозы” и “независимых психиатров”. В это еще было трудно поверить.

Удивляет, насколько игнорирует А. Е. этику и право в отношении медицинской тайны и личной жизни, раскрывая многие сведения в отношении больных и коллег. Мы, располагая документальными данными о психических расстройствах нескольких своих центральных ругателей, не посмели прибегнуть к такому рода доводам. Но и с профессиональной точки зрения ошибочно считать, что психиатрический диагноз, помещение в психиатрическую больницу и содержание деятельности находятся в линейных отношениях. Между тем, А. Е., критикуя Кооперса, полностью уподобляется ему, когда пишет, что “будучи в Советском Союзе, катмнестические сведения собрать довольно трудно — приходится довольствоваться только рассказами о письмах других эмигрантов. Например, таким образом нам стало известно, что В. Файнберг был помещен в психиатрическую больницу в Англии”. В результате, возникает обоснованное сомнение в корректности целого ряда других данных этой рецензии. Например, Личко пишет, что “советский генетик В. М. Гиндилис повторил все обвинения [в адрес М. Е. Варганяна] в “Открытом письме на Запад”. Поскольку в нашем журнале оно было воспроизведено, легко убедиться, что адресатом был не Запад, а отечественная Академия медицинских наук. Почему квалификацию Кооперсом поведения Н. М. Жарикова, выполнявшего все, что говорит Г. В. Морозов, как “клон Г. В. Морозова”, Личко называет “довольно циничной”?

Наконец, мало того, что А. Е. приводит развёрнутые данные о В. К. Буковском со слов его матери, так он придает им специфический смысл (стр. 371 – 372), воспроизводя, например, технологию тенденциозной квалификации лечащего врача генерала П. Григоренко, типичную для тех времен, и многое, многое другое. Сейчас мы располагаем достаточным катмнезом Буковского, который у всех на виду, чтобы убедиться в негодности оснований для постановки психиатрического диагноза, хотя нам могут бесконечно возражать: “так он выздоровел” или “это затяжная ремиссия”.

Тенденциозность рецензии видна уже из того, что у А. Е. Личко не нашлось ни одного доброго слова о монографии Андре Кооперса, которого автор безусловно заслуживал. Между тем, Ю. А. Александровский ограничил этой рецензией знакомство читателей с самым громким в истории мировой психиатрии примером ее широкомасштабного использования в политических целях, проигнорировав наиболее исчерпывающее двухтомное изложение Сиднея Блоха и Питера Рэдуэя этого 30-летия 1960 – 80-х годов [3] и огромный пласт литературы, освещающей эту тему с самых разных позиций. Зарубежные историки, не обремененные предвзятостями нашего автора, продол-

жают предпринимать более успешные попытки в изложении истории советской психиатрии.

Пересказывая без всякого критического комментария крайне уязвимую с фактической стороны дела периодизацию истории социальной психиатрии в России Т. Б. Дмитриевой и Б. С. Положего, противоречащую на много более обоснованному изложению Т. И. Юдина, Ю. А. Александровский фактически вместе с ними проигнорировал, по незнанию или советскому стереотипу, подлинного основоположника отечественной социальной психиатрии П. И. Якобия, который в своей выдающейся капитальной монографии “Административная психиатрия” (1900) [4] обосновал чуть ли не все основополагающие, до сих пор актуальные положения социальной психиатрии. Вместо этого эти авторы пишут о ранних предположениях предтеч и даже о докладе Ф. Е. Рыбакова 1906 года о причинной связи крупных политических событий и психических расстройств, докладе, который вполне заслуженно подвергся уничтожающей критике в журнале П. Б. Ганнушкина “Современная психиатрия”. И ни слова о выдающейся классической, опережающей время и феноменологическую социологию работе Н. П. Бруханского “Очерки социальной психиатрии”. Ни слова о вкладе А. К. Ануфриева и мн. др., не говоря уже о совершенно устаревшем определении Т. Б. Дмитриевой самого предмета социальной психиатрии, разбору чего мы давно посвятили специальную работу [5] Юрий Анатольевич предпочитает панегирический тон, особенно в отношении своего учреждения — Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, и конечно, не замечает, что к социальной психиатрии относятся и проблема политических диссидентов.

Мы видим, как и спустя четверть века, автор “Истории отечественной психиатрии” и в собственном тексте, и в подборе приложений остается крайне тенденциозным в том же ключе защиты официоза.

Очень жаль, что проф. В. Н. Краснов обошел молчанием мою отрицательную рецензию на это трехтомное издание [6], что его не смутило, что там не нашлось места для 25-летней деятельности НПА России и ее съездов, что его не возмутило помещение анекдотического панегирика д-ра Г. П. Колупаева в честь И. А. Сикорского — главного антигероя дореволюционной российской психиатрии.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М., 1951.
2. Краснов В. Н. История отечественной психиатрии Ю. А. Александровского // Социальная и клиническая психиатрия, 2014, 2.
3. Блох Сидней, Рэдауэй Питер. Диагноз: инакомыслие. — Киев, 1995 (1-ый том); Bloch S., Reddaway P. Soviet psychiatric abuse. — London, 1984 (2-ой том).
4. Якобий П. И. Основы административной психиатрии. — Орел, 1900.
5. Савенко Ю. С. О предмете социальной психиатрии // НПЖ, 1998, 3.
6. Савенко Ю. С. История отечественной психиатрии в монументально-официозном исполнении // НПЖ, 2013, 3.

Нужна ли наукометрия?

Ответы на ответы главного редактора Ю. С. Савенко

Ответы на ответы — признак того, что переписка неоправданно затягивается, но я предполагаю на этом этапе ее закончить вне зависимости от ответной активности моего адресата. Для начала следует пожуричь главного редактора за то, что он без согласования с автором публикует его частное письмо — как-никак живем в Европе, а не в Африке. Ответы главного редактора были на мои три вопроса, да еще и с просьбой ответить на каждый отдельно. И вместо прямых ответов Ю. С. Савенко припоминает историю 190-летней давности про неудачное, по его мнению, обращение к теме “психология, основанная на математике”. После этого еще одной цитаты 60-летней давности Ю. С. спрашивает “Не узнаете ли вы тех же ... претензий современной доказательной медицины ...?”. И далее с пафосом “Наша критика нацелена ... на высокомерный универсализм, непонимание вечно остающегося “остатка” — океана непознанного”. Тут для убедительности подверстывается И. Ньютон и кубик Рубика. А далее в этом же роде: односторонне-метрический подход, безапелляционность, глобализм, незрелый уровень. И ни одной отсылки к примерам такого уродливого подхода доказательной медицины. Иногда трудно понять, на что или кого обрушивается Ю. С.

Досталось также индексу цитирования, который “не работает в странах, где не сформировалась здоровая общественная среда. Поэтому результаты наукометрических исследований не являются ни полными, ни окончательными”. И это, правда — как и всякий метод, а индекс цитирования, прежде всего метод, она не может быть ни полной, ни окончательной. Как всякий метод, наукометрия прибегает к редукции в той или иной степени. И, как и всякий метод, она требует анализа и интерпретаций. А в странах, где “сформировалась здоровая общественная среда”, тоже есть много способов, как искусственно повысить свой индекс цитирования, например, с помощью самоцитирования, перекрестно-договорного соавторства или публикации одного текста под разными названиями. Но там же, где “сформировалась здоровая общественная среда”, создаются аналитические методы для выявления фальсификации такого рода. Не мною замечено, что легко критиковать, не зная предмета. Не зная предмета даже легче критиковать, чем со знанием его.

Как ни относиться к опыту западных стран, где “сформировалась здоровая общественная среда”, нельзя не принимать во внимание, что там наукометрия широко (вот там действительно широко) вошла в практику научного сообщества, и при устройстве на работу или при повышении по службе учитываются

эти показатели. Вот почему каждый научный сотрудник стремится печататься в журналах с высоким импакт-фактором. Такой подход в значительной мере избавляет от нездоровой конкуренции среди ученых, а главное является стимулом повышения продуктивности и качества научной работы. При этом конечно надо сохранять трезвое отношение к наукометрическим показателям и помнить, что это только инструмент, а не окончательный вывод, и в западных странах существует критическое к ним отношение при очень широком распространении этих показателей, возможно именно потому, что это распространение стало слишком широким.

Довольно решительные обвинения в адрес доказательной медицины и наукометрии даны Ю. С. суммарно, в общем и бездоказательно. Однако, есть и персональный выпад: “сложившаяся широкая практика оценки по индексу цитирования (в России не сложилась она, к сожалению, тем более широкая — АН) отдельных авторов, журналов и учреждений обычно обходится без этого (без анализа и ранжирования интерпретаций — АН) и вводит в заблуждение не только коллег, но и правительственных чиновников”. Подозреваю, что это я “ввел в заблуждение правительственного чиновника”, а именно Министра здравоохранения. Не сам конечно, а через посредника, предоставив наукометрический анализ публикационной активности трех объединяемых институтов психиатрии и наркологии. А Ю. С. был свидетелем этой процедуры — “ввода в заблуждение”. Похоже, что Министр принял это к сведению, но не более того, и просила при объединении институтов “не считаться индексами”. И это правильно — для мира в семье. Но не более того.

В чем я согласен с Ю. С., так это в том, что для оценки ценности научных работ “более значимы такие показатели, как число Нобелевских лауреатов”. То-то в России вторая и последняя Нобелевская премия по физиологии и медицине была вручена более ста лет тому назад (1908 г., И. И. Мечников). Но суммарное число Нобелевских лауреатов — это оценка для страны в целом, а как быть с оценкой ценности персональных научных работ? Попутно стоит отметить, что у Нобелевских лауреатов наивысшие наукометрические показатели, которые имеют большое значение при присуждении премии. У Нобелевских лауреатов индекс Хирша составляет порядка 60 и выше. При этом, тот же индекс успешных зарубежных ученых, работающих в области медицины, не превышает, как правило, 15. А что значит индекс Хирша равный 60? Это значит, что 60 публикаций лауреата

процитированы 60 и более раз (у одного из них до 1300 за 5 лет).

Однако Нобелевская премия — это оценка последних пяти метров к вершине Монблана. А как ценить остальные мегатонны науки, которые ниже этого превосходного уровня? А ведь без основания не будет вершины. И как в этой массе отобрать те работы, которые направлены к вершине, и те, которые уводят в сторону или катят вниз? Для этого у Ю. С. есть ответ — “репутационные оценки экспертов и коллег”. Согласен, можно и так, если требуется оценить ограниченный круг публикаций. Но стоит спросить Ю. С., сколько экспертов и коллег нужно для этой процедуры, если работ тысячи или тысячи тысяч? В одном только “Независимом психиатрическом журнале” за последние 5 лет опубликована 881 статья. Если всерьез это делать, то получится очень дорогой путь оценок, да и где взять такое количество знающих экспертов и толковых коллег.

Возвращаясь к ответу на ответы главного редактора, нужно отдать должное Ю. С. — он в конце своего двухстраничного журнального текста все-таки ответил на мои три вопроса, правда, всего одним предложением: “индекс цитирования “обратился против самих специалистов” тем, что “примерно их наказал”, т.к. в наших аномальных условиях не работает”. И это все, а точнее ничего — не ответил главный редактор своему читателю. Волею судеб я стал “специалистом”, допускаю, что наказание еще ждет меня впер-

еди, но пока ничего кроме удовлетворения от занятий наукометрией я не испытывал. Прельщает точность оценок, широкая возможность их аналитической обработки, пускаяй при некоторой приблизительности выводов.

В заключение моего ответа на ответы главного редактора предлагаю провести небольшой практикум по наукометрии. Главное для главного редактора его журнал, который представлен в Российском индексе научного цитирования (НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. ООО “Фолиум” (Москва)). В РИНЦ’е зарегистрирована 881 статья этого журнала, из них с нулевым цитированием 825, т.е. ни разу не процитированы (96 %). Я думаю, в этом случае не требуется глубокий анализ, чтобы понять, что это значит, пускай приблизительно. Добавлю к этому, что я не считаю этот журнал никчемным, сам нахожу в каждом номере две-три интересные для меня статьи. По мне, у журнала есть свое четко выраженное лицо, привлекательное при этом. И, главное, у журнала есть моральная позиция высокой пробы, которую трудно выразить количественно. Это никак не значит, что этическая составляющая не имеет значения. Однако в НАУЧНЫЙ и только научный оборот (цитирование) статьи, помещенные в журнале, не входят. Вот эту важную, но не единственную составляющую журнала может количественно выразить НАУКОМЕТРИЯ.

А. В. Немцов — док.мед. наук.

Что отражает наукометрия? Один впечатляющий пример

Я согласен с А. В. Немцовым, что пора поставить точку в обмене ответами на ответ, тем более, что у нас в отношении вопроса “**нужна ли наукометрия?**” с самого начала не было никакого противоречия¹. Конечно, **нужна**, и ей как и психометрии, искусствоведению и мн.др. предстоит увлекательное будущее. Речь шла о другом. — **Что отражает наукометрия в нашей стране в настоящее время?**

Наукометрический подход отражает мейнстрим существующего положения вещей на рынке сбыта чего угодно: в литературе это бестселлеры, в кино — блокбастеры и т.д. Но во всех сферах есть тонкие ценители, предпочитающие, скажем, читать Андрея Платонова, смотреть фильмы Александра Сокурова, слушать музыку Софьи Губайдуллиной, так же, как в любой области есть свои гурманы, независимо от любой моды, любой экономической или политической конъюнктуры. Представляется естественным оценивать и индексировать их отдельно, а не оптом со всеми.

¹ Не было и никаких “персональных выпадов”, т.к. по вопросу о слиянии институтов мы выступали с единых, дополняющих друг друга позиций.

Например, мы издали том Артура Кронфельда, перевели и опубликовали в своем журнале работы Йозефа Берце и Ганса Груле “Психология шизофрении” — это высокая классика предмета, но вызвало ли это ажиотаж спроса? Хорошо видно, что спрос оценивает не только товар, но и самих покупателей. Можно подстраиваться к ним, а можно стараться расширить их горизонт.

Наконец, даже сама наша НПА России представляет пример организации, которая по определению не может быть массовой и не претендует на это. Адекватно ли полное игнорирование вклада ее четвертьвековой деятельности в подводящей итоги “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского? Нет, мы видим здесь лежащее на поверхности следование внутривластной конъюнктуре.

Доказательным примером служит и наш “Независимый психиатрический журнал”. Корректно ли сравнивать индекс цитирования “Журнала им. П. Б. Ганнушкина”, т.е. бесплатного журнала с бесплатной

рассылкой и тиражом 15 – 30 тысяч экземпляров с НПЖ, подписка на один выпуск которого составляет 552 руб., а тираж 300 экземпляров? Среди читателей журнала немало ведущих коллег, и все они высоко оценивают его. Но ведь никакой индексации на эти грандиозные различия не проводится.

Таким образом, и “Независимый психиатрический журнал” и Независимая психиатрическая ассоциация России собственным примером показывают необходимость либо индексации по тиражу, стоимости и экспертным оценкам профессионального уровня по разным позициям, либо не по одному, а по нескольким разным спискам много- и малотиражных журналов, где бы устанавливалось свое собственное ранжирование.

Аналогичная проблема — давно пройденный этап в отношении определения интеллектуального уровня. Мало того, что тест Веклера дает не только количественный показатель IQ, но и профиль распределения успешности по 11 субтестам, который позволяет увидеть за счет чего IQ низкий, за счет вербальных или невербальных субтестов, а интерпретация вводит эти данные в конкретный клинический контекст, что позволяет учесть психическое и соматическое состояние испытуемого, его стрессуемость и т.д. Наконец, как выяснилось, IQ выражает рутинный интеллект, тогда как творческий интеллект требует дополнительной батареи тестов и далеко не совпадает с рутинным.

Итак, как выяснилось по предмету затеянного спора, у нас с А. В. фактически и разногласий нет, а во всем мире существует и нарастает критическое отношение к индексу цитирования, который — как и в отношении IQ — корректен только в сочетании с профилем и его интерпретацией.

Как пишет, например, Е. Гонтмахер, “ в странах, которые имеют наиболее продвинутую науку, индекс цитирования не принимается в качестве аргумента при выделении грантов. А кое -где такой подход запрещен, т.к. начинается гонка не за содержанием исследования, а за его как можно более поспешным опубликованием. Есть даже такой термин — “саями-слайсинг”, т.е. изготовление как можно большего количества публикаций на одном и том же материале. В результате, происходит подмена научного процесса... вышибанием денег из государства... На этом фоне мы в России, поклонясь, как языческим идолам, индексу цитирования и фетишу коммерциализации, выглядим безнадежно отставшими”.

И все же наша дискуссия с А. В. была не бесполезной не только для наших читателей, но и для контуров совершенствования индекса цитирования и дальнейшего развития наукометрии.

Ю. С. Савенко

Диссиденты призыва 1911 года*

В. Д. Тополянский

Агентурные записки о съезде Русского союза психиатров и невропатологов

Делегаты съезда выступали с докладами в аудиториях Народного университета имени А. Л. Шанявского и Политехнического музея, а 7 сентября — в Алексеевской психиатрической больнице на Канатчиковой даче. Товарищеские встречи участников съезда проходили в помещении Литературно-Художественного Кружка 3 и 8 сентября. Постоянный интерес журналистов, регулярно помещавших в московских газетах сообщения о съезде, вызвала устроенная в университете имени А. Л. Шанявского выставка из предметов нападения на врачей, а также картин и рисунков душевнобольных, их стихов, прозы и заявлений (например, “приказать старшему врачу Алексеевской психиатрической больницы в Москве за Серпуховской заставой Александру Ивановичу Мальшину выключить меня из электрического аппарата”).

Обстоятельные отчеты о съезде печатал журнал “Русский Врач”; позднее вышли в свет труды съезда с цензурными купюрами речи Сербского¹⁵. Иной взгляд на выступления участников съезда отражен в агентурных сводках Московского Охранного Отделения. Сохранившиеся в фондах Департамента полиции, более или менее подробные реляции секретных осведомителей дают вполне определенное представление об умонастроении московских врачей, захваченных либеральными идеями, накануне Первой мировой войны и революции.

