

ISBN 5—900513—01—7

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

INDEPENDENT PSYCHIATRIC JOURNAL

ВЕСТНИК НПА

IPA HERALD

1

1994

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова

В. Г. Батаев

А. Н. Богдан

С. С. Гурвиц

Э. Л. Гушанский

Н. И. Сафонова (лит. редактор)

Технический редактор *О. Н. Никитина*

Корректор *М. С. Кабашова*

Сдано в наб. 08.11.93. Подп. в печ. 27.12.93. Формат 60×90^{1/8}. Бумага
типографская. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. п. л. 5,5.
Усл. кр.-отт. 5,88. Уч.-изд. л. 5,11. Тираж 3000 экз. Зак. 2420 Изд. № 1451/11 Д. С 929.

Издательство «Независимой психиатрической ассоциации», 103982, Москва, Лучников пер., 4
Издательство «Альба Пресс», 103001, Москва, Трехпрудный пер., 11/13.
Орден «Знак Почета» Издательство стандартов, 107076, Москва, Колодезный пер., 14
Калужская типография стандартов, 248006, Калуга, ул. Московская, 256

Содержание

Обращение к читателям	5	ХРОНИКА	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ			
Нелекарственная терапия психических заболеваний— А. А. Недува	6	Меморандум	30
Образовательная программа НПА — выбор приоритетов — Ю. С. Савенко	8	Российское общество психиатров — член WPA	30
Клинико-онтогенетическая типология деперсонализации как расстройства развития самосознания — Е. Б. Беззубова	9	Попытка реставрации советской власти в психиатрии	31
АРХИВ			
О протопатической природе синдрома душевного автоматизма — А. Л. Эпштейн	14	Образовательная программа НПА	33
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА			
«Мы» и «они» Э. Л. Гушанский	22	На симпозиуме WPA в Кельне	33
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ			
Опрос или допрос? [По страницам самиздата]	24	ПО ПСИХИАТРИЧЕСКИМ КЛИНИКАМ МИРА	
Психиатры способствуют беззаконию	26	Психиатрическая клиника Мюнстерского университета	35
ЗАРУБЕЖНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО			
Законодательное регулирование оказания психиатрической помощи во Франции — Ю. Н. Аргунова	27	РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
		О книге М. Е. Бурно «Терапия творческим самовыражением»	36
		«Психиатрическая» и «психологическая» психотерапия — путь к единству	37
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО			
		Благоухающее зловоние — Н. Куприянов	39
		Рисунки Н. Куприянова	40
		КНИГИ ИЗ БИБЛИОТЕКИ НПА	41
		Рекомендации	42
		АННОТАЦИИ	43
		ОБЪЯВЛЕНИЯ	44

CONTENTS

Address to the readership	5	An attempt of restoration of the soviet power in psychiatry	31	
CURRENT TRENDS IN PSYCHIATRY				
Non-medical treatment of mental diseases — A. Neduvia	6	IPA educational programm	33	
IPA educational programm — choice of priorities — Yu. Savenko	8	At the WPA meeting in Cologne	33	
Clinical ontogenetic typology of depersonalization as a disturbance of self-consciousness development — E. Bezzubova	9	IN THE PSYCHIATRIC CLINICS OF THE WORLD		
Psychiatric clinic of Munster university				35
REVIEWS AND COMMENTS				
On M. Burno's book «Therapy through creative self-expression»	36			
«Psychiatric» and «psychological» psychotherapy — a way to the unity	37			
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS				
Fragrant stench — N. Kupriyanov	39			
Drawings of N. Kupriyanov	40			
BOOKS FROM IPA LIBRARY				
RECOMMENDATIONS				
ABSTRACTS				
ANNOUNCEMENTS				
FROM AN EXPERTS' DOSSIER	22	Legislation on psychiatric care in France — Yu. Argunova	27	
«We» and «They»	14	Inquiry or interrogation (looking through samyzdat)	24	
DOCUMENTS OF THE EPOCH				
FOREIGN LEGISLATION		Memorandum	30	
CHRONICLE		Russian psychiatric society is admitted in WPA	30	

ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ

На нынешнем переломном этапе развития психиатрии, в эпоху тотального кризиса особенно важен **правильный выбор приоритетов**.

Не только у нас, во всем мире мы видим снижение уровня клинической психиатрии по сравнению с первой третью ХХ века. Но нас, помимо революций и мировых войн, постигла еще одна беда — семидесятичелетний тоталитарный режим, прервавший в конце концов живую связь поколений и традиций, исказивший наш менталитет.

Сейчас главное — это правильно выбрать направление и задать его молодежи. Это означает не ограничение плюрализма мнений, а четкое осознание существа происходящей **смены научной парадигмы**, уход от узко сциентистского неопозитивистского идеала к интеграции методологии естественных и гуманитарных дисциплин с приматом онтологической специфики предмета исследования. Осуществление этой задачи с наибольшей полнотой воплощено в **феноменологическом направлении** и прежде всего в том трезвом клиницизме, который отличает Карла Ясперса и Курта Шнейдера, Курта Гольдштейна и Артура Кронфельда, Манфреда Блейлера и Вольфганга Кречмера, Клауса Конрада и Николауса Петриловича, Эриха Яковлевича Штернберга и Анатолия Кузьмича Ануфриева.

Клинический метод, клиническое описание неисчерпаемы, а их уровень предопределяет все последующее — и научную корректность и терапевтическую эффективность, и человеческий контакт с больным. На этом пути высокого профессионализма, в том числе правового, естественным образом решаются самые сложные вопросы права и этики в психиатрии.

В этом кредо «Независимого психиатрического журнала».

Журнал рассчитан на широкую аудиторию. Помимо «Актуальных проблем психиатрии» сквозными рубриками являются «Из досье эксперта», «Документы времени», «Юридические консультации», «Психопатология и творчество», «Рецензии и отклики», «Рекомендации» литературы и «Хроника», непредвзято отражающая текущие события в отечественной и зарубежной психиатрии.

Мы призываем к сотрудничеству в журнале всех соприкасающихся с психиатрической проблематикой и небезразличных к ней.

Главный редактор Ю. С. Савенко

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

НЕЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. А. Недува

Широкое применение психотропных препаратов для терапии психических заболеваний привело к закономерным сдвигам в их клинической картине и течении. Смещение с развернутого психотического на редуцированный, а иногда и неврозоподобный уровень поражения выражается в видоизменении психопатологической структуры синдромов и в особенностях течения процесса, который во все возрастающей степени приобретает амбулаторный характер. Вместе с тем, наряду с положительным в целом влиянием фармакотерапии на клинику и течение психических расстройств, отмечены некоторые неблагоприятные последствия массового длительного применения психотропных средств, что выразилось в известной концепции «отрицательного лекарственного патоморфоза» (Г. Я. Авруцкий, И. Я. Гурович, Л. К. Хохлов и др.).

С ним связана отмечаемая в последние годы терапевтическая резистентность при эндогенных психозах. Мы теперь все реже встречаемся с терапевтически резистентными картинами исходных состояний шизофрении, где резистентность обусловлена прогредиентными тенденциями заболевания. Опыт показывает, что в 80—85% случаев терапевтическая резистентность сформировалась на фоне взаимодействия процесса осложняющих факторов (органическая церебральная недостаточность, соматогенез и др.), а главное, после длительной, практически непрерывной психофармакотерапии.

Рост числа случаев сформировавшейся на фоне отрицательного патоморфоза терапевтической резистентности, а также все возрастающий дефицит в снабжении психотропными препаратами усилили интерес к нелекарственным методам лечения психических заболеваний, потребность в таких методах возросла.

Для всех этих способов лечения характерно отсутствие элективного, избирательного психотропного влияния на те или иные психопатологические расстройства или, иначе говоря, отсутствие так называемых «симптомов-мишеней», которые с определенной корректировкой этого, введенного Фрейганом, понятия свойственны психотропным препаратам.

По факторам воздействия среди биологических нефармакогенных методов лечения можно выделить следующие:

1. Группа шоковых методов воздействия, обладающих выраженным глобальным общим антипсихотическим влиянием. Сюда относятся ИКТ, ЭСТ, некоторые другие шоковые методики. Эти методы превосходят все существующие до настоящего времени психотропные средства по выраженности и глубине обрывающего психоз влияния, глобального действия на прогредиентность процесса.

2. Методы воздействия на общую неспецифическую реактивность: пиротерапия — пирогенал и др.;

различные сыворотки, аутогемотерапия, лаковая кровь и др. Существуют и более современные методы пиротерапии — локальная гипертермия определенных отделов мозга путем направленной диатермии. Разработан также способ краниоцеребральной гипотермии — путем охлаждения головы в особом аппарате.

3. Методы воздействия на специфическую иммунореактивность — изменение иммунных реакций организма — плазмоферез, гемосорбция, лимфосорбция и др.

4. Методы, оказывающие комплексное воздействие на реактивность (иглорефлексотерапия, лазерное облучение крови, влияние постоянного электромагнитного поля и др.)

5. Методы вегетостабилизации и нормализации реактивности применением как старых способов физиотерапии (гальванический воротник и др.), так и фитотерапии (наборы трав), гипербарической оксигенации и др.

Все эти способы оказывают многостороннее действие, и разделение их носит условный характер. Так, иглорефлексотерапия, наряду с изменением общей реактивности, стимулирующего и антидепрессивного влияния, оказывает и иммунокоррегирующее действие. Влияние других методов тоже оказывается неоднозначным.

6. Методы влияния на циркадные биологические ритмы — метод депривации сна и метод «светового удара».

7. Широко известный и уже вошедший в практику метод РДТ.

Выделим основные из нелекарственных методов и некоторые вопросы, связанные с их применением.

Форсированная инсулинокоматозная терапия. Методу посвящено немало публикаций, методических писем, диссертаций и т. д. Он применяется достаточно широко, но, в основном, до настоящего времени вопрос о применении решают скорее энтузиазм, терапевтическая активность того или иного врача, а не учет клинических показаний. Есть энергичный активный врач в отделении — проводится ФИКТ, нет такого врача — не проводится. Между тем, при наличии абсолютных показаний к инсулинотерапии так вопрос решаться не должен. Каковы эти показания обсуждать не будем, проблема рассмотрена в ряде исследований. Однако, хотелось бы обратить внимание на необходимость дифференциации относительных и абсолютных показаний ФИКТ и соответствующих выводов об обязательном проведении ФИКТ при наличии абсолютных клинических показаний.

Важна также дифференциация истинно гипогликемических и псевдогипогликемических ком, которые часто развиваются при ФИКТ у больных, дли-

тельно принимавших психотропные препараты (особенно фенотиазиновые производные — аминазин, мажептил и трициклические антидепрессанты — амитриптилин, мелипрамин). У этих больных с терапевтической резистентностью часто формируются атипичные инсулиновые реакции по типу «бледных ком», «сухих ком» с малой выраженностью симпатикотонических проявлений в периоде гипогликемии, преобладанием гипоксии, общемозговой реакции. Эти атипичные инсулиновые комы протекают на фоне сравнительно малого снижения концентрации глюкозы в крови. Выход из этих коматозных состояний — с длительным оглушением, вялостью, отсутствием аппетита, эйфорией, чувством «вitalной неполноценности», характерными на выходе из инсулиновой комы. Эти псевдогипогликемические комы, с выраженным гипоксическим фактором не дают нужного терапевтического эффекта. А такие больные нуждаются в прерывании ИКТ и проведении мероприятий по нормализации гипогликемических реакций. Мы обращаем внимание на данную сторону проблемы ИКТ, так как ее недоучет приводит к учащению осложнений, плохому исходу курса лечения и тем самым, дискредитирует метод.

Электросудорожная терапия. Здесь хотелось бы обратить внимание на такие проблемы:

а) возможность уменьшения брутальности воздействия путем применения современных модификаций ЭСТ (унилатеральная методика — положение электродов на одно полушарие, ЭСТ с миорелаксантами и наркозом, причем рауш-наркозом, не дающим токсических осложнений);

б) появление принципиально новых аппаратов для ЭСТ, где на выходе, то есть на электроды, дается импульсный, а не синусоидальный ток, оказывающий, как это показали специальные исследования, значительно меньшее повреждающее действие, почти без мнестических и церебрастенических проявлений, имевших место при использовании старых аппаратов. Такой новый аппарат для ЭСТ производит Львовский завод электромедицинской аппаратуры совместно с германской фирмой Сименс. Аппарат, помимо указанных выше принципиальных отличий, удобен в работе, компактен, имеет хороший дизайн.

Переходим к проблемам, связанным с применением новых методов.

Плазмаферез. Это серьезный метод влияния на иммунологический статус организма. Его применение, как показывают данные, сопровождается непосредственным психотропным — активирующими, антидепрессивным, общим редуцирующим психотическую симптоматику (галлюцинаторно-бредовые проявления) воздействием. Затем — выявляется (через 7—15 дней) значительное повышение чувствительности к психотропным препаратам, что позволяет, значительно снизив дозы лекарств, получить более выраженный терапевтический эффект. Особенno показан плазмаферез для купирования фебрильных приступов, экстрапирамидных симптомов, резистентных состояний, где при иммунологическом исследовании выявляются иммунные комплексы. Проведение 2—3 процедур значительно повышает терапевтическую эффективность. Вместе с тем, плазмаферез до настоящего времени мало

применяется в психиатрической практике, хотя его применение в общесоматической клинике (аллергические заболевания, астма, артриты, инфаркт миокарда и др.), распространено.

Аппаратура для проведения плазмафереза выпускается уже несколькими заводами электромедицинской аппаратуры (Львовский, Санкт-Петербургский и др.).

Магнитотерапия. В настоящее время аппаратура для воздействия постоянным магнитным полем (Полюс-1, Полюс-2 и др.) выпускается Свердловским (Екатеринбургским) заводом медицинской аппаратуры. Доказано, что 7—8 сеансов значительно повышают чувствительность к психотропным препаратам, оказывают влияние на моторные кататонические и экстрапирамидные расстройства.

Лазерное облучение крови. Сейчас выпускается достаточно много аппаратов. Используются наложение электродов на магистральные сосуды и непосредственное внутрисосудистое влияние на кровь. Метод хорошо влияет на общую реактивность, повышая тонус организма — показан при астено-субдепрессивных состояниях, хронических нейролепсиях, апато-субдепрессивных расстройствах.

Метод адаптации к периодической гипоксии. Основанием к его применению послужили экспериментальные данные о том, что адаптация к гипоксии вызывает глубокие изменения нейрогуморальной регуляции, происходит активация синтеза нуклеиновых кислот и белков в клетках мозга. Нужно обратить внимание, что речь идет не о гипоксии, как таковой, а об адаптации к периодической гипоксии.

В настоящее время разработано 2 варианта: 1) адаптация к гипобарической гипоксии и 2) к нормобарической гипоксии.

В 1-м случае речь идет об использовании специальных герметических камер, где специальными устройствами разрежается воздух до такой степени, чтобы барометрическое давление снижается до уровня, соответствующего высоте 3500 м над уровнем моря. При нормобарической гипоксии техника проще. Здесь применяется маска, используемая в скорой помощи для кислородотерапии. Но с нашей целью подводится смесь воздуха с нейтральным азотом и таким образом регулируется смесь, чтобы концентрация кислорода также соответствовала той, что бывает на высоте 3,5 км над уровнем моря.

Установлено, что адаптация к гипобарической гипоксии оказывает более выраженное антипсихотическое действие и повышает чувствительность к нейролептикам. При адаптации к нормобарической гипоксии этого эффекта нет, но имеет место отчетливое стимулирующее, активирующее и легкое антидепрессивное действие.

Все эти непсихофармакологические методы могут применяться в современной терапии психических заболеваний. Дополняя и периодами заменяя психотропные препараты во время курса лечения, они могут оказать существенное влияние на эффективность терапии, особенно в плане повышения чувствительности к психотропным средствам, снижения необходимых дозировок и преодоления резистентности к психофармакотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психических больных. Изд. 2-е, М., 1988. — 520 с.
2. Мейерсон Ф. З., Авруцкий Г. Я., Недува А. А. и др. Применение адаптации к периодической гипоксии для лечения больных шизофренией. — В кн.: Новые методы лечения психических заболеваний. — М., 1989, 120—125.
3. Новые способы преодоления терапевтической резистентности. Методические рекомендации МЗ РФ. — М., 1990.
4. Недува А. А., Малин Д. И. и др. Применение плазмафереза для лечения психически больных. Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — М., 1992, № 1.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА НПА — ВЫБОР ПРИОРИТЕТОВ *

Юрий Савенко

Многообразная деятельность нашей ассоциации — научная, экспертная, реабилитационная, законотворческая, издательская — представлена в ее образовательной программе. Основной особенностью этой программы является сосредоточение на феноменологическом методе и критериях психического. Неразработанность этих тем явила в Советском Союзе профессиональной основой злоупотреблений в психиатрии. Два образовательных семинара в 1992—1993 гг. привлекли в члены НПА 24 зав. кафедрами и главных психиатров со всей страны. В наших современных условиях такой приток в еще недавно еретическую организацию свидетельствует о правильно выбранном направлении. Мы привлекли к лекциям лучших знатоков Е. Husserl, а к клиническим разборам клиницистов, воспитанных на «Общей психопатологии» К. Jaspers, ввели тренинг ненаправленного опроса и эмпатии. В проведении второго семинара мы получили помощь от психиатрической клиники Мюнстерского университета, за что приносим свою благодарность.

Не только в большинстве российских, но и во многих западных руководствах по психиатрии мы сталкиваемся с грандиозным смешением феноменологических и индуктивных, а также психопатологических и психологических категорий; с неразличением естественно-научного описания и феноменологического описания. Вульгаризация этих классических различий и той сложной техники, которую представляет феноменологический метод, в сочетании с попыткой глобальной формализации и компьютеризации, использованием неадекватных (линейных и параметрических) математических методов отражает неопозитивистскую научную парадигму. Отказ от нее и ренессанс феноменологии в точных науках контрастирует с узко биологически ориентированной психиатрией, которая держится за ту биологию, которая еще остается в рамках старой парадигмы.

Поскольку феноменологический метод представляет первую ступень любого научного исследования, его игнорирование в значительной мере обесценивает всю последующую работу, результаты всех других методов.

Все это имеет непосредственное отношение к лечению и проверке эффективности лекарственных препаратов. Начнем с того, что и ICD-10 и

DSM-III-R в полной мере выражают устаревшую парадигму.

На конкретном примере квалификации психотической тревоги хорошо видна разница естественно-научного описания и феноменологического описания. Там где последнее увидит качественную грань, за счет опоры на гештальтные характеристики, естественно-научное описание увидит простое нарастание интенсивности или не увидит ничего. Показатели шкал Гамильтона и Тэйлор здесь недостоверны. Понятие витального свелось здесь к далеко не главному: витальным симптомам и бессодержательности, а понятия интенсивности и глубины (A. Wellek) не различаются, чем игнорируется многоуровневость тревоги и депрессии, второстепенность интенсивности в поверхностном слое и т. д. Глобальная характеристика состояния осуществляется только по интенсивности болезненных проявлений (мягкий, умеренный, тяжелый). Между тем, от этого зависит вся терапевтическая тактика.

Грубым упрощением и шагом назад является отказ от синдромологического принципа в ICD-10. Сейчас, когда настало пора предпосылать в учебниках психиатрии синдромологию семиотике, это поражающий архаизм.

В процедуре апробации новых фармакологических средств существует сходный изъян, обесценивающий многие ее достоинства. Это представление о сопоставимости результатов. Оно совершенно формально и вне контекста. Подлинная сопоставимость достигается не дачей всем больным одинаковой схемы лечения, а ее конгруэнтностью каждомульному, сообразованием ее в каждом конкретном случае с особенностями синдрома, приходящими заболеваниями, возрастом, суточной ритмикой релевантных характеристик, весом тела и т. п. Упование на усреднение в большой группе отражает неопозитивистскую парадигму, которая уже изжила себя.

Эта же проблема касается любой квалификации. Любой клинический симптом, любой отдельный лабораторный или экспериментальный показатель получают свою однозначную квалификацию только в конкретном контексте других показателей, образующих синдромальную картину. Внешне сходные, эти отдельные признаки — каждый в своем контексте — значит совершенно различные вещи. Использование промежуточных («сырых») показа-

* Из выступления на симпозиуме WPA в Кельне 2.10.93.

телей для обобщения данных по группе больных — это избавление от самой сложной, трудоемкой и ответственной процедуры интерпретации каждого отдельного больного и представляет грандиозную ошибку «экономии мышления».

Никакие математические методы не в состоянии скомпенсировать таким образом подготовленные исходные данные.

Наивны также попытки подменить теорию предмета различными метатеориями, например, классическую таксономию таксонометрией.

Логические системы и математические методы не универсальны, они определяются адекватностью предмету исследования. Например, в зависимости от того, идет речь о конечных или бесконечных множествах, завершенных или незавершенных объектах, бытии или становлении, используется аппарат теоретико-множественной либо интуиционистской математики. Не математические методы диктуют характер обработки материала, а специфика предмета исследования определяет выбор адекватных математических методов, а при их отсутствии порождает создание новых математических дисциплин. Между тем, сложилась устойчивая практика стандартных исследований, не только не утруждающих себя обоснованием адекватности используемых математических методов, но возводящая примитивно понятое понятие стандарта в нечто не-

пререкаемое, делающее из него куль. В результате, такие динамичные незавершенные объекты как психические заболевания обрабатываются методами, предназначенными для завершенных объектов, и т. д. и т. п., не говоря уже о большей дифференциации.

