

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD**

II

1998

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
В. Г. Батаев
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
С. С. Гурвиц
В. Е. Каган
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Semyon Gurvits
Victor Kagan
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 10.05.98. Подписано в печать 23.06.98. Формат 60×1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 98-02-ИРА.

Цена свободная

Издательство "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, E-mail: jour@folium.msk.su, Web-site: <http://www.folium.ru>

Настоящий выпуск осуществлен при финансовой поддержке
Агентства США по Международному Развитию
через Фонд "Евразия"

© НПА, 1998
© В. Е. Каган, 1998, С. 81–82

СОДЕРЖАНИЕ

Отчет НПА за 1997 г. — Ю. С. Савенко	3
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Развитие психиатрической помощи в России — Б. А. Казаковцев	9
Запрос на психиатрическую помощь и некоторые проблемы ее структуры и эффективности — — Л. С. Драгунская	13
Философские основы этических стандартов в психиатрии: — — Б. Фулфорд (Оксфорд, Великобритания)	18
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Неврозоподобная шизофрения	27
ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Современные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков — — Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Ю. С. Шевченко	34
Защита прав детей с психическими нарушениями — А. А. Северный	37
Проект развития детской психиатрической помощи	40
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Проклятый квартирный вопрос — В. Г. Батаев	44
ЗАРУБЕЖНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО	
Правовое регулирование оказания психиатрической помощи в Польше — Ю. Н. Аргунова	46
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Структура мотиваций и эмоций в процессе самоорганизации психики у лиц занимающихся медитацией — А. Н. Зерниченко, Е. В. Безносюк, А. И. Кучинов	51
ИЗ ПРАКТИКИ	
Участковые страдания — С. С. Гурвиц	59
О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре — — В. Н. Прокудин, П. И. Шараев, А. Я. Капкаева, М. Е. Филиппова, Е. В. Черносветов, В. Н. Цыганова	62
ХРОНИКА	
IX съезд НПА России — девять лет ассоциации	67
Очередной пример актуальности независимой позиции	69
Права человека и психиатрия	70
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Из писем главных врачей психиатрических больниц Тулы и Воронежа	72
Об общественном контроле (открытое письмо Генеральному прокурору РФ и Председателю Межведомственной комиссии “По защите прав граждан и общественной безопасности, борьбе с преступностью и коррупцией” Совета Безопасности РФ) — Б. Л. Альтшулер, Л. П. Кушнир, А. А. Северный, Ю. С. Савенко	73
ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ	
Критический пересмотр собственной кандидатской диссертации — В. А. Скавыш	74
К 90-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА Д. Д. ФЕДОТОВА (1908 – 1982)	78
КОЛЛЕГИ ШУТЯТ	
Психологизмы и психотропизмы — В. Каган	81
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Архетипы одиночества — В. Е. Каган (С.-Петербург)	83
О “психотерапевтическом” рассказе А. П. Чехова “Черный монах” — М. Е. Бурно	87
Письмо члену экспертной комиссии	91
Крокодил — Михаил Архангельский (Москва)	92
НЕКРОЛОГ	
АГРАЧЕВ Сергей Григорьевич (1952 – 1998)	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	97
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ	98