“Блондинка”¹⁶ Составлена 7 сентября 1911 г[ода]

2-й и 3-й дни съезда.

2-й день, 5 сентября, съезд был закрыт. Профессор Рот был принят Градоначальником, который, потребовав от председателя съезда гарантий, что ничего подобного тому, что было на открытии съезда, более не повторится, разрешил его продолжение. В течение всего дня перед закрытым помещением толпились небольшие группы членов, беседовавших по поводу закрытия. Большинство со страшным возмущением говорило о закрытии. Но были и такие, которые не

оправдывали проф[ессо]ра Сербского за его речь на открытии съезда. Указывали на то, что съезд преследует серьезные научные задачи и при таких условиях выступать с речами в митинговом тоне совершенно неуместно. Нужно щадить подобные научные съезды, иначе можно добиться только того, что будут запрещаться и чисто научные съезды. Сторонники подобного взгляда указывали еще на то, что речь проф[ессо]ра Сербского является вдвойне необдуманной, ибо бросая тень на врачебное сословие, дает правительству новый мотив отказать в разрешении Пироговского съезда.

3-й день съезда, 6 сентября. Утреннее и дневное заседания посвящены были обсуждению докладов д[окто]ров Баженова и Вырубова о законодательстве о душевнобольных. Доклады носили узкоспециальный характер. Оба докладчика указывали на крайнее несовершенство существующего русского законодательства о душевнобольных и требовали его изменения. Д[окто]р Баженов в своем докладе проводил ту мысль, что попечение о душевнобольных должно лежать на органах, близких населению, и если бы осуществились проекты об учреждении мелкой земской единицы, то самое лучшее было бы отдать дело призора в руки этого органа. По вопросу о том, откуда взять громадные средства на устройство новых больниц для душевнобольных, д[окто]р Баженов высказал мысль, что эти средства можно было бы взять с валового дохода от казенной продажи питей.

В дневном заседании рассматривались следующие доклады: д[окто]ра Грейденберга о судебно-психиатрической экспертизе, д[окто]ра Цетлина [Цейтлина] о симуляции и д[окто]ра Тутышкина о психиатрической экспертизе в современном уголовном суде. Все эти доклады носили узкоспециальный характер.

Ввиду того, что из всех докладов, посвященных вопросу о реформе законодательства о душевнобольных и о судебной экспертизе, выяснилась малая разработанность выдвинутых вопросов, съезд постановил передать все эти доклады в правление Союза Общества русских врачей, которое, располагая правом кооптировать специалистов, займется дальнейшей разработкой вопроса. Кроме того, к разработке этого вопроса будут привлечены все психиатрические и юридические общества, а также городские самоуправления.

* Окончание. Начало см. НПЖ, 2014, 2, 82 – 89.

Вечернее публичное заседание привлекло огромное количество публики. Весь интерес сосредоточился на речи проф[ессора] Бехтерева о причинах самоубийства и борьбе с этим явлением. Перед началом речи проф[ессор] Бехтерев извинился перед публикой, что они заменили тему: он должен был прочитать речи об общественных задачах психиатрии, но после решил заменить ее речью о самоубийствах. Причину такой замены проф[ессор] Бехтерев объяснил тем, что в программе съезда не стоит этот важный и злободневный вопрос. Однако это замечание публика встретила ироническими улыбками. Еще перед заседанием циркулировали слухи, что проф[ессор] Бехтерев снял свой первый доклад потому, что в нем были места, которые могли бы дать повод к недоразумениям.

Речь профессора Бехтерева отличалась популярно-научным характером. Он коснулся всех причин, которые приводят к эпидемии самоубийств. Только в двух-трех местах речи были легкие и очень осторожные намеки на политическую злобу дня. Профессор Бехтерев указал, что в периоды реакции всегда и везде усиливаются эпидемии самоубийств, и с этой стороны эпидемия самоубийств у нас в России после 1905 г[ода] является закономерным явлением. Имеет большое влияние на развитие самоубийств и экономическое положение населения, и с этой стороны обычные у нас голодовки, безработица, забастовки, низкий уровень заработков населения также служат причиной массовых самоубийств. Большое влияние оказывает и сильное развитие алкоголизма. Проф[ессор] Бехтерев указал на то обстоятельство, что с научной точки зрения введение у нас в России казенной продажи питей не только не ослабило развития алкоголизма, но, наоборот, усилило его, придав ему наиболее опасный и вредный характер: раньше в кабаках население при потреблении водки закусьвало чем-нибудь, теперь же водка употребляется сплошь и рядом в чистом виде, что ведет к резко выраженной картине алкогольного отравления.

В заключение своей речи проф[ессор] Бехтерев призывал аудиторию не падать духом, не приходить в отчаяние, ибо “ночь не может быть вечной (намек на реакцию), но неизбежно должен наступить рассвет”. Этот-то намек и вызвал восторженную овацию по адресу проф[ессора] Бехтерева.

После Бехтерева произнес речь д[октор] Грейденберг: “Психологические основы нервно-психической терапии”. Речь эта носила строго научный характер. Заседание затянулось до поздней ночи.¹⁷

“Блондинка”. Составлена 8 сентября 1911 г[ода]
4-й день съезда.

Заседание происходило в городской Алексеевской психиатрической больнице.

Прочитанные доклады носили узкоспециальный характер. Д[октор] Гаккебуш читал об “Обществен-

ных психиатрических больницах и криминальных больных”, а д[окто]р Герман о “Женском персонале в мужских отделениях Орловской психиатрической больницы”. Во время прений по первому докладу приводили факты, что, вопреки существующему закону, изданному еще при императоре Николае I, при помещении в больницы для испытания или же для лечения уголовных больных их сопровождает стража. Против такого положения вещей, предусмотренного и законом, врачи считают необходимым энергично протестовать, ибо присутствие чуждого элемента в больницах — стражи очень вредно отражается на психике больных. Хотя во время прений по этому вопросу все время говорилось об уголовных арестантах, но нетрудно было понять, что забота съезда главным образом направлена к другому — избавиться от присутствия стражи в больницах и для политических арестантов. В результате принято решение — поручить правлению съезда психиатров собрать сведения о всех случаях незаконного введения стражи в больницы и обратиться с представлением на этот счет к соответствующим административным органам.

После утреннего заседания членам съезда от имени города предложен был обед. По требованию представителя полиции на обеде никаких речей не произносилось. Было разрешено только представителю города Малинину в нескольких словах приветствовать гостей и членам съезда, Чечотту и проф[ессору] Сербскому столь же кратко ответить на приветствие. Запрещение речей вызвало большое раздражение среди членов съезда. Это раздражение, не находя другого выхода, выражалось в беседах членов между собой и в громком смехе по адресу администрации.

После обеда снова было заседание съезда. Оба прочитанных доклада д[окто]ров Бруханского и Ступина касались узкоспециального вопроса о патронажном призрении душевнобольных.

Вечером в Университете имени Шанявского состоялось распорядительное заседание членов съезда. Обсуждался вопрос о необходимости создания различных учреждений и предприятий при союзе психиатров. Докладчик Ергольский предложил ряд мер, которые поведут к моральному единению и материальной взаимопомощи членов союза, как-то: учреждение справочного бюро для рекомендации врачей на места, учреждение комиссии для разбора споров между членами союза, учреждение касс взаимопомощи и для страхования на случай смерти и утраты трудоспособности. Все эти предложения сочувственно приняты съездом. Правлению союза, местом постоянного пребывания которого определена Москва, поручено провести все эти проекты в жизнь.¹⁸

“Блондинка” Составлена 9 сентября 1911 г[ода]
5-й день съезда.

И в утреннем, и в дневном заседаниях прочитан был ряд докладов узкоспециального значения, сопровождавшихся демонстрацией больных. Оживленные прения по поводу докладов носили строго научный характер. Основная тема утреннего заседания была о расстройствах памяти и болезнях мозга. На дневном заседании прочитан был доклад Шнауберта о земских психиатрических колониях. Докладчик указал на то, что колонии эти не могут широко развиваться благодаря отсутствию у земства средств и что необходимо поэтому ходатайствовать о предоставлении земствам новых источников доходов. О неудовлетворительной постановке дела призрения душевнобольных говорил и другой докладчик Иогансон. Он отметил недостаточно внимательное отношение к этому делу со стороны государства, которое отпускает нищенские средства на психиатрические больницы, не расширяет в соответствии с громадной потребностью существующие больницы и не устраивает новые. Все это создает такое переполнение психиатрических больниц, при котором о правильной постановке лечения не приходится говорить. Остальные доклады дневного заседания носили узкоспециальный характер.

Вечернего заседания не было. Члены собрались в Литературно-Художественном Кружке на товарищеский ужин. Перед началом ужина профессорам Роту и Сербскому поднесены были адреса, подписанные всеми членами съезда. В адресах прославляются ученые заслуги профессоров, их мужество, не позволившее им пойти ни на какие компромиссы, их стойкая защита интересов науки от чуждых науке влияний. В заключение выражается надежда, что русская наука дождется лучших дней и тогда оба ученых снова вернутся к невольно прерванной академической деятельности. Чтение этих адресов покрыто было бурными аплодисментами присутствующих.

Затем началась увеселительная часть программы вечера. Д[окто]р Баженов устроил “кабаре”, где очень остроумно высмеивались различные злобы дня из мира психиатров.¹⁹ Особенно досталось проф[ессору] Рыбакову. Подчеркивая научное ничтожество этого профессора, его полную неизвестность, исключавшую возможность получения кафедры в Московском Университете, если бы действительные ученые не оставили свои кафедры, в “кабаре” по его адресу пропета была песенка: “Чижик, чижик, где ты был”. Все это сопровождалось гомерическим хохотом. Душою подобного высмеивания был д[окто]р Баженов, выступивший несколько дней назад с открытым письмом по адресу проф[ессора] Рыбакова. Вообще, из многочисленных веселых номеров “кабаре” на вечере психиатров известный общественный интерес представляли только выпады по адресу проф[ессора] Ры-

бакова. Под конец на вечере царило буквально дикое веселье.²⁰

“Пушкарев”²¹ Составлена 11 сентября 1911 г[ода]

Среди интересных номеров кабаре 8 сентября в Литературно-Художественном Кружке обращали на себя внимание:

1. Речь д[окто]ра Койранского, который, выражаясь латинской (анатомической) терминологией, старался охарактеризовать тяжелое в полицейском отношении положение настоящего съезда. При этом он употреблял такие выражения: “Над всеми тяготит тюрьма”, “Сильвиев водопровод, ведущий в отверстие, не знающее выхода” и т.д. Вся речь сплона была направлена по адресу режима, заставившего Сербского замолчать. Между прочим, предложил товарищам просить Сербского спеть арию из “Хованщины” “Многострадальная Русь” (конец его речи), на что последний поднялся, открыл рот и прошептал, что означало “не позволяют говорить”. Речь произвела большой эффект.

2. Ртищева (подражательница Плевицкой), изображая Сербского у нее в кабинете, понурила голову под звуки “Коль славен”.²² Изображала также и другие номера в том же духе.

3. Артист Борисов в своих рассказах и телеграммах выразился о Министре Народного Просвещения Кассо, что будто он держит просвещение в “железной кассе”.

4. В афише, выпущенной на злобу дня, между прочим было помещено объявление такого содержания: “Умер Блюстител (полицейский пристав). Радуйтесь и ликуйте”.²³

Резолюция Директора Департамента Полиции

Особый Отдел препровождает при сем в 4-е Дело производство копию представленной Начальником Московского Охранного Отделения от 11 сентября сего года за № 252 066 агентурной записки о ходе занятий съезда Русского союза психиатров и невропатологов, присовокупляя, что на означенном представлении полковника Заварзина Господин Директор Департамента [Полиции] изволил положить следующую резолюцию: “Какая же это записка о ходе съезда и причем тут вечер в “Кабаре”. Запросить. 12/9”. Резолюция эта по Особому Отделу не исполнялась.

Заведующий Особым Отделом полковник (подпись отсутствует)

В 4-е Дело производство Департамента полиции²⁴

“Блондинка” Составлена 10 сентября 1911 г[ода]

6-й день съезда.

Утреннее заседание посвящено было чисто медицинским докладам о лечении сифилиса нервной системы препаратом 606.

В дневном заседании обсуждался доклад Сергиевского и Вырубова об уставах психиатрических больниц. Доклад этот представляет большой интерес, так как выясняет те стремления, которые существуют не только в среде врачей-психиатров, но и в среде всех вообще врачей, находящихся на службе в земствах и городских самоуправлениях. Вопрос, которого касается доклад Сергиевского и Вырубова, по их собственным словам, очень старый вопрос — он возник еще в начале 80-х годов прошлого [XIX] столетия, он подымался на прошлых психиатрических съездах и неизменно обсуждался на всех Пироговских съездах. Вопрос этот — о коллегиальности в управлении больницами. Согласно докладу Сергиевского и Вырубова, начала автономии и коллегиальности в больничном деле должны представляться в следующем виде. Вместо существующего ныне порядка, когда управление больницами лежит на главном враче и смотрителе, при осуществлении начал коллегиальности всл управление должно сосредоточиваться в руках больничного совета. Больничный совет в выборном порядке назначает директора и ординаторов больницы, ведет всю административную и хозяйственную часть. Решающее значение по числу голосов в больничном совете имеют врачи, но в этот совет входит также и низший медицинский персонал — фельдшера, фельдшерицы, сиделки, служители. В своем докладе Сергиевский и Вырубов резко подчеркивают ту мысль, что больничные советы, построенные на коллегиальном начале, должны пользоваться полной автономией, должны быть освобождены от всякого давления и вмешательства земств и городских самоуправлений.

Предвидя, что земские и городские самоуправления не захотят поступиться своими правами в пользу больничных советов, докладчики предлагают возбудить в Государственной Думе ходатайство об утверждении нового больничного устава, не спрашивая в этом случае мнения земств и городов.

Развитием доклада Сергиевского и Вырубова служил доклад Тутышкина. Он стоит за те же принципы автономии и коллегиальности, но распространяет их еще далее: во главе каждой больницы стоит больничный совет, из представителей этих советов составляется местный губернский больничный совет, а эти последние уже дают представителей в центральный общеимперский совет. Таким образом, все больничное дело было бы в одно и то же время и централизовано и децентрализовано, врачебная корпорация получила бы прочную точку опоры как в защите всего больничного дела, так и своих корпоративных интересов.

Принципы докторов Сергиевского, Вырубова и Тутышкина встречены с большим сочувствием на съезде. Против них возражали только отдельные лица. Особенно горячо возражал доктор Смелов. Он прямо заявил, что подобная “врачебная республика”, где врачи располагают громадными правами, но где

не определяются точно их обязанности, по его мнению, может повести лишь к установлению страшной анархии во всем больничном деле. Опасно установление такого положения, где директор больницы будет выбираться (а следовательно, и смещаться) врачами, ибо это поведет к тому, что главное начальствующее лицо очутится в полной зависимости от своих подчиненных.

Вопрос, поднятый указанными докладами, остался на настоящем съезде нерешенным. В результате прений при голосовании решено поручить правлению Русского союза психиатров и невропатологов разработать устав больниц и внести его на обсуждение второго психиатрического съезда.

Слушая доклады на психиатрическом съезде об осуществлении начал коллегиальности в больничном деле, невольно в памяти выплывали дебаты в сущности на ту же тему и в той же постановке на недавнем Общеземском съезде по народному образованию.²⁵ Все резолюции Общеземского съезда также стремились к проведению коллегиального начала в школьном деле, к расширению прав учителей, умалению прав инспекторов, к организации сперва уездных училищных советов, а затем таких же губернских. Совершенно тот же принцип выдвигают для себя и врачи. В данном случае перед нами одна общая тенденция, несомненно не лишняя и политического значения: при осуществлении начал коллегиальности очень легко может быть достигнут подбор в соответствующем направлении всего врачебного персонала. В частных беседах между собою члены настоящего психиатрического съезда именно и подчеркивали эту сторону.

Кроме указанных докладов, в дневном заседании прочитаны были еще несколько докладов по школьному делу с его медико-психиатрической стороны. Докладчики касались несовершенства нашего школьного дела, необходимых реформ как в общей постановке, так и в отношении программ отдельных предметов. В докладах настойчиво проводилась та мысль, что школьный врач должен получить решающий голос наравне с педагогами.²⁶

“Блондинка” Составлена 12 сентября 1911 г[ода]

7-й день съезда (10 сентября).

Весь день был посвящен чтению и обсуждению докладов строго научного значения: о разрастании соединительной ткани в мозгу, о химии мозга, о прогрессивном параличе, об истерии, о гипнотизме, о психофизиологических процессах.

Последний день съезда (11 сентября).

Научная работа съезда закончена была в предыдущий день. Последнее закрытое заседание днем посвящено было организационным вопросам. Окончательно проредактированы были резолюции, принятые во

всех заседаниях. Произведены были выборы в совет и правление Русского союза психиатров. Избранными оказались:

академик Бехтерев, проф[ессор] Рот, проф[ессор] Сербский, д[окто]р Кашенко, д[окто]р Вырубов, д[окто]р Максимов, д[окто]р Баженов, д[окто]р Ганнушкин, д[окто]р Ергольский, д[окто]р Гаккебуш, д[окто]р Гуревич, д[окто]р Захаров.

Знакомясь с этим составом, становится очевидным, что правление союза психиатров окажется всецело в руках проф[ессора] Рота, проф[ессора] Сербского и д[окто]ра Баженова: они были наиболее деятельными организаторами на съезде, они придали ему окраску, и они же дадут направление деятельности всего союза.

В последнем заседании постановлено было немедленно приступить к делу объединения русских врачей-психиатров, для чего как первый шаг устроить примирительную кампанию,²⁷ а затем кассу взаимопомощи. Вообще самую широкую инициативу в деле объединения врачей должно проявить правление союза.