Феноменологическому описанию соответствует топологическая репрезентация, критериям психотического — теория катастроф (catastrophe theory, René Thom, etc.).

Российская психиатрия, воспитанная на клинической германской психопатологии, хотела бы теперь инициировать немецких коллег на большую активность в призывае — назад к K. Jaspers! Это нужно всем. Это одна из основных тем.

В реальном положении вещей в современной психиатрии мы видим прискорбную победу утилитарного прикладного подхода над принципами академической науки, пиррову победу, так как в конечном счете, это неэффективный тупиковый путь.

Необходима разработка новых систем стандартов, новой ИСД, новой системы проверки лекарственных средств и т. д., которые были бы свободны от предъявляемой здесь критики и основывались на новой научной парадигме. В свете этого опыт образовательной программы НПА представляет всеобщий интерес.

КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ КАК РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ САМОСОЗНАНИЯ

Е. Б. Беззубова

Разнообразие понятийного подхода к деперсонализации определяет разнообразие существующих систематик этого феномена [2—6]. В данной работе предлагается клинико-онтогенетическая типология деперсонализации, основанная на понимании деперсонализации во-первых, как расстройства самосознания и во-вторых, как расстройства, обладающего чертами дизонтогенетической патологии [1, 5].

Наиболее бурное развитие самосознания приходится на подростково-юношеский возраст. Деперсонализационные расстройства также возникают в основном в подростково-юношеском возрасте [1—6]. Результаты исследований деперсонализации с учетом онтогенеза самосознания показывают, что различным по преимущественно развитым уровням самосознания периодам подростково-юношеского возраста предпочтительны различные формы деперсонализации [3—6]. Связь между клинико-психопатологическими особенностями различных форм деперсонализации и онтогенетическими особенностями различных уровней самосознания и стала основой предлагаемой типологии деперсонализации.

Типология построена на материале клинико-психопатологического обследования больных с пре-

обладанием деперсонализации в картине шизофrenии. К деперсонализации относились осознаваемые как субъективные переживания измененности себя и (или) окружающего. Наблюдалось 112 больных (41 женщина, 71 мужчина) от 11 до 58 лет.

Проведенное исследование подтверждает, что основными характеристиками деперсонализации являются следующие: 1. Соотнесенность со своим «Я», переживание состояния как измененности «Я», что соответствует принадлежности деперсонализации к расстройствам самосознания. 2. Проявление измененности прежде всего через качество отчужденности, отстраненности, по интенсивности варьирующего от ощущений незнакомости и странности до чувств нереальности и чуждости. 3. Измененность «Я» переживается как «кажущаяся», не связанная с действительными переменами самого себя или (и) окружающего, т. н. феномен «как если бы». 4. Переживания измененности неприятны, часто мутивельны и весьма сложны для описания.

Клинико-онтогенетическая типология деперсонализации схематично представлена на рис. 1. Основу типологии составляют выделенные клиничес-

КЛИНИКО-ОНТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

таксоны (типы) деперсонализации	клинико-психопатологическая структура таксонов			онтогенетические уровни развития		
	расстройства	собственно деперсонализационные	познания	аффективности и эмоций по С. Л. Рубинштейну	самосознания по Г. К. Ушакову	познания по В. В. Ковалеву
	аффективные	депрессии:	переживания отчужденности:			
IV аутодеперсонализация	«отчуждения», «экзистенциальные»	мыслей чувств действий	отвлеченные навязчивости метафизическая интоксикация	отвлеченные мировоззренческие чувства	личностного «я»	абстрактный
III соматодеперсонализация	тревожные аnestетические дистимические	тела и его частей	фобии: ипохондрические, дисморфобиические	предметно-конкретные	образа телесного «я»	конкретно-образный
II аллодеперсонализация	анергические	внешнего мира	фобии: агора-, клаустро-	чувства	мира как реальности	
I витальная деперсонализация	с витальными тревогой, страхом	самоощущения	соматизированные сенсации, сенестопатии	протопатической аффективности органической чувственности	витального «я»	сенсорно-перцепторный

ски типы деперсонализации. Для их систематизации применяются эволюционно-онтогенетический принцип, положения теории онтогенеза психики и периодизации индивидуального развития [3—5].

Деперсонализация обычно сочетается с другими расстройствами. Наиболее часто большой деперсонализационный синдром представлен тремя компонентами: собственно деперсонализационным, компонентом аффективных расстройств и компонентом расстройств познания. Главная особенность большого деперсонализационного синдрома — соподчиненность всей симптоматики переживанию измененности «Я».

По преобладающему собственно деперсонализационному компоненту выделяются четыре клинических типа деперсонализации: витальный, аллопсихический, соматопсихический, аутопсихический. Каждый тип клинико-психопатологически самостоятелен: характеризуется свойственными ему и отличными от таковых у других типов собственно деперсонализационными, аффективными и познавательными расстройствами. В то же время выделенные типы связаны между собой как звенья одной цепи, как этапы становления большого деперсонализационного синдрома: I витальный — II алло — III сома — IV ауто. Такая наиболее часто встречающаяся последовательность развития этапов (типов) и обусловила порядок их расположения в типологии.

Каждый тип деперсонализации сопоставим с нарушениями определенного уровня онтогенеза самосознания и сфер психики, связанных со становлением самосознания и соответствующими двум дополнительным компонентам деперсонализационного синдрома — сферы аффективности и сферы познания. Клинические и онтогенетические процессы соединяют ось возраста, позволяющая связывать преимущественно возникающие в каждом возрастном периоде типы деперсонализации и соответствующие этим периодам уровни преимущественного разви-

тия психики. Клинические проявления типов деперсонализации в виде зарниц или в развернутой форме часто возникают в возрасте близком критическому для развития соответствующего уровня самосознания. Синдромогенез деперсонализации сопоставим с онтогенезом самосознания: формирование деперсонализационного синдрома идет в последовательности от нарушений онтогенетически ранних уровней самосознания, аффективности и познания к нарушениям их онтогенетически более поздних уровней. Подчеркнем, что типология не утверждает жесткой привязанности выделенных типов деперсонализации к указанным возрастным периодам. Ставшие основой типологии наиболее яркие проявления типов деперсонализации, возникавшие именно в указанные периоды, не рассматриваются как однозначная закономерность, обязательная для каждого больного. За относительностью проявлений деперсонализации у конкретных лиц типология пытается увидеть черты общего принципа, тенденцию, отражающую присущие деперсонализационному синдрому психопатологические черты.

Полученная типология представляет клинико-онтогенетическую иерархию различных видов деперсонализации. Типология показывает общее, объединяющее все виды деперсонализации как варианты проявления синдрома и моменты его становления, а также особенное, отличающее один вид деперсонализации от другого. Единицей типологии — ее таксоном — является тип деперсонализации. Тип определяется прежде всего психопатологически — как совокупность феноменологически однородных деперсонализационных расстройств, и также онтогенетически — как совокупность расстройств, сопоставимых с нарушениями преимущественно одного определенного уровня самосознания. Таким образом, место таксона (типа) в иерархии определяется его местом в процессе формирования синдрома деперсонализации и степенью

зрелости соответствующего уровня самосознания.

Начальное место в типологии занимает витальная деперсонализация. Ее основу составляют витальные собственно деперсонализационные расстройства в виде переживаний измененности, отчужденности самоощущения. Наблюдаются ощущения «особого физического неуята» с утратой чувства достоверности своего существования, сохраняющегося неизменным при «обычных» колебаниях самочувствия. Проявления витальной деперсонализации характеризуются «беспредметной телесностью», переживаются будто сотканные из тягостных физических чувствований. Собственно витальная деперсонализация соответствует нарушениям начального уровня онтогенеза самосознания — самоощущения. Ее типичные клинические особенности — близость физическим ощущениям, безотчетность, неопределенность можно рассматривать как проявления патологически измененных особенностей самоощущения, этого «первичного чувства существования» (). Аффективный компонент витальной деперсонализации выражается главным образом витальным страхом и недифференцированной тревогой, которые соотносятся с нарушениями преимущественно первого уровня онтогенеза аффективности — протопатической аффективности и органической чувственности. Компонент расстройств познания проявляется нарушениями общего чувства в виде неопределенного-тяжостных переживаний, имеющих одновременно черты, ощущения и чувства, нередко с болевым оттенком. В клинико-онтогенетических исследованиях расстройства общего чувства относятся к патологии начального уровня познания — перцепции, объединяющей начальные формы ощущения и чувства [3, 5].

Свойственные типу витальной деперсонализации незавершенность симптоматики, в известной мере условность разграничения собственно деперсонализационных, аффективных и познавательных расстройств, их слитность в переживании нереальности самоощущения соответствуют синкретичности психики начальных уровней онтогенеза, ее незавершенной дифференцированности на отдельные области. Значительное место телесных ощущений в картине витальной деперсонализации, ее сходство с проявлениями соматической патологии сопоставимы с близостью начальных уровней онтогенеза психики, вегетативной сферы и соматики.

В большинстве случаев витальная деперсонализация (часто в форме форпост симптоматики) возникает до 10—12 лет, когда самоощущение остается сравнительно автономной частью самосознания, не полностью подчиненной его онтогенетически более поздним уровням. Витальная деперсонализация нередко предваряет формирование других типов деперсонализации, которым в последующем уступает место.

Второй таксон — тип аллодеперсонализации или дереализации определяется собственно аллодеперсонализационными расстройствами: переживаниями отстраненности окружающего, «разлада с миром». Больные чувствуют себя как бы отделенными от окружающего, которое воспринимается «при-снившимся», «как в мультиплексии», «похожим на декорацию», «на отражение в воде». Незнакомость, нереальность обстановки переживаются как

результат собственной измененности с осознанием того, что «на самом деле» внешний мир остался прежним, реальным. Собственно аллодеперсонализация сопоставима с нарушениями второго уровня онтогенеза самосознания — деятельного включения окружающего в сферу «Я». Аффективный компонент аллодеперсонализации выражается преимущественно депрессивными расстройствами часто с тревогой и психической анестезией. Встречаются смешанные и в единичных случаях гипоманиакальные состояния. Аффективные расстройства сопоставимы с нарушениями предметно-конкретных эмоций и представляют своего рода чувственную окраску деперсонализации. Третий компонент аллодеперсонализации проявляется фобиями, связанными с измененностью пространственно-временных соотношений — агорафобиями и клаустрофобиями. Как и аффективные расстройства, фобии отражают ведущие переживания утраты чувства достоверности окружающего. В клинико-онтогенетическом контексте фобии относятся к расстройствам конкретно-образного познания.

По сравнению с типом витальной деперсонализации тип аллодеперсонализации представлен более сложными и дифференцированными расстройствами. В основе аллодеперсонализации лежат переживания нарушений активности «Я», направленной на освоение внешнего мира, включения его в свою деятельность и посредством такого включения ощущения его «своим», «реальным». Витальная же деперсонализация выражается нарушениями менее зрелого, еще не обладающего активностью уровня самосознания — уровня пассивного ощущения собственного существования. Соответственно, аффективные и познавательные расстройства типа аллодеперсонализации сопоставимы с расстройствами более зрелых уровней аффективности и познания, чем при витальной деперсонализации. В целом, тип аллодеперсонализации сравним с нарушениями уровней психики, определяющими процесс выделения «Я» из внешнего мира.

Зарницы, а нередко и развернутые проявления аллодеперсонализации возникают в 10—11 лет, когда завершается формирование самосознания отношений «Я» — «не — Я», делающее возможным переживание всей гаммы аллопсихических расстройств. Аллодеперсонализация обычно развивается вслед за более или менее очерченными проявлениями витальной деперсонализации и либо доминирует, определяя особенности синдрома, либо уступает место другим формам деперсонализации, обычно сомато или ауто.

Третий таксон — тип соматодеперсонализации — определяется собственно соматодеперсонализационными расстройствами: ощущениями нереальности своего соматического «Я». В выраженных случаях утрата «привычной телесной реальности» достигает чувства исчезновения тела и его отдельных частей. Собственно соматодеперсонализационные расстройства имеют некоторое внешнее сходство с витальными собственно деперсонализационными расстройствами. Но, если «объектом отчужденности» в проявлениях витальной деперсонализации являются составляющие самоощущения «темные валовые чувствования», то объектом соматодеперсонализации являются переживания отчужденности, имеющие сложную телесную организацию «сома-

тического «Я». Если уровень самоощущения является начальным этапом формирования самосознания телесной индивидуальности, то уровень самосознания телесного образа «Я» завершает это формирование.

Аффективный компонент соматодеперсонализации проявляется связанными с переживаниями нереальности физического «Я» депрессивными расстройствами, тревогой, представляющими нарушения преимущественно предметно-конкретных эмоций. Третий компонент выражается страхами угрозы телесному «Я» — фобиями ипохондрического и дисморфического содержания, страхами смерти, соотносимыми с нарушениями конкретнообразного познания. Таким образом, с одной стороны имеется сходство проявлений второго и третьего компонентов алло- и соматодеперсонализации — они представляют наполненные конкретным содержанием аффективные расстройства и фобии, в клинико-онтогенетическом отношении сопоставимые с расстройствами конкретно-предметных уровней эмоций и познания. С другой стороны, отмечаются достаточно четкие различия, определяемые соподчиненностью аффективных и фобических расстройств каждого типа соответственно различным собственным деперсонализационным расстройствам, отражающим при аллодеперсонализации переживания утраты действительности отношений «Я»—«мир»; при соматодеперсонализации — «Я»—«мое тело». Кроме того, аффективные и фобические проявления соматодеперсонализационного типа сложнее за счет большего удельного веса идеаторных компонентов как в аффективной симптоматике, так и в ипохондрических и дисморфических построениях. В целом тип соматодеперсонализации представляет нарушения уровней психики, связанных с осознанием своего соматического «Я» как целостного образа телесного «Я».

Соматодеперсонализация часто появляется в 12—13 лет, когда самосознание своей телесной организации наиболее интенсивно формируется и, соответственно, наиболее легко поражается. Соматодеперсонализация в типичных случаях развивается вслед за витальной и аллодеперсонализацией и у одних больных завершает развитие синдрома, у других — становится промежуточным этапом, предшествующим аутодеперсонализации.

Четвертый таксон — тип аутодеперсонализации — определяется ведущими собственно аутодеперсонализационными расстройствами в виде переживаний утраты единства духовного «Я», неистинности «Я», отчужденности от своей личности. В одних наблюдениях преобладают ощущения нарушения единства психического «Я» — «муки целостности», а в других — не принадлежности себе своих мыслей, чувств, поступков. Характерны тягостность переживаний «духовного отшельничества», «невозможность выразить себя и понять другого». Клинические особенности собственно аутодеперсонализации сравнимы с нарушениями высшего уровня самосознания — самосознания личностного «Я», как психической индивидуальности, обладающей собственным мировоззрением.

Аффективный компонент аутодеперсонализации выражается главным образом рассуждающими «экзистенциальными» депрессиями, близкими «деп-

рессиям духа» и «депрессиям отчуждения». Нередки тревога, страх сойти с ума. Аффективные расстройства сопоставимы с нарушениями высшего уровня эмоций — уровня мировоззренческих чувств, тесно связанного со становлением психической индивидуальности. Третий компонент аутодеперсонализации представлен отвлеченными навязчивостями, часто навязчивым мудрствованием, нередко достигающим метафизической интоксикации. Содержание навязчивостей определяется переживаниями «обезличенности», становящейся темой изнуряющее болезненного самоанализа. В проявлениях третьего компонента преобладают нарушения высшего уровня познания — абстрактно-логического. Собственно аутодеперсонализационные расстройства, проявления депрессий отчуждения, руминации и рефлексия нередко тесно переплетаются, взаимно усиливая друг друга по типу «антиномического напряжения» (Каннабих) или «компульсивной ретроиндукции» (Торч). Клинические особенности аутодеперсонализации сравнимы с нарушениями уровней психики, определяющих становление «Я» как личности, уникальной и в то же время существующей только среди других людей. Аутодеперсонализация часто возникает в 14—16 лет, когда оформляется самосознание личностного «Я». Аутодеперсонализация нередко завершает формирование синдрома, развивааясь в типичных случаях вслед за витальной, алло- и сома деперсонализацией.

Таким образом, описаны четыре типа деперсонализации — витальная, алло, сома, ауто. Помимо этих «чистых» типов наблюдаются «смешанные» типы, характеризующиеся сочетанием проявлений двух или большего числа перечисленных типов. Часто отмечаются алло—сома и алло—ауто смешанные типы.

Построение типологии, как отмечалось, отражает последовательность формирования развернутого деперсонализационного синдрома от расстройств начальных уровней психики к расстройствам более зрелых уровней: от неопределенности и беспредметности витальной деперсонализации к конкретности и образности алло- и сома деперсонализации до тонкости и отвлеченности аутодеперсонализации. Таксоны нижних регистров коррелируют с нарушениями более ранних уровней психики и встречаются обычно как начальные этапы становления деперсонализационного синдрома, часто сменяющиеся при дальнейшем развитии синдрома занимающими более высокие регистры таксонами. Последние, напротив, связаны с нарушениями более зрелых уровней психики и принадлежат к формам, завершающим становление деперсонализации.

Кроме того, каждый таксон (тип) подразделяется на таксоны более низкого порядка (или подтипы) в зависимости от вертикальной и горизонтальной структур основного таксона (типа). Вертикальная или динамическая структура в полном виде представляющая последовательность витальная—алло—сома—ауто характеризует длинник типа, особенности его становления. Выраженность перечисленных типов — этапов — различна. Отдельные типы, как промежуточные этапы, могут отсутствовать. Последовательность развития типов может отличаться от указанной. Развитие синдрома может остановиться на любом этапе. Нередко завер-

шающий этап (тип) доминирует, определяя тип синдрома в целом.

На основе горизонтальной (статической) структуры — поперечника таксона — выделяются подтипы по преобладанию составляющих компонентов: собственно деперсонализационного, аффективного, познавательного. Таким образом, типология позволяет довольно подробно охарактеризовать конкретную форму деперсонализации, определяя ее тип (например, аутодеперсонализация), его статические (например, преобладание собственно деперсонализационного и аффективного компонентов) и динамические (например, развитие через формирование витального и алло этапов при отсутствии соматоэтапа) особенности.

Предлагаемая типология продолжает традицию изучения деперсонализации с точки зрения принципа развития. Не претендуя на универсальность, оставаясь схемой, не вмещающей реального многообразия клиники, эта типология на основе связи деперсонализации и самосознания пытается представить деперсонализационный синдром как це-

лостный клинико-психопатологический феномен, с внутренним единством различных форм проявления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беззубова Е. Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания // «Журн. невропатол. и психиатр.» — 1993, 3.
2. Воробьев В. Ю. Психологические и патопсихологические аспекты систематизации деперсонализации // «Психология и медицина». — М., 1978, 334—337.
3. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М., 1985, 285.
4. Сухарева Г. Е. Значение сравнительно-возрастного аспекта при изучении закономерностей течения шизофрении у детей и подростков // «Журн. невропатол. и психиатр.» — 1967, 10, 1445—1450.
5. Ушаков Г. К. Клинические закономерности синдромогенеза в психиатрии // «Журн. невропатол. и психиатр.» — 1968, 4, 575—581.
6. Eggers Ch. Entstehungserlebnisse im Kindesalter // Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. — 1979, N 28/7, 231—236.

О ПРОТОПАТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ СИНДРОМА ДУШЕВНОГО АВТОМАТИЗМА*

Проф. А. Л. Эпштейн

[Иваново]

Со времени появления классических работ Геда и Гольмса, положивших начало учению о протопатической чувствительности, последняя заняла прочное место в невропатологии как один из отделов учения о болевой чувствительности, получив свое дальнейшее клиническое и теоретическое обоснование и развитие в знаменитом труде Ферстера «Боль и ее проводящие пути». Однако ограничение учения о протопатической чувствительности рамками невропатологии не оправдывается ни воззрениями самого Ферстера, ни тем более взглядами позднейших исследователей этого вопроса, в частности, взглядами проф. Аствацатурова и акад. Кроля.

Та протопатическая чувствительность, с которой имеют дело невропатологи, является, по Ферстеру, только частным случаем более обширного понятия протопатической аффективности.

«Подобно другим авторам, и я, — пишет Ферстер, — все более и более прихожу к убеждению, что существуют две различные системы чувствительности: аффективная система, обслуживающая аффекты, чувства удовольствия и неудовольствия и в первую очередь, таким образом, чувство боли, и перцепторно-эпикритическая система, которая обслуживает лишенные аффективной окраски чистые ощущения — прикосновения, давления, тепла и холода, движения и силы и в первую очередь перцепцию и дифференциацию пространственных ощущений». Проблема протопатии, таким образом, гораздо шире, чем ее значительно суженная трактовка в книге самого Ферстера; по-настоящему она должна охватывать всю область аффективных явлений и войти, таким образом, в круг проблем психопатологического порядка.