CONTENTS

The Annual Report on the Activities of the IPA of Russia in 1997 — Yu. Savenko	3
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
The Development of Psychiatric Care in Russia — B. Kazakovtsev	9
Demand for Psychiatric Care and Problems of Its System and Efficiency — L. Dragounskaia	13
The Philosophical Basis of Ethics Standards in Psychiatry — Bill Fulford (Oxford)	18
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Pseudoneurotic Schizophrenia	27
PROTECTION OF MENTAL HEALTH	
Modern Problems of Protection of Mental Health of Children and Teenagers — — N. Iovchuk, A. Severny, Yu. Shevchenko	34
Protection of the Rights of Children with Mental Disorders — A. Severny	37
Project of Development of Psychiatric Care for Children	40
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
The Damned Dwelling Problem — V. Bataev	44
LEGISLATION ABROAD	
Legal Regulation of Rendering Psychiatric Care in Poland — Yu. Argunova	46
PSYCHOTHERAPY	
Structure of Motivation and Emotions in the Process of Self-Organization of Psychics of Persons Practicing Meditation — A. Zernichenko, E. Beznosyuk, A. Kuchinov	51
PRACTICE WORK	
Suffering of Local Psychiatrist — S. Gurvits (Dolgoprudny)	59
On Psychiatric and Psychotherapeutic Service at a General Hospital — — V. Prokudin, E. Yakubov, P. Sharaev, A. Kapkaeva, M. Philippova, E. Chernosvitov, V. Tsyganova	62
CHRONICLE	
IX-th Congress of the IPA of Russia — Ninth Anniversary of the Association	67
Another Example of Actuality of Independent Stand	69
The IPA Seminars	70
Human Rights and Psychiatry	70
DOCUMENTS OF EPOCH	
The Situation in Tula and Voronezh Mental Hospitals	72
On Public Control (Open Letter to the RF General Prosecutor)	73
LETTERS TO THE EDITORIAL BOARD	
Critical Review of Own Candidate's Thesis — V. Skavysh	74
TO THE 90-TH JUBILEE OF D. D. FEDOTOV	78
COLLEAGUES ARE JOKING	
Psychologizms and Psychotropizms — V. Kagan (St. Petersburg)	81
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Archetypes of Loneliness — V. Kagan	83
On "Psychotherapeutical" Story by Anton Chekhov "Black Monk" — M. Burno	87
A Letter to the Expert Examination Commission's Member	91
A Crocodile (a Story) — Michael Arhangelski	92
OBITUARY	
Sergei Agrachev (1952 – 1998)	95
RECOMENDATIONS	97
ABSTRACTS AND TRANSLATIONS	98

Отчет НПА за 1997 г.

Ю. С. Савенко

В связи с предстоящей перерегистрацией и необходимостью пересмотра Устава НПА я хочу еще раз остановиться на названии нашей Ассоциации. Частый вопрос в этой связи: “Что значит — независимая? От кого и от чего независимая?” Нередко это слово воспринимается как знак политизации нашей работы или исключительно правозащитной деятельности в психиатрии со следующим отсюда противопоставлением профессиональным обществам. Так ли это на самом деле? В действительности, отсутствие необходимости в слове “независимая” означало бы выздоровление российской психиатрии и именно это в конечном итоге является нашей целью. Но пока о празднике упразднения слова “независимая” в названии НПА мы можем только мечтать.

Что для нас обозначает независимость? Сотрудничество в мире многообразия. Открытость для контактов и сотрудничество. Взаимное принятие разных организаций, осознающих масштабность задач и понимающих тупиковость односторонних решений. Радость за успехи друг друга, как успехи российской психиатрии.

Однако, на сегодняшний день независимость выглядит куда как прозаичнее. Она означает оппонирование государственным структурам, которое изнутри этих структур, из положения зависимости или заинтересованности, как показывает опыт, невозможно. Независимость такого рода — обычно вынужденная — не поощряется, и часто оплачивается игнорированием.

Подводя итоги деятельности НПА на предыдущем съезде, я говорил о 1996 г. как о годе успехов: в мае делегация из 9 членов НПА провела симпозиум на съезде АПА в Нью-Йорке, в августе делегация из 12 членов НПА провела три симпозиума на съезде ВПА в Мадриде. Мне трудно припомнить, какое либо другое представительство на съездах такого уровня за многие годы от нашей страны.

Однако об этом ни словом не было упомянуто в обширных изложениях этих форумов ни в “Журнале невропатологии и психиатрии им. Корсакова”, ни в журнале “Клиническая и социальная психиатрия”. Дело, как Вы понимаете, не в авторском тщеславии. Наше участие **не было частным** делом, это было участие делегации нашей страны, вклад в общее дело развития российской психиатрии. И если два ведущих психиатрических журнала игнорируют этот факт, то это печально. Это одна из примет времени, в которое мы живем. Здесь проглядывает традиционный для России приоритет государства над общественностью вопреки собственной новой Конституции. Но ведь продуктивнее сказать иначе: работники госу-

дарственных организаций как бы от имени государства и как бы его именем часто совершают то, о чем государство их, мягко говоря, не просило. Между тем, сотрудничество государственных и общественных структур — необходимое условие реального движения вперед.