Одной из резолюций постановлено обратиться внимание Министра Юстиции на то, что в Нижегородскую земскую больницу, вопреки закону, вводилась стража.

Следующий съезд решено созвать в 1913 или же в 1914 г[оду] в Петербурге.

Вечернее публичное заседание

Речь д[окто]ра Кашенко “Ближайшие задачи в деле призрения душевнобольных” нарисовала картину крайней неорганизованности у нас, в России, дела призрения душевнобольных. Как государство, так и земство и города уделяют слишком мало внимания и средств на устройство больниц, в результате чего у нас из громадной армии помешанных в 450 000 или даже в целых полмиллиона пользуется больничным лечением только 38 000 больных. Отсюда докладчик перешел к цифровым данным — какое количество больниц должно быть устроено и сколько на это неотложное дело должны дать государство и органы общественного самоуправления.

Речь проф[ессора] Сикорского вместо него прочитал д[окто]р Селецкий. Речь была на тему “Идеализация и материализация жизни”. В речи ничего политического не было, но подобно речи академика Бехтерева на втором публичном заседании съезда, она также призывала к более бодрому и энергичному настроению в обществе. Безнадежная усталость, утрата веры, отсутствие определенной цели, бессильно опущенные руки, запуганность и растерянность — вообще какая-то эпидемия пессимизма, ведущая к массовым самоубийствам, должна замениться бодрым оптимизмом, бодрой работой, освященной светлыми идеалами, на пользу личности и всего общества.

Закончился съезд кратким словом председателя, проф[ессора] Рота. Он указал, что первый съезд союза психиатров мог лишь поставить ряд основных вопросов, но не разрешить их — это дело будущих съездов. Самая же основная задача — это дело объединения русских психиатров, и в этом отношении первый съезд заложил первый и прочный камень, открыл как бы новую историческую эру в жизни русских психиатров. В заключение проф[ессор] Рот вскользь отметил, что в некоторых отношениях работы съезда страдали неполнотой, но это не вина съезда, съезд делал, что мог, и с этим должны примириться те, кто уезжает со съезда неудовлетворенным и кто ожидал от него большего. В этих словах проф[ессора] Рота были очень осторожные намеки на те стеснения, которые встретил съезд со стороны администрации.

Подводя итоги первого съезда союза русских психиатров, нужно сказать, что съезд с первого же шага показал свою физиономию. Речь проф[ессора] Сербского, чуть не повлекшая за собой закрытие съезда, заключала резкое осуждение деятельности правительства. Можно с уверенностью сказать, что с этой речью был солидарен весь съезд. Если бы администрация своевременно не приняла меры, то съезд выступил бы с громкой демонстрацией по поводу ухода профессоров из Московского Университета. Находясь же с первого дня под угрозой закрытия, съезд ограничился только поднесением адресов проф[ессору] Роту и проф[ессору] Сербскому. Вообще солидарность всего съезда с протестующими элементами среди профессуры не подлежит ни малейшему сомнению. Нелишний штрих для характеристики съезда и его отношение к смерти Председателя Совета Министров Столыпина: когда получена была телеграмма о смерти, съезд не почтил память его вставанием, хотя об этом и заходила среди отдельных членов речь.²⁸

Как указал в своем заключительном слове проф[ессор] Рот, главная задача, какую преследовал съезд — это объединение врачей. Для чего нужно такое объединение — об этом можно было судить по беседам отдельных членов съезда: объединившиеся врачи — этот третий элемент на службе земств и городов — получили бы прочную точку опоры в защите своих интересов и вообще во всех конфликтах с органами общественного самоуправления. В своих докладах д[окто]ра Ергольский, Сергиевский и Вырубов прямо ставили задачу создать для врачей полную независимость от земства и бороться за такую независимость. С ростом союза русских врачей-психиатров эта задача может оказаться и достижимой.²⁹

Эпилог

По завершении работы съезда Баженов избрали председателем Русского союза психиатров и невропатологов, а поднятое им знамя бойкота тотчас подхватили студенты, о чем полковник Заварзин уведомил

директора Департамента полиции 16 сентября 1911 года:

“Доношу Вашему Превосходительству, что по агентурным сведениям в ближайшем будущем на лекциях профессоров Рыбакова и Муратова в университетских клиниках нервных болезней и психиатрической на Девичьем поле студенты предполагают устроить ряд демонстративных выходов по адресу этих профессоров как назначенных министерством.

К сему присовокупляю, что по докладе моем г[осподину] московскому градоначальнику об изложенном г[осподин] градоначальник письмом от 16 сего сентября за № 262349 сообщил означенные сведения на распоряжение ректору Московского университета.

*Полковник Заварзин”.*³⁰

Прошедший съезд стал кульминацией жизненного пути Рота и Сербского. Еще в мае 1911 года один из почитателей Рота пожертвовал 10 тысяч рублей для окончания строительства неврологического института при Московском университете. Министр Кассо расценил столь значительное даяние как личное оскорбление и принялся мстить заслуженному ординарному профессору, не утвердив его в качестве председателя попечительского совета Народного университета имени А. Л. Шанявского, хотя Рот уже несколько лет исполнял эти обязанности. Вслед за тем бывшему директору клиники нервных болезней отказали в полноценной пенсии, неправильно посчитав ему общий стаж государственной службы. От перенесенных обид прежде крепкое здоровье Рота пошатнулось. Осенью 1912 года он перенес “легкий преходящий инсульт”, по терминологии тех лет (транзиторную ишемическую атаку по нынешним представлениям), летом 1915 года — геморрагический инсульт с правосторонним гемипарезом, а 6 января 1916 года скончался от повторного геморрагического инсульта.³¹

После увольнения Сербский упорно именовал себя бывшим профессором Московского университета и ни разу не посетил свою клинику, но продолжал вести заседания как психиатрического кружка “Малые пятницы”, где собирались его самые близкие друзья и ученики, так и Общества невропатологов и психиатров, где его избрали председателем после смерти Рота. Подлинный идеалист и бессеребренник, он доживал свой век в бедности, ибо вышел в отставку, не накопив сбережений и не выслужив пенсии. Он умер 23 марта 1917 года от почечной недостаточности, обусловленной сосудистой патологией, которую спустя много лет назвали синдромом вазоренальной гипертензии. Его коллеги очень сокрушались оттого, что угас он буквально накануне возвращения в университет профессоров, уволенных по распоряжению Кассо, и на заре, как им тогда чудилось, новой свободной жизни.³²

Общественная и профессиональная активность Баженова после съезда нисколько не изменилась. Сомнений в правильности своих действий он не испытывал, о какой-либо позитивной программе разрешения университетского кризиса не задумывался и взглянуть на прецедент бойкота, объявленного Рыбакову и Муратову, под иным углом зрения не пытался. Между тем, поскольку отмена преподавания того или иного предмета (в частности, психиатрии и неврологии) противоречила самой сути высшей школы и поэтому была недопустима, в сложившейся ситуации возникал существенный вопрос: может ли порядочный человек только в интересах качественного обучения студентов, но в условиях явного ущемления университетской автономии занять внезапно опустевшую кафедру не по выбору представителей факультета, а по назначению высоких инстанций, или тому, кто рискнет так поступить, неизбежно угрожает чуть ли не пожизненный бойкот со стороны коллег, не согласных с ним по своим принципиальным максималистским соображениям?

Незадолго до Февральской революции Баженова командировали во Францию для оказания психиатрической помощи военнослужащим русского экспедиционного корпуса. Своевременно вернуться назад он не сумел. Несколько лет он проработал помощником главного врача в одном из бельгийских лечебных учреждений для душевнобольных. В 1922 году он перенес инсульт, после чего обратился к оставшимся в Москве друзьям с просьбой посодействовать его возвращению домой. Соответствующее разрешение он получил благодаря ходатайству наркома здравоохранения Н. А. Семашко (1874 – 1949). Вряд ли Семашко был знаком с трудами Баженова и, тем более, с ним самим; нарком мог лишь поддержать хлопоты своих сотрудников, которым он полностью доверял, — председателя Ученого медицинского совета Наркомздрава Л. А. Тарасевича и члена того же совета профессора Д. Д. Плетнева. Многолетняя блестящая арлекинада закончилась унижительными прошениями о предоставлении бывшему профессору Высших женских курсов возможности умереть в окружении близких ему людей. Баженова доставили в Москву совершенно больным, “измученным физически и нравственно”, и через пять дней после приезда, 2 апреля 1923 года, он скончался “среди своих учеников и друзей, которым он умел всегда быть верным”.³³

Использованный Кассо способ подбора и назначения профессоров по главенствующему признаку благонадежности большевики довели до алогичного совершенства. Даже выдвижение какого-либо ученого в состав Академии медицинских наук или Академии наук СССР не обходилось без предварительного рассмотрения и одобрения или неодобрения его кандидатуры Отделом науки ЦК КПСС. В то же время советские исторические и энциклопедические издания не забывали обвинять “реакционного” министра Кассо в

преследовании “прогрессивной профессуры и революционного студенчества”.

Примечания

¹⁵ Русский Врач. 1911. № 44. С. 1705 – 1706; № 45. С. 1741 – 1742; № 46. С. 1779 – 1780; № 47. С. 1812 – 1813. Труды I съезда Русского союза психиатров и невропатологов. Ред. Н. А. Вырубов, П. Б. Ганнушкин, Н. Е. Осипов, Л. А. Прозоров. М., 1914.

¹⁶ “Блондинка” — кличка журналиста Дриллиха Ивана Яковлевича, по другим данным Морицевича (1879-?) — корреспондента сначала газеты “Киевская Мысль”, потом либеральной московской газеты “Русское Слово”. Взятый под стражу за публикацию какой-то газетной статьи, австрийский подданный Дриллих Киевской судебной палатой был приговорен к заключению в крепости сроком на один месяц. Во изменение этого вердикта решением киевского генерал-губернатора сослан в Томскую губернию как опроченный по суду иностранец, не имевший связи с отечеством. Из ссылки бежал, поселился в Москве по фальшивому паспорту на имя Матвеева Владимира Павловича и вскоре отправил в Киев письмо, перлюстрированное полицией. Вновь арестованный 14 октября 1910 года, предстал перед полковником Заварзиным, предложившим ему на выбор: либо ссылку по этапу в Сибирь, либо комфортное проживание в Москве на положении секретного сотрудника Охранного Отделения. Дриллих предпочел обратиться в “Блондинку”, спустя 4 дня после задержания вышел на свободу и принялся регулярно поставлять своему полицейскому начальству толковые и даже литературно обработанные агентурные записки об умонастроении российских граждан, особенно людей образованных. Чрезвычайно довольный завербованным журналистом, Заварзин аттестовал его следующим образом: *“Даваемые Дриллихом сведения по общественному движению и левому крылу Конституционно-демократической партии очень ценны, а в будущем это лицо обещает быть еще более полезным, так как ему как литератору доступнее многие общественные круги. Кроме того, Дриллих безусловно правдив и весьма развит, имея же его пользуется некоторой известностью в литературных кругах Москвы, Киева и Одессы. Эти качества дают ему, при наличии желания с его стороны, полную возможность быть полезным сотрудником Отделения”*. (Былое. 1917. № 3. С. 196 – 209). После Февральской революции Дриллих из Москвы скрылся и был объявлен в розыск, оказавшийся безуспешным.

¹⁷ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 25 – 26 об.

¹⁸ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 23 – 23 об.

¹⁹ Как писала газета “Столичная Молва” (9.IX.1911), “в первый раз товарищеский ужин членов ученого съезда озаглавлен веселым кабаре по инициативе неутомимого доктора Н. Н. Баженова, оказавшегося как нельзя более на месте в этой роли”.

²⁰ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 28 – 28 об.

²¹ “Пушкарев”, он же Карпачев Иван Петрович (1879-?) — врач, специализировавшийся по нервным болезням. Получив высшее медицинское образование (1904), работал в

лечебнице имени князя В. А. Долгорукова при Комитете “Христианская помощь” (на Собачьей площадке), а с весны 1911 года занимал еще и должность ординатора нервной клиники Московского университета. Наряду с этим с января 1910 по март 1917 года служил секретным сотрудником Московского Охранного Отделения по кличке “Пушкарев”: освещал Пироговские съезды, студенческое движение, социал-демократические организации. После Февральской революции из Москвы скрылся (Русские Ведомости. 28.V.1917). Дальнейшая его судьба неизвестна.

²² “Коль славен наш Господь в Сионе...” — первый гимн Российской империи, текст М. М. Хераскова (1733 – 1807), музыка Д. С. Бортнянского (1751 – 1825).

²³ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 30.

²⁴ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 40.

²⁵ Секретные сотрудники Департамента полиции, посетившие Общеземский съезд по народному образованию с 16 по 30 августа 1911 года, зафиксировали высказывания его участников о возможной угрозе народных бунтов в связи “с дороговизной жизни”, а также об удивительной близорукости российского правительства, не замечавшего идущую из Западной Европы опасность беспорядков и даже “прямой пугачевщины” (ГАРФ. Ф 102. Оп. 120. Д. 42. Ч. 9. Л. 53 – 53 об.)

²⁶ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л. 32 – 33.

²⁷ “Примирительная комета” — по всей вероятности, лингвистический ляпсус. Судя по контексту, речь идет о какой-то встрече, обсуждении назревших проблем, согласовании позиций разных сторон, однако какое именно слово из основных европейских языков взял за основу в данном случае автор агентурной записки, установить невозможно.

²⁸ Российская интеллигенция требовала от правительства отмены смертной казни и в то же время приветствовала убийство министра внутренних дел В. К. Плеве (1904). Члены кадетской партии, куда входила значительная часть профессуры обеих столиц, аплодировали на собрании при известии и покушении на адмирала Ф. В. Дубасова (1906), подавившего декабрьское вооруженное восстание в Москве. Так что вызывающее поведение участников съезда при сообщении о кончине председателя Совета министров Российской империи П. А. Столыпина, погибшего в результате террористического акта, не случайно. Впрочем, к свойственному интеллигенции демонстративному неприятию власти здесь примешивалось раздражение против Кассо — ставленника Столыпина.

²⁹ ГАРФ. Ф 102. Оп. 241. Д. 269. Л 35 – 36 об.

³⁰ ГАРФ. Ф 63. Оп. 31. Д. 26. Т. 2. Л 7.

³¹ ЦИАМ. Ф 418. Оп. 89. Д. 348. Л 48. Психиатрическая Газета. 1916. № 5. С. 87 – 90. Русские Ведомости. 31.V.1911. Речь. 7.I.1916. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1930. № 1 – 2. С. III – VIII.

³² Психоневрологический Вестник. 1917. № 2 – 4. С. 169 – 172. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1917. № 1 – 6. С. VI – VII.

³³ Архив клинической и экспериментальной медицины 1923. № 5 – 6. С. 155 – 156. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1925. № 1. С. 126, 128.

Камень Сизифа (“Диссиденты” Александра Подрабиника)

Редакция Независимого психиатрического журнала выражает благодарность главному редактору журнала “Неволя” (издание журнала “Досье на цензуру”) Науму Ниму за разрешение перепечатать для нашей аудитории краткое изложение (“Неволя”, 37, 2014) 477-страничной монографии Александра Подрабиника “Диссиденты” (М.: АСТ, 2014, серия “Литературные мемуары. XX век”).

Александр Подрабинек — один из организаторов “Рабочей комиссии по расследованию использования психиатрии в политических целях” (1977–1981) и автор знаменитой книги “Карательная медицина” (1979), осужденный за нее еще в 1978 году в общей сложности на 8,5 лет лагерей и ссылки, — **соучредитель Независимой психиатрической ассоциации и ее почетный член**, главный редактор газеты “Экспресс-Хроника”, с 1990-х годов критиковал правозащитное движение за сотрудничество с властью.

Алексей Мокроусов

Александр Подрабинек. Диссиденты. — М.: АСТ; Редакция Елены Шубиной, 2014. Серия “Литературные мемуары. XX век”.

Психиатрия и психическое

Как и тридцать, и сорок лет назад, Александр Подрабинек и сегодня вызывает чувство неприятия у многих людей. После истории с шашлычной “Антисоветская” чего только не писали о нем в интернете! Он и “второсортный диссидент”, и “плюнул в душу всем ветеранам, сказав, что в СССР жили не только советские граждане”...

Когда люди полны неприязни, спорить с ними трудно. Да и как объяснить, что диссиденты ни второсортными, ни бывшими не бывают — способность мыслить *иначе*, быть инакомыслящим, а не приложением к мегафону, если появляется, то навсегда. И что в Советском Союзе и впрямь жили не только советские люди — это все утверждения из разряда очевидных.

Проблема диссидентов, возможно, и заключалась в том, что в обстановке непрерывной идеологической истерики они пытались говорить о простых и очевидных вещах. О том, что у людей есть минимальные права, зафиксированные самим государством, что их надо гарантировать не только на словах, но и на деле.

Собственно, деятельность диссидентов позднего советского времени, как и диссидентов сегодняшних, связана с этой борьбой за *очевидное*.

Подрабинек рассказывает о повседневности этой борьбы, ставшей будничным занятием для сотен людей. В книге нет обобщающей истории движения в целом, она — свидетельство одного отдельно взятого человека, которому пришлось пережить многое.

Год спустя после того, как в 1977-м сотрудники КГБ случайно (если донос может быть случайностью) обнаружили рукопись его книги “Карательная медицина”, Подрабиника арестовали и отправили в ссылку на “полюс холода”, в якутский Оймякон. Два года спустя он был вновь арестован за публикации в самиздате и получил уже лагерный срок. К этому времени

его брат Кирилл, тоже занимавшийся правозащитной деятельностью и тоже отказавшийся эмигрировать (перед такой дилеммой оказывались почти все участники движения за права человека), уже сидел в Елецкой тюрьме.