Именно в этом направлении она и получает свое развитие в целом ряде работ проф. Аствацатурова. Исходя из того положения, что «боль и эмоция представляются чрезвычайно тесно связанными общностью их биологических корней и тождеством их биологической функции», Аствацатуров и в отношении эмоций проводит то же деление, что и Ферстер, в отношении болевой чувствительности, и различает наряду «с корковыми, дискриминативными («сознательными») эмоциями «также» таламические, ноцицептивные («бессознательные») эмоции, к числу которых он относит чувства тягостности и неприятности, чувство страха, равным образом как и тревожные и депрессивные состояния, возникающие у человека в сновидениях. Именно эти примитивные, подсознательно-ноцицептивные эмоции дают, по Аствацатурову, «основной фон»

для содержания сновидений и те же примитивные эмоции возникают в результате «соматопсихических переключений», образуя ценестопатический фон психоневротических состояний. Еще дальше в направлении расширения понятия протопатической и эпикритической чувствительности идет акад. Кроль. Он берет всю эту проблему в широком биологическом охвате и говорит о противостоянии друг другу двух биологических систем, служащих для «схватывания» окружающей среды: одной филогенетически старой, протопатической, схватывающей мир, окружающей примитивное существо, системы с большой «аффективной валентностью» (Верагут), имеющей ближайшее родство с важнейшими в витальном смысле путями автономных вегетативных систем, и другой системы — эпикритической, филогенетически юной, служащей для «схватывания» окружающей среды со стороны высокоорганизованного существо, системы, которую Бэрн называет критической или интеллектуальной, а Верагут обозначает как чувствительность с ассоциативной валентностью.

В подобной концепции дело идет уже не о двух видах чувствительности и даже не о двух видах аффективности — дело идет о чем-то гораздо более значительном, а именно о двух филогенетически различных этапах освоения мира — проблема, которая далеко выходит за пределы чистой невропатологии и вплотную примыкает к кругу психиатрических проблем, быть может, составляет центральное ядро психиатрических проблем.

Именно в такой постановке проблема взаимоотношений эпикритической и протопатической систем схватывания среды, не исключающая, а, наоборот, включающая в себя как свои отдельные части и вопрос о протопатической чувствительности, и вопрос о протопатической аффективности, открывает перед психиатрией новые и широкие перспективы понимания патофизиологической структуры психоза и многочисленных отдельных психотических расстройств.

Задача настоящей работы заключается в том, чтобы на примере синдрома душевного автоматизма осветить вопрос о протопатическом сдвиге как об одной из важнейших проблем психиатрии.

Если общие свойства протопатической чувствительности, как-то: общий сдвиг личности в сторону аффективности, сильный, преимущественно тягостный, неприятный тон аффективных переживаний, преобладающую роль ноцицептивных эмоций, расплывчатость и неточность ощущений, иррадиацию и причудливость их сочетаний, многочисленные и разнообразные висцеральные переключения, нали-

* «Невропатология и психиатрия», 1937, 5, 19—33.

чие своеобразных и многочисленных парестезий и болевых ощущений, распространение обезличенных переживаний по типу отраженных явлений и т. д., — если все эти свойства, знаменующие собой общий сдвиг личности от эпикритической системы схватывания сферы к системе протопатической, оторвать от привычной их связи с кожной гиперптизией и перенести их на сферу явлений идеоаффективных и идеовербальных, то нетрудно убедиться в том, что целый ряд психиатрических синдромов имеет теснейшее отношение к проблеме протопатического сдвига и может быть с полным правом назван протопатическими синдромами. С наибольшей полнотой протопатический характер душевного заболевания выражен при синдроме душевного автоматизма.

Понятие о синдроме душевного автоматизма было введено в психиатрию французским психиатром Клерамбо.

Сущность синдрома, по Клерамбо, заключается в выделении основного клинического и патогенетического ядра в группе хронических галлюцинационных психозов. Психические галлюцинации Байарже, псевдогаллюцинации Кандинского и двигательно-речевые галлюцинации Сегла — вот три последовательных исторических этапа того единого по своему патогенезу и полиморфного по своим клиническим проявлениям синдрома, который носит название синдрома душевного автоматизма. Классические работы всех трех указанных авторов по-разному освещают обширную группу основных болезненных проявлений этого синдрома, но все они подчеркивают как ведущий клинический симптомокомплекс псевдогаллюцинационные переживания, и как основной патогенетический момент своеобразное изменение состояния сознания больного. Вот почему, говоря о синдроме душевного автоматизма, правильнее именовать его не синдромом Клерамбо, а синдромом Байарже-Кандинского-Сегла.

Именно в работах этих авторов и в работах их прямых и косвенных учеников мы находим почти исчерпывающий клинико-психологический и патофизиологический материал для обоснования защищаемого нами положения о наличии при синдроме душевного автоматизма кардиального сдвига в структуре личности больного от системы эпикритического схватывания окружающей среды к системе протопатического схватывания ее и для суждения о симптоматике протопатического сдвига в психиатрии.

К обоснованию этих положений мы и переходим, исходя из общих закономерностей в характеристике протопатического сдвига.

Общий сдвиг в сторону аффективности личности больного. Уже как-то Баллэ высказал мысль, что «аффективная природа психозов не требует доказательств — это клиническая очевидность». В синдроме душевного автоматизма резкое преобладание в картине болезни аффективных переживаний принимает такой характер, что Энар считает возможным употребить выражение «чудовищная аффективность» (*affectivité monstrueuse*).

«Каждый элемент душевного автоматизма, — говорит он, — пропитан аффективностью, даже галлюцинационные элементы».

Если присоединить к числу аффективных переживаний многообразные аффективные переживания витального и ценестопатического ряда, а также разнообразные ноцицептивные эмоции (тревога, страх, неуверенность), то квалификация этой аффективности Энаром как «чудовищной» не покажется преувеличением.

Имеет место преимущественно тягостный, в высшей степени неприятный аффективный тон переживаний больных.

Этот момент в клинической картине синдрома душевного автоматизма подчеркивается уже тем обстоятельством, что более старые авторы-психиатры относили клинические проявления синдрома к группе меланхолий или линеманий. Это же отмечают и позднейшие авторы.

Так, например, Байарже указывает, что галлюцинации больных воспроизводят обычно только грустные мысли. То же отмечает и Кандинский: «Содержание внутренней речи больных, — пишет он, — отражающееся в их псевдогаллюцинациях, весьма часто бывает для них крайне неприятно и оскорбительно». Псевдогаллюцинациям вообще, по Кандинскому, присуще чувство «психической давленности, которое вырастает иногда до чувства внутренней боли».

Клерамбо одним из главных симптомов автоматизма считает тот феномен, который он называет «ухудшающим отбором (*sélection réjorative*) слов, идей и чувств». «Отсюда, — говорит он, — вульгарность и анимальность как в выборе тематики бреда, так и в выражениях (половая, висцеральная, двигательная сфера)». Частичным проявлением этой «ухудшающей тенденции» (*tendance réjorative*) является защитное чувство враждебности и «грубость речи, идей и чувств».

По мнению Дида и Гиро «все происходит так, как если бы в психозе больного развивалось бы злокачественное новообразование, существенной особенностью которого была бы тягостная ценестезия и чувство тревоги». В этом же смысле высказывается и Баллэ, говоря, что при хроническом галлюцинационном психозе «в число постоянных симптомов первого ряда следует поместить состояние тягостной ценестезии» (разрядка моя). Даже в тех случаях, когда преобладающим аффективным тоном больных является эйфорическое чувство, как, например, при бреде влияния, «все элементы синдрома сами по себе приятны и, однако, их соединение и в особенности их стойкость вызывают тягостное аффективное состояние» (Сейлье).

Ценестопатии

Под именем ценестопатий Дюпэр и Камю описали в 1907 г. расстройства общей или внутренней чувствительности, отличающиеся крайней тягостностью и неопределенностью.

Больные, по словам авторов, жалуются на ненормальные ощущения в различных частях тела, скорее тягостного и стеснительного, чем болезненного характера, главным образом в животе, груди, голове и конечностях. Дело идет об ощущениях странного характера, трудно поддающихся определению и потому описываемых больными «с большой роскошью образов и сравнений». «Больные, —

пишет Дюпрэ, — часто чувствуют несовершенство своих словесных описаний, присущее недостаточности запаса слов для выражения ощущений нового, небывалого, персонального и вне связи со всем прежним опытом порядка ощущений, отличающихся крайним полиморфизмом и изменчивостью».

Интересно, что в одной из недавних работ, посвященной психосенсорным расстройствам у шизофреников и принадлежащей д-ру Скворцову, последний почти теми же словами характеризует своеобразие переживаний и неотчетливость их восприятия у ценестопатов.

«Словесное обозначение ощущений с тела, — пишет он, — всегда своеобразно, полно сравнениями, плохо поддается точной формулировке. Сами ощущения часто смутные, диффузные, малопонятны, недифференцированы. Быть может, подобного рода ощущения возникли одними из первых в эволюционном ряду».

В свете современных знаний ценестопатические ощущения можно рассматривать как собирательное понятие, объединяющее собой по крайней мере четыре различные категории явлений: а) группу переживаний витального ряда — телесные и витальные чувства Шнейдера и Вестермана, описанные нами под именем психовестибулярного синдрома; б) группу ипохондрических бредовых переживаний; в) расстройства схемы тела; г) парестезии и алгии.

Все эти многообразные расстройства мы встречаем в разнообразных комбинациях, как одно из наиболее постоянных проявлений синдрома душевного автоматизма.

Яркие описания ценестетических расстройств при психических галлюцинациях и псевдогаллюцинациях дали уже, как мы увидим ниже, и Байарже и Кандинский, но обобщил эту связь впервые Сегла, который в 1893 г. показал, что психомоторные речевые галлюцинации не являются изолированным симптомом, но составляют часть более общего синдрома, составной частью которого, наряду с другими симптомами (зрительные галлюцинации, раздвоение личности, боязливость, идеи одержимости и т. д.), оказываются также «интенсивно выраженные висцеральные расстройства».

Клерамбо рассматривает ценестопатические расстройства как один из видов чувствительного автоматизма (*automatisme sensitif*) и говорит, что ценестопатии «часто присоединяются к душевному автоматизму».

Миньяр, описывая «душевную субдукцию» (*subduction mentale*) как основной процесс, лежащий в основе психозов вообще и синдрома душевного автоматизма в частности, говорит также «о волне ощущений, носящих чаще всего тягостный характер, исходящих со стороны внутренних органов, которые поистине порабощают сознание и часто сообщают ему тревожное чувство овладевания телом или вторжением в тело чуждых организмов».

«Все эти феномены, — говорят Дид и Гиро, — отличаются своей константностью, всецело поглощают внимание, становятся предметом сильной озабоченности и всегда дают впечатление «необычных болезненных ощущений», таинственных, провоцированных».

Минковский считает вполне оправданным поместить ценестопатические расстройства в ансамбле психических расстройств не в рамках неврастении или психастении, а «в группе психозов на основе душевного автоматизма, т. е. прежде всего в симптоматике галлюцинаторного психоза французских авторов».

Перейдем к рассмотрению отдельных форм ценестопатий при синдроме душевного автоматизма.

Чувства витального ряда

К числу чувств витального ряда относятся, как известно, чувства тоски, заторможенности, тревоги, разбитости, страха (витальные чувства) и ощущения сжатия, стеснения, тоски, боли, страха в области сердца; пустоты, полноты, тревоги, давления, стеснения в подложечной области; чувство сетки, паутинки, связанности, одеревенения в области мышц и кожных покровов; чувство сжатия, спазма, давления в области глотки, головы, глаз, висков, затылка, конечностей или всего тела; чувство головокружения, паутинки, сетки перед глазами (телесные чувства).

Все эти чувства отличаются неотчетливой локализацией, причудливостью распространения и сочетания, аффективной насыщенностью, тенденцией расплыватьсь, незаметно переходить друг в друга и сливаться друг с другом.

При синдроме душевного автоматизма мы встречаемся с ними обычно или в начале заболевания, или в период обострения болезни.

Одна из наших больных, молодая женщина, начала свой бред оклодования типичным синдромом витальной депрессии длительностью около 10 дней; другая больная, тоже молодая женщина, начала бред одержимости дьяволом — длительной депрессией и серьезной попыткой на самоубийство.

Многие случаи синдрома душевного автоматизма вообще начинаются с депрессии. Большой Бехтерев с синдромом гипнотического влияния пишет: «Началось с кошмаров, навязчивых идей, тоски и крайней подавленности». Все обострения в течение его болезни начинаются, по его словам, «сжиманием сердца, тоской, сужением умственного кругозора, преобладанием одной идеи». Начало болезни больной Владычко (З.) выразилось в том, что «появилась резко выраженная, не мотивированная тоска и мысли о преследовании».

Больная Клода и Эя-Фернанда начинает свое заболевание (синдром влияния) с периода «меланхолической депрессии», во время которой она не могла подняться с постели, чувствовала утомление.

Приводя историю своего больного Лашкова, Кандинский отмечает, что «первые 3 месяца он в нашей больнице являлся меланхоликом, находился большей частью в депрессивном состоянии, двигался крайне медленно и неохотно, почти не отвечал на вопросы».

Байарже приводит следующее интересное наблюдение, заимствованное у Пинеля и чрезвычайно родственное по своему характеру тем явлениям, которые были описаны Гедом и Ферстером при таламических гиперптизиях.

Больная Пинеля следующим образом описывает свои переживания: «В моем животе, — говорит она, — как будто находится какая-то пружина, к которой прикреплены все нити, все нервы моей груди, моей спины, моих почек, моих ног и т. д. и которые под влиянием каких-то толчков все начинают сразу двигаться... Принцип всех моих болей находится в моем животе; он настолько чувствителен, что горе, радость, боль, одним словом, всякое движение имеют в нем свое начало (principe). Достаточно простого нелюбезного взгляда, чтобы почувствовать рану в этом месте и чтобы вся эта сложная машина пришла в движение; в то же время я испытываю чувство жара в спине, в подмышках появляется пот, начинаются дрожания и т. д. Если можно так выразиться, я мыслю своим животом».

Ипохондрические бредовые переживания. Встречаются очень часто, главным образом во время сна или в ночное время. Большой частью они чрезвычайно мучительны и тесно переплатаются с парестезиями и алгиями.

Один из наших больных жаловался, что его жена и дочь по ночам минут *testiculi*, давят их и, таким образом, обессиливают его. У больного Бехтерева Б. «поднимались вверх все внутренности, что мешало ему дышать и даже говорить». Больные Скворцова считали за несомненную реальность, что у них разрезан, открыт живот, что из щек образовались жабры, что моча заливает весь живот и течет из носа и даже из глаз. Больная Сейлье К. чувствует зверей во всем теле, в желудке, в животе, зверей, которые ее пожирают. Его же больная Л. жалуется на тянувшие ощущения в спине, ее пытают в половых органах; у нее вытаскивают волосы, причиняют боль в голове, в ногах, в руках, в желудке. Больная М. заявляет, что у нее несколько раз перевернули аорту, открыли ей желудок, прикасаются к ее почкам и т. д.

Алгии и парестезии

Уже Дюпэрэ высказал мысль, что ценестопатии и алгии родственны между собой — «это два синдрома одной и той же семьи». И действительно, в клинической картине они тесно переплетаются друг с другом.

Больная Байарже, бывшая артистка, долго описывает свои мучения и пытки, которым ее подвергают и затем добавляет: «Они не довольствуются этими жестокостями, они вдувают в мою чистую и незапятненную, как сердце, кожу какие-то ингредиенты, которые пожирают меня день и ночь».

Другая его больная жалуется на двух сестер Робеспьера, скрывающихся в больнице, которые пускают на ее кожу азотную кислоту (*eau forte*), улучивающуюся воду, рвотную воду, эссенцию «простых», мышьяковистую воду, воспламеняющийся воздух и, наконец, испарения позорной болезни. Каждое из этих веществ производит специальное действие: азотная кислота образует пятна; летучая вода — трещины в коже, эссенция «простых» — тайное раздражение и т. д.

Знаменитый в истории психиатрии «бич домовых» Бербигье, выпустивший свое жизнеописание в 3-х томах, таким образом описывает свои парестетические ощущения: «Чаще всего мы становимся

их жертвой в тот момент, когда ложимся спать. Как только мы укладываемся в постель, домовые появляются с противоположной стороны и начинают тянуть наши пальцы, большой палец на ноге; затем они начинают подыматься по икрам, откуда их удается согнать только, если быстро сдвинуться к подножию кровати или если сильно потереть голени; однако в этом случае их упорство еще более раздражается и они возвращаются немного позже, будят нас и заставляют издавать душераздирающие крики.

Несколько раз, когда я ложился в постель, едва я прикроюсь одеялом, как начинаю чувствовать, что кто-то занимает место рядом со мной. Всякий другой менее закаленный в борьбе с жестокостями расы домовых, несомненно, мог бы испытать чувство страха. Они начали ласкать мой подбородок, затем они стали царапать подошвы моих ног и, наконец, выпячиваясь наподобие гусениц, они начали проползать по всему моему телу».

Больной Кандинского Перевалов отмечает у себя «искусственное вызывание токистами разного рода ощущений» в его коже, как-то: ощущение зуда, царапания, щекотания, жжения, уколов.

Больная Р. Логра и Лагаша с бредом влияния жалуется, что голоса вызывают у нее боли, ощущение стеснения в ногах и голове, чувство сонливости и сон, половое возбуждение и половое наслаждение.

Больная В. Клода чувствует уколы в различных частях тела и ощущение удавливания.

Наша больная Б. жалуется, что путем внушения и гипноза у нее вызывают «боль сердца, разрывание мозгов, обволакивание, застывание, скверные запахи, сбивание с пути, задерживание менструаций, боль аппендицса, сиплость голоса, подурнение лица, утолщение ног, лишние, нежелательные жесты и т. д.» «Зимой, — пишет она, — я стала страдать от невыносимых болей в заднем проходе... Боль мне внушали хором, причем я слышала эту замечательную хоровую декламацию в моменты, когда открывались вентиляторы. Боли были невыносимые. Кончилось тем, что я повесилась в уборной, но меня сняла с петли одна больная».

Очень часто больные жалуются на ощущение жжения, тепла, горячего. Эти жалобы упоминались уже выше. Приведем еще более характерные случаи.

Больная Вайарже (Г.) сбрасывала с себя по ночам простыни и покрывала, чтобы уменьшить чувство жара, которое она испытывала в половых органах. Она чувствовала, как кипит кровь в нижней части живота, матка словно готова выпасть, жар непрерывно щиплет ее бедра, голени, стопы.

Больная Владычко (А.) считает себя «автоматом», без своей воли, игрушкой в руках преступных людей, внушающих ей все, что угодно; мучающих ее внушением чувства боли, жара, сетки перед глазами.

Его же больному Б. часто внушают болевые ощущения, он уже в 1903 г. подвергался «мнимой казни», продолжавшейся 10 минут и через некоторое время вновь повторявшейся: «Как бы отпадали члены, жгли как бы разогретыми ложками пятки, как будто разрезывали живот».

Расстройства схемы тела

51-й параграф трактата о галлюцинациях Байарже носит следующий заголовок: «Больные, которые подымаются в воздух, конечности которых удлиняются, тело которых распухает и изменяет форму» и т. д. Здесь Байарже описывает явления, которые мы теперь относим к группе вестибулярных расстройств и расстройств схемы тела. Нельзя сказать, чтобы эти расстройства были характерными для хронического галлюцинаторного психоза, но при острых и симптоматических формах синдрома душевного автоматизма они встречаются довольно часто и иногда в очень резко выраженной форме.

Иллюстрацией этого может служить наблюдение Минковского над больной Б., 58 лет, перенесшей предварительно три приступа депрессий с навязчивыми идеями и псевдогаллюцинациями. Вот жалобы больной.

«Все мое тело разрывается. Все движется во мне с ног до головы. Не знаю, есть ли еще в моих жилах кровь, настолько все это странно. Мне кажется, что я вся распадусь на отдельные куски. Можно сказать, что во мне имеется 10 миллионов нитей, которые тянут меня. Мне кажется, что моя правая ягодица отделяется от моего тела. Вчера она подымалась очень высоко — до лопаток, до шеи. Сегодня еще хуже — ягодицы подымаются выше головы. Рот у меня как будто находится в животе, а зубы — в ягодицах. Я не знаю, тело ли у меня или пакет боли, кожа ли у меня или сплошная боль. Мне кажется, что нет у меня рта — настолько он причиняет мне боль. Я не знаю, есть ли у меня руки и ноги — все раздроблено. У меня нет больше десен — они как будто вырваны. Позавчера ночью я горела, мое тело было огнем, сегодня — оно холод» и т. д.

Псевдогаллюцинации

Псевдогаллюцинации, как мы только что сказали, являются ведущим клиническим симптомокомплексом в синдроме душевного автоматизма. Объем понятия псевдогаллюцинаций неодинаков у Байарже, Кандинского и Сегла, он расширяется и пополняется у каждого последующего автора и достигает своего завершения в работах Сегла, именно в его концепции вербального галлюцинации. Если отвлечься, однако, от общей концепции, то клиника псевдогаллюцинаторных переживаний с одинаковой полнотой трактуется всеми тремя упомянутыми психиатрами и все три автора дополняют в своих описаниях те черты, которые позволяют отнести псевдогаллюцинации к числу протопатических переживаний.