Что может само государство? Сегодня, к сожалению, не много. Психиатрическая служба, одна из трех целиком взятая на государственный бюджет, почти не финансируется. Больных не только нечем лечить, не хватает средств на их пропитание, на белье и одежду. Только что вернувшийся из Петрозаводска д-р А. Н. Богдан рассказал, что в местной психиатрической больнице умерло от голода 10 больных. Права не только психически больных, но и психиатров грубо ущемляются. Не выплачивается зарплата, штаты постоянно сокращаются, а структура институтов укладывается на прокрустово ложе худосочного бюджета.

Вовлечение в активный отпор новым попыткам использования психиатрии в немедицинских целях, на этот раз для подавления религиозных диссидентов, вызвало разнообразные формы давления и существенно затруднило нашу деятельность, в частности, были отклонены разными фондами наши проекты по этой проблематике.

Что же мы сумели сделать в этих условиях в 1997 году?

В соответствии со своими приоритетами, состоящими в поиске и обосновании путей реформирования психиатрической науки и службы психиатрической помощи, НПА **проторяла путь феноменологическому направлению в психиатрии.**

Сделать это очень трудно. Во-первых, в силу высоких требований, накладываемых феноменологическим методом на клинициста, требований, входящих в противоречие с массовостью, сокращением и упрощением клинических процедур, постоянной и активной тенденцией сползания стандартизации к шаблонизации. Еще более серьезным препятствием является укорененность старой научной парадигмы. Многочисленные внешне различные направления психиатрии являются по большей части различными формами редукционизма — биологического, психологического, социологического, метатеоретического, т.е. сохраняют парадигматически старую одномерную структуру.

С одной стороны, кризис старых идеологизированных догматических представлений открывает дорогу для наших усилий. Но с другой стороны, обра-

зовавшийся вакуум стремительно заполняется либо паранаукой, либо всевозможными старыми и новыми психодинамическими -измами, экзотически увлекательными, а у нас еще и в терновом венце прежних преследований. Мы неоднократно уже цитировали откровенное признание наших американских друзей: психодинамическое направление у нас уже исчерпало себя и его представители смотрят на Ваш огромный регион как на возможность еще несколько десятилетий крутить старую пластинку.

Так оно уже и происходит. Поток переводной яркой общеинтересной психодинамической литературы, психодинамические журналы, общества, западные стажировки, хорошо оплачиваемая лечебная практика. В результате — вытеснение психиатров из психотерапии и попытки вытеснения биологических методов терапии даже из большой психиатрии. В условиях отсутствия или дороговизны лекарств, паранаучных увлечений и антипсихиатрической настроенности общества это создает серьезную проблему в деле психиатрической помощи.

В этой сложной ситуации мы заняли не давно устаревшую непродуктивную позицию борьбы различных направлений, а линию на развитие в рамках всех существующих направлений понимания существа новой общенаучной парадигмы, которая в значительной мере состоит в интеграции в качестве первого, предваряющего все прочие этапа любого исследования — феноменологического метода, и на протяжении последующих — феноменологической установки.

Эта наша позиция, выраженная на презентации в Институте Гете русского перевода двухтомного руководства “Современный психоанализ” Томэ и Кехеле, нашла полное понимание обоих авторов. Надо сказать, что и перевод этого руководства был осуществлен усилиями психоаналитического общества, руководимого Сергеем Аграчевым, которое выросло из нашей Ассоциации.

Аналогичным конструктивным комментарием мы сопроводили и резко антипсихоаналитическую публикацию в нашем журнале одного из ведущих современных философов науки Адольфа Грюнбаума.