На воле Подрабинек занимался сбором материалов о психиатрических репрессиях. Помимо “Карательной медицины” (копия была своевременно переправлена за границу и опубликована в США в 1978 году) он подготовил вместе с врачом-фармацевтом и диссидентом Виктором Некипеловым сборник воспоминаний заключенных психбольниц “Из желтого безмолвия...”. Сборник ходил в самиздате, но в итоге спецслужбам удалось изъять все его экземпляры.

Помимо сбора материалов Подрабинек занимался и отправлением посылок политзаключенным психбольниц. Около пятидесяти человек получали каждый месяц по одной пятикилограммовой посылке с продуктами и вещами, а также перевод на 10 рублей, деньги можно было использовать в больничном ларьке. Не менее важной была и организация независимой психиатрической экспертизы. Ее результаты выбивали важный козырь из рук власти, мешая той отправлять в психушки здоровых людей: “не зная, в отношении кого какое именно заключение вынесено, КГБ предпочитал на всякий случай не сажать в психушки никого из тех, кто прошел у нас экспертизу. Сам факт прохождения у [врача-психиатра] Волошановича экспертизы стал защитой от психиатрических злоупотреблений”.

Удивительно, что не все из тех, кому таким образом хотели помочь, правильно отреагировали на происходящее. “К сожалению, не все это понимали. Владимир Клебанов, пытавшийся создавать независимые профсоюзы, ушел с середины экспертизы, обидевшись на вопросы Волошановича. Он полагал, что получит заключение психиатра автоматически, просто

по факту своей биографии, в которой уже были политические преследования и психбольницы. Володя Гершуни, известный диссидент и бывший заключенный Орловской спецпсихбольницы, так и не выбрал время прийти на экспертизу, сколько я его об этом ни упрашивал. В дальнейшем и Гершуни, и Клебанов вновь попали в психбольницы. Больше никого из наших подопечных в психбольницы, кажется, не посадили. Не попали в руки КГБ и экспертные заключения наших психиатров. Ни одно. Зато все они лежали в английском Королевском колледже психиатров в Лондоне, молча угрожая чекистам, если они вздумают посадить в психбольницу кого-нибудь из наших подопечных”.

Власти сопротивлялись как могли. Волошановича вынудили эмигрировать, работавший вместе с ним психиатр Анатолий Корягин был арестован и приговорен к 7 годам лагерей и 5 годам ссылки.

Может ли опыт быть лишним?

Лагерный опыт — из важнейших для автора, ведь с арестом и тюрьмой так или иначе связана вся правозащитная деятельность. В “Диссидентах” немало наблюдений над психологией мест лишения свободы, царящей там повседневной практикой. Автор описывает основные моменты пребывания в тюрьме, включая самый, вероятно, тяжелый — последние дни перед освобождением, когда неясно, выпустят ли или неожиданно продлят заключение (такое не раз случалось). Охранники в это время любят пошутить-поиздеваться над собирающимися к отъезду — дескать, отправляешься к новому месту отбытия наказания. Но в саму минуту прощания с тюрьмой заключенного неожиданно настигал момент вольности. Вот как он описывается в книге: “Наконец в начале двенадцатого дверь открылась и мне велели выходить “с вещами”. Все было давно собрано, и я вышел, но пошел не к выходу, а в противоположную сторону, по коридору ПКТ, открывая кормушку каждой камеры. Я попрощался с каждым за руку, мне желали удачи и просили написать из тюрьмы, если раскручусь на новый срок. Я обещал.

Надзиратель и корпусной стояли и терпеливо ждали, пока я нагло нарушал тюремный режим. Они никогда не ссорились с освобождающимися — любой освобожденный зэк мог встретить их тем же вечером на улице и свести счеты. Поэтому они были благодарны и терпеливы”.

Но внутри срока жизнь не выглядела столь милосердной. Многие страшились этапа. На него “безумно бояться попадать те, у кого есть грешки перед тюремным сообществом: стукачи, лагерные суки, активисты секций внутреннего порядка, карточные должники, осужденные менты и коммунисты, растлители малолетних. Вообще тюремные правила таковы, что все зэки равны друг перед другом вне зависимости

от совершенных ими преступлений. Но из этого правила есть исключение: насильники и растлители малолетних”.

Отношение власти к заключенному могло бы помочь сохранить ему чувство самоуважения. Но, пишет Подрабинек, “хорошие отношения с конвоем выстраиваются редко. Чаще всего конвоиры злобны, агрессивны и подчеркнуто бесчеловечны. Причинить зэку зло безо всяких к тому поводов считается у них делом доблести. Отсутствие в мыслях, словах и голосе чего-либо человеческого — это фирменный стиль конвойных войск. Он культивировался десятилетиями и поощряется начальством”.

Моральным пыткам подвергались порой и родственники осужденных. Они хоть и не получали срока, но тоже поневоле оказывались по одну сторону с сидевшими. Даже у свиданий оказывалось две стороны. Возможно, радость от встречи была не главной: “после свидания женщины выходили из лагеря в странном состоянии, которое правильно было бы назвать послесвиданной депрессией. В них удивительным образом смешивалось счастье нескольких лагерных дней и горечь предстоящей вольной жизни. В такие моменты им была нужна помощь”.

Условная свобода

Впрочем, намного ли человечнее была повседневная жизнь в Советском Союзе? Если отрешиться от мифов о всеобщей социальной защите и гарантированном минимуме (в том смысле, что потребности удовлетворялись по минимуму), если приглядываться к деталям, из которых складывалась повседневность...

Мемуарист вспоминает об одной истории, свидетелем которой он оказался, работая в реанимации (до этого он был фельдшером на “скорой помощи”). Пятидесятилетний полковник советской армии, устав от жизненных и служебных неурядиц, предпринял попытку самоубийства. Как человек предусмотрительный, он решил подстраховаться: “К решетке балкона этажом выше он привязал петлю, надел ее на шею, встал на край своего балкона и выстрелил себе в голову из табельного пистолета. Он решил погибнуть если не от пули, то в петле или упав и разбившись. В последний момент рука его, как это часто случается у самоубийц, дрогнула, и пуля лишь чиркнула по черепу. Он оступился, повиснув в петле, но веревка не выдержала грузного полковника и оборвалась. Он упал с шестого этажа, но ветки деревьев под окном смягчили падение, и он приземлился, сломав себе ногу”.

Уже через несколько часов полковника из реанимации перевели в травматологию, а еще через пару месяцев он уже заходил поблагодарить врачей за помощь. За это время с ним произошло два знаменательных события: его уволили из рядов вооруженных сил и исключили из партии. На личную трагедию человека государство отреагировало единственно доступ-

ным ему способом: оно не поддержало его в трудную минуту, не прислало ему психологов, но выписало волчий билет — на всю оставшуюся (как самонадеянно верило государство) жизнь.

Стоит ли удивляться, что даже трезво мыслявшие люди порой были склонны к поступкам, которые сегодня многим показались бы неадекватными. Так, Подрабинек рассказывает о своих квартирных хозяйках, обаятельных женщинах уже исчезнувшего интеллигентского извода. Одна из них, скульптор Инна Ильинична Бломберг, уступила рассказчику комнату, “в которой раньше была ее мастерская. В этой мастерской в середине 60-х годов она лепила бюст Солженицына, он тогда еще был в фаворе и приходил к ней позировать. Увы, она не успела доделать работу.

Солженицына начали публично шельмовать, и Инна Ильинична, испугавшись репрессий, разрушила недоделанный бюст”.

Вторжение в психику — возможно, самое большое ограничение, которое накладывала советская власть на жизнь людей. Диссидентам приходилось вступать в ежедневную тихую борьбу с этой повседневной зашоренностью окружающих, делать выбор в ситуациях, когда само требование выбора выглядело ложным.

В 1987 году Подрабинек вместе с Петром Старчином, Владимиром Корсунским и Владимиром Рябоконом начал выпускать самиздатскую газету “Экспресс-Хроника” — сперва в машинописи, затем как полноценную многополосную газету. “Отношение ко мне и к моим статьям у читающей публики было разное, — пишет автор. — Я, впрочем, никогда не старался понравиться читателю и дорожил мнением только очень немногих людей. Одним из них был Солженицын”.

Можно представить, что скрывается за этой фразой, каковы были реакции тех читателей “из своих”, кому тексты не нравились. Проблем внутри правозащитного движения хватало, в книге немало примеров и сдавшихся под чудовищным давлением людей, и тех, кто в угоду собственному эго пробалтывался о важных вещах, из-за чего сроки получали другие.

Подрабинек не романтизирует ни чужих отношений, ни собственных деяний — здесь он скорее хроникер и уж точно не поэт-громовержец. О своих первых шагах он рассказывает скорее иронично. Решив быть полезным, он отправляется за заданием к Андрею Твердохлебову: “...мне нужна была командировка, направление, свидетельство того, что я не из шкурных соображений пошел работать пособником палачей.

Андрей Твердохлебов даже не усмехнулся, как, наверное, сделал бы на его месте любой, а начал очень популярно объяснять, как устроено демократическое движение. В нем есть место инициативе, ответственности, жертвенности, взаимопомощи и много еще чему, но нет в нем ни коллективной ответствен-

ности, ни партийных заданий, ни конспирации, ни других атрибутов подпольной революционной борьбы”.

Как вскоре выяснилось, забывать о конспирации не стоило.

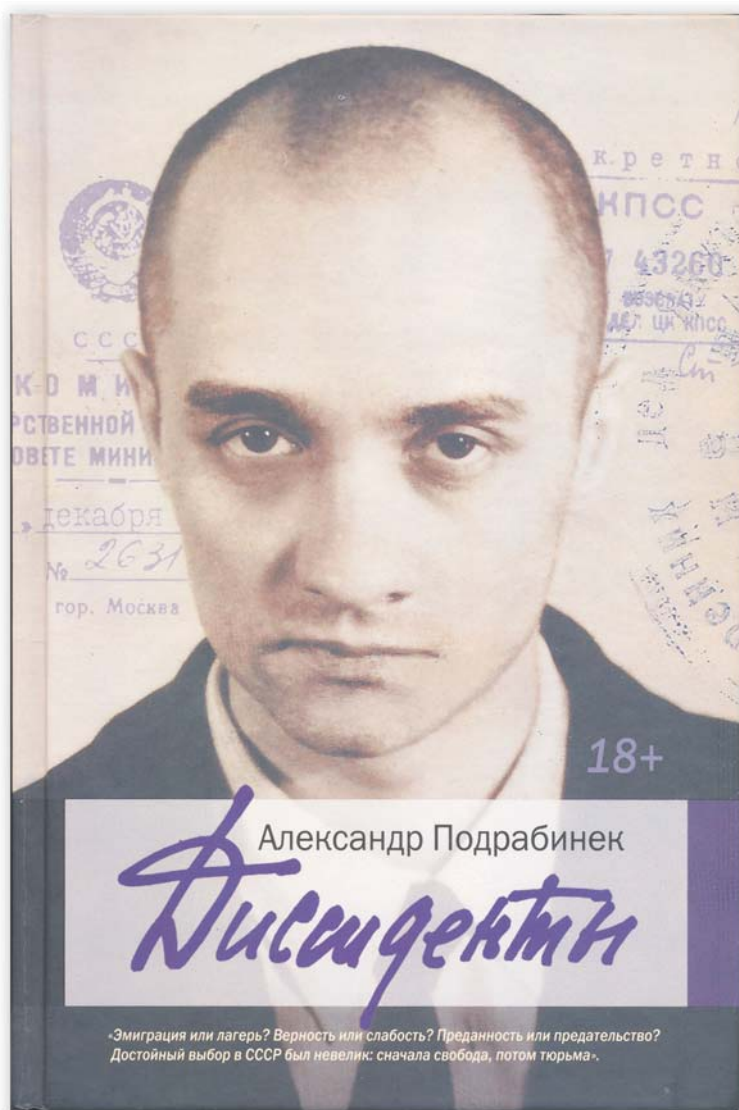
Ошибки и равнодушие

Поначалу внимание КГБ было скорее изучающим, каким-то расслабленным. Подрабинек вспоминает, как в 1975 году он пришел на симпозиум по социальным проблемам судебной психиатрии в московском Центральном доме Советской Армии. Пускали всех, автор фотографировал выступавших, “вдохновителей и организаторов системы карательной психиатрии в СССР” — Г. В. Морозова, Т. П. Печерникову, Д. Р. Лунца, Н. И. Фелинскую, Р. А. Наджарова, З. Н. Серебрякову, начальников и главных врачей спецсикх больниц МВД СССР, судебных психиатров. В перерыве его задержали милиционеры и психиатры в штатском.

“В помещении комендатуры здания они долго и упорно расспрашивали меня, почему я сюда пришел и зачем фотографирую. Сначала я что-то наплел им про работу в стенгазете МГУ, где мне дали задание сделать репортаж о симпозиуме.

По телефону они тут же выяснили, что в МГУ я не работаю и не учусь. Тогда, в полном противоречии с первой версией, я поведал им о том, что на самом деле работаю на “скорой помощи” и преклоняюсь перед корифеями отечественной судебной психиатрии. Потому и фотографировал их себе на память. Мне не верили. В окно комендатуры я увидел, как подъехала к подъезду машина “скорой помощи”, и вскоре психиатр начал расспрашивать меня о жизни и работе. Тут мне было легко, я знал, что отвечать, а потом показал ему свое служебное удостоверение сотрудника “скорой помощи”. Психиатр тут же потерял ко мне всякий интерес, сказал что-то тихо одному из людей в штатском и уехал. Меня еще “пробивали” по ЦАБу (Центральное адресное бюро), установили личность и в конце концов отпустили, предварительно засветив все отснятые фотопленки. Видимо, я еще не значился в картотеке КГБ и потому так легко отделался”.

Позднее такая ситуация выглядела бы немыслимой. С другой стороны, мало кто мог себе вообразить и долговременную помощь диссидентам со стороны самих сотрудников органов. Но такие люди были. Об одном из них, предупреждавшем об арестах и обысках, Подрабинек рассказывает подробно. Сперва он называет его Клеточников, как знаменитого народовольца, внедрившегося в Третье отделение. Подлинного имени долгое время не знали ни по ту, ни по эту сторону баррикад. Псевдоним был раскрыт лишь после того, как капитана КГБ Виктора Орехова арестовали. Это он помогал инакомыслящим упреждавшими звонками и специфической сортировкой бумаг при обысках — в стопку “неважных” он постоянно



отправлял опасные для их владельца документы. Отсидев свое, Орехов уже в конце 90-х был вынужден эмигрировать: бывшие “товарищи по работе” не оставляли его в покое. Теперь он работает разнощиком пиццы в американском штате Колорадо.

О судьбе одного из таких товарищей рассказывает в книге, выглядит она готовым киносюжетом: “Следователь Анатолий Трофимов, ведший дело Орехова и допрашивавший меня в Краснопресненской тюрьме, сделал удачную карьеру. Он дослужился уже при Ельцине до должности заместителя директора ФСК (Федеральной службы контрразведки — преемника КГБ) и начальника УФСК по Москве и Московской области. В 1997 году, в звании генерал-полковника, он был уволен в отставку “за грубые нарушения в служебной деятельности”. После отставки возглавлял службу безопасности в одной из крупных финансовых структур с сомнительной репутацией и в конце

концов стал жертвой мафиозных разборок. В апреле 2005 года его вместе с женой расстреляли неизвестные около подъезда его дома”.

Подрабинек пишет об этом без всякого внутреннего торжества или злорадства. Он считает, что идейных противников у диссидентов в среде КГБ не было, слежкой и арестами занимались по долгу службы, “ничего личного”. Возможно, это и стало одной из причин того, что СССР развалился так быстро — среди его искренних приверженцев было не много умных людей. С другой стороны, именно это равнодушие масс не позволило защитникам прав человека исчезнуть с политической карты России. Сегодня общество, так и не обзаведшееся толком системой публичного саморегулирования, нуждается в их усилиях как прежде. Сама работа может напоминать труд Сизифа, но без него нет будущего. В серии диссидентских мемуаров продолжение неизбежно.

Галина Николаевна Соцевич



1926 – 2012

В декабре 2012 на 87 году жизни умерла Галина Николаевна Соцевич. Случилось это в Атланте (США), куда она в 1992 переехала вслед за дочерью и ее семьей. А до того и почти до последних своих дней был длинный путь в психиатрии, начало которому положила аспирантура на кафедре, руководимой А. В. Снежневским. Под его руководством Галина Николаевна выполнила кандидатскую диссертацию. После защиты она перешла на работу в Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР в отдел наркологии, которым тогда руководил Иосиф Ильич Лукомский. Здесь она защитила докторскую диссертацию, благополучно пережила суровую “эпоху” директорства А. А. Портнова, а с приходом нового руководителя института В. В. Ковалева Галина Николаевна стала заведовать



Конференция по психофармакологии в Омске, февраль 1974 г.

Слева направо — 1, 4, 6, 7, 10, 11 — сотрудники Московского НИИ психиатрии: В. А. Райский, Ю. А. Александровский, Г. Н. Соцевич, А. Г. Гофман, В. В. Громова, И. Я. Гурович; 2 и 5 — главный врач ОПБ К. К. Гортлейн и зав. каф. Н. П. Стаценко. Редакция благодарит проф. А. Г. Гофмана за предоставленное фото.

отделом наркологии. Незадолго до этого она перенесла инфаркт миокарда, но в новую должность вступила энергично, бодро и с большим энтузиазмом начала работать в новом качестве.

По велению начальства или по собственному почину ведущей темой отдела стал подростковый алкоголизм. После длительного периода “застоя”, благодаря ее душевному богатству и сердечному интересу к окружающим людям коллектив отдела начал работать дружно и с большим энтузиазмом. В отделении появились подростки, мало того, что алкоголики, еще и с трудной судьбой и характером. И тут очень кстати была теплота и внимание, с которым Галина Николаевна всегда относилась к больным, умела установить с ними доверительные отношения и тем самым разрешить многие конфликты, неизбежные с больными такого возраста.