Уже Байарже, впервые описавший псевдогаллюцинации под именем психических галлюцинаций, указывает на затруднения, испытываемые больными в случае необходимости определить характер своих переживаний. Последние настолько непонятны и необычны, что больные «не обладают достаточной интеллигентностью», чтобы подыскать адекватные выражения, и предпочитают говорить о «мысленной речи» интуиции, магнетизме, секретных или внутренних голосах, т. е. о чем-то чрез-

вычайно неопределенном и в смысле пространственной локализации, и в смысле качества переживания. Кандинский, который считает психические галлюцинации Байарже «лишь одной из частных форм псевдогаллюцинаций в тесном смысле слова», дает гораздо более полное их определение. Псевдогаллюцинации Кандинского характеризуются навязчивым характером, угнетающим в большинстве случаев аффективным тоном, отсутствием чувства собственной внутренней деятельности, не имеют объективной пространственной локализации. Сегла, доказал, что в основе и психических галлюцинаций Байарже и псевдогаллюцинаций Кандинского лежит один и тот же сложный механизм речевого автоматизма на фоне измененного сознания — включение тем самым в сферу псевдогаллюцинаций также и «внутреннее говорение», эхо мысли, насилиственное мышление, «чувство внутренней раскрытии», т. е. целый ряд болезненных явлений, блестящие описанных Кандинским, но не включенных им в круг псевдогаллюцинаций. Вместе с тем псевдогаллюцинаторные переживания Сегла и его ученики очень тесно связали с рядом бредовых чувств, как-то: чувством гипноза, воздействия, влияния, одержимости, околодования и т. д., отличающихся, как известно, крайней неопределенностью, расплывчатостью, бесформенностью, нелокализуемостью, тягостностью, таинственностью и аффективной насыщенностью.

Протопатическая природа псевдогаллюцинаторных переживаний еще более подтверждается не только их тягостным тоном, расплывчатостью и неопределенностью локализации, но и присущей им иrradiацией по типу отраженных явлений.

К описанию этих последних мы и переходим.

Страженные явления

Выше при описании общих свойств протопатических ощущений мы указали на то, что они имеют тенденцию сочетаться в отношении локализационного знака с сенсорными ощущениями, совпадающими с ними по времени.

Псевдогаллюцинаторные переживания при синдроме душевного ведут себя в этом отношении точно так же, как протопатические ощущения.

Опять-таки у Байарже мы находим первое более или менее систематизированное описание этих явлений, равным образом как и оригинальную попытку их объяснения.

Прежде всего Байарже обращает внимание на тенденцию псевдогаллюцинаций слуха сочетаться с шумом в ушах. «Существуют галлюцинации слуха, — пишет он, — при которых ложные восприятия слуха сопровождаются шумом и свистом в ушах, и я считаю доказанным для себя, что в некоторых случаях этот феномен шума приходит, так сказать, на помощь галлюцинациям, с которыми он сочетается».

Приводя целый ряд подобных случаев, Байарже высказывает следующее замечательное соображение: «Когда спящий человек слышит в состоянии сновидения разговор и когда одновременно с этим происходит длительный шум, недостаточный, однако, для того, чтобы вызвать полное пробуждение, то обычно всегда присоединяют, так сказать, го-

лос собеседника во сне к этому шуму и сочетают его с ним; тот шум, однако, к которому воображение присоединяет сновидение, независим от сновидения как такового». По этому же механизму, по Байарже, происходит и локализация голосов, в частности, во внутренностях.

Так, одна из его больных слышала церковные напевы в своем животе главным образом в период месячных и тогда она испытывала чувство сжатия в области эпигастрия. У другой его больной голоса исходили из груди, но это обычно совпадало с теми моментами, когда у нее наступали сердцебиения. У третьего больного голоса, исходившие из груди, прекращались, как только он задерживал дыхание.

При описании психических галлюцинаций Байарже, как мы уже говорили, отчетливо формулирует две основные предпосылки феномена отражения: 1) «душевнобольные не сознают свою собственную речь, подобно тому как это бывает в сновидениях» и 2) «больные имеют максимальную тенденцию относить свою воспринимаемую как голоса речь к тому месту, которое сделалось сосредоточением более или менее живой чувствительности». В качестве примера он приводит больного Г., страдавшего ревматическими болями. Этот больной слышал голоса и целые речи в местах болевых ощущений в суставах. Другая его больная Г. слышит голоса в течение круглых суток, голоса, на которые она вынуждена отвечать. Эти голоса она слышит в шуме ветра, дождя, грома, в шуме колеблемой ветром листвы, в чиркании птиц.

Впоследствии феномен отражения при синдроме душевного автоматизма описывался неоднократно.

Лелю через два года после работы Байарже описывает вербальные галлюцинации, имеющие тенденцию локализоваться в голове, сердце или эпигастрии.

Крамер в своей классической работе «Галлюцинации в мышечном чувстве у душевнобольных» (1889) собрал большое количество подобных наблюдений. Особенный интерес представляет история болезни его больного Карла Г., 29 лет, священника. Больной жаловался, что все его мысли выговаривались в его или в чужих ногах. Он слышал голоса из углов комнаты, из земли в саду, из погреба, из ног людей, из стен, из шума воды, в стуке маятника часов, из печи, в которой трещали дрова, в звоне дверного колокольчика, в звоне тарелок, в шуме деревьев, в стуке колес поезда. Когда больной испытывал чувство напряжения в груди, тогда голоса раздавались и оттуда.

Больная Лагаша (И. Г.) слышит в течение нескольких месяцев голоса в пении птиц, в журчании мух, в шуме колес вагона, в шуме воды. Когда она упирается пальцами в стену, она слышит голоса в пальцах; она слышит также разговоры в ногах и во всем теле; голоса также слышатся из сердца, рта, зубов (ее зубы шатаются, и когда они шатаются, она слышит в них голоса), в щеках.

Больной Гейера и Лагаша заявил, что его преследователь говорит ему ногами; адресует ему слова, скандируемые ритмом походки.

Больная Минковского жалуется на то, что с ней говорят «ее бедные нервы». Нервы помнят гораздо лучше о ее прошлом, чем она сама. Они говорят ей о ее свадьбе; они напоминают о ее юности.

Больной Серье говорит: «Я слышу голоса в моих зубах. Я слышу преследование в моих зубах, мне сжимают зубы, мне говорят там».

Больной Анри слышит слова и речи в движении своих челюстей, которые повторяют его мысли и говорят с ним. Все, что он ни подумает, регистрируется щелканием его зубов, как если бы это был телеграфный аппарат.

Навязчивость и навязчивые состояния

Момент навязчивости составляет один из неотъемлемых компонентов синдрома душевного автоматизма. Он настолько органически тесно и так многообразно связан с этим последним, что разрешение вопроса о природе одного, по-видимому, тем самым предрешает и вопрос о природе другого.

Кандинскому в первую очередь обязаны мы установлением этой принадлежности в отношении по крайней мере к псевдогаллюцинациям. Это одна из главенствующих идей его труда. «У душевнобольных, особенно у меланхоликов и параноиков, — пишет он, — псевдогаллюцинации почти всегда носят на себе характер навязчивости; при этом часто, будучи по содержанию своему крайне неприятными для больного, они именно своей неотвязностью составляют для него большое мучение». Эти свои мысли Кандинский многократно варьирует и иллюстрирует многочисленными клиническими приметами как в отношении псевдогаллюцинаций слуха, так и в отношении псевдогаллюцинаций зрения.

В 1889 г. Крамер в упомянутой выше монографии вновь устанавливает тесную связь между состоянием навязчивости, звучанием собственных мыслей, навязчивой речью и навязчивыми действиями. «Характерный симптом этой группы больных, — пишет он, — заключается в жалобе на то, что или повторяют их мысли, или они должны думать всегда об одних и тех же вещах, или что они даже вынуждены высказывать навязанные им мысли».

Только через 7 лет после появления работы Кандинского и через 3 года после опубликования книги Крамера Сегла выступает со своей статьей о «Галлюцинаторной навязчивости и навязчивой галлюцинации», в которой развивает те же идеи, что и указанные авторы, и указывает вместе с тем на случай перехода навязчивых состояний в галлюцинаторные. Работа Сегла ошибочно считается французскими авторами первой работой, положившей начало этому важному вопросу.

Со времени появления работы Сегла начинается, как говорят Клод и Эй, «героическая эпоха психиатрии» в обсуждении вопроса об отношениях между бредом и навязчивыми состояниями. Многочисленные авторы — Раймон и Арно, Баллэ, Питр и Реджим, Суханов, Трэнкель, Ларуссин, Жанэ, Пик, Левенфельд, Гейльброннер, Морселли и др. — указывают на тесную близость навязчивых идей и галлюцинаций и отмечают как возможность перехода навязчивых состояний в галлюцинаторные, так и присущий псевдогаллюцинациям характер навязчивости.

Все эти вопросы, казалось бы, утратившие одно время свою актуальность, вновь оживают в связи с проблемами вербального галлюциназа и душев-

ного автоматизма. Быстро следующие одна за другой работы Сейлье (1922 и 1924), Редалье (1926), Озерецковского (1927), Маллэ (1928), Шредера (1928), Жанэ (1932), Клода и Эя (1934), Клода и Дюблина (1933), Лагаша (1934), Эя (1936) и др. подчеркивают огромную теоретическую и клиническую роль вопроса о навязчивых состояниях при синдроме душевного автоматизма. «Основное отличие человека, страдающего навязчивыми состояниями, от человека, страдающего бредом влияния», заключается по Сейлье в том, что «первый сознает свое психическое расстройство, а второй не сознает».

В обширной работе Клода и Эя, специально посвященной вопросу взаимоотношений навязчивых состояний и псевдогаллюцинаций, авторы целиком стоят на точке зрения Кандинского, не цитируя, впрочем, его.

«Существует целая область, — говорят они, — между переживанием «я» и миром объективной реальности, где движутся как бы в полу-реальности все эти факты одновременно и навязчивые и псевдогаллюцинаторные (разрядка наша) — область, которая, как мы увидим впоследствии, составляет самую атмосферу бреда... Паразитарные феномены навязчивости, как нам кажется, образуют большинство тех симптомов, которые принято обозначать как псевдогаллюцинации (галлюцины, псевдогаллюцинации, психические галлюцинации, аперцептивные представления, инспирации и т. д.)».

Специальную работу Клод и Дюлино посвящают обоснованию того положения, что «между навязчивым состоянием, интуицией и синдромом внешнего воздействия существует целая гамма переходных форм».

Лагаш в своей монографии «Вербальные галлюцинации и речь» считает «вполне законным сблизить вербальные галлюцинации с навязчивыми состояниями, которые сверх всего могут создать для них почву».

По наблюдениям Клерамбо, многие бредовые больные с синдромом душевного автоматизма проходят через фазу навязчивых состояний, равным образом как и многие шизофреники.

Возникает, наконец, вопрос, не являются ли навязчивые состояния невротиков не чем иным, как смягченными, недоразвитыми или остаточными формами синдрома душевного автоматизма. Так именно и ставит вопрос Маллэ и разрешает его в утвердительном смысле.

«В основе навязчивых состояний, — пишет он, — находится то же расстройство органопсихического синтеза, но задержанное в своем развитии... Это те же процессы, чисто психические, вербальные или идеовербальные, со всеми теми чертами, которые описаны Клерамбо, но не достигающие стадии галлюцинации». Или в другом месте: «У лиц, страдающих навязчивыми состояниями, явления автоматизма не переходят известных границ, за пределами которых они стали бы галлюцинациями».

Если, таким образом, состояние навязчивости составляет неотъемлемую принадлежность синдрома душевного автоматизма, то, с другой стороны, оно имеет столь же близкое и тесное отношение к другим гиперптическим синдромам в психиатрии,

а именно к синдрому витальной депрессии и к ипохондрическому синдрому. Мы не будем цитировать всей относящейся сюда литературы, укажем только на работы, опубликованные в последние годы, как-то: работы Вюрпа и Кармана, Голант, Резник, Клода и Эя, Консторума, Яррайса, Кэрера и др. Наконец, сама клиническая картина невротических состояний навязчивости изобилует всеми теми гиперптическими моментами, о которых речь шла выше, не говоря уже о том, что самое чувство навязчивости отличается всеми чертами гиперптического чувства — тягостным аффективным тоном, диффузностью, неопределенностью, персональной несвязанностью. Все это заставляет нас предположить, что один из кардинальных симптомов синдрома душевного автоматизма — симптом навязчивости и патофизиологически и патогенетически следует рассматривать как симптом гиперптический.

В заключение несколько слов о патофизиологическом механизме протопатического сдвига при синдроме душевного автоматизма, равным образом, впрочем, как и при других синдромах с выраженной протопатической симптоматикой. Уже в нашей работе, посвященной патогенезу синдрома витальной депрессии, мы указывали на значение в происхождении его протопатических компонентов своеобразного просоночного состояния, обусловленного расстройствами пробуждения, реже засыпания, т. е., другими словами, болезненным нарушением функции, регулирующей сон и бодрствование в смысле неполноты восстановления бодрствования. Клиника синдрома душевного автоматизма полностью оправдывает эту точку зрения. Большинство его проявлений находится в тесной зависимости от состояния ночного сна, пробуждения или засыпания. Сами больные неоднократно отмечают эту зависимость, относя свои болезненные симптомы или к ночному времени, или ко времени переходных состояний между сном и бодрствованием, или говоря о состоянии гипноза, усыпления, сонливости и т. д. Неудивительно поэтому, что мысль о патогенетической роли расстройств сна в происхождении синдрома душевного автоматизма или его отдельных симптомов красной нитью проходит у всех тех авторов, которые заложили клиническую основу этого синдрома. У Байарже, например, эта идея является стержневой. Галлюцинаты, по Байарже, находятся в специальном состоянии, которое характеризуется «непроизвольной деятельностью памяти и воображения, отрешением от внешних раздражений и более или менее полной инерцией воли». «Наиболее полным выражением этого состояния, — говорит он, — являются состояния, промежуточные между сном и бодрствованием, состояния сновидения и ступорозная меланхолия». Последняя в свою очередь и в описании, и в понимании Байарже представляет собой своеобразное онейроидное состояние. Все эти положения Байарже иллюстрирует многочисленными клиническими наблюдениями.

В том же смысле высказывается и Кандинский, тесно сближая, почти отождествляя псевдогаллюцинации с гипнагогическими галлюцинациями Мори. Только фаза сна разграничивает псевдогаллюцинации от галлюцинаций. Самый сон душевно-больных, по Кандинскому, «мало чем отличается от

бодрствования». Между сновидениями и галлюцинациями «во всяком случае резких границ не существует», как их не существует между псевдогаллюцинациями и гипнагогическими галлюцинациями. Современные французские авторы — Мург, Клод и Эй, Лагаш, с особенной четкостью последний, — продолжают в этом отношении традицию классиков. «Речевые галлюцинации, — говорит Лагаш, — развиваются в условиях провоцированной сонливости, тревожной бессонницы, гипнагогизма и сновидений». В основе вербального галлюцинаоза лежит «дезинтеграция высших психических функций, которую следует понимать как понижение бодрственности сознания, изменчивого в своем происхождении, в своем аспекте и своем развитии». Вербальная галлюцинация, по Лагашу, «не кажется расположенной в плане совершенно бодрственной мысли».

По-видимому, к этой же точке зрения пришел и И. П. Павлов. В своей трактовке чувства овладевания — одного из основных симптомов синдрома душевного автоматизма — он рассматривает его как выражение ультрапарадоксальной фазы, т. е. одной из гипнотических фаз в процессе развития тормозного состояния коры головного мозга. Все эти взгляды очень близки тем, которые Ферстер кладет в основу своего понимания возникновения гиперпатической чувствительности у невропатов, понимая последнюю как следствие «недостаточности функций кортикальных и стриарных тормозных аппаратов».

Все эти соображения заставляют нас предполагать, что протопатический характер синдрома душевного автоматизма выражает собой глубокий сдвиг в биологической структуре личности в сторону филогенетически более древней системы освоения окружающей среды и что патофизиологической основой этого сдвига является переход от жизни в состоянии нормального и полного бодрствования к жизни в состоянии бодрствования патологического и неполного.

Здесь теория филогенетического сдвига смыкается с теорией функциональных анатипий, согласно которой патогенные агенты, ослабляя или парализуя наиболее дифференцированные элементы сложных функций, обусловливают их переход в более стойкие и вместе с тем менее дифференцированные формы жизни или, как говорит Клиппель, в «формы редуцированной жизни». Чем более функция сложна, тем она более ранна. Естественной защитной реакцией психической жизни является переход ее от функционально более сложной и более хрупкой жизни в состоянии бодрствования к функционально менее сложной и более резистентной жизни в состоянии сна. Это общий закон всех психотических расстройств. Синдром душевного авто-

матизма есть лишь одна из разновидностей этих защитных редуцированных форм психической жизни.

Заключение

Учение о двух исторически различных системах схватывания окружающей среды: более юной — эпикритической и более древней — протопатической — составляет проблему, которая далеко выходит за пределы чистой невропатологии и вплотную примыкает к кругу психиатрических проблем, быть может, составляет центральное ядро психиатрических проблем.

Изучение некоторых психотических синдромов и особенно синдрома душевного автоматизма под углом зрения общих закономерностей, присущих неврологическому симптомокомплексу протопатической чувствительности, позволяет говорить о протопатическом симптомокомплексе в психиатрии.

Основными проявлениями этого симптомокомплекса в синдроме душевного автоматизма являются следующие моменты: глубокий сдвиг личности в сторону аффективности, в высшей степени тягостный, неприятный тон переживаний, преобладание в картине синдрома ноцицептивных эмоций, наличие многочисленных и разнообразных — расплывчатых, неясных и иррадиирующих — ценестопатических ощущений, парестезий и алгий, нечетливость локализации или утрата ее рядом персональных переживаний (псевдогаллюцинации, бредовые чувства, состояние навязчивости, интерпретации), качественная неоформленность переживаний и, наконец, присутствие отраженных явлений в сфере преимущественно идеовербальных переживаний.

Протопатический характер навязчивых, бредовых и псевдогаллюцинаторных переживаний позволяет понять присущие им черты — неопределенности, расплывчатости, тягостности, тревожности, нечетливой персональной связанности или даже чуждости, равным образом как и целого ряда других клинических особенностей.

Между различными гиперпатическими синдромами (синдром витальной депрессии, истерический синдром, ипохондрический синдром, синдром душевного автоматизма) существует целый ряд переходов как в рамках различных нозологических форм, так и в границах одной и той же нозологической группы.

Основным патогенетическим условием протопатического сдвига всей личности в целом является болезненное расстройство функций, регулирующей сон и бодрствование, и образование — переходящее или стойкое — своеобразного патологического просоночного состояния.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

«МЫ» И «ОНИ»

Э. Л. Гушанский (Москва)

Эти заметки продиктованы сложными чувствами — возмущения, жалости, бессилия, которые возникли у членов НПА, посетивших Климовский дом-интернат для престарелых и инвалидов Подольского района Московской области (ст. Гривно). Наш визит был связан с жалобами группы проживающих в интернате инвалидов, объединенных профсоюзом «Москвич», на психиатрические репрессии в прошлом и вероятность повторения их в будущем в связи с протестами инвалидов против хищений, грубости и бесактности обслуживающего персонала. Мы полагаем, что конфликты, возникающие в этом интернате, являются типичным отражением несовершенства системы социального признания в нашей стране и не свидетельствуют об особенной бесчеловечности персонала или сутяжности подопечных в данном интернате.

Итак, коллективная точка зрения подопечных, тех, кого, обобщая, назовем «мы»:

«Мы для них не люди. Они нас унижают, не понимают наших нужд, относятся к нам с презрением и высокомерием, считают, что мы только «гадим» и переводим затраченные на нас средства. Мы существуем только для того, чтобы они обогащались за наш счет. Наши страдания, наша беспомощность, наше стремление объединиться, создать пусть убогую, но свою семью, свой уют, свои объединения вызывают у них насмешки. Они без спроса входят в наши комнаты, даже если в них проживают семьи инвалидов, лезут в тумбочки и холодильники, выбрасывают по своему усмотрению, нас не спрашивая, продукты, вещи, приспособления для ухода друг за другом и за собой. Если бы до нас доходила хоть третья часть того, что предоставляет нам государство, мы жили бы припеваючи и не было бы необходимости тратить наши деньги на продукты и вещи первой необходимости. Каждый день персонал выносит из интерната полные сумки предназначенных нам продуктов, гуманитарная помощь растаскивается, медикаменты разворовываются. Интернат стал местом обогащения персонала за счет несчастных инвалидов и стариков. Попытки установить контроль за расходованием продуктов питания и государственных средств вызывают бешеное противодействие. Раньше жалобщиков направляли в психиатрическую больницу им. Яковенко, находящуюся неподалеку, где лечили принудительно психотропными средствами и тем самым «вышибали мозги», отбивали охоту для жалоб у них самих и других подопечных интерната. Так, Б. была наказана насильственной госпитализацией в ПБ только за то, что потребовала от администрации справедливого распределения среди инвалидов яблок, а в отношении К. в связи с ее жалобами, Управление соц. обеспечения

области дало письменное указание врачам интерната собрать ВКК для определения ее психического состояния и перевода в дом-интернат для психохроников. Даже теперь, когда принят Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, инвалидов, отстаивающих свои права и интересы других подопечных, обзывают «психами» и угрожают направлением в «дурдом». Но кроме угрозы психиатрическими репрессиями существует много других видов расправы с «жалобщиками». На них натравливают пьяниц и уголовников, которых администрация подкупает лишним куском и лучшими условиями содержания. Точно так же подкупают членов бытовой комиссии, чтобы исключить возможность контроля за закладкой и выдачей продуктов питания на кухне, предоставляя им лучшие комнаты, лучшие коляски и т. д. Администрация запугивает всех протестующих, высмеивает их, окружает себя любимчиками, сквозь пальцы смотрит на то, что эти любимчики пьянятся, попрошайничают, занимаются вымогательством, терроризируют остальных подопечных. Персонал интерната, используя беспомощность и беззащитность наиболее ослабленных и одиноких подопечных, заставляет их составлять в свою пользу завещания, угрожая в противном случае оставить их без ухода. Администрация подозрительно относится ко всякого рода объединениям подопечных, видя в этом угрозу их безграничной власти. Защищенный любимчиками, научниками, пьяницами и уголовниками персонал интерната паразитирует за счет подопечных, бесплатно пользуется всеми жизненными благами и олицетворяет бессмертную административную систему, существующую за счет рабов (они же пролетарии, подопечные и прочие «благодетельствованные»). Они правят нами, хотя и существуют за наш счет. Мы хотели бы поставить в зависимость от нас тех, кого мы кормим. Мы хотели бы сами, через наши организации, распоряжаться предоставленными нам средствами, нанимать только таких работников, которые будут удовлетворять нашим требованиям».