Мы перевели три фундаментальные работы: “Значение интуиции для психиатрической диагностики и классификации” Альфреда Крауса, “Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса” и “Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии” Виггинса, Шварца и Норко, которые с наибольшей полнотой отражают существо феноменологического метода. Наконец, мы предприняли собственное исследование, вылившееся в многосерийную публикацию о существе новой парадигмы в психиатрии.

Венцом этих усилий было проведение Первых чтений Николая Павловича Бруханского — трагически погибшего в лагере основоположника и лидера

отечественного направления феноменологической психиатрии. Эти чтения представляли цикл лекций одного из лидеров современной феноменологической психиатрии представителя Гейдельбергской феноменологической школы проф. Альфреда Крауса.

Особенно важным и радостным обстоятельством является проведение Первых чтений Н. П. Бруханского совместно с проф. А. С. Тигановым, то есть, с ВНИЦПЗ РАМН, а также тот факт, что редактором издания “Общей психопатологии” К. Ясперса выступил председатель РОП проф. В. Н. Краснов. Это знаменует единство понимания и усилий основных сил отечественной психиатрии в предпринятом нами направлении.

Перевод на русский язык “Общей психопатологии” Ясперса и двухтомника его психопатологических работ является грандиозным по своему значению фактом. Остается приложить усилия, чтобы эти труды были прочитаны и интегрированы, чтобы они воплотились в клинической практике. Этой цели служат организованные НПА с июня 1996 г. в старейшей в Москве Преображенской больнице ежемесячные открытые клинические разборы с публикацией их стенограмм в журнале. Их проводили проф. А. Г. Гофман, д-р А. Ю. Магалиф, д-р В. Г. Ротштейн, д-р Н. Г. Шумский.

Правильному пониманию существа феноменологического метода и ряда фундаментальных категорий феноменологической психиатрии посвящены усилия нашего “Независимого психиатрического журнала”. С этой целью мы создали в журнале, начиная с его третьего выпуска за 1997 г., международный редакционный совет из ведущих представителей феноменологической психиатрии Германии и США — проф. А. Крауса и проф. М. Шварца и главного редактора журнала “Философия, психиатрия и психология” проф. Варвикского и Оксфордского университетов Билла Фулфорда. С ними у нас установилось продуктивное сотрудничество.

Существенной поддержкой служит для нас ренессанс феноменологического движения в отечественной философии. Мы сотрудничаем с представителями как старшего поколения, прежде всего в лице проф. Нелли Васильевны Мотрошиловой, так и с молодым поколением, воскресившим издание феноменологического журнала “Логос”.

И зарубежные, и отечественные коллеги живо откликнулись на наше предложение организовать в Москве в 1999 г. международную конференцию “Философия и психиатрия”.

В соответствии со старой идеей И. Канта, недавно развитой У. Г. Петерсом, одним из проявлений новой парадигмы в психиатрии является осознание необходимости для психиатра определенного уровня философской рефлексии. Этой цели послужила организация в нашей Ассоциации Еленой Борисовной Беззубовой группы “Психиатрия и философия”, которая

превратилась в активно работающую самостоятельную структуру с широкими международными контактами. В октябре 1997 г. д-р Беззубова провела симпозиум в Москве с международным участием, на котором выступал и проф. Билл Фулфорд. Эта деятельность направлена на повышение философской культуры психиатров, на усвоение методов философского анализа, более тонкую и адекватную артикуляцию категориального анализа, герменевтического метода и т.д.

Вовлеченность силой обстоятельств с 1995 г. в разработку, пожалуй, наиболее сложной, темной и острой проблемы “Психиатрия и религия”, открытие с 1996 г. специальной рубрики нашего журнала на эту тему, наконец, проведение в рамках предыдущего съезда Всероссийского семинара “Психиатрия и религия” в октябре 1996 г. получили постоянное продолжение. В апреле 1997 г. были проведены X Баженовские чтения, а в журнале опубликованы обширные материалы на ту же тему.