Очень кстати также была ее выучка в замечательных коллективах и собственная высокая квалификация, которая очень помогала разобраться в непростой теме раннего алкоголизма. Галина Николаевна всегда призывала к большей осторожности в постановке диагноза подросткам. И не только из этических соображений, но главным образом и в связи с зыбкостью алкогольного диагноза в этом возрасте. Жизнь подтвердила ее правоту: в 1985 году в связи с началом антиалкогольной кампании “подростковый алкоголизм” в отличие от “взрослого” исчез нацело — достаточно было ограничить доступность спирт-

ных напитков. Исчез настолько, что пришлось менять тематику отдела.

Коллектив переключился на алкоголизм взрослых. Этих больных стало даже больше во время антиалкогольной кампании из-за жесткого исполнения бездарного закона. Впервые в российской наркологии началось изучение клинической картины алкоголизма на количественной основе. Началось, но не завершилось из-за ее отъезда.

Галина Николаевна организовала и провела две конференции по подростковому алкоголизму, редактировала и выпустила два сборника статей по этой проблеме, активно печаталась сама.

Отъезд и жизнь в США были непростыми для Галины Николаевны. Там не стало обычного для нее большого окружения интересных для нее и заинтересованных в ней людей. Она стала помощником американского психиатра, по сути дела самостоятельно вела прием русских эмигрантов и пользовалась при этом не только уважением, но и большой популярностью, как в Атланте, так и за ее пределами — к ней приезжали больные из других городов США.

Последние годы жизни Галины Николаевны были драматичны из-за смерти зятя, любимой дочери и преданного мужа. В Америке теперь живут две ее внучки и четверо правнуков, а в России остались люди, поминающие ее добрым словом.

А. В. Немцов

От редактора. Важно добавить, что в 1990 году Галина Николаевна стала вице-президентом НПА России, что она с присущими ей энтузиазмом, яркой эмоциональной коммуникабельностью и деловой активностью вовлеклась в деятельность ассоциации, собственным примером поднимая ее рейтинг в профессиональном сообществе и среди своих многочисленных друзей в мире искусства и науки, например, в кругу Ю. В. Кнорозова, расшифровщика текстов майя. С Галиной Николаевной мы участвовали в экспертизе Валерии Ильиничны Новодворской, в которой она сыграла решающую роль, отстояв диагноз “акцентуации личности”, т.е. психической нормы. Ее отъезд, вынужденный в силу семейных уз и роли бабушки, был для нас серьезной потерей.

Приглашаем принять участие!
XX КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ
“Вначале было Слово...”

19 декабря 2014 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

Памяти Валерии Ильиничны Новодворской (1950 – 2014)



Валерия Ильинична — по-настоящему выдающаяся личность, блистательный ум, завораживающий оратор, кладезь знаний, достойный и душевный человек. Она — живой пример того, что политик может быть честным и чистым, но и того, что бывает с такими политиками. Созданную ею партию “Демократический Союз” развалил КГБ, пропитав своими агентами.

Она, прирожденная революционерка в нескольких поколениях, носительница фамилии, прославленной народовольцами, со школьных лет активно выражала свой протест против тоталитарного режима. На первом курсе французского отделения Института иностранных языков, в день Конституции, 5 декабря 1969 года в Кремлевском дворце съездов она разбросала листовки против ввода войск в Чехословакию со своим стихотворением “Спасибо, партия, тебе”. Тогда в Лефортово ее консультировал сам Д. Р. Лунц, и два года она была на принудительном лечении в Казанской спецпсихбольнице с диагнозом “вялотекущая шизофрения”. Выйдя оттуда седой, сразу возобновила распространение сам-издата, но сумела блестяще закончить в 1977 году вечернее отделение ин-яза, обойдя все тогдашние волчьи ямы. Ее выручала блестящая парадоксальная ироничная игра ума, намного превосходящего окружающих.

В. И. Новодворская была одним из учредителей “Свободного межпрофессионального объединения трудящихся” (1978), а в 1988 г. — первой оппозиционной партии в СССР “Демократический Союз”. Публиковалась в его газете “Свободное слово”, подвергалась неоднократным допросам, обыскам, ее 17 раз арестовывали, многократно возбуждали уголовные дела, которые, однако, прекращались за отсутствием состава преступления. Все годы активно участвовала в политической жизни.

В 1990 г., выйдя на центральную улицу Москвы с плакатом на груди “Горбачев — фашист!”, В. И. Новодворская была помещена в Лефортово, и ей предстояла встреча с нашими прославленными судебными психиатрами. Сухой голодовкой Валерия Ильинична добилась включения в экспертную комиссию членов НПА России, которые обеспечили единодушное решение — “психически здорова”, а тогдашняя власть мудро замяла дело. Можно легко представить себе, что ждало бы сейчас любого с плакатом “Путин — фашист!”, что диагностировал бы наш прогнозируемый Государственный

научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, и на сколько лет растянулось бы принудительное стационарное лечение. А тогда Валерия Ильинична нередко появлялась на экранах ТВ, неизменно вызывая восхищение своими остроумными и глубокими комментариями.

В марте 2010 г. В. И. подписала обращение российской оппозиции “Путин должен уйти”. 15.03.2014 на “Марше мира” в Москве против вмешательства российских властей в дела Украины вышла с плакатом “Банда Путина — геть в Нюрнберг!”.

Соболезнования в связи с кончиной В. И. выразили среди прочих Михаил Горбачев и Владимир Путин. Тысячи людей пришли проститься с ней в Сахаровский центр.

Незабываемую стилистику ее речи сохранили книги В. И.: “Над пропастью во лжи”, “Мой Карфаген обязан быть разрушен”, “По ту сторону отчаяния”, “Прощание славянки”, “Поэты и цари”.

НПА России, отдавая дань восхищения этой выдающейся личности, призывает коллег всегда помнить свою роль в судьбе таких людей как Александр Сергеевич Есенин-Вольпин, Петро Григорьевич Григоренко и Валерия Ильинична Новодворская.

Можно горько пожалеть, что мы уже лишены возможности пообщаться с этой выдающейся женщиной, вписавшей свое имя в отечественную историю.

Р. С. Мы приводим ниже устный экспромт Валерии Ильиничны пятилетней давности на “Грани.ру”, посвященный драматической истории провокаторского разгрома коммуны “ПОРТОС” — успешного самостоятельного хозяйства, безвозмездно помогавшего продуктами больным и ветеранам, примере самоорганизации, самоуправления, самореализации, а для некоторых и самореабилитации. Т.е., всего, что нетерпимо для авторитарной власти. Это еще и пример полицейской психиатрии, для которой профессиональные ценности склоняются перед внутривластными. Валерия Ильинична увидела всю ситуацию свободным непредвзятым взглядом. Жесткая критика В. И. никогда не была критиканством. Она подала достойный подражания пример высокой критической рефлексии в отношении научной корректности своих выступлений, накануне которых несколько раз звонила мне, справляясь о мнении нашей ассоциации в отношении конкретных лиц, попавших на судебно-психиатрическую экспертизу.

Ю. С. Савенко

ВЗГЛЯД БЕЗ СУГГЕСТИИ

Последние приключения мушкетеров

В. И. Новодворская

Двум мушкетерам повезло. Атос и Арамис спокойно пребывают на комфортабельном том свете, куда их поместил в своей недавней заgrabной ленте Юнгвальд-Хилькевич. Неугомонный д'Артаньян-Боярский немало потрудился на экранах, поддерживая Путина, то есть постфактум принял предложение кардинала Ришелье и стал его гвардейцем. Меньше всего повезло Портосу. Его судят уже 8 лет. Но не за попытку посадить на трон Филиппа, близнеца Людовика XIV, а за поиск счастья.

Коммуну-утопию "Портос" основали те, кого на Руси, с легкой руки Шукшина, называют "чудиками", а человечество — мечтателями, романтиками, реформаторами. П.О.Р.Т.О.С. — это "Поэтизированное Объединение Разработки Теории Общепризнанного Счастья". Собрались мальчишки, девчонки, реформаторы и основали под Люберцами коммуну. Вытаскивали беспризорников из метро, из теплоцентралей, с чердаков, приставляли к работе и заставляли учиться. Все как делал Макаренко. Детское самоуправление, красивая форма. Флаги на башнях.

Коммуна могла бы прогореть, но она не прогорела, потому что ее основатели принадлежат к тем 2 процентам рода человеческого, что могут работать без материальных стимулов. В США они выкупают небольшие фабрики и заводы и получают прибыли выше, чем на традиционных производствах, а делят ее поровну. Во Франции они пасут в горах овец, красят шерсть, делают сыры, организуют художественные промыслы.

Я не охотник до коммун, но если 2 процента не тянут туда насильно остальных 98 процентов, то жизнь в такой общине — их личное дело. Ганди называл это "ашрам", а основатели Израиля "кибуц". Такие общины организовывали последователи Толстого, и Сталин их всех пересажал.

Не те портреты висели у них на стенах. Вместо Сталина во френче — Толстой в рубахе и с бородой. Фурье, Оуэн, Сен-Симон, Томас Мор мечтали о чем-то в этом роде. Фанаты Чернышевского в 60-е годы XIX века организовывали швейные и переплетные мастерские "по Вере Павловне".

Портосовцы возделывали поле, разводили скот. Процветали. Купили машины, телевизоры, оргтехнику. Но у них была еще высшая цель. Изучали эсперанто, завели двухпалатный парламент и хотели научить человечество управлять собой самостоятельно, без помощи политиков. Управлять, с их точки зрения, должны поэты и мыслители, самые умные, самые талантливые, самые добрые. Уранополис. Была попытка создать такой город в Элладе в V веке до н.э. Он суще-

ствовал 5 лет, потом его захватили и разграбили. Как там сказал Иешуа Га-Ноцри? "Человечество будет смотреть на солнце сквозь прозрачный кристалл". А что ответил Понтий Пилат? "Это царство никогда не наступит".

Кстати, эсперантисты не забывали протестовать против чеченской войны, как все чудики и идеалисты на свете. Напоминаю: коммуну разорили, собственность конфисковали, бывших беспризорников разогнали по казенным приютам тюремного типа, откуда они вернулись в подвалы и на чердаки. Организаторы получили целый букет статей: от 208-й (незаконное вооруженное формирование) до 127-й и 117-й (незаконное лишение свободы и истязание). Однако при разгроме коммуны милиция вывозила не стволы, которые сводились к зарегистрированному охотничьему ружью, а телевизоры и компьютеры. Юрий Давыдов — 3,5 года тюрьмы и 2,5 года в "Белых Столбах" — за "реформаторский бред". Евгений Привалов — 4 года и 3 месяца лагерей. Татьяна Ломакина — 4 года 2 месяца в Можайской колонии. Давно мы не слышали о "реформаторском бреде". Двадцать лет не слышали.

И вот дело вновь в суде; на этот раз судят Юлию Приведенную, которая уже посидела и в жуткой Калужской областной тюрьме, и в ИВС, а сейчас под подпиской о невыезде, пока суд пытается отправить ее на экспертизу в Институт Сербского, а адвокат Трепашкин опротестовывает это решение. Те же статьи, тот же "бред социального реформаторства". По Беранже: "Оловянных солдатиков строим по шнурочку равняем мы, чуть из рода выходят умы: "Смерть безумцам!" — мы яростно воем".

Портосовцы ходили на марши несогласных, защищали Ходорковского и того же Трепашкина. Вот о них и вспомнили. Украинское телевидение показывает свою Харьковскую коммуну с гордостью, а Москва требует выдачи российских портосовцев, которые бежали к украинским. Помните "Пикник на обочине" Стругацких? Бежит к Золотому шару юный Артур и слышит: "Счастье для всех, даром, и пусть никто не уйдет обиженным!" И его скручивает и убивает ловушка Зоны — "мясорубка".

Россия — это Зона, уже 92 года (за вычетом первых трех ельцинских лет до чеченской войны), всюду "комариные плещи" и "ведьмин студень", и абсолютное большинство давно стало stalkерами, чтобы выжить, а 2 процента чудиков — не могут. Поэтому их ждет "мясорубка".

01 Мая 2009 г.

Телесуггестия

Нынешняя, судя по официальным данным, успешная широкомасштабная кампания по обработке общественного сознания в отношении присоединения Крыма и создания самостоятельной Новороссии, успешная в отношении регулярных зрителей ТВ, которая за короткий срок повторила превращение независимого канала НТВ в рупор прогосударственной пропаганды, заставляет вспомнить телесеансы Кашпировского начала 1990-х годов, которые уже тогда были очевидным для нас образом спланированным массовым социологическим экспериментом. Как мы тогда же выяснили, “Известиям” было указано не печатать ничего критического в адрес Кашпировского, хотя после бурной дискуссии в Институте философии с публикацией в “Вопросах философии” (там есть и наше выступление) и несомненного вреда этой телесуггестии (по содержанию позитивной), критическая позиция возобладала. Вред состоял в длительной постсуггестивной реакции, особенно у детей, но наибольший — в детских коллективах.

Это было вполне предвидимо, т.к. суггестия, хотя и существенно усиливается при большом скоплении людей, но полезно действует, как правило, при индивидуальном применении.

В фильмах о Кашпировском запечатлен грандиозный персональный успех его выступлений на стадионах. Ничего нового в этом феномене нет, за исключением возможностей, предоставляемых телевидением. “До такой степени общественного сумасшествия я еще не дозрел, даже твердо однажды усвоив, что маразм человеческий безграничен”, — писал ошеломленный этим зрелищем известный журналист (В. Туровский).

Наиболее глубоко и ярко этот феномен описали Тард, Ле Бон и Бехтерев в своей знаменитой работе “Роль внушения в общественной жизни”. Наряду со стихийными психическими эпидемиями, хорошо известны искусственно создаваемые, примером которых может служить патриотический ажиотаж, раскрученный правительственной пропагандой всех воюющих стран с началом Первой мировой войны, захвативший детей и подростков. От речи Антония в “Юлии Цезаре” Шекспира до речей Льва Троцкого — хорошо видна выдающаяся роль ораторов, умело воздействующих на коллективные чувства толпы.

Однако приемы манипулирования массовым сознанием неизбежно влияют на самих манипуляторов, они начинают верить в содержание своих манипуляторных усилий, утрачивают элементарную критическую рефлексию и обманываются сами. Такова судьба политиков и даже политических философов. Так, Герберт Маркузе, после своего опыта руководителя антигитлеровской пропаганды создал концепцию, абсолютизирующую этот опыт. Буквально во всем он

начал видеть если не открытую, то скрытую манипулятивность. Такой была и судьба Сталина.

Эту одномерную параноидную настроенность, адресно-заразительную в умелых руках, но вырывающуюся из них, наблюдали в США в виде движения по “перепрограммированию сознания” молодых людей, вступавших в новые религиозные организации. Аналогичная волна, спустя 15 лет захлестнула Россию, где была использована в профилактическом подавлении самостоятельной религиозной жизни, конкурентной Московской Патриархии, под лживым предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”. На деле борьба шла за монополию на десятину с прихожан и отписываемые квартиры. Но среди психиатров — апологетов борьбы с “нетрадиционными для России религиями” преобладали исполнители социального заказа, а не жертвы суггестии или параноидной настроенности. Это доказывают многочисленные фальсификации, к которым они прибегали. Суггестию им заменяла чуткость к неписанным пожеланиям сверху. Таковы агрессивно-поислушные исполнители.

Беспардонно-наглое вранье на телевидении вот уже 66 лет, с момента своего появления в Москве, наполняет лениво-пустые головы стандартной начинкой. Это те, кто не выключает “ящик” составляя пассивно-поислушное “болото”. Разумеется, дело не в этом выдающемся техническом изобретении отечественных эмигрантов, а в отборе допущенных к эфиру. Прошло время “Кукол”, независимый канал НТВ давно превращен в подобие “Независимой газеты”, сразу облобовавшей маскировочное название. Несколько месяцев назад меня приглашали на ТВ с просьбой дать психологический портрет Яценюка и Турчинова, опираясь на физиогномику. Такая ретивость исполнительности вызывает только возмущение. Но на постановочные фальшивки так наз. “независимого ТВ” уже опираются судебные решения.

На наших глазах совершается грандиозный социально-психологический эксперимент. Все мы — его участники. Прокатилась массовая волна раздоров в семьях, члены которых заняли противоположные позиции. В нашей стране веками культивировалось имперское сознание, позволяющее любому чувствовать себя выше граждан “карликовых государств” и отождествляющее патриотизм и верноподданность.

Стоит напомнить, что в советские времена спецхрану подлежали и не выдавались, в числе прочего, старые газеты и журналы. Полезно было читать эти вредные издания. Они проясняли больше, чем в свежем виде и чем текущие издания. Сейчас они вполне доступны, но создается впечатление, что запрет на них — притягивал, а попустительство лишает притяжения. Стоило бы предложить современным издани-

ям ввести страницу или разворот для републикации старых статей и телепередач. Стоило бы, например, выпустить на экраны “художественно-оздоровительный” фильм “Пробуждение” (“Целительная встреча с Анатолием Михайловичем Кашпировским”).

Результаты социологических опросов сами превратились в удобное и эффективное средство манипулирования. Наряду с прямым обманом существует множество косвенных: как сформулирован вопрос, какая выбрана альтернатива, или середина, произвольно меняемых берегов, кого опрашивать, какой момент выбрать для опроса, какова мера его анонимности, учитывая преувеличенные опасения относительно современных технологий. Да и кто вообще принимает в них участие, сколько отказов и т.д., не говоря уже о наличии “карманных” команд социологов.

Однако, психиатрам хорошо известно, насколько различна и неоднородна продолжительность внушения и возможности ее пролонгации. Пресловутое

“промывание мозгов” с самого начала было целенаправленно мифологизировано. Оно сохраняется, пока защищает от всевозможных реальных или воображаемых угроз и приносит определённую выгоду. Всплеск первоначального энтузиазма непродолжителен.