В наиболее общем виде беды и требования подопечных были изложены членам НПА в семье К., инвалидов I группы. Он — «мозговой центр» оппозиции, начитанный, умный и вызывающий глубокое уважение своим мужеством и достоинством человек, в силу давнишнего недуга лишенный способности самостоятельно передвигаться. Она — тоже инвалид I группы, заботливая, добрая, хлопотливая. Для нее — большое счастье заботиться о нем, четырежды в день мыть пол в комнате, где муж передвигается только ползком, вместе с другими инвалидами мыть его, принимать в маленькой комнате гостей, в том числе и с детьми, одарив

вать их собранными своими руками игрушечными машинками, подкармливать приблудных кошек и собак, проникающих в комнату через лоджию. Мы благодарны этой семье за гостеприимство и мужество.

Но справедливость требует, чтобы была выслушана и другая сторона. Главный врач и зав. отделением, выполняющая по совместительству обязанности врача-психиатра, подробно рассказывали о трудностях, которые преодолевает персонал.

«Основную нагрузку по обслуживанию инвалидов несут санитарки, которых можно заинтересовать только возможностью расширения объема обслуживания до 2-х ставок (на момент посещения интерната в начале июля ставка составляла 6000 рублей), и (это не говорилось, но подразумевалось) — возможностью питаться в интернате. Средства ухода за тяжелобольными и беспомощными практически отсутствуют. Есть один подъемник, изготовленный местными умельцами, но он может поднять и опустить в ванну слишком малый груз. На сотни подопечных с нарушением функций тазовых органов пять неисправных мочеприемников. (Отсюда неистребимый, унижающий, присущий всем учреждениям, в которых находятся престарелые и инвалиды, запах мочи). Не хватает моющих и дезинфицирующих средств. Бичем интерната являются пьянство подопечных, попрошайничество, уголовные преступления. В течение года было совершено 4 убийства. Печально, что преступники возвращаются после вынесения приговора в интернаты, так как по состоянию своего физического здоровья они не могут находиться в местах лишения свободы. Нередко инвалидов и стариков сюда сплавляют родственники, предварительно отняв имущество или оформив завещание на недвижимость в свою пользу. Какой-либо социальной работы проводить некому. В штате интерната 2,5 ставки (!) психиатра, которые ему не нужны, но нет социологов, психологов, социальных работников. Подопечные — люди с психическими особенностями, часто с сутяжным развитием. Такие вот и объединились в профсоюз «Москвич», «мутят воду».

Дом-интернат медленно разрушается, денег на ремонт, переоборудование, оснащение нет или почти нет. В интернате автономная котельная, но из-за неисправности сан-тех. систем и пьянства операторов котельной, горячая вода (большинство подопечных страдает нарушением функций тазовых органов) бывает лишь изредка. Обслуживаемые — люди с низкой культурой; из-за их неопрятности и пьянства в интернате существует постоянная угроза инфекционных заболеваний и вшивости. От гуманитарной помощи администрация интерната отказывается, т. к. при ее распределении подопечные возбуждаются, ссорятся, обвиняют медперсонал и друг друга в кражах. Убожество финансирования интерната связано с удивительным парадоксом: несмотря на то, что $\frac{3}{4}$ пенсии подопечных отчуждается в пенсионный фонд, интернат получает средства за счет бюджета.

При всех трудностях, подопечные живут неплохо; те, кто приживается в интернате, болеет редко и долго живет (средняя продолжительность жизни в интернате выше, чем в населении). Самым трудным для подопечных является двухнедельный ка-

рантин при поступлении в интернат. Нередко их «подкидывают» родственники и они не сразу осмысливают, куда их привели. Психиатрический осмотр при сборе документов для направления в дом-интернат предварительно не проводится и в изоляторе очень высокая смертность, особенно среди разстерянных, брошенных, дезадаптированных стариков.

Психиатрический осмотр вне изолятора проводится по медицинским показаниям без получения согласия на такой осмотр и какой-либо судебной процедуры, направление в психиатрическую больницу осуществляется чаще всего по неотложным показаниям по направлению штатного врача-психиатра интерната и лишь изредка — по заключению вызванного в порядке экстренной помощи психиатра Подольского ПНД. О положениях Закона о психиатрической помощи, касающихся добровольности психиатрического осмотра и госпитализации в психиатрическую больницу, ни врач-психиатр, ни главный врач не знают».

Члены НПА (психиатры Э. Гушанский и Ю. Массовер, журналист Н. Сафонова), выслушавшие монологи той и другой стороны, были потрясены убожеством уровня обслуживания, медицинской и социальной культуры, качеством жизни подопечных. Уместнее назвать ее существованием. Для этих людей нет правовой защиты, как и правовой информации.

Главный врач и врач-психиатр впервые узнали от нас о существовании Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, о недопустимости психиатрического освидетельствования без согласия пациентов, о судебной процедуре получения разрешения на такое освидетельствование. Неудивительно, что подопечные не знакомы с положением о доме-интернате, им устно сообщают об их обязанностях и ничего — о правах.

Естественная тяга инвалидов к общению, потребность в создании групп по интересам, психологическим особенностям, необходимость в психологической коррекции, групповой и индивидуальной психотерапии тормозятся казенщиной, равнодушием, отсутствием профессионализма и профессионалов-социологов, психологов. Поэтому совершенно естественны самопроизвольная организация групп по типу «поиск врага» или формирование своеобразных семейных пар для взаимопомощи и защиты от хамства. Отсутствие средств ухода за больными, доисторическая санитарно-техническая оснащенность ущемляют достоинство и подопечных, и обслуживающего персонала.

Нам кажется продуктивной идея использования средств (в том числе и пенсионного фонда), предназначенных для ухода за инвалидами, самими инвалидами. Это помогло бы преодолеть барьер между подопечными и персоналом, объединить их в сотрудничающие группы. Но важно сделать осмысленной и достойной жизнь этих, обреченных на физические и моральные страдания, членов нашего общества. Здесь требуются усилия многих организаций и специалистов. Независимые психологи, социологи, правоведы, где вы?

ОПРОС ИЛИ ДОПРОС?

Предлагаем вниманию читателей характерную публикацию двадцатилетней давности из архива самиздатской периодики, с которым можно теперь познакомиться в читальном зале бывшего спецхрана Российской Государственной библиотеки. Не будем комментировать с позиций сегодняшнего дня (и уровня его «дозволенности») эту беседу психиатра со своим пациентом — текст самодостатчен. Будет интересен отклик на публикацию тех, кто работает в психиатрии сегодня, тех, кто обращается к ее специалистам.

Беседа публиковалась в «ХРОНИКЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ В СССР», вып. 12, ноябрь — декабрь 1974 г.

По этическим мотивам сняты подлинные фамилии, приведенные в публикации (в свое время подлинность служила средством спасения, поэтому простим публикаторам тех лет известное нарушение врачебной тайны).

Беседа с психиатром

Ниже публикуется распространенный в самиздате текст записи беседы научного работника Н. с заведующим отделением психиатрической больницы им. Кащенко Д.

Д: Почему вы сейчас попали в больницу?

Н: Не знаю. Я никому ничего плохого не сделал. Психиатры обставили госпитализацию так, что она была для меня как снег на голову: неизвестно, за что и почему.

Д: Не может ли это быть связано с вашими высказываниями?

Н: Какими, например?

Д: Ну, хотя бы о нашем обществе.

Н: Не знаю. В официальных организациях я никаких высказываний не делал.

Д: А в неофициальных?

Н: С неофициальными организациями я просто не знаком.

Д: Почему вас поместили в больницу в 1970 году?

Н: Не знаю. Эта госпитализация тоже была соответствующим образом обставлена. Поэтому у вас больше информации по этому поводу.

Д: Но ведь ваши неверные взгляды появились очень давно, еще лет в девяноста.

Н: Мои взгляды к психиатрии не имеют никакого отношения. И ошибочность взглядов не всегда является показателем заболевания. Она может быть вызвана, например, недостатком информации.

Д: Насколько мне известно, вас исключили из комсомола.

Н: Меня из комсомола не исключали. Я вышел из комсомола сам.

Д: Почему вы тогда вышли из комсомола: было ли это связано с вашими взглядами?

Н: Это к психиатрии не относится.

Д: Да, но почему вы попадаете в психбольницу уже в четвертый раз. А ведь не все, кто выходит из комсомола, попадают в психбольницу.

Н: Я вышел из комсомола 18 лет назад. Сейчас эта тема неактуальна.

Д: Нет, что вы. Я специально на этом внимание не акцентирую. Кто вы по специальности?

Н: Биолог.

Д: Вы знаете языки?

Н: Да.

Д: Много?

Н: Достаточно много.

Д: Где вы работали?

Н: Четыре года в ВИНИТИ и один год в институте дезинфекции.

Д: Почему у вас были конфликты с сотрудниками?

Н: У меня не было конфликтов с сотрудниками.

Д: Чем вы еще занимались, кроме биологии и языков?

Н: Чем придется.

Д: Вас интересовала философия, проблемы государства, права?

Н: Нет. Конечно, все эти предметы я изучал в университете, но позже я к ним не обращался.

Д: А специально философией вы не занимались?

Н: Нет.

Д: А что вы можете сказать о нашем обществе?

Н: Если вас интересует наше общество, то вам лучше обратиться к более компетентным лицам. Я уже сказал, что сдав экзамены по политдисциплинам, я учебников в руки не брал, поэтому мои высказывания потянут не более, чем на двойку.

Д: Меня не интересует ваше знание университетского курса. Меня интересует ваше собственное мнение. В диспансер, который вас направил в больницу, поступил звонок о ваших неверных взглядах на наше общество.

Н: Какими бы мои взгляды ни были, они не имеют отношения к психиатрии.

Д: Иначе вы бы не были здесь. Если бы ваши взгляды на общество не представляли социальной опасности, то вас не помещали бы в психбольницу. Ведь предыдущие три раза вы находились в психбольнице длительные сроки?

Н: Да, длительные.

Д: А нашу государственную машину вы знаете. Все мы подчинены соответствующим органам, и если от этих органов нам поступает распоряжение, мы обязаны его выполнять.

Н: Поэтому вы так активно интересуетесь моими взглядами на общество?

Д: Да. А вы отгородились словно стеной. И поверьте, не на пользу себе. Чем более упорно вы будете уклоняться от ответов, тем дольше будете находиться в больнице. Я спрашиваю вас для ва-

шай же пользы. Вы ведь видите, я ничего не записываю.

Н: Я тоже ничего не записываю.

Д: Кроме того, вас могут причислить к социально опасным, и тогда перед каждым советским праздником в целях профилактики вас будут помещать в психбольницу, хотите вы этого или нет.

Н: Я знаю, что в нашей стране такая практика существует.

Д: Вы ведь не такая крупная величина как Солженицын, которого за его высказывания и взгляды выслали из страны. Вас за ваши взгляды и высказывания будут помещать в психиатрическую больницу.

Н: И напрасно. Мои взгляды социальной опасности не представляют. А те, кто не согласны с моими взглядами и звонят об этом в диспансер, просто их переоценивают, наверное, от избытка фобий. Моя популярность действительно меньше, чем у Солженицына, но среди лиц, интересующихся иностранными языками, я довольно известен. И любая госпитализация моя приносит только вред, ибо я не могу приносить пользу своим знаниями и опытом тому обществу, о безопасности которого вы так печетесь.

Д: Ну, все же, где вы высказывали свое неправильное отношение к нашему обществу?

Н: Я думаю, это вам лучше выяснить у работников тех самых органов, которые позвонили в диспансер.

Д: Все это так, но мне бы хотелось узнать из первоисточника.

Н: В данном случае первоисточником для вас может служить тот человек, который донес на меня. Кто это сделал, я не знаю и не могу предложить, т. к. неверных высказываний не допускал.

Д: Да, но вы находитесь здесь. Значит, вы допускали такие высказывания о нашем обществе, и эти высказывания представляют социальную опасность.

Н: Вы ошибаетесь. Скажите, разве имеются на меня жалобы в вашем отделении?

Д: Нет. Жалоб со стороны персонала на вас нет. Ваше поведение безупречно.

Н: А если бы я действительно был социально опасным, тогда мое поведение не могло быть безупречным.

Д: Социально опасным является не ваше поведение, а ваши взгляды.

Н: Не думаю. Как бы я не относился к обществу, оно не изменится. Если я его буду ругать, то оно не станет хуже, если я его буду хвалить, то оно не станет лучше. Я не способен вызвать ни его улучшения, ни ухудшения своими высказываниями. Поэтому мои взгляды не могут быть опасными для общества.

Д: А что вы предпочитаете, хвалить общество или ругать?

Н: Я предпочитаю придерживаться принципа: моя хата с краю.

Д: Такое отношение к обществу тоже представляет социальную опасность. И если вы будете следовать этому принципу, то так же будете попадать в психиатрические больницы.

Н: Это мне известно, я испытал все это на себе. Как долго вы собираетесь держать меня в больнице?

Д: Этого я вам не могу сказать. Все будет зависеть от вас. Одним месяцем вы не отделаетесь.

Н: Я нахожусь здесь уже три недели.

Д: Выписывать вас будет выписная врачебная комиссия. И если на комиссии вы будете также обходить все острые вопросы, то это не будет вам на пользу.

Н: Я убедился в свое время в другом. Когда я рассказал врачу 15-й психиатрической больницы о своем отношении к обществу, он отправил меня в загородную больницу на Столбовой, где я пробыл 8 месяцев. Как видите, высказывать свои взгляды опасно. От вас я узнал, что молчать тоже опасно. Мне, по-видимому, придется из двух зол выбирать меньшее.

Д: Поймите меня правильно. Я вас спрашиваю не случайно.

Н: Я здоровый человек, и мои взгляды к психиатрии отношения не имеют.

Д: Но не могли же ошибаться все врачи в разных больницах, которые вас лечили, и которых больше всего волновали именно ваши взгляды?

Н: Врачи могли и не ошибаться. Вы ведь сами сказали, что, находясь на службе, подчинены соответствующим органам и обязаны выполнять их распоряжения.

Д: Какие были ваши взаимоотношения в семье?

Н: Сейчас это не актуально.

Д: Вы в свое время опубликовали большое число статей.

Н: Да. В «Московском комсомольце», в нескольких подмосковных газетах, в Калуге, в Обнинске, а последние мои статьи были опубликованы на Камчатке.

Д: В своих статьях вы писали о своих взглядах на общество?

Н: Нет, в этих статьях речь идет о скоростном методе изучения иностранных языков. Они были обращены к тем, кто заинтересован этой проблемой.

Д: А где в таком случае вы пропагандировали свои неверные взгляды?

Н: Нигде. И в конце концов помещать в психбольницу за взгляды просто подло и недостойно звания врача.

Д: Сейчас мне надо идти на обход, но мы еще вернемся к этому разговору. Я должен выяснить ваше отношение к обществу. По-видимому, я скоро назначу вам другие лекарства.

7 марта 1974 года.

ПСИХИАТРЫ СПОСОБСТВУЮТ БЕЗЗАКОНИЮ

[по страницам самиздата]

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, который считается введенным в действие с 1 января 1993 года, — не действует.

Во всяком случае — в той его части, где утверждается полное гражданское равноправие лиц с психическими расстройствами.

Привычное бесцеремонное и безнравственное вмешательство всех, кому не лень, в личную жизнь граждан продолжается с не меньшей силой. Не прекращается поток в психиатрические диспансеры граждан с запросами из предприятий, учреждений и учебных заведений, требующих ответить «не состоят ли эти граждане на учете у психиатра». Это считается главным при приеме на работу или зачислении на учебу, хотя Закон запрещает требовать сведения о психическом состоянии при реализации гражданами своих прав и свобод и не допускает их ограничения только на основании наблюдения у психиатра.

Тем не менее, например, московское ПТУ № 96 при приеме на обучение по специальности «делопроизводство» не принимает документов, если не представлена такая справка. ПТУ № 19 (кулинарное) непременно, как и много лет до этого, помимо установленной медицинской справки (форма 086), требует дополнительно еще одну — из психиатрического диспансера, хотя отметка психиатра в форме 086 уже сделана. А фабрика «Свобода» (парфюмерная), через поликлинику № 21, где полагают, что вправе контролировать психиатров, присыпает людей по несколько раз, добиваясь «четкого ответа». Заключение психиатров «для работы противопоказаний нет» их не устраивает.

Все эти безобразия обжалованы в прокуратуру.

А между тем, ничего этого могло бы и не быть, если бы все психиатры внимательно прочли и исполняли Закон. Ведь одним из аргументов в малоприятных телефонных дискуссиях с медицинскими начальниками поликлиник и медсанчастьей является, с их стороны: «а другие — отвечают...»

Действительно — отвечают, нарушая при этом Закон, устанавливающий, что факт обращения к

психиатру является врачебной тайной (затмствованный у бухгалтеров термин «учет» не употребляется в официальных документах о психиатрической помощи еще с 1988 года). Следовательно — на такие запросы просто не надо реагировать. Однако же — охотно реагируем, не видя ничего особенного в том, что успокаивающий ответ «не состоит» утверждает в массовом начальственном (всех уровней) сознании подразделение на «состоящих» и «не состоящих», достойных и недостойных, полноценных и неполноценных, желательных и нежелательных, что коротко именуется дискриминацией. Такие ответы ставят под удар больных, большинство которых вполне сохраняет трудоспособность и возможность обучаться профессии: отвечать «состоит» — нельзя, разглашение врачебной тайны, «не состоит» — ложь, хотя и во спасение, а любой другой ответ позволит людям, ничего в психиатрии не понимающим, безнаказанно распоряжаться человеческими судьбами.

А ведь противоядие найдено давно: еще приказ Министра здравоохранения № 1333 (1979 г.) рекомендовал во всех случаях медосмотров при поступлении на работу или учебу давать единые, однаковые для всех (и обращавшихся к психиатрам, и не обращавшихся) заключения об отсутствии противопоказаний.

Рекомендации были выполнены только очень немногими психиатрическими учреждениями. Хотя главный психиатр Москвы (с опозданием, правда, — только в 1990 году) распорядился прекратить ответы «на учете не состоит» всем того же лающим. Хотя уже свыше двух лет пытались в Моссовете предложения Независимой психиатрической ассоциации о запрещении каких-либо ответов на дискриминирующие запросы. Хотя, наконец, считается действующим Закон.

Пока он будет нарушаться — притом самими психиатрами — не прекратится унизительная проверка психического здоровья населения теми, кто не имеет на это никакого права.

С. С. Гурвиц (г. Долгопрудный)

ЗАРУБЕЖНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ФРАНЦИИ

Ю. Н. Аргунова

В начале 90-х годов во Франции, как и в ряде других европейских стран (Австрии¹, Германии, Бельгии), законодательство об оказании психиатрической помощи получило дальнейшее развитие в плане совершенствования юридических гарантий прав психически больных. 27 июня 1990 г. Парламентом страны был принят Закон «О правах и правовой защите лиц, госпитализированных в связи с наличием у них психических расстройств, а также условиях их содержания»², внесший существенные изменения в Кодекс общественного здравоохранения Франции.

В соответствии с Законом, никто не может быть госпитализирован или задержан в учреждении для лиц, страдающих психическими расстройствами, без собственного на то согласия, а в случае необходимости, без согласия своего законного представителя, кроме случаев, предусмотренных настоящим Законом. Любое лицо, госпитализированное с его согласия в связи с наличием психического расстройства, находится на так называемой свободной госпитализации. Оно пользуется теми же правами в рамках соблюдения свобод личности, что и больные, страдающие иными заболеваниями.

Если лицо, страдающее психическими расстройствами, госпитализируется без необходимого согласия, его личная свобода должна быть ограничена требованиями состояния здоровья и проводимого лечения. По прибытии в учреждение пациент должен быть проинформирован по его просьбе о своем юридическом статусе и правах. После выписки из учреждения любое лицо, ранее госпитализированное в связи с наличием психического расстройства, сохраняет все права и обязанности гражданина³ и его предшествовавшее психическое расстройство не может служить поводом для отказа ему в этих правах.

Для каждого учреждения или подразделения, занимающегося лечением больных, страдающих психическими расстройствами, разрабатываются Правила внутреннего распорядка. Они должны быть одобрены префектом.

Префект или его представитель, судья суда первой инстанции, председатель суда высшей инстанции либо его представитель, мэр либо его представитель, согласно ст. 332—2 Кодекса, посещают один раз в полгода без предварительного оповещения учреждение для больных, страдающих пси-

хическими расстройствами, а прокурор, в компетенции которого находится лечебное учреждение, — не реже, чем один раз в три месяца.

В функции перечисленных представителей власти входит получение ходатайств лиц, госпитализированных в учреждения, либо их представителей; осуществление в необходимых случаях контроля за соблюдением прав пациентов, гарантированных данным Законом.