Многочисленные, как позитивные, так и негативные примеры взаимодействия психиатрии и религии, в частности, формирование особой православной психологии, как теоретической основы духовных, психокоррекционных и психотерапевтических практик, попытки создания православной психиатрии и медицины, не могущие не вызвать недоумения в многоконфессиональной стране, и возникающие при этом многочисленные проблемы, побудили нас к важной новации — организации нового направления деятельности Ассоциации: “Психиатрия и проблемы духовной жизни”, со-руководителями которого стали д-р Борис Аркадьевич Воскресенский и известный деятель христианского движения Зоя Александровна Крахмальникова. Замысел, сформулированный на учредительном заседании первой встречи 5 февраля 1998 г., состоит в попытке, целиком отказавшись от критики, разрабатывать чисто позитивные подходы и решения духовных проблем. Началом этого послужило обсуждение монографии проф. Дмитрия Евгеньевича Мелехова “Психиатрия и проблемы духовной жизни”, изданной Свято-Филаретовской московской высшей православно-христианской школой в 1997 г., которой руководит отец Георгий Кочетков, участник психотерапевтического направления нашей деятельности.

Речь идет о состоявшихся в декабре 1996 и декабре 1997 гг. Вторых и Третьих Консторумских чтениях, посвященных, соответственно темам “Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия” и “Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств”, материалы которых публикуются в Приложениях к нашему журналу. Чтения организованы возникшим в рамках НПА “Обществом клинической психотерапии” во главе с Марком Евгеньевичем Бурно. Направление деятельности этого общества характеризуется сочетанием приверженности кли-

нической медицине и духовным способам поддержки, в частности, различным формам терапии творчеством. Так созданный “реалистический психотерапевтический театр” дал в 1997 г. семь спектаклей и концертов в различных диспансерах, интернатах, детских домах и Клубном доме Фонда “Душа человека”. Общество организовало прерывистый цикл благотворительных занятий (семинары, психотерапевтические мастерские) для психиатров Москвы по овладению краткосрочными приемами терапии творческим самовыражением.

Правовая деятельность Ассоциации состояла в многочисленных консультациях и семинарах для врачей-психиатров и общественных непрофессиональных организаций, в участии в обсуждении и рецензировании готовящихся и уже принятых законов. Так, на конкретном примере Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” мы выступили с резким протестом против кулуарной подготовки и быстрого протаскивания законов через голосование без привлечения профессионалов и общественного обсуждения. Такая система ведет к потере доверия и уважения к законам и парламентаризму. Разумеется, такие законы не будут работать.

Экспертно-контрольной деятельности Ассоциации, как и правовой, будет посвящен специальный доклад. Здесь следует отметить, что эта, наиболее живая форма нашей деятельности постоянно подтверждает свою высокую полезность во многих отношениях. Это и непосредственная помощь конкретным людям, направление их часто хаотичных, либо упорных и дезорганизующих работу государственных усилий учреждений в конструктивное русло, что было оценено и поддержано Московской мэрией; это отлаживание модели такого рода службы для различных регионов страны; наконец, это определенная ориентация в тенденциях меняющегося спектра наиболее острых социальных проблем. В этом отношении можно отметить значительное увеличение в истекшем году обращений сотрудников силовых ведомств: Минобороны, МВД и ФСБ. Они оказываются первыми жертвами узковедомственных экспертизы, прокуратуры и суда своих ведомств, которые — в условиях сокращения штатов — противозаконным образом используют психиатрию.

Со времени предыдущего съезда, с ноября 1996 по март 1998 гг. через общественную приемную НПА прошло 733 человека, через экспертную комиссию — 145 человек. Члены экспертной комиссии НПА принимали участие в судебно-психиатрических экспертизах в Центре им. Сербского, выступали в судах, отвечали на запросы, провели несколько самостоятельных судебно-психиатрических экспертиз по определению судов.

Следует еще раз подчеркнуть, что созданная НПА модель независимой экспертизы является промежуточной: эксперты, независимые в административном

и финансовом отношении, конечно, надежнее, но споры, кто более независим, являются непродуктивными по самой своей направленности. В качестве наиболее полноценной модели независимой экспертизы мы рассматриваем состязательность доводов экспертов различных сторон в суде.