Пропаганде подвержена полуобразованщина, которая смотрит ТВ, читает газеты. Основная масса интактна к масс-медиа и непосредственно чувствует и доверяет реалиям повседневной жизни, уровню и качеству своего благосостояния. Поэтому держать народ за дурака или несмышлениша в свою очередь наивно.

Пример гитлеровской Германии показывает, что успех ее доведенной до совершенства пропаганды прямо зависел от успешности ее экономики и успешности шести гитлеровских аншлюсов, которые сложились даже скепсис руководства вермахта. Этот опыт не забылся.

Ю. С. Савенко

Европейская психиатрическая ассоциация

Вебсайт: <http://www.europsy.net>;

Сеть: <http://europsychiatric.com>;

Экстранет: <http://extranet.europsy.net>;

Журнал: <http://europsy-journal.com>

11-й международный конгресс по психиатрии в Александрии

ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОБЕЛОВ МЕЖДУ НАУКОЙ И ПРАКТИКОЙ

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

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

“Кошкин дом”¹

О положении психически больных в тюремной психиатрической больнице Бутырской тюрьмы

Их содержат так же, как других заключенных. Не соблюдаются больничные нормы по федеральному закону о психиатрической помощи.

У многих, содержащихся здесь, диагноз не соответствует действительности. Следствию признать неменяемым — быстрее дело закрыть.

Отношение врачей к пациентам — халатное. Ущемляются права больных — у них нет доступа к врачу-психиатру. Врачи не считают нужным уделить время больному. Непонятно, что они делают целый день? Больные не могут получить психологическую помощь от врача. Люди пишут заявления на прием к врачу несколько дней подряд, а ни психиатры, ни терапевты не реагируют. Приходит врач на обход, больные просят изменить лечение — врачи обещают и не выполняют. Многим плохо от лекарств. Если человек их не пьет, его переводят на уколы. Не дают современных лекарств, некоторым больным привозят лекарства родственники. Часто отказывают в лекарствах соматического характера, если у человека болит голова или живот. В тюрьме положение с лекарствами еще хуже, чем здесь. Люди по несколько дней мучаются от головной боли, не могут получить таблетку.

В тюремной больнице в камерах от 2 до 8 человек. Людям тяжело, они чувствуют психологическую подавленность, на них давят стены. Нет разделения больных по степени опасности. Не должны содержать вместе агрессивных и спокойных. Больной, который бьет всем морды, не должен содержаться с другими больными в одной камере. Есть больные, которые из-за недостаточного лечения несут бред и вызывают всеобщее раздражение. В камерах содержатся больные с разными степенями и характерами психического расстройства. Не должны содержаться вместе обвняемые по 105 и 158 статьям.

Самое тяжелое для больных здесь — галоперидол. Он вызывает мышечные судороги, скованность, боль, невозможно нормально передвигаться, находиться в нормальном положении. От одной таблетки человек не может отойти до 5 дней. Если больной буйный, ему должны давать успокоительное, а не галоперидол, который прописывают произвольно, без видимых причин. Используется и как наказание.

Имеется карцер — так называемая “резинка”. Это холодное помещение, где ничего нет, стены обиты губкой. Человек помещается туда голым, часто после уко-

ла галоперидола и аминазина, либо просто аминазина. В “резинку” сажают за нарушение режима, оскорбления сотрудников. Иногда и за незначительное нарушение. Не должно быть в больнице карцера.

Если человек буйный, совершает попытку самоубийства — его пристегивают наручниками к кровати. Некоторых держат пристегнутыми по несколько суток. Это делается вместо применения необходимых лекарств. Если человек буйный, его должны содержать отдельно.

Больные просят успокоительное, снотворное и не получают. Некоторые больные по несколько суток не спят. Бывало, люди говорят: “Дайте мне лекарство или я вскроюсь”. И все равно не дают.

В большинстве камер нет телевизоров, люди сидят без источников информации. Телевизор отбирается в наказание. Из-за нарушения одного человека страдает вся камера. Газеты приносят только тем, кто их выписывает, а таких единицы.

Происходит фильтрация исходящих жалоб, например, жалоб на сотрудников. Многие жалобы не доходят.

У больных не хватает мисок, ложек, чашек.

Матрасы, подушки, белье — плохого качества. Постельное белье не меняется раз в неделю, могут не менять месяцами. Матрасы слишком тонкие, грязные. Лежит заключенный и чувствует под собой холодные жесткие железные полосы. У многих матрасы почти пустые, грязные, полупустые. Санобработке не подвергались. Мыло редко дают, больным приходится выпрашивать. Не выдают зубную пасту.

Еда отвратительная во всех смыслах. Должны быть больничные нормы по федеральному закону о психиатрической помощи.

Врачи и сотрудники воспринимают эту больницу, как перевалочный пункт. Сотрудники оскорбляют больных. Часто больные подолгу не могут достучаться, позвать врача. Это проблема всех тюрем. Люди подолгу ждут отправки отсюда в больницу. Один человек 7 месяцев после суда не мог отправиться в больницу. Люди задерживаются из-за отсутствия паспорта, документов, удостоверяющих личность, который подолгу делается. Плохо работает спецчасть, которая занимается отправкой документов и распределением по больницам. Судебная система не работает. Человек по полгода ждет, пока рассмотрят апелляционную жалобу в нарушение законных сроков.

Написано вместе с заключенным Павлом Поляковым.

19.02.2014

¹ Так заключенные именуют пятиэтажный больничный корпус внутри замка Бутырской тюрьмы, в память того, что в прошлом в нем размещалась женская тюрьма, обитательниц, которых называли “кошками”.

М. А. Косенко

Михаил Косенко вышел из больницы

22 июля 2014 г., спустя 2 года пребывания в СИЗО и 2,5 месяца в Московской ПБ № 5, Михаил Косенко, наконец, оказался дома, но все еще в статусе проходящего принудительное амбулаторное лечение. Лечение, которое он и до этого принимал добровольно. Небольшие дозы соннапакса, легкого седатика, излюбленного в детской психиатрической практике. Но даже эта легкая поддержка дважды прерывалась при переводах из одного СИЗО в другое.

Л. М. Алексеева, В. П. Лукин, наша ассоциация и многие другие проявили неформальное активное участие в его судьбе.

Эксперты Центра им. Сербского должны были с самого начала рекомендовать амбулаторное принудительное лечение. Но они, без всяких клинических оснований, вопреки ровному, однотипному в течение 12 лет состоянию, объявили Косенко представляющим опасность, не отдающим отчета в своих действиях и не могущим принимать участие в судебном заседании. Они открыто заявили, что их не касается, ухудшится ли его состояние в условиях СИЗО. Хотя несостоятельность судебно-психиатрической экспертизы Косенко была очевидна, она была принята судом, как официальная точка зрения, которую нельзя критиковать. Бесплодность всех наших доводов и усилий правозащитного сообщества привела к решению, что для самого Михаила Косенко целесообразнее и быстрее прокрутить стандартный цикл, чем бесконечно оспаривать его.

Свои впечатления от медицинского корпуса СИЗО Бутырской тюрьмы Михаил описал в своем тексте “Кошкин дом”, который публикуется в нашем журнале, как уже третий репортаж. Первый глазами его обитателя в 2002 г., второй — спустя 10 лет, по результатам нашего посещения его после ремонта.

Время пребывания М. Косенко в ПБ № 5 было уникально непродолжительным, обычно это не менее полутора лет, о чем больным говорят сразу. Отсчет пребывания начинается с вынесения решения суда, независимо от того, сколько времени лечился в СИЗО до этого.

Характерно, что в больнице с ним подробно беседовали дважды, и поначалу это было выяснение его

политических позиций (!). Кабинет главного врача украшают портреты Путина и Медведева, а не классиков психиатрии, так что есть подсказка и нетрудно сориентироваться. В палате, куда его поместили, было 17 человек, от среднего медперсонала у него осталось приятное впечатление. Врачей видел редко, обращались к нему на “ты”. Пища оставляла желать лучшего в отношении вкусовых качеств. Прогулочный дворик был значительно лучше Бутырского. Окружающие больные оставили у него впечатление здоровых людей, хотя, конечно, он был не в остром отделении. Его тяготило отсутствие литературы, которую он привык читать. В силу любознательности, это разнообразная научная литература. В беседе он обнаружил самостоятельный взгляд на многие вещи. Столкновение с официальной психиатрией обратило его в сторону парамедицины. В целом на Михаиле Косенко лежал очевидный отпечаток двухлетнего пребывания в тюремных стенах, отойти от которого и здоровым людям требуется не менее трех месяцев. Он вынес это благодаря собственным активным усилиям и духовным упражнениям и вопреки поставленному ему диагнозу.

Результатом его больничного опыта стал обоснованный критический взгляд на постановку дела и большее доверие к парамедицинским методам, которыми он дополняет схему лечения.

С профессиональной точки зрения, пережитые Михаилом Косенко по милости следствия и экспертов Центра им. Сербского два года нельзя назвать иначе, чем издевательствам над больным человеком и здравым смыслом. Эта привычная роль флюгеров власти нередко оказывает ей медвежьи услуги. Безнаказанность экспертов в силу государственного протекционизма оберегает их от критики и ведет ко все большему падению чувства ответственности и профессионального уровня.

И все же можно порадоваться, что Михаил Косенко с честью выдержал выпавшие на его долю испытания, черпая силы в правоте избранного пути.

Востребованность права в психиатрии

В России вот уже несколько лет действует и продолжает развиваться программа государственной поддержки некоммерческих организацией, осуществляющих социально значимые проекты. В рамках этой программы НПА России в 2013 – 2014 гг. работала по проекту, предполагающему бесплатную правовую помощь гражданам с психическими расстройствами, выпуск информационно-справочной литературы, проведение семинаров и круглых столов, подготовка обращений в органы исполнительной и законодательной власти по поводу нарушения граждан на получение информации о своем психическом здоровье.

В июле-августе этого года было проведено 5 семинаров для врачей-психиатров крупнейших психиатрических больниц Московского региона: это психиатрические больницы № 1, 3, 4, 15 г. Москвы и Центральная Московская областная клиническая психиатрическая больница № 1. Поскольку в настоящее время психиатрические больницы объединены с психоневрологическими диспансерами, на семинарах присутствовали и те, кто оказывают психиатрическую помощь в амбулаторном порядке, всего более 160 человек.

Тема семинаров была неизменной — “Новое в законодательстве, регулирующем права граждан с психическими расстройствами”, однако акценты всякий раз немного менялись, в зависимости от того, что больше интересовало аудиторию, и какие нарушения прав пациентов зафиксированы в данном психиатрическом учреждении. Нарушения определялись на основе анализа судебной практики, которая сейчас стала открытой, и обращений в НПА России и к Уполномоченному по правам человека. При этом следует отметить, что когда речь идет об оценке психического состояния гражданина, НПА России опирается только на те случаи, которые исследовали ее эксперты, и не пользуется непроверенной информацией.

Важнейшим вопросом всех семинаров была тема “Право граждан на информацию о состоянии своего здоровья” и непосредственно связанная с ней — “Врачебная тайна”, по которым НПА России работает в этом году. Здесь произошло много изменений, которые, с одной стороны, делают работу врачей более трудной и ответственной, а с другой стороны — способствуют повышению открытости психиатрии, разрушению барьеров между пациентом и психиатром, преодолению стигматизации людей с психическими расстройствами. Врачи-психиатры постепенно приывают к мысли, что пациент имеет право непосредственно знакомиться со своими медицинскими документами и получать их копии, и перестают возмущаться по этому поводу. Опыт показывает, что опасения всплеск суицидов и агрессивных действий со стороны пациентов оказались беспочвенными. Там, где администрация пошла по пути неуклонного исполнения закона, отношения с пациентами улуч-

шились, они стали более серьезно относиться к своему здоровью и лечению, а врачи стали заметно лучше оформлять истории болезни.

Много внимания на семинарах было уделено решениям Европейского суда по правам человека. Они редко становятся объектом внимания врачей-психиатров, а между тем решения Европейского суда являются составной частью российского законодательства. Это и всем известные и исторически важные “Ракевич против России” (2003), “Штукатуров против России” (2008) и “Романов против России”, и мало обсуждаемые, но также весьма значимые дела Бика, Данилина, Шулеповой, Авилкина, Лашина, Загидулиной, Петуховой, Прошкина и др. Ведущая семинаров руководитель юридической службы НПА России кандидат юридических наук советник юстиции Ю. Н. Аргунова не только познакомила присутствующих с фабулой данных дел, но и рассказала, какие последствия они имеют для российского законодательства и правоприменительной практики. Фигурантами некоторых дел являются московские психиатрические больницы, в частности КПБ № 1 им. Н. А. Алексеева. Было упомянуто и одно из последних решений ЕС в деле “Коровины против России”, в котором условия содержания в Казанской психиатрической больнице с интенсивным наблюдением признаны бесчеловечными. В некоторых делах, например, Лашина, Агеевых, Антонюк (см. статью в настоящем выпуске журнала) и др. НПА России принимала непосредственное участие, давая свое заключение о психическом состоянии обратившегося.

Обсуждался также вопрос о расширении прав граждан, признанных недееспособными, и о предстоящем с 1 марта 2015 г. введении новой правовой категории “ограниченно дееспособный”. Среди других вопросов, нашедших свое рассмотрение на семинарах, можно упомянуть следующие:

- 1) Каковы основные нарушения прав граждан при недобровольном стационарировании и лечении?
- 2) В каких случаях допустима передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента?
- 3) Какими законами регулируется оказание психиатрической помощи, если лечение платное?
- 4) Что делать, если гражданин, являющийся нетрудоспособным в связи с психическим расстройством, отказывается от прохождения МСЭК?
- 5) Как регулируются прерывание беременности и стерилизация недееспособных?
- 6) Где должны лечиться граждане других государств, которым назначено принудительное лечение?
- 7) Какова должна быть процедура помещения в ПНИ гражданина, признанного недееспособным?
- 8) Кто имеет право на оказание бесплатной юридической помощи?

9) Какие условия пребывания в психиатрическом стационаре могут быть приравнены к “пыткам”?

10) Может ли быть проведена судебно-психиатрическая экспертиза в период доследственной проверки?

Большое количество врачей-психиатров, присутствовавших на семинарах, заинтересованное внимание к содержанию лекции и представленной литературе свидетельствуют о высокой актуальности юридического просвещения врачей-психиатров, необходимости регулярных встречи психиатров и юристов, работающих на стыке психиатрии и права. К сожалению, таких юристов не хватает и в результате лекции по правовым вопросам часто читают сами врачи-психиатры.

НПА России — одна из немногих организаций, в состав которой входят ведущие юристы по вопросам прав граждан с психическими расстройствами. Руководитель юридической службы Ю. Н. Аргунова — признанный специалист в этой области. Вот уже целое поколение врачей выросло на ее пособиях “Права граждан с психическими расстройствами” (2003, 2007, 2010), а последнее руководство “Права граждан при оказании психиатрической помощи” (2014) не только освещает наиболее распространенные нарушения прав граждан в данной сфере, но и содержит анализ более 100 решений судов и предлагает пути решения проблем, связанных с коллизией правовых норм. По отзывам некоторых читателей, оно должно стать настольной книгой каждого психиатра.

Семинар для пациентских организаций

30 июня 2014 г. В Москве в гостинице “Вега-Измайлово” состоялся семинар “Права граждан с психическими расстройствами и их родственников: законодательные гарантии и правоприменительная практика” для представителей непрофессиональных общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Семинар проводился в рамках социально значимого проекта “Право граждан на получение информации о своем психическом здоровье” с использованием средств государственной поддержки (распоряжение Президента Российской Федерации от 29.03.2013 № 115-рн).

Вместо запланированных 30 человек семинар собрал почти вдвое больше, приехали представители НПО из 18 регионов страны.

Руководитель юридической службы А. Н. Аргунова рассказала присутствующим об изменениях российского законодательства, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, происшедших за последние три года, и отдельно осветила вопрос о праве граждан на получение информации о своем здоровье и врачебной тайне. Участников семинара интересовала также возможность и правила получения информации о психическом здоровье близких, особенностях лечения, побочных эффектах проводимой терапии и прогнозе заболевания.

Заместитель главного врача Московской клинической психиатрической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева и одновременно председатель НПО “Клуб психиатров” А. Л. Шмилович рассказал о тех проблемах, которые возникают при оказании психиатрической помощи в амбулаторных условиях и в психиатрических стационарах, о проводимой реформе психиатрической службы и возможностях реабилитации людей с психическими расстройствами, стремлении к их максимальной интегрированности в общество. По мнению присутствовавших, реабилитационных программ в

стране явно не хватает, ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева здесь, можно сказать, счастливое исключение. Но все же ситуация постепенно меняется к лучшему: у спонсоров появляется интерес к финансированию реабилитационных программ для людей с психическими расстройствами, общественные организации становятся все более активными. Вот уже третий год в Москве организуют фестиваль творчества душевно больных, и он пользуется неизменной популярностью.

Обсуждался также актуальный для собравшейся аудитории вопрос о введении с марта 2015 г. новой правовой категории — “ограниченно дееспособный” для людей с психическими расстройствами, преимущества и недостатки признания ограниченно дееспособным.

Значительное время семинара было посвящено ответам на вопросы, и они продемонстрировали широкий спектр проблем, актуальных для людей с психическими расстройствами и их родственников: это и возможности трудоустройства и получения образования, и жилищные льготы, и материальная поддержка людей, ухаживающих за своими душевно больными родственниками, и качественное эффективное лечение, и конечно, расширение реабилитационных возможностей и социальной поддержки инвалидов по психическому заболеванию. Не всегда позиции ведущих и аудитории совпадали, порой было трудно найти общий язык, но в целом дискуссия прошла в конструктивной неформальной обстановке и была полезна для обеих сторон. Все участники получили брошюру “Право граждан на получение информации о своем психическом здоровье, причем многие — по нескольким экземплярам, для распространения в своем регионе.