Помимо указанных мероприятий, в каждом департаменте создается департаментская комиссия по вопросам психиатрических госпитализаций, в задачи которой входит изучение положения больных, находящихся в стационаре, с точки зрения соблюдения прав и свобод личности и уважения человеческого достоинства. Эта комиссия состоит из 1) врача-психиатра, назначаемого Генеральным прокурором Апелляционного суда, 2) должностного лица, назначаемого первым председателем Апелляционного суда, 3) двух квалифицированных должностных лиц, одно из которых назначается префектом и является врачом-психиатром, а другое, назначаемое председателем общего совета, является представителем органа, выражающим интересы семьи и родственников лиц, страдающих психическими расстройствами. Только один из двух названных психиатров может являться сотрудником данного лечебного учреждения. Члены комиссии не могут входить в администрацию психиатрического учреждения, которое находится в департаменте, относящимся к ведению данной комиссии. Они не могут вне предоставленных им комиссией полномочий разглашать информацию, относящуюся к лицам, чьими делами занимается комиссия. Несоблюдение профессиональной тайны влечет ответственность в соответствии со ст. 378 Уголовного кодекса Франции.

В обязанности департаментской комиссии входит: 1) получение информации обо всех случаях госпитализации без согласия больного, повторных госпитализациях и о выписках; 2) ежегодное подведение итогов использования мер неотложного характера; 3) обследование по мере необходимости положения госпитализированных больных и в обязательном порядке тех, кто был госпитализирован по просьбе третьих лиц на срок более трех месяцев; 4) ходатайство по мере необходимости перед префектом или прокурором по вопросам положения госпитализированных пациентов; 5) посещение лечебных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, получение жалоб от больных или их представителей, осуществление проверки данных, занесенных в регистрационные журналы с целью выявления наличия в них всех предусмотренных

¹ О правовом регулировании оказания психиатрической помощи в Австрии см. «Независимый психиатрический журнал», 1993. — № III—IV.

² Journal Officiel de la Republique Francaise. Loi n° 90—527.

³ С учетом положений ст. 492 и 508 Гражданского кодекса о лицах, в отношении которых установлена опека или попечительство.

ренных Законом положений; 6) ежегодное направление префекту и прокурору отчета о своей деятельности, а также представление его на департаментском Совете по вопросам психического здоровья; 7) при необходимости внесение предложений председателю суда высшей инстанции департамента, где находится лечебное учреждение, о немедленной выписке лица, госпитализированного или задержанного в лечебном учреждении без его согласия. По первому требованию комиссии весь персонал лечебного учреждения обязан предоставить необходимую информацию.

Значительный раздел Закона посвящен регулированию недобровольной госпитализации лица в психиатрическое учреждение. Предусмотрены две формы такой госпитализации: 1) по ходатайству третьих лиц и 2) принудительная госпитализация.

1. Госпитализация по ходатайству третьих лиц. Лицо, страдающее психическими расстройствами, согласно ст. 333, может быть госпитализировано по ходатайству третьих лиц без его согласия только в случаях, если:

- 1) по причине заболевания оно не способно дать свое согласие;
- 2) состояние его здоровья требует неотложных мероприятий, связанных с постоянным наблюдением в лечебном учреждении.

Ходатайство о госпитализации может быть подано либо членами семьи больного, либо лицом, представляющим его законные интересы, исключая лечебный персонал учреждения, в которое госпитализируется лицо. К ходатайству о госпитализации прилагаются две подробные медицинские справки, дата составления которых ограничивается 15-ю днями. Первая справка составляется только врачом, не состоящим на службе в данном лечебном учреждении; в ней констатируется психическое состояние госпитализируемого лица, указываются особенности заболевания и необходимость госпитализации без согласия. Данная справка должна быть подтверждена справкой второго врача, который может работать в лечебном учреждении, в которое должен будет госпитализирован больной. Эти врачи не могут быть супругами или родственниками до четвертого колена включительно ни между собой, ни с директорами учреждений, ни с лицами, ходатайствующими о госпитализации, ни с госпитализируемым лицом. Перед госпитализацией больного по ходатайству третьих лиц директор лечебного учреждения должен удостовериться в том, что ходатайство составлено в соответствии с предписаниями данного Закона.

В исключительных случаях или при наличии неизбежной угрозы для здоровья больного, что соответствующим образом констатируется врачом, директор лечебного учреждения может сам принять решение о госпитализации, основываясь лишь на заключении одного врача, работающего в данном лечебном учреждении.

В течение 24 часов с момента поступления больного врач-психиатр лечебного учреждения, ранее не участвовавший в составлении медицинской справки в отношении данного больного, оформляет историю болезни, в которой констатируется психическое состояние лица и подтверждается или

утверждается необходимость продолжения госпитализации по ходатайству третьих лиц. По получении истории болезни директор лечебного учреждения направляет ее, а также журнал по приему больных и копии медицинских справок, необходимых для госпитализации, префекту и департаментской комиссии по вопросам психиатрических госпитализаций.

В течение трех дней после госпитализации префект сообщает 1) прокурору суда высшей инстанции, в компетенции которого находится жилая площадь госпитализированного лица; 2) прокурору суда высшей инстанции, в чьей компетенции находится лечебное учреждение, информацию об имени, фамилии, профессии и местожительстве как госпитализированного лица, так и лица ходатайствующего. Если лицо госпитализируется в частное лечебное учреждение, префект в течение трех дней с момента получения документации на больного назначает двух психиатров для посещения указанного лица с целью констатации его состояния и немедленного составления отчета.

За три дня до истечения первого 15-ти дневного срока госпитализации больного обследует врач-психиатр лечебного учреждения. Врач составляет детальный медицинский отчет с уточнением природы и развития психического расстройства, подробно освещая вопрос о соответствии или несоответствии условий госпитализации. На основании этого документа госпитализация может быть продлена на срок, не превышающий одного месяца. Сверх этого срока госпитализация может быть продлена не более чем на один месяц. Медицинский документ направляется префекту, департаментской комиссии по вопросам психиатрических госпитализаций и упомянутым выше прокурорам. В случае отсутствия вышеуказанного документа госпитализация отменяется.

Мероприятия по госпитализации не проводятся, если психиатр лечебного учреждения установит, что не соблюденены все условия госпитализации по ходатайству третьих лиц, о чем делается запись в регистрационном журнале и составляется подробная справка с описанием развития или исчезновения признаков психического расстройства, которое послужило причиной госпитализации. Если условия госпитализации отпали или не соблюдаются, то префект может требовать немедленной ее отмены.

В ст. 339 определен круг лиц, по ходатайству которых госпитализированное лицо также подлежит выписке. К ним относятся: опекун или попечитель больного; супруг или лицо, сожительствующее с больным; в отсутствии супруга родственники по восходящей линии; или же взрослые родственники по нисходящей линии; лицо, подписавшее ходатайство о госпитализации, при условии что хотя бы один родственник до шестого колена включительно не отклонил его кандидатуру без согласия семейного совета; любое лицо, которому даны полномочия семейным советом; департаментская комиссия по вопросам психиатрических госпитализаций. Если согласия по этому вопросу не достигнуто, решение должен принять в течение одного месяца семейный совет.

Однако если врач лечебного учреждения установит, что состояние больного таково, что он может нанести ущерб общественному порядку и безопасности граждан, об этом сообщается префекту, который либо дает временную отсрочку принятия решения не более, чем на 15 дней, либо выносит решение о принудительной госпитализации.

2. Принудительная госпитализация. Решение о принудительной госпитализации в лечебное учреждение лица, чье психическое состояние наносит ущерб общественному порядку и безопасности граждан, выносится префектом при наличии подробной медицинской документации. Такой медицинский документ не может быть составлен врачом учреждения, в которое должен быть госпитализирован больной. Постановление префекта должно быть мотивированным и содержать подробное описание обстоятельств, сделавших госпитализацию необходимой. Через 24 часа после госпитализации директор лечебного учреждения направляет префекту и департаментской комиссии медицинскую документацию, составленную психиатром, работающим в учреждении.

В соответствии со ст. 343, в случае существования неотвратимой угрозы безопасности граждан, о чем имеется медицинское заключение или это очевидно, мэр, а в Париже комиссары полиции принимают решение о применении всех необходимых предварительных мер в отношении лиц, чье поведение вызвано наличием явных психических расстройств, и в течение 24 часов докладывают об этом префекту, который в свою очередь незамедлительно выносит постановление о принудительной госпитализации. При отсутствии решения префекта предварительные меры отменяются по истечении 24 часов.

Больной осматривается лечащим врачом учреждения через 15 дней, а затем через месяц после начала госпитализации и далее не реже одного раза в месяц.

За три дня до истечения первого месяца госпитализации префект может принять решение при наличии мотивированного мнения психиатра о продолжении принудительной госпитализации сроком на три месяца. Сверх этого срока госпитализация может быть продлена решением префекта максимально на шесть месяцев. При отсутствии решения префекта по истечении указанного срока следует отмена принудительной госпитализации. Префект в любой момент может прекратить госпитализацию после уведомления психиатра или по решению департаментской комиссии.

В Законе определен круг лиц, действующих в интересах больного, которые в случае госпитализации лица без согласия вправе в любое время ходатайствовать перед председателем суда высшей инстанции департамента, где находится ле-

чебное учреждение, о немедленной выписке больного.

Лицо, госпитализированное принудительно или по ходатайству третьих лиц, для успешной его реабилитации и социальной реадаптации имеет право на пробную выписку. Она подразумевает медицинское наблюдение сроком до трех месяцев. Решение по этим вопросам принимает психиатр учреждения (при госпитализации по ходатайству третьих лиц) или префект (при принудительной госпитализации).

Заключительный раздел Закона предусматривает ответственность за нарушение требований настоящего Закона.

Подлежит тюремному заключению сроком на два года и штрафу от 500 до 15000 франков или одному из этих наказаний директор лечебного учреждения, который задержал лицо, госпитализированное без его согласия, после того как префектом или председателем суда высшей инстанции было принято решение о его выписке.

Подвергается тюремному заключению сроком от пяти дней до одного года и штрафу от 2500 до 20000 франков или одному из этих наказаний директор лечебного учреждения, который:

- госпитализировал больного по просьбе третьих лиц без ходатайства о госпитализации и наличия медицинских заключений;

- не представил префекту в определенные сроки медицинскую документацию или не уложился в отведенные сроки;

- не известил органы власти о несоблюдении условий и оснований госпитализации;

- не проинформировал префекта в определенные сроки об отмене госпитализации по ходатайству третьих лиц;

- уничтожил или не дал ход ходатайству или жалобе лица, госпитализированного без согласия, которые были адресованы правоохранительным или административным органам.

Такую же ответственность несет врач лечебного учреждения, который:

- уничтожил или задержал ходатайство или жалобу лица, госпитализированного без согласия, адресованные правоохранительным или административным органам;

- отказался или не составил в определенные сроки медицинскую документацию, что входит в его обязанности.

Наконец, специальная статья Закона предписывает систему мероприятий, которые должны быть направлены на оценку содержащихся в нем положений. Она осуществляется через 5 лет с момента его ратификации на основе отчетов департаментских комиссий по вопросам психиатрических госпитализаций после уведомления комиссии по делам психиатрии. Результаты представляются на рассмотрение Парламента.

ХРОНИКА

МЕМОРАНДУМ

НПА обращается ко всем членам Всемирной психиатрической ассоциации в связи с предстоящим утверждением приема в WPA Российского, Украинского, Казахского и других обществ психиатров стран СНГ.

Осенью 1989 г. Вы проголосовали за прием в WPA Всесоюзного общества психиатров и наркологов при соблюдении ими* пяти условий. Зная ситуацию и действующих лиц изнутри, мы настаивали на условном приеме, так как выполнение обязательств и проведение реформ невозможны у нас без неослабевающего давления международного сообщества. В результате ни одно из условий не было полноценно выполнено, что зафиксировано в докладе инспекционной комиссии WPA под руководством профессора Дж. Берли летом 1991 г. С этого времени ситуация с выполнением обязательств даже ухудшилась.

1. Признание злоупотреблений психиатрией было сделано новым директором института судебной психиатрии им. Сербского только за рубежом и в одной из санкт-петербургских газет и, таким образом, осталось неизвестным в стране, даже в Москве. Подавляющее большинство членов Ученого Совета этого института, где происходили основные события, активно высказывается против такой оценки.

2. Полноценная реабилитация пострадавших, а не простое снятие с учета, проведена в единичных случаях. Даже в одном из самых громких и однозначных дел, как дело генерала Петра Григоренко, реабилитация до сих пор не доведена до конца, и конца не видно *.

* Реабилитация была, наконец, все-таки доведена до конца, как всегда показанным образом, — к открытию конференции по правам человека в Вене в июне 1993 г.

3. Закон о психиатрической помощи принят, но в значительной мере остается красивой декларацией, так как гарантии его исполнения отсутствуют.

4. Отношение к инспекциям было хорошо продемонстрировано затруднениями, которые чинились комиссией Дж. Берли.

5. Что касается обновления руководства, то почти все ключевые посты по-прежнему в руках наиболее одиозных фигур: академик М. Вартанян остается генеральным директором Центра психического здоровья, а академик Г. Морозов — руководителем утверждения всех диссертаций по психиатрии, оба — единственные академики-психиатры в АМН РФ. Лишение Г. Морозова звания почетного директора института им. Сербского, которого НПА добилась в 1992 г., сейчас снова пересматривается.

Всесоюзное общество психиатров, ликвидированное в конце 1992 г., в феврале 1993 г. было гальванизировано под новым именем, но со старым руководством и старыми стереотипами. Оно приняло благородное решение не подавать в члены РА, предоставив это членам-участникам. Российское, Казахское и Украинское общества, к сожалению, содействовали этой реанимации.

Исходя из всего изложенного, НПА призывает Вас сохранить в формуле приема стран региона бывшего Советского Союза правоотъемство в отношении пяти условий, сформулированных в Афинах для Всесоюзного общества, так как — повторяя знаменитый довод Альфреда Гоха — разливание мутной жидкости в отдельные сосуды отнюдь не просветляет ее.

2 апреля 1993 г.

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ—ЧЛЕН WPA

Текст Меморандума НПА, опубликованный выше, был заранее выслан генеральному секретарю WPA Х. Лопес-Ибору с просьбой огласить его, а за неделю до Конгресса WPA вручен лично вице-президенту WPA д-ру Ф. Ли Мак, д-ру М. Сабшину, президентам германской, канадской и других ассоциаций.

Заседание Генеральной Ассамблеи WPA, посвященное утверждению новых членов началось с исключения Всесоюзного общества психиатров и наркологов (ВОПН). Однако, исключения по чисто формальному основанию ликвидации Советского Союза (как и Югославского общества психиатров), тогда как для этого уже имелись серьезные основания по существу. Еще 15.09.91 Прав-

ление попечителей АРА призвало WPA «аннулировать членство ВОПН». (Полный текст см. НПЖ 1992, 1—11, 74). Руководство WPA предпочло устраниться от рассмотрения проблемы по существу, заняло чисто формальную позицию невмешательства. Меморандум НПА не был зачитан. Психиатрические общества России, Грузии, Казахстана и прибалтийских стран были приняты без всяких условий. Общество психиатров и невропатологов Украины (Харьков), заявившееся свыше 4 тысяч членов, но не заплатившее за них вступительный взнос, не было принято. Украинская психиатрическая ассоциация (Киев), числящая в своих рядах такое же число членов, в WPA не подавала.

От стран СНГ в Рио-де-Жанейро поехало свыше

10 участников. Стоимость поездки каждого значительно превышала годовые членские взносы за 500 членов, заявленных, например, Российским обществом НПА, оказавшись с июня 1993 года без всякого спонсорства, предпочла вложить оставшиеся средства в свою основную деятельность — экспертную, образовательную и издательскую. Тем не менее, мы и в самые тяжелые свои времена не взыскивали со своих членов взносы за членство в WPA.

Итак, Российское общество — член WPA. Мы поздравляем с этим наших коллег, рядовых членов и руководство Российского общества, в Уставе которого записано сотрудничество с независимыми ассоциациями. Заслуга во всем этом в немалой мере в усилиях и личном авторитете профессора В. В. Ковалева. Общее дело и общие цели делают естественным и необходимым сотрудничество наших организаций.

ПОПЫТКА РЕСТАВРАЦИИ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ В ПСИХИАТРИИ

[широкие компромиссы — путь к реставрации прошлого]*

В середине июня 1993 года, сразу по завершении съезда Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) в Рио-де-Жанейро, произошла реставрация бывшего Всесоюзного общества психиатров под новым названием «Международная федерация психиатрических обществ стран СНГ» со всем прежним руководством: председателем А. С. Тигановым, ответственным секретарем Г. Я. Лукачёром и почетным председателем Г. В. Морозовым — самой одиозной фигурой советской психиатрии, бойкотируемой международным сообществом! Очень характерно, что все они были делегированы от Таджикистана, Узбекистана и Туркменистана.

Эта сенсационная новость — неизбежное логическое следствие политики уступок и компромиссов, проводившейся начиная с Афинского съезда WPA (1989 год). Внешне привлекательная, такая политика естественна при хоть какой-то симметрии, равновесии сторон. Здесь мы имели противостояние постtotalитарного режима, сильного уже одной только инерцией прошлого, а в психиатрии сохранившего все свои позиции, кадры, бюджетные вливания и прежний менталитет, а с другой стороны — первые организационные ростки подлинно независимой психиатрии. Поразительные были как усилия, предпринятые официозом, чтобы взять под контроль эту поначалу небольшую группу энтузиастов, так и крах этих попыток.

Когда советская пропаганда обвиняла Запад в политизации психиатрии, ее возмущение питалось собственными поражениями на этом же пути. Глубокая связь психиатрии с социальной проблематикой и правами человека неизбежно вовлекает ее в политику. И как раз четкая гражданская позиция, приверженность приоритету человеческой личности, правам человека гарантируют здоровую атмосферу в этом предмете. Аполитичность легко может заставить конформно следовать сиюминутной политической конъюнктуре и превратить психиатрию в служанку властей, уподобить армии и полиции. Постоянное вмешательство большой политики требует от психиатра гражданско-муже-

ства и неукоснительного следования гуманным приоритетам своего предмета.

Изменение места прав человека в приоритетах политики Соединенных Штатов Америки от администрации президента Картера до администрации президента Клинтона было весьма ощутимо в психиатрии. В 1989 году в Афинах за неделю до съезда WPA между фактическим руководителем советской делегации представителем МИД СССР Ю. А. Решетовым и американской стороной была достигнута кульварная договоренность о взаимных обязательствах. С этого момента стали предпочтительнее политику уступок и компромиссов, ничем не гарантированных и в силу этого совершенно неэффективных. Мы являемся свидетелями того, как некоторые руководящие фигуры Американской психиатрической ассоциации (APA), пока длится такая политика, охотно принимают потемкинские деревни за настоящие. Вот некоторые вехи на этом пути.

«Международная ассоциация против политического использования психиатрии» во главе с Робертом Ван Вореном перестала финансироваться до тех пор, пока не приняла программу широких компромиссов и соответственно этому фактически противоположное название: «Международная ассоциация для упразднения и предупреждения политической психиатрии» или «Женевская инициатива в психиатрии». Бывшая до этого конфедеративной, эта организация усвоила авторитарный стиль. Она исключила соответствующее германское общество и начала целиком игнорировать Независимую психиатрическую ассоциацию, называя ее при случае не российской, а московской организацией. Бюллетени «Женевской инициативы в психиатрии» перестали освещать положение дел в России, ограничиваясь Украиной. Из них следовало, что в России работают только Ленинградская (Санкт-Петербургская) психиатрическая ассоциация и Уссурийская (из нескольких человек).

В 1992 году на съезд APA прочесть доклад о положении дел в Российской психиатрии была приглашена представительница официоза юрист С. В. Полубинская (в частности, она сотрудничает и в Институте судебной психиатрии им. Сербского). Американских коллег не смущил длинный пассаж в ее выступлении, где говорилось, что перспективы развития психиатрии на Украине на-

* 12 сентября 1993 г., опубликовано «Экспресс — хроника», 41, 7—14 октября 1993 г.

много лучше, чем в России, так как у украинских психиатров нет оснований для чувства вины (!) и там больше молодежи, и что поэтому помогать надо прежде всего Украине. Полная несообразность этих вымученных «доводов», ясная уже тогда любому непредвзятому наблюдателю, продолжает подтверждаться. В деле реформирования всех общественных институтов, в том числе и психиатрической службы, Россия значительно опережает Украину. Руководители самой Украинской психиатрической ассоциации этого не скрывают. Все эти «доводы» текстуально совпадают с приводимыми С. Глузманом. Но понятные в устах представителя Украины, они поражают у представителя России. Тем не менее эти искусственные доводы имели практический выход: помочь начала получать только Украина.

Наконец, НПА стали активно и совершенно декларативно придавать ложный имидж неконструктивного непримиримого борца. Между тем разноречие с нашими оппонентами состоит совсем в другом: приветствуя конструктивные компромиссы, мы решительно против безграничных компромиссов. Однако цель была достигнута: мы не нашли на Западе спонсорства, за исключением небольшой поддержки Фонда Анатолия Корягина, меньше индивидуального гранта.