В настоящее время отмечается тенденция к еще большему огосударствлению, а это фактически значит, ко все большей политизации экспертизы, чем в откровенно тоталитарный советский период. Если раньше любой профессионал, в нашем случае психиатр, как носитель специальных опыта и знаний, мог быть назначен судом экспертом, то сейчас дело идет к тому, что такое право будет принадлежать только тем психиатрам, которые прошли курсы усовершенствования по судебной психиатрии на базе Центра им. Сербского по ходатайству руководителя государственного учреждения соответствующего профиля, где этот психиатр работает. Тем самым мы возвращаемся более чем на 40 лет назад. Вот что писали, например, в 1956 г., в хрущевскую оттепель проф. В. А. Гиляровский, проф. Д. Д. Федотов и мн. др.

Проф. Гиляровский: “Нет особой судебной психиатрии, как какой-то самодовлеющей изолированной дисциплины, оторванной от общей психиатрии”.

Проф. Федотов: “Институт судебной психиатрии им. Сербского гипертрофировал свое значение и поставил себя в положение наивысшего органа судебно-психиатрической экспертизы, превратившись в своего рода “верховного судью”... В институте установилась традиция — исключать из состава СПК врача, мнение которого расходится с большинством членов комиссии. Особое мнение не записывается в актах экспертизы...”

Ведущие психиатры страны выступили тогда с предложением расформировать институт Сербского. Чрезмерные централизация и гиперболизация специфичности судебной психиатрии действительно пагубно повлияли на судебно-психиатрическую экспертизу, как доказало последующее время.

Что мы имеем сейчас? Центр им. Сербского это уже не второе после академического центра психиатрическое учреждение по табели о рангах, как в 60–80-е гг., и не один из пяти равноправных психиатрических центров страны, как в 1992–1996 гг., а безусловно доминирующее во внутривластном отношении учреждение, которое задолго до министерского поста своего директора Т. Б. Дмитриевой нередко называлось “министерством психиатрии”. Мы видим здесь поворот далеко вспять, который, по большому счету, не на пользу самому Центру им. Сербского. Так, в противоречивых случаях в нем, как правило, берет верх конъюнктурно-политическая позиция. Например, оба всероссийских психиатрических общества гласно квалифицировали утверждение о грубом вреде психическому здоровью от религиозных сект как научно несостоятельное, а в Центре Сербского —

после этого — организуется специальная группа во главе с проф. Ф. В. Кондратьевым, придающая научную респектабельность этому неправомерному вмешательству психиатрии в духовную жизнь.

Хотя специальный Указ Президента РФ отложился в соответствующей строке “Положения о работе Минздрава РФ” (“Минздрав осуществляет свою работу в сотрудничестве с профессиональными общественными организациями”), сохраняется реальное и решительное доминирование государства. А ведь Указ не уступка общественности, а признание факта недееспособности без такого живого полноценного взаимодействия.

Наряду с этим есть и примеры высокой согласованности решений нашей экспертной комиссии и комиссии главного психиатра МЗ РФ по конфликтным ситуациям под председательством проф. А. А. Недувы.

Что касается контрольной функции Ассоциации, то в условиях отсутствия полноценных форм государственного контроля и нереализованной по финансовым причинам службы защитников психически больных, а также узко регламентированных форм общественного профессионального контроля, допускающего его только после предварительного согласования с администрацией — посещения делегациями НПА психиатрических больниц, прежде всего, психиатрических больниц со строгим наблюдением, оказались единственной формой остро необходимого здесь общественного контроля.

Посещение в 1997 г. двух психоневрологических интернатов Московской области и одного из Московских детских приютов, сотрудничество с программой “Право ребенка” и Независимой ассоциацией детских психиатров и психологов в отношении положения в детских психоневрологических интернатах вскрыли целый пласт не охваченных цивилизованным правом проблем.