В заключение присутствующие отметили актуальность семинара и высокий уровень его проведения, а также подчеркнули необходимость проведения подобных встреч профессионалов и непрофессионалов на регулярной основе.

Слушания в Общественной палате Российской Федерации

6 августа 2014 г. в Общественной палате РФ прошли слушания “О правоприменении закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Инициаторами слушаний выступили Независимая психиатрическая ассоциация России¹ и Комитет “За гражданские права”, который давно занимается защитой прав граждан с психическими расстройствами и даже имеет в своей структуре Центр защиты прав человека в психиатрии. Комитет по охране здоровья Общественной палаты поддержал проведение слушаний и принял активное участие в их организации. Период отпусков и недостаток времени, выделенного на организацию Слушаний, помешали широкому участию в них представителей государственных психиатрических организаций и судебных властей, которым присутствующие хотели задать множество вопросов. Однако и в их отсутствие дискуссия велась достаточно оживленно, и в аудитории находились как ярые критики, так и защитники закона о психиатрической помощи. В слушаниях приняли участие более 30 человек из многих неправительственных организаций, представители Общественной палаты, Уполномоченного по правам человека в РФ и СМИ.

Открывая слушания, президент Ассоциации гуманизации правоприменительных органов В. Г. Габиров, охарактеризовал ситуацию с соблюдением прав человека в психиатрии и в медицине в целом как катастрофическую, указал на несовершенство закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и предложил разработать новый более широкий закон, покрывающий все вопросы, связанные с психическим здоровьем нации. Эта инициатива, однако, не нашла поддержки большинства участников слушаний. Было решено сосредоточиться на совершенствовании закона о психиатрической помощи и, особенно, на правоприменительной практике.

Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова отметила, что закон соответствует основным международным стандартам и не нуждается в серьезной коррекции. Говоря о нарушениях прав человека в психиатрии, она обратила внимание присутствующих на то, что среди огромного количества граждан, жалующихся на оказание психиатрической помощи, есть как те, кто недоволен необоснованным с его точки зрения применением недобровольных мер и возмущается по поводу недобровольного освиде-

тельствования или стационарирования, так и те, кто хотел бы лечиться, но не удовлетворен уровнем предлагаемой психиатрической помощи. Особенно много жалоб на несовершенство психиатрической помощи появилось в последние два года в связи с реформой психиатрической службы, существенным сокращением сроков лечения в больнице и переходом на внестационарные формы помощи. Пациентов выписывают недолеченными, амбулаторная служба не может обеспечить необходимое продолжение лечения и в результате очень быстро наступает обострение состояния. Страдают от этого как сами пациенты, так и их родственники.

Важным вопросом Слушаний было нарушение права граждан на получение информации о состоянии своего психического здоровья. Согласно данным НПА России, 90 % граждан имеют проблемы с получением такой информации, им отказывают в просьбе выдать на руки копию эпикриза или выписку из истории болезни; на прямые вопросы о диагнозе 60 – 70 % пациентов получают неопределенные ответы о “душевном страдании”, “эндогенной болезни”, “нервном срыве” и т.п. Только 20 – 25 % пациентов знают, какое лечение они получали в стационаре, 60 – 65 % имеют неполную и неточную информацию, а 10 – 20 % больных не имеют никакой информации.

В Федеральном законе “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ) говорится, что “каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи... Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов” (ст. 22). Это право распространяется и на людей с психическими расстройствами, однако врачи часто отказывают пациентам в его реализации, ссылаясь на опасность и негуманность предоставления информации людям с психическими расстройствами: они могут совершить суицид или осуществить какие-то агрессивные действия в отношении врача.

¹ В 2014 г. НПА России работает по проекту “Право граждан на получение информации о своем психическом здоровье” в рамках программы государственной поддержки социально-значимых проектов в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 29.03.2013 № 115-рн.

Между тем, реализация права на информацию о своем здоровье позволяет более ответственно относиться к своему здоровью, получать консультации у других специалистов, оспаривать действия медиков в конфликтных случаях, особенно когда применялись меры недобровольного характера. Мировая практика, а также опыт некоторых регионов, которые не препятствуют гражданам в получении информации о своем здоровье (Самарская область, Архангельская область, Московская область, Хабаровский край и др.), показывают, что ни роста суицидов, ни проявлений агрессии в этих случаях не наблюдается. Наоборот, такая открытость ведет к улучшению отношений между врачом и пациентом, повышению эффективности лечения.

С другой стороны, отказ в выдаче людям с психическими расстройствами информации об их здоровье ведет к закреплению имеющегося недоверия общества к психиатрии и психиатрам, стигматизации как психически больных (как неполноценных граждан, которым нельзя выдавать информацию об их здоровье), так и психиатров, которые воспринимаются обществом как представители не помогающей, а карающей профессии. Такой отказ способствует укреплению представления о полной закрытости и неподконтрольности психиатрии и других органов государственной власти, нарастанию недоверия и неуважения к их действиям.

Согласно ч. 5 ст. 22 Закона об охране здоровья, **“Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным органом исполнительной власти”**. С момента принятия закона прошло уже почти три года, однако этот вопрос до сих пор не урегулирован. Более того, ФЗ от 25.11.2013 № 317-ФЗ внес изменения в ч. 4 ст. 22 Закона об охране здоровья, ограничив право пациента либо его законного представителя “непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья”. Теперь это право также должно реализовываться “в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти”. Таким образом, **Минздрав должен утвердить сразу два порядка получения гражданами информации о своем здоровье — получение копий медицинских документов и непосредственное ознакомление с меддокументацией**. В конце 2013 г. на сайте Минздрава РФ появился проект Приказа “Об утверждении оснований, порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них”, подготовленный в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, однако по непонятным причинам приказ так и не был утвержден. Принятие такого приказа существенно облегчило бы получение гражданам копий своих медицинских документов,

однако его отсутствие не может быть основанием для невыполнения закона и Конституции РФ, гарантирующей гражданам право на получение информации.

При обсуждении вопросов о выдаче информации и соблюдении врачебной тайны выяснилось, что представители НПО не имеют полного представления о том, что подпадает под понятие врачебной тайны и порой запрашивают информацию, на получение которой не имеют права. Это очередной раз подтвердило необходимость проведения правовых семинаров для НПО, работающих в сфере психического здоровья, и издания соответствующей информационно-справочной литературы.

На Слушаниях была представлена книга руководителя юридической службы НПА России Ю. Н. Аргуновой “Права граждан при оказании психиатрической помощи”, а в своем выступлении она подробно остановилась на нарушениях прав граждан при проведении судебного заседания по недобровольной госпитализации. “Суды часто нарушают права пациентов, проводя судебные заседания в отсутствие пациентов. Как судья может составить свое мнение о пациенте, если он даже его не видит? Если пациент не может участвовать в судебном заседании в помещении суда, суд должен сам приехать в больницу. Необходимо наладить механизм проведения выездных заседаний”.

На Слушаниях обсуждались также проблемы предоставления бесплатной юридической помощи людям с психическими расстройствами, необходимость законодательного закрепления правил установления и осуществления диспансерного наблюдения, осуществление права на прогулки, а также отсутствие возможности пациента самостоятельно обратиться в суд по делу о недобровольной госпитализации, которая согласно Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод приравнивается к лишению свободы и требует немедленного и справедливого судебного разбирательства (дело Ракевич, 2003). Прозвучали также предложения о наделении общественных наблюдательных комиссий, действующих в соответствии с ФЗ-76 и уже приобретшим большой опыт общественного контроля мест принудительного содержания, правом посещать психиатрические учреждения и контролировать соблюдение прав человека при оказании психиатрической помощи.

Заместитель председателя Комитета по охране здоровья Общественной палаты Э. Гаврилов поддержал инициативы участников Слушаний и особо отметил необходимость создания Службы защиты прав пациентов психиатрического стационара: “По сути это будет надзорный орган, действующий в сфере охраны здоровья. Он будет осуществлять прием и рассмотрение жалоб от лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях. Думаю, большинство вопросов можно было бы решить, создав такую службу”.

Участники Слушаний приняли следующие решения:

- обратиться в Минздрав России с требованием срочно утвердить **порядок получения гражданами информации о своем здоровье и порядок непосредственного ознакомления с меддокументацией**, а также подготовить информационное письмо для направления в психиатрические учреждения страны с разъяснением обязанности психиатрических учреждений предоставлять гражданину по его письменному заявлению информацию о состоянии его психического здоровья;

- направить в Мосгорсуд письмо о необходимости отладить механизм проведения судебных слушаний по недобровольным госпитализациям, о недопущении заочных судебных разбирательств и проведении

выездных судебных слушаний по месту нахождения пациента;

- разработать предложения по расширению полномочий общественного контроля над психиатрическими учреждениями;

- подготовить предложения об изменении российского законодательства в соответствии с международными стандартами и вынесенными постановлениями ЕСПЧ, устранению коллизий внутреннего законодательства;

- обратиться в правительство РФ с требованием ускорить создание Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Нужно ли обращаться в Европейский Суд?

или

Можно ли добиться справедливости в российских судах?

1 августа 2013 г. Европейский суд по правам человека вынес решение по делу “Антонюк против России”, отметив нарушение российским судом статьи 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод — “Право на уважение частной и семейной жизни”. Решение настолько важное, что Верховный суд Российской Федерации направил во все верховные, краевые и областные суды, а также Московский и Санкт-Петербургский городские суды неофициальный перевод постановления Европейского суда по этому делу “для сведения и использования в практической деятельности с целью недопущения нарушений Конвенции...”.

Напомним обстоятельства дела. В 2008 году Татьяна Антонюк, молодая успешная женщина, вскоре после рождения второго ребенка перенесла тяжелую психотическую депрессию. Лечение оказалось успешным, и Татьяна вскоре поправилась. Однако муж, отношения с которым к тому времени испортились, решил использовать перенесенное Татьяной психическое расстройство для того, чтобы забрать у нее детей. Для начала он подал в суд заявление о признании ее недееспособной. Окружающие недоумевали, всем было понятно, что в иске будет отказано. Однако смысл происходящего стал ясен позднее, когда брянские психиатры отметили в своем заключении, что “выявленное у Антонюк Т. С. рекуррентное депрессивное расстройство может представлять опасность для ее ребенка”. — Вывод был сделан явно по заказу, поскольку в ходе проведения экспертизы этот вопрос специально не исследовался, и он не был подтвержден никакими объективными данными.

Вскоре после этого Татьяна прошла обследование в НПА России и получила следующее заключение:

“Антонюк Т. С. в 2008 г. перенесла тяжелый эпизод психотической депрессии в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, из которого полностью вышла. В настоящее время находится в состоянии ремиссии. По своему психическому состоянию она может быть вызвана в суд, может давать показания по делу, участвовать в проведении судебно-следственных действий. По психическому состоянию Антонюк Т. С. опасности для своих детей не представляет и может заниматься их воспитанием”.

Однако Брянский городской суд при решении вопроса о месте проживания детей не учел заключения НПА России. Специальной судебно-психиатрической экспертизы он не назначал, а удовлетворился заключением экспертизы, проведенной в рамках дела о признании Антонюк недееспособной. Оба ребенка (а младшей девочке было на тот момент чуть больше года, и она ни на минуту не расставалась с матерью) должны проживать с отцом — гласило решение суда. Возмущенная таким поворотом дел, Татьяна забрала дочь и уехала к родителям в Калугу. Там она училась, воспитывала дочь и боролась за сына. Муж всячески препятствовал их встречам, настраивал мальчика против матери: “она больная, ее нужно опасаться” и инициировал новые обращения в суд и в правоохранительные органы. Во время одного из судебных процессов, когда Татьяне предстояла судебно-психиатрическая экспертиза по сфальсифицированному делу о нанесении ребенку телесных повреждений, она вновь приехала в НПА России и вновь продемонстрировала свое хорошее психическое состояние. На этот раз (2011 г.) специалисты НПА сочли возможным написать, что психическое состояние Антонюк можно квалифицировать как психическое здоровье. Уголов-

Нужно ли обращаться в Европейский Суд?

ное дело было закрыто, но ситуация не изменилась к лучшему. Не помогли ни пресс-конференции, ни несколько телесюжетов, в которых Татьяна сумела продемонстрировать незаурядные способности и и превосходную психическую форму. Бывший муж продолжал угрожать Татьяне, и превосходную психическую форму. Бывший муж продолжал угрожать Татьяне, препятствовал встречам с сыном. Время от времени судебные приставы пытались выполнить решение суда и забрать у нее ребенка, она выплачивала алименты за двоих детей, хотя дочь проживала с ней, и хотя бывший муж и свекор обладают почти неограниченными финансовыми возможностями, что и влияло на ход дела.

Исчерпав все возможности защиты в стране, Татьяна подала жалобу в Европейский суд по правам человека. Делу было придан статус приоритетного, поскольку оно касалось интересов детей, и оно было рассмотрено в течение двух лет.

Тщательно проанализировав действия российских судов при рассмотрении вопроса о месте проживания детей, Европейский суд решил, что “рассмотрение дела российскими судами не было обстоятельным в достаточной мере”. Российские суды не собрали “достаточное количество доказательств для принятия обоснованного решения по вопросу определения места жительства детей при данных обстоятельствах дела”. Европейский суд считает, что в таком деликатном деле как определение места жительства детей, при наличии двух противоречащих друг другу заклю-

чений (одно из них — заключение НПА России), суд не должен был выносить свое решение на основе судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в рамках другого дела, а должен был назначить новую экспертизу с вопросами, непосредственно касающимися возможной опасности матери в отношении здоровья ребенка.

Результатом постановления Европейского суда стала отмена решения Брянского суда о том, что дети Татьяны Антонок должны проживать с отцом, поскольку мать страдает рекуррентным психическим расстройством и может представлять опасность для жизни и здоровья детей. Дело отправлено на новое рассмотрение.

11 августа НПА России провела очередное комиссионное освидетельствование Татьяны, которая за это время закончила с красным дипломом Российскую правовую академию, устроилась на руководящую должность в крупную страховую компанию, вышла замуж, родила третьего ребенка. “Психически здорова. Оснований для назначения судебно-психиатрической экспертизы не имеется”, — написали в своем заключении специалисты НПА России.

Татьяна беспокоится о судьбе старшего сына, хочет, чтобы ее дети объединились и проживали вместе с ней с ее вторым мужем, однако понимает, что в настоящее время это невозможно. Сыну уже 9 лет, и последние несколько лет он почти не встречался с матерью.

Интересно, что скажет теперь Брянский суд?

23-й европейский конгресс по психиатрии
ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ В ПСИХИАТРИИ
ПО ВСЕЙ ЕВРОПЕ:
ПРАКТИКА, ОБУЧЕНИЕ, ИССЛЕДОВАНИЯ

28 – 31 марта 2015 г., Вена, Австрия

www.epa-congress.org

70-ЛЕТИЕ БОРИСА АРКАДЬЕВИЧА ВОСКРЕСЕНСКОГО



Член нашей редколлегии и руководитель программы НПА России “Психиатрия и религия” Борис Аркадьевич Воскресенский родился в 1944 году в семье врачей, работавших в госпиталях действующей армии. Его отец был хирургом, мать — психиатром, зав.отделением в клинической психиатрической больнице им. З. Соловьева.

Окончив в 1961 г. среднюю школу, он поступил в Московское Художественное театральное-техническое училище. Профессиональное знакомство с мировой культурой несомненно благотворно сказалось и на его деятельности на медицинском поприще.

В 1964 году поступил на лечебный факультет 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова. С третьего курса он был старостой научного студенческого кружка, был инициатором издания рукописного студенческого журнала.

По окончании 6 курса он был распределен в клиническую ординатуру, а затем окончил аспирантуру кафедры психиатрии. От своего научного руководителя профессора Г. К. Ушакова, непосредственных учителей доцента В. В. Королева и ассистента Ю. И. Елисеева он воспринял клинико-феноменологический и клинико-динамический методы исследования больного и болезни, индивидуально-личностный, психотерапевтически ориентированный подход к пациенту.

Его кандидатская диссертация “Ключевые переживания” при основных формах неврозов” имела непростую судьбу. Она получила резкие упреки за “игнорирование павловского учения” и “апологию кречмеровского конституционализма”, однако, бла-

годаря поддержке со стороны профессора Н. Д. Лакосиной и весьма высокой оценке, данной профессором Н. И. Фелинской, была защищена в 1980 году.

В 1977 – 1982 годах Б. А. Воскресенский работал научным сотрудником во Всесоюзном научно-исследовательском Институте общей и судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского, где принимал участие в изучении пограничных-нервно-психических расстройств.

С июня 1982 года и до сего времени он работает преподавателем — сначала ассистентом, а с 1991 года — доцентом на кафедре психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова. На протяжении 15 лет заведовал учебной частью кафедры. И тогда — в экономически трудные 90-ые годы — и сейчас — в ужесточающееся с 2000-х годов время — он остается сторонником демократического стиля взаимоотношений, по мере сил стремится создавать для преподавателей максимально щадящие условия работы.

В 1993 – 94 гг. в течение года работал в психиатрических больницах Франции, что обогатило его психиатрический и психоаналитический опыт. Особое значение в этот период имело для него общение с отцом Ильей Шмаиным — священником православного храма Успения Божией Матери в Сент-Женевьев де Буа — и его семьей. Как говорит сам Борис Аркадьевич, это были самые замечательные дни и часы пребывания в прекрасной Франции. Именно в этот период им были написаны несколько стихотворений, которые были опубликованы.

Круг научных интересов Б. А. Воскресенского широк. Его многочисленные статьи (всего около 140, из них в соавторстве 45) посвящены проблемам клинической психиатрии — психогений, шизофрении, вопросам психотерапии, патографии. Им опубликовано учебное пособие “Общая психопатология”, 25 научно-популярных и методических работ — статей и брошюр. Ежегодно он выступает на 3 – 5 научных конференциях, симпозиумах, круглых столах, принимает активное участие в организации некоторых из них.