Стройте гражданское общество, советуют нам некоторые американские политологи, а в нем солидарность ценнее независимости. Объединяйтесь все, сотрудничайте со всеми. У нас сейчас такой совет на руку красно-коричневым. Аналогичный сценарий привел к позору Венской конференции по правам человека в июне этого года, где интересам тибетского и курдского народов открыто предпочли имперские притязания Китая и Ирака.

Итак, большая политика постоянно вмешивается в психиатрию, а для официальной психиатрии продолжает сохраняться дирижерская палочка. Так, не были пропущены ни телевизионные интервью с А. Корягиным, ни открытое письмо НПА в ВАК, в котором психиатрию до сих пор представляет Г. В. Морозов.

На состоявшийся в июне съезд WPA от России поехала большая официальная делегация. У НПА не хватило средств на посылку своего представителя, а обещавший помочь Мелвин Сабшин отказал в ней в последний момент. Но главное — в РИО не был зачитан врученный руководителям WPA меморандум НПА, в котором предлагалось сохранить правопреемство пяти афинских условий для психиатрических обществ стран СНГ. Российское и Казахское психиатрические общества были приняты без всяких условий, и спустя несколько дней их президенты стали вице-президентами бывшего Всесоюзного общества. Правда, Российское общество в связи с избранием Г. Морозова почетным председателем приостановило свое членство. Но оно не сообщило об этом в Министерство и тем самым не предотвратило регистрации Федеративного общества в таком позорном составе. На-

лицо озабоченность своей репутацией, а не сутью дела.

С чем же надо бороться: с политическим использованием психиатрии или с политической психиатрией? Ясно, что вторая включает в себя первое, но оправдано ли такое расширение, ставящее на равных нарушителей и борющихся с нарушениями. Мы видим здесь релятивизм, потерю приоритетов. Для нас, сторонников феноменологического направления в психиатрии, очевидна ангажированность всех этих позиций, но это не делает их равноправными. Очевидна и тщета чрезмерных обобщений. Каждый конкретный случай решается заново, по-своему. И ничем нельзя заменить личную ответственность таких решений. При соблюдении этого нет запретных сфер и тем для психиатра, и он может быть очень полезен в любых сферах общественной жизни, в том числе и политической.

Сейчас мы видим, как опасения хаоса гражданской войны в России толкают администрацию президента Клинтона на замирение нашего общества любой ценой, вплоть до грубого давления. В результате — поразительная наивность: дается картбланш агрессивным циникам, которых обычно не принимают в порядочное общество, а пустив, обрекают его на поражение, приближают то, чего опасаются. Так ситуация в психиатрии повторяет ситуацию в стране в целом.

POST SCRIPTUM

В сентябре 1993 г. Верховный Совет, «патриоты» и коммунисты открыто заявили о необходимости реставрации советской власти и восстановления Советского Союза, а вскоре попытались осуществить это с оружием в руках. Воочию для всех произошло объединение красно-коричневых, эмблематики которых казались некоторым несовместимыми.

Реставрация советской власти в психиатрии, как описано выше, успешно прошла на три месяца раньше. Это опережение очень характерно для психиатрии, которая часто выступает как барометр общественно-политических процессов. Психиатрическая номенклатура давно предпочитала «День» и «Советскую Россию» другим газетам, давно не гнушилась идеей сионистского заговора.

Однако издержки политизации оказались с обеих сторон: это и обильная психиатрическая лексика в устах самых разных политиков, и призыв к психиатрическому фильтру для депутатов. Мы стали свидетелями нового пика нарушений прав человека.

Позиция Запада напоминает позицию Зорькина, на примере которого мы видели красноречивое свидетельство того, что длить патовую ситуацию не просто безуспешно — вредоносно.

Замалчивание на Конгрессе WPA Меморандума НПА не на пользу отечественной психиатрии, не на пользу самому Российскому обществу психиатров, не на пользу и WPA.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА НПА

Очередной семинар НПА по феноменологии, критериям психотического и правовым вопросам психиатрии проходил 20—25 сентября 1993 г. в г. Крюково под Москвой. Знаменательно, что здесь в течение нескольких лет накануне первой мировой войны работал в частной психиатрической больнице в качестве психоаналитика выдающийся швейцарский психиатр и тестолог Герман Роршах.

Семинар собрал 46 участников из 30 регионов страны в основном главных психиатров и главных врачей ПБ.

Цикл лекций о феноменологических подходах в немецкой психиатрии (6 часов) прочел д-р Хуберт Кус из психиатрической клиники Мюнстерского университета, цикл по введению в феноменологию (4 час.) — проф. А. Ф. Зотов, заведующий кафедрой истории философии МГУ. Чрезвычайная актуальность предложенной тематики и необходимость дальнейших углубленных занятий особенно явственно выступила на клинических разборах 4-х больных. Огромный разброс диагностических мнений (от шизофрении до истерического невроза), а главное, отсутствие, несмотря на все усилия, достаточно подробного и аргументированного проговаривания оснований квалификации отмечаемых феноменов показало, что семинар по меньшей мере хорошо прояснил всем присутствовавшим, что

феноменологией не является. С каждым семинаром делается очевидной необходимость новых форм работы: перехода на преобладание не лекций, а практических занятий по тренингу ненаправленного опроса, эмпатии, феноменологической интуиции, четкого разграничения и параллельного использования естественно-научного и феноменологического описания, способов их последующей обработки. В этой связи очень уместно критически и в то же время конструктивно прозвучал доклад проф. Ю. Л. Метелицы о МКБ-10, компьютерную программу которой он разработал.

Участникам была показана премьера пьесы д-ра М. Е. Бурно в рамках осуществляющей им специальной программы НПА по клинической театротерапии. Разителен результат этой терапии на больных с трудностями коммуникации, выступающих в качестве актеров.

Большой интерес вызвали лекции Ю. Н. Аргуновой по правовым вопросам психиатрии и В. А. Тихоненко о взаимоотношениях права и этики в психиатрии.

По завершении семинара его участники, в частности, профессор В. С. Чудновский, главный психиатр Северной Осетии С. Б. Тургиеев и многие другие высоко оценили значение проведенного цикла и внесли много ценных предложений.

НА СИМПОЗИУМЕ WPA В КЕЛЬНЕ

С 30.09 по 3.10.93 в Кельне проходил региональный симпозиум WPA «Многообразие психиатрического лечения и его обоснование» (психотерапия, психофармакотерапия, социотерапия, арт-терапия и др.). Президент симпозиума, один из ведущих современных психиатров, автор многих монографий и известного терминологического словаря, руководитель психиатрической клиники Кельнского университета проф. Уве Хенрик Петерс пригласил на него большую группу членов НПА — А. Н. Богдана, М. Е. Бурно, Э. Л. Гушанского, В. Е. Кагана (СПб), Ю. Л. Метелицу и Ю. С. Савенко. Был организован специальный симпозиум, который мы посвятили своей образовательной программе. Ее тематика и направленность (феноменологический метод и критерии психотического) оказались неожиданно для нас актуальными даже для Германии. Дело в том, что та германская психиатрия, какой мы себе ее представляли не определяет ее современное лицо. Германия захлестнута волной американства с его утилитаризмом, прикладным характером, неопозитивизмом, бихевиоризмом, компьютеризацией. На большинстве кафедр представлена узко биологически ориентированная психиатрия. Беседа с больным, клинические разборы, истории болезни — все носит очень краткий и обычно формализованный характер. Полноценно разговаривают с больными только психотерапевты. Подлинный феноменологический клинический парадоксальным образом сохранился там, где ин-

тегрировался с психодинамической психотерапией. Симпозиум был построен по очень интересной и насыщенной программе. На церемонии открытия выступил внук З. Фрейда, а У. Петерс представил яркий культурно-исторический очерк из прошлого Кельна. На пленарных заседаниях выделялись доклады К. Каццуло о виртуальной реальности, Х. Лопес-Ибара о личностных расстройствах и Дж. Мезича о культуральных различиях психиатрического диагноза и лечения. Из множества тематических симпозиумов стоит отметить посвященные музыко-терапии, видео-арт-терапии и компьютер-арт-терапии, социотерапии, нейроэлектрической терапии (NET), сравнению европейских тренинговых программ, ICD-10, реабилитации, страхованию, будущему развитию психиатрических больниц и т. д. На симпозиуме «Человечность в психиатрии» центральный доклад Отто Дор-Зегера был целиком созвучен нашему.

От региона бывшего Советского Союза кроме делегации НПА в симпозиуме участвовали проф. М. М. Кабанов, В. Вид (СПб), президенты психиатрических обществ Грузии и Казахстана С. Сургудадзе и М. Гонопольский. На президентском симпозиуме, собравшем 18 президентов, выступая от России за два дня до драматических событий в Москве, мы призвали коллег к активной позиции: «Мы считаем, что WPA должна поддерживать конструктивный курс реформ в России, а не занимать нейтральную выжидательную позицию

и даже позволять вводить себя в заблуждение». Однако опять возобладала молчаливо выжидательная позиция.

Тем не менее состоялись многие продуктивные контакты с президентом международной ассоциации «Право и медицина» Дж. Карми, вице-президентом WPA Норманом Сарториусом, представи-

телями АРА Гаральдом Высоцким и Мелвиным Сабшиным, президентом Германской ассоциации по борьбе с использованием психиатрии в политических целях Фридрихом Вейнбергером. Мы договорились о приезде проф. Уве Петерса в Москву с серией лекций.

ПО ПСИХИАТРИЧЕСКИМ КЛИНИКАМ МИРА

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МЮНСТЕРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

(Германия)

Старинный университетский город Мюнстер (в 1993 году ему исполнилось 1200 лет) расположен на земле Северная Рейн-Вестфалия. Университет в г. Мюнстер основан в 1780 году, однако клиника психиатрии существует самостоятельно относительно недавно — с 1925 г. Основателем клиники считается Ф. Керер, известный работами в области депрессии и шизофрении. Его последователем был проф. Ф. Мауз, работы которого в области конституции и прогноза при различных психических заболеваниях широко известны в России. С 1972 года по настоящее время директором университетской клиники и заведующим кафедрой психиатрии является проф. Рудольф Толле.

Интенсивная научная работа всегда была отличительной чертой университетской клиники. Работы ее сотрудников в области профилактики рецидивов при шизофрении, терапии депрессии, социальной психиатрии широко известны на Западе. Достаточно сказать, что учебник психиатрии директора клиники проф. Р. Толле выдержал 9 из-

даний в Германии, а также был издан в Америке и в Японии.

Высокий научный авторитет клиники во многом предопределил быстрый профессиональный рост ее сотрудников. Так, проф. Г. Бухкремер был избран в 1990 г. заведующим кафедрой психиатрии Тюбингенского университета; приват-доцент Н. Лейграф в 1991 г. — директором института судебной психиатрии в Эссене, проф. Г. Хайнц — заведующим кафедрой судебной психиатрии Геттингенского университета.

Структурно клиника психиатрии представлена 3 частями: стационар, состоящий из 7 отделений в общей сложности на 90 коек; поликлиника и дневной стационар. В клинике используются все современные методы обследования и лечения психически больных. Кафедра работает в тесной взаимосвязи со всеми подразделениями университета.

В. Н. Судаков

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

О КНИГЕ М. Е. БУРНО «ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ»

[М.: Медицина, 1989. 304 с.]

Монография, впечатлением от которой хочется поделиться, думаю, ждет внимания тонких, глубоких психотерапевтов-клиницистов, врачей других специальностей и психологов, арттерапевтов, педагогов реалистического — материалистического (в философском смысле) мышления и чувствования.

Почему прежде всего их, а не сторонников психодинамической психотерапевтической концепции? Потому, что автор — «духовный материалист» (как он себя называет) — в своем методе отправляется от ощущения — восприятия первичности биологической основы патологического характера или многих болезненных расстройств настроения, а значит, и от понимания практической невозможности перекроить сам характер, снять разъяснением эндогенные депрессивные расстройства. М. Е. Бурно, как реалист, клиницист (в отличие от представителей гуманистической психотерапии), помогает дефензивным, застенчивым пациентам с депрессивными расстройствами, трудным характером (психастеникам, астеникам, циклоидам, шизоидам, эпилептоидам, истерическим психопатам, ананкастам и больным малопрогредиентной шизофренией) конкретно познать себя, других (преподает им основы современной типологии характеров), познать свое и чужое эмоционально-волевое своеобразие, особенности мышления людей разных складов, слабые и сильные стороны каждого типа (характеров плохих нет, есть нравственные, безнравственные и не задумывающиеся о нравственности своих поступков люди — внутри любого склада); помогает развить и творчески применить сильные и научиться корректировать (но не ломать, не «выдергивать с корнем») слабые. Помогает дефензивным пациентам стать оптимистичными, со светом в душе нужными людям самими собой, своими «болезненными» особенностями в том числе, войти в творческий — целебный — стиль жизни или хотя бы найти свою творческую «экологическую нишу» в ней. Под творчеством автор «Терапии творческим самовыражением» понимает выполнение любого нравственного дела по-своему, в соответствии со своей неповторимой духовной индивидуальностью. Расстройства настроения размывают ее, человек не чувствует себя самим собой, переживает тягостную обезличенность, творчество же — работа особенности души — возвращает человека к самому себе, восстанавливает его из аморфности, склеивает из рассыпанности; засветившееся в душе вдохновение (ощущение себя самим собой) теснит болезнь.

Аптечные лекарства Марк Евгеньевич предлагает своим пациентам лишь по обстоятельствам,

в качестве симптоматической скорой помощи, которая на время приглушает страдание, но и звучание неповторимости души, увы, тоже. За двадцать пять лет терапии творчеством он проверил: дефензивные больные малопрогредиентной шизофренией и дефензивные больные психопатией могут с пользой для себя и других жить без искусственных лекарств — но лекарствами, которые вводятся в кровь организма творчеством, вдохновением, а также чувством необходимости души своей людям, благодарностью — пусть небольшого круга — читателей, слушателей, зрителей творческих их произведений.

Изучение истории психотерапии показывает, что «Терапия творческим самовыражением» на сегодня — единственная разработанная достаточно эффективная помощь названным пациентам. Эффективная и, что очень важно, без побочных действий, которые неизбежны при медикаментозном лечении. Развернутые клинико-психотерапевтические наблюдения, приведенные в книге, убеждают в этом.

Монография не только содержит результаты почти тридцатилетней разработки Терапии творческим самовыражением, но и ненавязчиво, заботливо, талантливо обучает психотерапевтическому искусству этого метода, подробно рассказывает механизмы работы каждой из девяти методик (терапии — созданием творческих произведений, творческим общением с природой, творческим коллекционированием, проникновенно-творческим погружением в прошлое, ведением дневника и записных книжек, домашней перепиской с психотерапевтом, творческими путешествиями, творческим поиском одухотворенности в повседневном), дает к ним практические советы...

Из ссылок на художественные и научные литературные источники, списка литературы (интереснейшей!), содержащихся в ней, можно составить целый настольный библиографический справочник психотерапевта-клинициста.

Пять лет время от времени перечитываю книгу Марка Евгеньевича и каждый раз нахожу новое для своей арттерапевтической работы. Она стала моим главным психотерапевтическим руководством — бездонный колодец с целебной родниковой водой, к которому прикасаюсь с благодарностью и (не громкое здесь слово!) благоговением...

Да, монография. Но художественная. И ждет исследователя поэтики отечественной психотерапии.

За научно-поэтическими строками, авторскими художественными фотографиями вижу, чувствуя доброе тревожное сердце Марка Евгеньевича, его высокую любовь к пациентам, его от Бога психотерапевтический дар. Думаю, именно такой дар получает в конце концов определение — гениальный.

Гонорар за книгу автор передал в Фонд милосердия и здоровья.

Сама она, чудесная, одаривает читающего теплом.

Е. Добролюбова,
арттерапевт московской психиатрической
больницы № 12.

P. S. Рада сотрудничать с врачами, которым со-
звучен метод М. Е. Бурно. Адрес больницы:
123367, Москва, Волоколамское ш., 47.

«ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ» И «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ» ПСИХОТЕРАПИЯ— ПУТЬ К ЕДИНСТВУ

Московский психотерапевтический журнал опубликовал программную работу «Единство и многообразие психотерапевтического опыта» В. Н. Цапкина [1]. Восхищает легкость владения материалом и его мастерское преподнесение. Автор пытается ответить на вопросы, которые вот уже несколько десятилетий буквально будоражат всех причастных к ним. Существует ли единство в поражающем многообразии психотерапевтических теорий и практик? Возможно ли взаимопонимание? На каком языке? На основе какой методологии?

Значительное место в работе занимает проблема различия клинической терапии, осуществляющей психиатром, и психотерапии, проводимой психологом. Однако решается эта проблема по большей части умозрительно, и ни один клинический психотерапевт не согласится с автором. Мы полагаем, что полезно еще раз обсудить поставленную проблему, хотя доктор М. Е. Бурно уже ответил на эту публикацию [2].

Основным отличием «медицинской модели психотерапии» («медицинской психотерапии») от «психологической модели» («психологической психотерапии») автор считает «борьбу с болезнью, синдромом, симптомом, проблемой», характерную, по его мнению (вслед за L. Riegel [3]), для аллопатической медицины в отличие от гомеопатической.

Однако это не подлинное отличие. Автор облегчает свою задачу, когда берет «советскую психотерапию» или «сегодняшнее положение дел», а не существование проблемы. «Борьба с болезнью» совершенно неспецифична для медицинской модели. У нас это представление еще в 1962 году целиком нисроверг акад. И. В. Давыдовский [4], как проявление вульгарного детерминизма, которое выступает еще и в виде манихейского предрассудка, т. е. мнимой злонамеренности природы и даже демонологии. Этот предрассудок достаточно широко распространен и среди психологов. Но искрение этого представления отнюдь не связано с переходом к гомеопатической медицине. От него свободна вся линия Гиппократа («лечи не болезнь, а больного»), особенно ярко у Макса Петенкофера в его антитезе Роберту Коху. С другой стороны, давно хорошо известно, что борьба рождает сопротивление и что намного эффективнее от-

влечение, переключение и другие косвенные и обходные пути. — Это один из основных общих принципов психотерапии со времен Сократа.

Реальным отличием «медицинской и психологической моделей» являются различные объекты психотерапии. В соответствии с разведением старой оппозиции «нормы — болезни» на две оси: континуантальную культурально-типологическую «норма — патология» и дисконтинуантальную медицинскую «здоровье — болезнь», можно сказать, что поле деятельности психолога это прежде всего психокоррекция людей с декомпенсацией их патологических особенностей, а также психотерапевтическая помощь больным с непсихотическими расстройствами в отношении различных общежизненных проблем: трудностей коммуникации, семейных конфликтов, стрессовых состояний и т. п. Психотерапевт-психиатр работает прежде всего с больными. Особенностью проводимой им психотерапии является ее постоянное сообразование с характером и стадией болезни и параллельным использованием других разнообразных терапевтических методов.

Итак, очевидна справедливость устоявшихся во всем мире положений: примат психиатра в случаях болезненных нарушений тем значительнее, чем глубже болезнь; психокоррекционные и психотерапевтические усилия психиатров и психологов дополнительны друг другу, но нуждаются в полноценном обсуждении и согласовании. Используемые психологами и психиатрами психотерапевтические и психокоррекционные методы одинаковы. Не стоит забывать, что психиатры-психотерапевты являются создателями и этих методов, и наиболее значительных концепций личности, что психиатрия представляет науку интегральную ко всем слоям бытия — медицинскую антропологию, которой соответствует не психология, а антропология, и что основой психотерапии, как и тестологии, является теория личности. Из всего этого следует, что психологи, желающие заниматься психокоррекционной и психотерапевтической практикой должны активно пополнять свои знания по психиатрии и что необходима специальная образовательная программа для этого. Психиатрам же необходима образовательная программа по теории личности и психотерапевтическим техникам.

В настоящее время актуально избавление не от модели борьбы, а от противопоставления, даже самого разделения внутреннего и внешнего, субъективного и объективного, хотя блестящие примеры такого подхода дал еще Курт Левин и мн. др. Этому учит феноменологический подход.

В психотерапии давно стала очевидной первоочередная важность не техницизма, а содержательной наполненности, самой личности психотерапевта и характера его контакта с больным. Важна индивидуализация всего этого, исходя из личности больного, его болезни и его жизненной ситуации, а также гармонизация всех составляющих, сообразование с реально возможным, осуществимым для больного.

Истоками взаимонепонимания психологов и психиатров в нашей стране были:

- 1) неполноценность философской подготовки;
- 2) разное образование — гуманитарное и естественное;
- 3) второстепенное положение медицинской психологии, частое пренебрежение результатами большого труда психолога на основе беглого впечатления;
- 4) меньшая зарплата, отсутствие льгот и запрет заниматься психотерапией.

Все это значительно заостряло проблемные расхождения.

В прошедших за последние десятилетия дискуссиях выступило глубокое непонимание различия самих предметов психологии и психиатрии, психиатрия изучает болезни, а психология — личность больного (Б. В. Зейгарник); психиатрия изучает явления, а психология — механизмы, сущность (Ю. Ф. Поляков, Б. С. Братусь); в психотерапии психиатры борются с болезнью, а психологи учат жить с болезнью (В. Н. Цапкин). На самом деле это ложные альтернативы, все они неспецифичны: любая наука изучает общее и конкретное, явления и сущность, любая наука делает сходные ошибки антропоморфизма, вульгарной причинности и т. п.

К настоящему времени оснований для взаимонепонимания стало меньше. Психологи добились официального права на психотерапевтическую деятельность и значительно обогнали психиатров в арсенале используемых средств, в профессиона-

лизме их использования, в активности на этом по-прище.