Укажем лишь несколько работ. Так в одной из них, посвященной психогенным реакциям у больных с расстройствами шизофренического спектра, обнаружилось, что по большому счету психогении малозначимы для течения шизофренического процесса — само психотравмирующее переживание оказывается парадоксальным, содержит в себе схизис.

Исследование в области психосоматики (в соавторстве с психологом А. Б. Воскресенской) показало,

что психические и телесные нарушения находятся в реципрокных отношениях. При тяжелой кардиальной патологии сохраняется адекватный “психологический образ сердца”. Для стрессовых расстройств и ипохондрических процессуальных заболеваний характерен искаженный “образ сердца”, в последнем случае эта деформация более выражена.

При клиническом сопоставлении истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, удалось выявить своеобразное переформирование самосознания у больных с наиболее тяжелыми расстройствами этого ряда. Было также показано, что понимание галлюцинаций и псевдогаллюцинаций как расстройств представлений (или восприятий) более чем неточно. Эти феномены (как и большинство других симптомов и синдромов) представляют собой принципиально иные психические образования, которые и создают корпус продуктивной симптоматики.

Изучение переживания пространства и времени у больных шизофренического спектра обнаружило нарушение глубинных структур, образующих эти категории бытия. И этот факт представляется тем более интересным, что формальная ориентировка больных была полностью сохранена. Он по-своему свидетельствует о реальности бессознательного. Только что законченная работа об “основном расстройстве” при шизофрении обнаружила нарушение первичных (в понимании лингвиста А. Вежбицкой) онтологически-экзистенциальных — вербальных — структур у лиц из этого контингента.

Продолжающееся исследование, посвященное музыкопсихотерапии при некоторых (эндогенно-функциональных, неорганических, по современной терминологии) формах психических расстройств (совместно с заведующей одним из отделений КПБ им. Н. А. Алексеева Т. К. Шемякиной, которая осуществляет собственно музыкальную составляющую работы), демонстрирует человечность и созидательность минорных переживаний, минорной музыки.

В течение многих лет Б. А. Воскресенский является одним из руководителей Научного студенческого

кружка при кафедре. Выполненные под его руководством исследовательские работы студентов не раз завоевывали призовые места на Пироговской конференции. Особенно значимым аспектом этой деятельности представляется заложенная и поддерживая им традиция Баженовских чтений — ежегодной Городской научной студенческой конференции. В 2014 году она прошла в 28-й раз.

Как заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов при НПА России он вносит ощутимый вклад в проведение Консторумских чтений.

Более 15 лет Б. А. Воскресенский работает над проблемой “Клинические аспекты проблемы “психиатрия и религия”. Трехотомическая концепция личности, заимствованная у выдающегося отечественного психиатра профессора Д. Е. Мелехова, позволила ему предложить систему клинических подходов к разграничению “духовного” и “душевного”, затронуть в своих выступлениях и публикациях такие совсем непсихиатрические темы как понятия свободы воли, зла, страдания, ненормативной лексики. Трехотомия рассматривается им как методологическая основа клинической психиатрии, а лексика и семантика — как обоснование клиницизма. Результатом всех этих размышлений и исследований стал учебник “Основы психиатрии для катехизаторов”, первая часть которого готовится к выходу в свет.

В течение многих лет Б. А. Воскресенский читает курс лекций по психиатрии на богословском и религиозноведческом факультетах Свято-Филаретовского православно-христианского Института. За выступления в приходах Московской епархии он был отмечен Благодарственным письмом.

Более 15 лет Б. А. Воскресенский читал курс психиатрии для студентов, магистров и слушателей факультета второго высшего образования Московского городского психолого-педагогического университета, а также в Институте экзистенциальной психологии.

Хочется верить, что Б. А. Воскресенский сохранит творческую активность еще долгие годы.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Борис Слуцкий (1919 – 1986)

ГОВОРIT ФОМА

Сегодня я ничему не верю:
глазам — не верю,
ушам — не верю.
Пощупаю — тогда, пожалуй, поверю:
если на ощупь — все без обмана.

Мне вспоминаются хмурые немцы,
печальные пленные 45-го года,
стоявшие — руки по швам — на допросе.
Я спрашиваю — они отвечают.

— Вы верите Гитлеру? — Нет, не верю.
— Вы верите Герингу? — Нет, не верю.
— Вы верите Геббельсу? — О, пропаганда!
— А мне вы верите? — Минута молчанья.
— Господин комиссар, я вам не верю.
Все пропаганда. Весь мир — пропаганда.

Если бы я превратился в ребенка,
снова учился в начальной школе,
и мне бы сказали такое:
Волга впадает в Каспийское море!
Я бы, конечно, поверил. Но прежде

нашел бы эту самую Волгу,
спустился бы вниз по течению к морю,
умылся его водой мутноватой
и только тогда бы, пожалуй, поверил.

Лошади едят овес и сено!
Ложь! Зимой 33-го года
я жил на тощей, как жердь, Украине.
Лошади ели сначала солому,
потом — худые соломенные крыши,
потом их гнали в Харьков на свалку.
Я лично видел своими глазами
суровых, серьезных, почти что важных
гнедых, каракowych и буланых,
молча, неспешно бродивших по свалке.

Они ходили, потом стояли,
а после падали и долго лежали,
умирали лошади не сразу...
Лошади едят овес и сено!
Нет! Неверно! Ложь, пропаганда.
Все — пропаганда. Весь мир — пропаганда.

Борис Левин

“Скажите мне, кто я такой?” — спросил я как-то раз.
И тот, кого я так спросил, мне съездил между глаз.
“Кто я такой, скажите мне” — настаивал я вновь.
И тот, кого я вопрошал, мне раскровавил бровь.

С той поры не знаю я,
Кто такой я есть.
В том загадка бытия,
И его же мечь.

Несколько слов о себе, или разрешите
представиться:

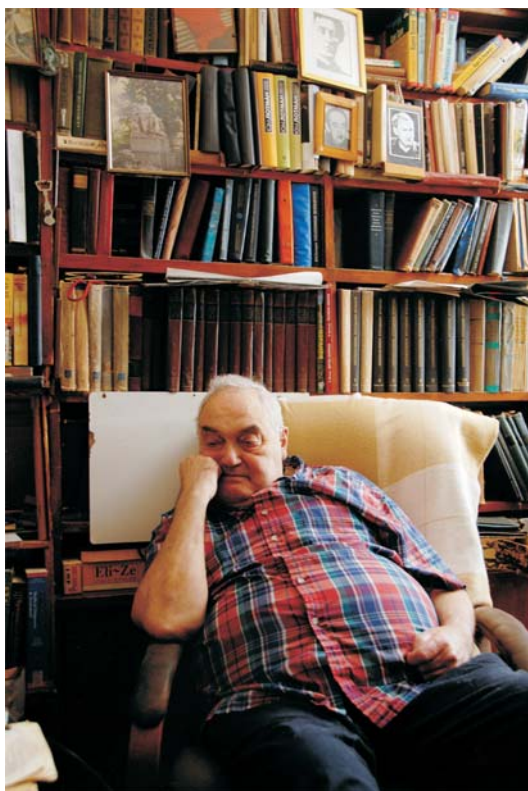
Я — поезд-электричка,
Я — птичка-невеличка,

Летящая вдали.
Я — все, что вы хотите,
Вот нате и берите.
Я — маленькое пятнышко
На коже у Земли.

Я — память, я — история.
И в радости и в горе я
Такой же, как и вы.
Я — повесть без названия,
Я — рыба “Океания”,
Я — запах, остающийся
От скошенной травы.

НЕКРОЛОГ

Лев Моисеевич Литвак (1928 – 2014)



Фотография, сделанная Офером Гольдфарбом, вошла в short-list на конкурсе Лондонской национальной галереи в 2013 г.

Лев Моисеевич Литвак — психиатр, невролог, психолог, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник (по инженерной психологии) родился в 1928 г. на Украине. Окончил в 1953 г. 1-й московский медицинский институт, где специализировался по психиатрии и патологии психозов в клинике проф. М. О. Гуревича, а затем в отделе патологии, которым заведовал проф. П. Е. Снесарев, и клиниках Центрального института психиатрии и Центрального института усовершенствования врачей. В 1956 г. специализировался по неврологии в клинике проф. И. И. Русецкого Казанского института усовершенствования врачей. С 1953 г. работал в Перми ординатором и зав. отделением психиатрической больницы, с 1961 г. — главным врачом и зав. стационаром городского психоневрологического диспансера. В 1962 г. защитил кандидатскую диссертацию “Тетанический синдром в клинике алкогольных заболеваний”. К

1967 г. в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева подготовил (но не защищал) докторскую диссертацию “Алкогольный реактивный вегетативный ирритативный синдром”. Разработал метод лечения алкоголизма центральными холинолитиками. Испытывая один из них на себе, перенес кратковременный психоз, которому посвящена дипломная работа по окончании психологического факультета Ленинградского университета. С 1967 г. — старший научный сотрудник института управляющих машин и систем, занимался, проблемой искусственного интеллекта в применении к информационно-поисковым системам. С 1975 г. — в Израиле. Работал психиатром в госпитале “Барзилай” (Ашкелон) и госпитале “Каплан” (Реховот), 1979 – 97 гг. — в центре психического здоровья “Рамат-Хэн” в Тель-Авиве.

Автор 40 научных статей и двух книг по сексологии и алкоголизму. Основные научные интересы: психопатология и неврология алкоголизма, экспериментальные психозы, в последние годы — психоневрология клинической смерти и терминальных состояний. Они подытожены в книге “Постижение смерти и природа психоза (Опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования)” (2003), где сделана масштабная попытка взглянуть на всю психопатологию через призму предсмертных переживаний.

Лев Моисеевич был интеллектуалом самого широкого диапазона. Кроме профессиональных знаний в области психиатрии, неврологии, медицины он легко ориентировался в области философии, психологии, языкознания, истории, социологии и других гуманитарных наук, был знатоком русско-еврейской культуры и мира музыки. И это был уровень не дилетанта, а глубокое понимание сути любой гуманитарной проблемы в ее связи с разными отраслями знаний и культуры в их общем, синхронном, сопоставительном развитии. Его отношение к жизни в целом и к ее отдельным моментам обладало величием и глубиной. Также его отношение к смерти как завершающему аккорду жизни носило характер особого переживания, связанного с жизнью и судьбой человека. Лев Литвак был гармоничной личностью, это был тип человека эпохи Возрождения. Очень жаль, что такие люди были вынуждены покидать Россию.

Замечательна и семья Литвак. Валерия, жена Льва, врач и в такой же степени духовно одаренный человек, как и Лев. Две дочери, одна биолог, вторая — уже известный писатель и переводчик с русского на иврит поэтов Серебряного века.

Мы скорбим вместе с ними.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Кьеркегор Сёрен. Или-или. М., 2014. (первый полный перевод).

Ясперс Карл. О Канте. М., 2014.

Шпрангер Эдуард. Формы жизни: гуманитарная психология и этика личности. М., 2014.

* * *

Хинтикка Яакко. О Гёделе. *Курт Гёдель*. Статьи. М., 2014.

Сейфе Чарльз. Ноль: биография опасной идеи. М., 2014.

* * *

Спенсер Герберт. Личность и государство. Опыты о государстве, обществе и свободе. Том 1. М.-Челябинск, 2014.

Ле Бон Густав. Психология социализма. Харьков, 1997.

Фуко Мишель. Мужество истины. Управление собой и другими. СПб, 2014.

Больц Норберт. Размышление о неравенстве. Анти-Руссо. М., 2014.

Кубедду Раймондо. Либерализм, тоталитаризм и демократия. Политическая философия австрийской школы. М.-Челябинск, 2014.

Плютто П. А. Исследование реальности социокультурного виртуального. Опыт анализа социокультурных иллюзий. М., 2014.

Алфёров Жорес. Власть без мозгов (отделение науки от государства). М., 2013.

* * *

Фрэнсер Дж. Дж. Золотая ветвь. Новые плоды (исследование магии и религии). М., 2014. (исправл. изд.).

Каневский Лев. История каннибализма и человеческих жертвоприношений. М., 2014.

* * *

Рехт Ролан. Верить и видеть. Искусство соборов XII – XIV веков. М., 2014.

Харрис Линда. Тайная ересь Иеронима Босха. М., 2014.

* * *

Баддели Джон. Завоевание Кавказа русскими (1720 – 1860). М., 2013.

Вульманс Сью, Кинг Грег. Первая мировая. Убийство, развязавшее войну. М., 2014.

Браун Арчи. Взлёт и падение коммунизма. М., 2014.

Исторические хроники с Николаем Сванидзе (1913 – 1993) в 28-ти книгах. (В книге 1924 – 1926 — “1-ая жертва советской политической психиатрии” Мария Спиридонова). СПб., 2014.

Померанц Григорий. Следствие ведёт каторжанка. М.-СПб., 2014.

Подрабинек Александр. Диссиденты. М., 2014.

* * *

Гоголь в Нежинской гимназии высших наук. Антология мемуаров. СПб., 2014.

Быков Дмитрий. Советская литература. М., 2014.

* * *

Гёльдерлин Фридрих. Гиперион. М.-СПб., 2014.

Демидов Георгий. От рассвета до сумерек. Воспоминания и раздумья ровесника века. М., 2014.

ABSTRACTS

Evidence-based medicine: experience of ontological localization

P. D. Tishchenko

The paper analyzes conceptual boundaries of Evidence Based Medicine (EBM). The initial theoretical assumption made the idea of the French historian G. Canguilhem regarding "ontological localization" of suffering as a condition for medical action. For description of the modern medical localization of suffering was used phenomenologically interpreted difference between disease and illness. Reduction of the complex reality of human suffering to the category of objectively recorded and manipulatively treated body reality is a heuristically useful procedure (condition of EBM possibility). However, effectively care for patients needs to application of methods and approaches that take into account personal characteristics of the particular illness of the individual. Any universal norm should be used as appropriate, in a timely and proportionate to the point manner. This is the meaning of art, including the art of healing.

Keywords: evidence based medicine, narrative medicine, illness, disease, suffering ontological localization.

Ambulatory-prophylactic approach in the sphere of mental health of children (memory of the patriarch)

*L. F. Kremneva, G. V. Kozlovskaya, T. A. Krylatova,
M. A. Kalinina, N. I. Golybeva, M. V. Ivanov*

The article introduces factual information about the life of outstanding psychiatrist of modern times, foremost scientist, the founder of psychoprophylaxis approach and a talented person — A. K. Anufriev. Special emphasis is put on his scientific research, in which an important part was given to resolution of the issues of social psychiatry. He is considered to be a pioneer of a new approach of the age related psychiatry — infancy psychiatry or early childhood psychiatry. It is the development of this area that allowed to move to a new level in prophylactic medicine laying a special emphasis on the fact that the initial presentation of early childhood mental diseases may be caused by both biological and psychogenic factors, for example by destabilization in the system "mother-child". He also laid down the foundation for national primary psychoprophylaxis, that is still under development by his followers and successors.

Keywords: A. K. Anufriev, social psychiatry, ambulatory psychiatry, psychoprophylaxis, early childhood mental health, infancy psychiatry.

Some psychiatric-psychotherapeutic aspects of a freewill problem

B. A. Voskressensky

Resume Will disorders are poorly reflexive, therefore they bear no direct relation to a freewill problem. Pseudohallucinations and syndrom of mental automatism are discussed. Phrase, borrowed from modern Russian novelist V. Pelevin "...until you allow to sound their voices in your mind..." is considered as comprehensive — both for normal and mental pathology — formula of subjective experience in freewill area.

Keywords: pseudohallucinations, syndrome of mental automatism, invasion.

The problems of addiction medicine in Russia

*I. V. Yashkina, A. G. Gofman,
P. A. Ponizovskiy, T. A. Kozhinova*

The article discusses a number of problems faced by addiction medicine at the present stage of its development in Russia. The authors analyze the possible reasons for the current situation, when the actual number of alcohol dependent subjects in the population exceeds the number of the officially registered alcoholic patients. It's pointed out that the evidence-based methods of psychotherapy despite of being the methods of choice for the treatment of alcohol addiction are used insufficiently. The reasonability of involuntary hospitalization and treatment for the group of severely alcohol- and drug-addicted patients and introduction of substitution (replacement) therapy in Russia are discussed. **Keywords:** alcoholism, drug addiction, psychotherapy of addictions, involuntary hospitalization, involuntary treatment, substitution therapy.

Life in schizophrenia and without it in the pictures and images

E. B. Lyubov & N. B. Levina

Studies investigating indicators of recovery from schizophrenia yielded two concepts of recovery. The first is the reduction of psychiatric symptoms and functional disabilities ("clinical recovery"), while the second describes the individual adaptation process to the threat posed to the individual sense of self by the disorder and its negative consequences ("personal recovery"). This article gives existing measures assessing personal recovery from severe mental illness (i.e., schizophrenia) including objective measures such as symptoms profiles and subjective measures (e.g., hope). The narratives of self and illness of persons with schizophrenia suggest qualities of self-experience expressed within personal narratives are linked to symptom profiles and subjective assessments of health.

Keywords: schizophrenia, recovery, symptoms, remission, narrative.

Whether the requirements of the law on data transmission about the hospitalized patient into the FMS of Russia bodies breaks medical secret?

Yu. N. Argunova

The question of discrepancy of the legislation of the migratory accounting of citizens in a stay place to provisions of Art. 13 of the Federal law "On grounds of health protection of citizens in the Russian Federation" and Art. 9 of the Law on the psychiatric care is considered. Jurisprudence is analyzed.

Keywords: migratory account, medical secret.

Perception of realistic landscapes at patients with schizophrenia and schizoid personalities

G. A. Andreeva

The perception of schizophrenics and schizoid personalities for different landscapes are viewed in this article. For this task we made a special psyñosemantic differential (method of research) which lets us examine into such criteria of artwork as dynamics, harmony and perspective. The results of schizophrenics and schizoid personalities were compared with artists' point and then the conclusion was made.

Keywords: perception, painting, art, semantic differential.