Стремление прикладных проблем (суицидология, наркология) и даже прикладных методов (психотерапия) институционализироваться в самостоятельные научные дисциплины диктуется прежде всего острой общественной нуждой и корпоративными интересами, а не существом проблемы, не пользой дела. Показателен пример наркологии. Вместо естественной специализации наркологов из числа психиатров — краткосрочные курсы специализации для врачей любого профиля. К чему это привело, я думаю, объяснять не надо. Традиционным было сходное требование к специалистам по пограничным состояниям: следует вначале научиться разбираться в грубой патологии, а потом переходить к тонкой. Только такие специалисты и делались психотерапевтами. Таким образом, соблюдалось онтологическое основание, примат которого (предмета, а не метода) достаточно хорошо обоснован. Однако В. Н. Цапкин использует определение научной дисциплины А. П. Огурцова, фундированное не философски, а социологически («определенная форма систематизации научного знания, связанная с институционализацией знания... с формированием научного сообщества, ... с созданием функционально автономных организаций...») [4]. Тем самым упускается более глубокий фундамент.

Между тем, именно онтологическое основание (предмет исследования) дает возможность ответить на предложенные вопросы наиболее конструктивно: взаимопонимание и единство возможны на основе критической онтологии Николая Гартмана и феноменологически фундированной теории личности.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. Московский психотерапевтический журнал, 1992, 2, 5—40.
2. Московский психотерапевтический журнал, 1993, 2, 213—220.
3. Journal of Humanistic Psychology, 1984, 1, 9—48.
4. Давыдовский И. В. — Проблемы причинности в медицине. М., 1962.
5. Огурцов А. П. — Дисциплинарная структура науки, М., Наука, 1988.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

В соответствующем разделе выпуска НПЖ, III—IV, 1992 допущен досадный пропуск: не названо имя переводчика стихотворений Эзры Па-

унда. Это — Игорь Болычев. Редакция НПЖ приносит ему свои извинения.

БЛАГОУХАЮЩЕЕ ЗЛОВОНИЕ, или О НЕКРОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СУЩНОСТИ ИЗВРАЩЕННОСТИ ВЫРОДКОВ

Наступал день. Светлело небо, скрывая от глаз маленькие гнойнички звезд.

Огромной раковой опухолью медленно вставало из-за черного горизонта язвенное солнце, и его кровавые лучи, пробиваясь сквозь завесу густых, сыпных облаков мертвенным светом, освещали темногнойную слизистую почву пустыни, на которой древними, коричневыми струпьями покоялись обезвоженные останки редкого кустарника, далеко отбрасывая бледные, некротизированные тени, придававшие голым, лопающимся камням оттенок водянистых лимфатических отторжений.

Как любовник, ласкающий труп прекрасной молодой девушки, смрадный северный ветер нежно омывал многовековой некрозик скальных пород, высоко поднимая в густой, слизисто-теплый воздух темно-сизые тучи тошнотворной пыли и немощными старческими порывами разносил ее по гноеродной земле мертвой пустыни выродков.

Среди огромных камней этой смрадной пустыни жадно вдыхая едкие, зловонные испарения сидел, склонившись над полуразложившимся, вздутым трупом старой ободранной гиены огромный черный выродок, и темная, желтая слизь, стекавшая с его массивной искореженной спины, покрытой красно-коричневыми струпьями, обильно орошила горячие камни. С жадностью пожирал он куски темного прокаженного мяса, с легкостью вырывая их из разваливающейся, быстро разлагающейся туши. Сладкие сочащиеся гноем ткани источали приятный отравленный запах, а смердящие внутренности бурой жижей растекались по земле. Он зачерпывал их всей ладонью и с удовольствием заглатывал, облизывая потом каждый палец, ста-

ряясь не упустить ни капли отторженной заразы. Разломав черепную коробку, он выковырял лакомые черные глаза, запекшиеся под жарким кровавым солнцем, и долго смаковал их, облизывая и пожевывая. Сквозь хрустящие лобные кости черепа он добрался до маленького водянистого мозга, расплазавшегося по рукам и исторгающего нестерпимый смрад. Громко чавкая и разбрзгивая повсюду капли вонючей, желтой гнили, он пожирал этот студень и зловонная пенистая слюна стекала с его морды, заливая дряблое красноватое брюхо, покрытое тоненькой прозрачной кожицеей, сквозь которую просвечивали, пульсируя, черные, перекрученные канаты кишок.

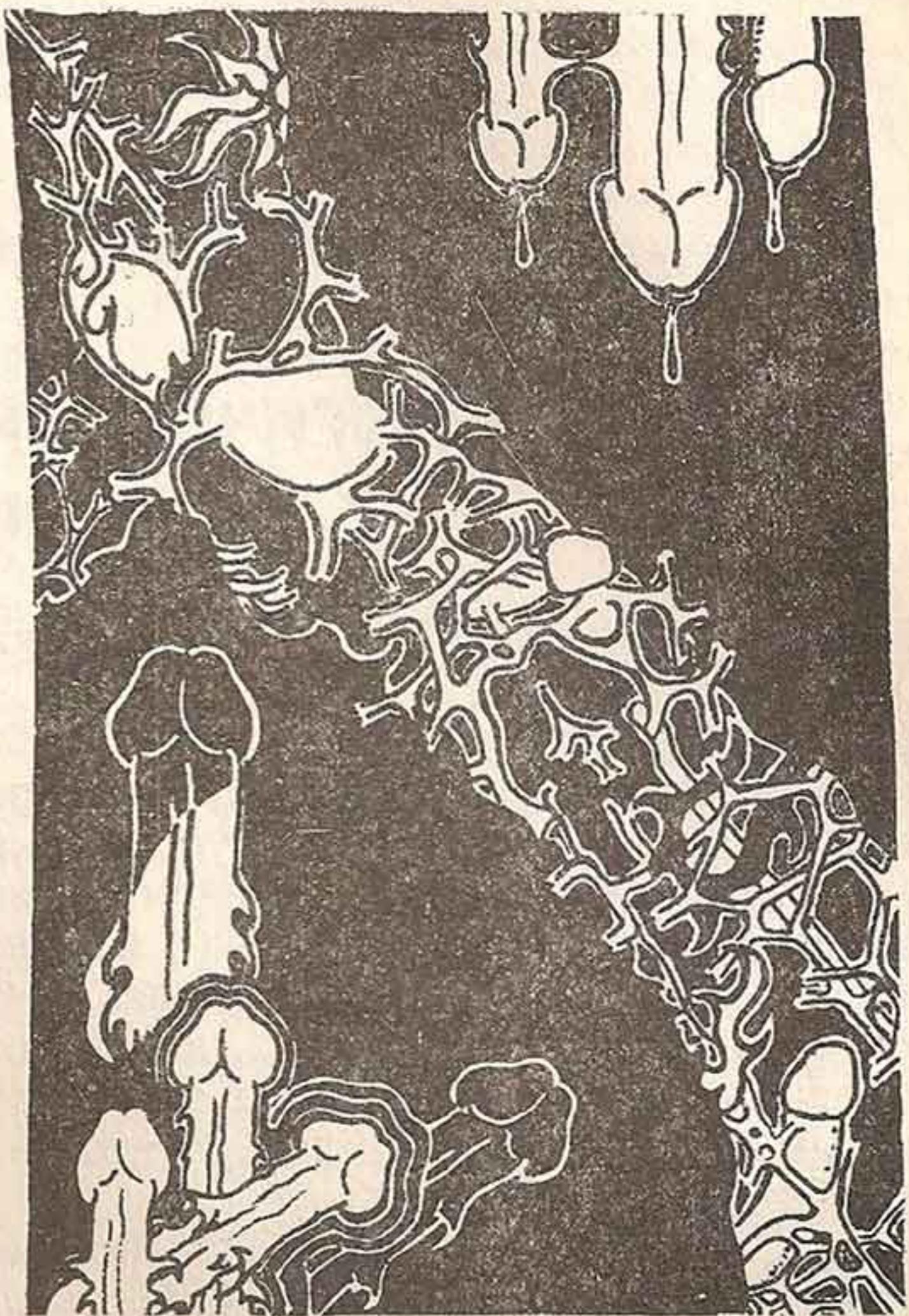
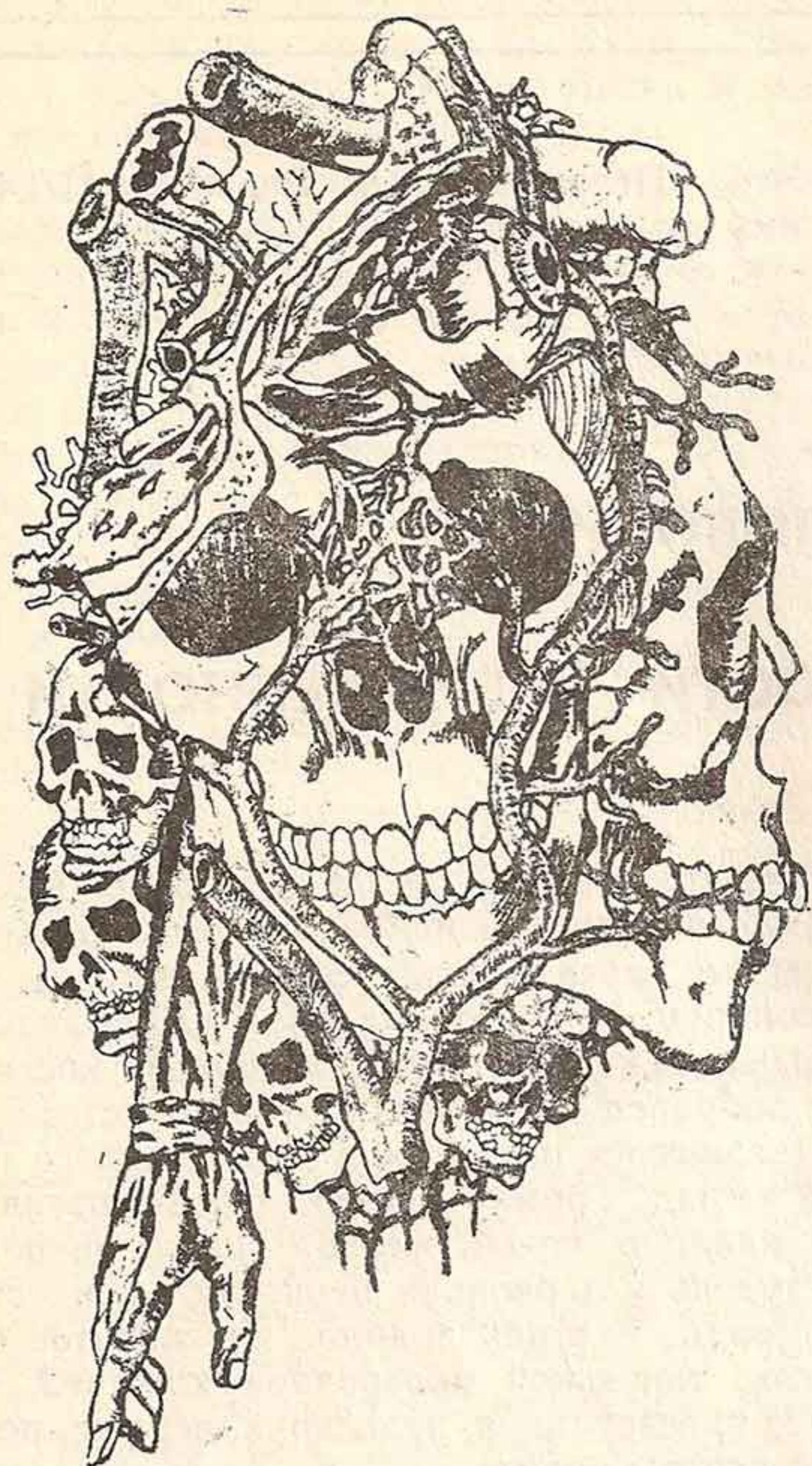
Но его никогда не насыщавшийся желудок требовал более питательной пищи. Выродок хотел человеческого мяса, несравненный вкус которого был так прекрасен. Он встал и, последний раз оглядев разваливающиеся недоеденные останки издохшей под гноинным солнцем гиены, направился на север, в свое смрадное логово, чтобы насладиться лежащим в тепленьком местечке трупом молоденькой девушки, убитой около недели назад.

Яркое гематоэнцефалическое солнце уже высоко поднялось над пыльным горизонтом и, разбрзгивая жгучий гермецидный плазменный свет, до изнеможения накаляло серые, выделяющие отвратительную лимфоподобную жидкость скалы. Голубое медуллярное небо полностью очистилось от тяжелых слизисто-облачных испарений.

День набирал свою силу.

Н. Куприянов

Рисунки Н. Куприянова



КНИГИ ИЗ БИБЛИОТЕКИ НПА

THE MONOGRAPH SERIES
OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS, INC.
CLINICAL INSIGHTS:

1. Psychiatric implications of Acquired Immune Deficiency Syndrome
2. Brain Imaging in Psychiatry
3. Neuropsychiatric Movement Disorders
4. Hallucinations in Children
5. Major Depressive Disorders in Children
6. Tardive Dyskinesia and Affective Disorders
7. Family Approaches to Major Psychiatric Disorders
8. Family Involvement in the Treatment of Schizophrenia
9. Predictors of Relapse in Schizophrenia
10. Drug Maintenance Strategies in Schizophrenia
11. Psychopharmacology Consultation
12. Psychiatry and Religion: Overlapping Concerns
13. The Chronic Mental Patient in a Community Context
14. Disaster Stress Studies: New Methods and Findings
15. Dementia in the Elderly
16. Psychotherapy with the Elderly
17. Innovations in Psychotherapy with Homosexuals
18. Psychosocial Treatment of Alcoholism
19. Neuropsychiatric Correlates of Alcoholism

Библиотека открыта для всех желающих.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Хосе Ортега-и-Гассет Не быть членом партии. «Социол. исслед.», 1993, 7, 105—111
- Мераб Мамардашвили Язык осуществлявшейся утопии. «Искусство кино», 1993, 7, 53—62
- Мартин Хайдеггер Что это такое — философия? «Вопр. филос.», 1993, 8, 113—123
- Рубен Апресян Первичные детерминанты нравственного опыта. Ibid, 32—43
- Роберт Шпеманн Являются ли «естественно» и «неестественно» морально релевантными понятиями? «Вестн. МГУ, филос.», 1993, 4, 75—85
- Х.-М. Баумгартен Философия жизни. Ibid, 70—74
- Юрген Хабермас Теория коммуникативного действия. Ibid, 43—63
- Мартин Бубер Я и Ты. М., Высшая школа, 1993
- М. П. Папуш Я и Ты в гештальтерапии. «Моск. психотер. журн.», 1992, 2, 41—58
- Евг. Крупицкий и др. Психоделическая психотерапия с применением кетамина. Ibid, 1993, 2, 103—130

* * *

- Леонид Карасев Гоголь и онтологический вопрос. «Вопр. филос.», 1993, 8, 84—96
- Иван Ильин О тьме и просветлении. (Бунин. Ремизов. Шмелев). М., Скифы, 1991
- Поль Валери Об искусстве. М., Искусство, 1993

* * *

- Питирим Сорокин Общие черты и различия между Россией и США. «Социол. исслед.», 1993, 8, 133—144
- Дора Штурман Солженицын и национальный вопрос. «Звезда», 1992, 9, 121—154
- Николай Валентинов Недорисованный портрет... (Встречи с Лениным). М., Терра, 1993
- (Вольский)
Григорий Померанц Интеллигент в разломе России. «Искусство кино», 1993, 6, 27—29
- Владимир Соколов Нравственные коллизии современного российского общества. «Социол. исслед.», 1993, 9, 42—51

ABSTRACTS

NON-MEDICATION THERAPY OF MENTAL DISORDERS

A. A. Neduvia

A brief review of some forms of non-medication therapy is offered along with description of its range including active insulin coma therapy, ECT, plasmapheresis, magnet therapy, laser irradiation of blood and adjustment to periodic hypoxia.

IPA EDUCATIONAL PROGRAM: CHOICE OF PRIORITIES

Yu. S. Savenko

The priority of two subjects i. e. phenomenologic method and the criteria of the psychotic, has been confirmed by an uncommon success of two seminars. It is associated with habitual gross confusion about phenomenological and inductive categories, and with lack of distinction between scientific description vs. phenomenologic description. The author debates the idea of comparability of results in pharmacological investigations based on the concept of standard understood as stencil. As a result the data prepared for mathematical analysis turn incorrect. It is shown that psychiatry hardly uses the mathematical apparatus corresponding to its specific features and keeps to a former scientific paradigm.

E. B. BEZZUBOVA TYPOLOGY OF DEPERSONALIZATION AS A SELF- AWARENESS DEVELOPMENTAL DISORDER

On the bases of the study of the psychopathology of depersonalization in 112 patients with borderline schizophrenia the typology of depersonalization is presented. Four types of depersonalization as taxons of the typology are described: vital, allo, soma, auto. Each type includes the main depersonalization disorders and depressive and cognitive ones. Each type is a step of the formation of depersonalization syndrome, which goes on from vital type to auto one. Each type correlates with disturbances of corresponding stages of development of self-awareness and has the proper age of the 1st appearance.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

проводится:

понедельник с 11 до 15 ч

Москва, Лучников пер. 4, подъезд 3.
Метро «Китай-город» или «Лубянка»

четверг с 17 до 20 ч

Москва, Малая Полянка 9, ПНК № 21
Метро «Полянка»

Телефон для справок: (095) 206-86-39

Почтовый адрес: 103982 — Москва, Лучников пер. 4
Московский центр по правам человека.
Независимая психиатрическая ассоциация

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

НПА

приступила к осуществлению проекта
«НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ»,
включающего следующие программы:

независимая психиатрическая экспертиза
новые системы реабилитации психически больных
реабилитация жертв жестокости и пыток
независимая издательская деятельность
образовательная программа
помощь неимущим психически больным

Как благотворительная организация НПА нуждается в спонсорах
и принимает пожертвования:

Московский благотворительный филиал МКБ «Главмосстройбанка»,
р/с № 700016, с/кор, счет № 2161610 РКЦ ГУ ЦБ России по Москве,
МФО 201791 уч. 83

Расценки на рекламу (в рублях):

- 1) черно-белая: полосная — 150 000,
 $\frac{1}{2}$ полосы — 75 000,
 $\frac{1}{4}$ полосы — 40 000;
- 2) цветная: полосная — 600 000,
 $\frac{1}{2}$ полосы — 300 000;

Для западных рекламодателей:

- 1) черно-белая: полосная — VSD 300,
 $\frac{1}{2}$ полосы — VSD 150;
- 2) цветная: + VSD 100 за каждый дополнительный цвет

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

**ЕЖЕГОДНИКИ НПА
«ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»
(под ред. Ю. С. Савенко)**

В сборнике 1991 г.:

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранояльных синдромов; современная генетика против классификации А. В. Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории разгрома психоанализа

В сборнике 1992 г.:

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

В сборнике 1993 г.:

введение в феноменологию; новые реабилитационные программы; применение Закона о психиатрической помощи

БИБЛИОТЕКА НПА:

E. Bleuler. Руководство по психиатрии

Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

A. Кронфельд — «Дегенераты у власти»

ЗАКАЗЫ направлять по адресам:

117602 — Москва, Олимпийская деревня, 15, кв. 61
Ю. П. Аргуновой

107076 — Москва, ул. Потешная, 3, Ин-т психиатрии.
Б. С. Шорникову

ПРОДАЖА изданий НПА осуществляется по указанным адресам, а также в газетном ларьке у выхода из метро «Чеховская».

Материалы для публикаций присыпать по адресу:
125581 — Москва, ул. Ляпидевского, 18, кв. 41,
Ю. С. Савенко

«МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Проблемы психологического консультирования, тренинга и психотерапии у нас и за рубежом.

Индекс для индивидуальных подписчиков — 73 268,
для организаций — 73269

Адрес редакции: 129366 — Москва, Ярославская ул. 13, ИПРАН
тел. (095) 282-4400

«ЛОГОС»

Философско-литературный журнал феноменологического направления, один из 4-х выпусков которого посвящается проблемам психопатологии

Заказы по адресу: 129282 — Москва, а/я 32

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:
«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

№ 1, 1991

Антипсихиатрия сегодня
Обывательские комплексы психиатрического мышления
О психической заразительности
Кризис Всесоюзного общества психиатров

№ 1—2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии
Начальное бредообразование. Затухание бреда.
Доклад комиссии Всемирной Психиатрической Ассоциации
о визите в Советский Союз летом 1991 г.

№ 3—4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии
Дело генерала Петра Григоренко
Спецпсихбольница «Сычовка»
О медицинской тайне для высшего руководства страны

№ 1—2, 1993

Интрапепция и ипохондрия
Проблема идентификации
Практика и техника психоанализа

№ 3—4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века
Границы шизофрении
Как «лечили» А. Д. Сахарова в г. Горьком

с 1994 г.

журнал внесен в каталог подписных изданий
с индексами 73 290 для индивидуальных и
73 291 для коллективных подписчиков

в очередных номерах:

Главы, исключенные из русского издания 1967 г.
«Клинической психиатрии» под. ред. Груле и др.
Психические эпидемии
Психотерапевтический театр

во всех номерах с 1992 г.

юридические консультации

НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Независимая психиатрическая ассоциация

№ 1, 1994

Издательство «Альба-Пресс», Москва, 1994

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону
(095) 206-86-39.