В 1997 г. три представителя Ассоциации посетили одну из старейших в России Казанскую республиканскую ПБ МЗ Республики Татарстан и долгое время пользовавшуюся самой мрачной славой Казанскую психиатрическую больницу со строгим наблюдением МЗ России. Осмотр этих больниц, подробный отчет о котором представлен в нашем журнале, оставил обнадеживающее впечатление радикальных перемен к лучшему. Но, как писалось в отчете, нелепой ложкой дегтя оказалась жесткая закрытость больничного архива. Это инициатива центральных ведомств, которая только служит признанием того, как много плохого там есть. Сходным пониманием законности был отказ избирательной комиссии в праве голосовать больным Казанской ПБСН, хотя недееспособных среди них не более 1 %. То же самое было и в Санкт-Петербургской ПБСН.

Здесь мы переходим к нарушению элементарных прав психически больных и к правозащитной деятельности Ассоциации. С 1997 г. НПА представлена в

Палате по правам человека при Политическом консультативном совете при Президенте РФ и приняла активное участие в четырех заседаниях Палаты. Причем в одном из них, специально посвященном проблеме прав человека в психиатрии, мы выступили с основным докладом, содокладчиком по которому выступал проф. Краснов, согласившийся с обрисованной нами картиной. Текст этого доклада опубликован в журнале. В нем содержатся наши предложения по изменениям и дополнениям к Закону о психиатрической помощи, необходимость в которых обнаружилась за последние пять лет. Это обсуждение посодествовало организации комиссии Минздрава по этому вопросу, в которую были включены и два представителя НПА. На заседании Палаты по обсуждению «Федеральной программы по охране прав и свобод граждан», опять-таки подготовленной анонимно и совершенно неудовлетворительно, было поддержано наше замечание о необходимости внесения в перечень групп населения, нуждающихся в неотложной помощи, стариков и психически больных.

Мы приняли участие в правозащитных конференциях «Мемориала», Хельсинской группы, Фонда «Гласность», Инициативной группы «Общее действие», Международного общества прав человека, Российско-американского бюро по правам человека, в юбилее генерала П. Г. Григоренко. Мы организовали пресс-конференцию по вопросу использования психиатрии для борьбы с религиозными диссидентами и приняли участие в пресс-конференциях по делу Платона Обухова и о грубо насильственном психиатрическом освидетельствовании в Элисте группы инвалидов 1 – 2 группы за акцию социального протеста в марте 1998 г., которое было санкционировано главным психиатром Калмыкии.

Д-р В. Н. Прокудин, как представитель НПА, регулярно ведет прием беженцев в «Комитете помощи беженцам и вынужденным переселенцам» в Москве, а несколько выезжал с этой целью в другие города (Вологда, Саратов).

Мы написали главу в «Белую книгу» и статью с анализом кризиса в правозащитном движении, направленную против попыток огосударствления правозащитных комиссий, нашедшую отражение в публикации Э. Поляновского в «Известиях» — «Раскол». Московский исследовательский центр по правам человека, в который входит наша ассоциация, получил в 1997 г. аккредитацию при ООН, а одна из организаций центра — Комитет солдатских матерей России — Нобелевскую премию мира. Это не мешало нашим арендодателем поставить всех нас на грань выселения.

В 1997 г. в НПЖ опубликованы материалы двух судебных процессов над религиозными организациями за якобы причинение вреда психическому здоровью, а также работа, дающая широкую панораму этой проблемы, вскрывающая ее чисто политический

характер. Показано, как снова, после казалось бы завершения эпохи широкомасштабного использования психиатрии для дискредитации, запугивания и пресечения правозащитного движения в 60 – 80 гг., мы оказываемся свидетелями очередного широкого использования психиатрии в немедицинских целях, на этот раз в отношении религиозных диссидентов. Надо сказать, что на этот раз наша позиция — строго держаться пределов своей профессиональной компетенции и пресекать попытки использования психиатрии в немедицинских целях — была поддержана подавляющим большинством коллег — как психиатров, так и правозащитников: Пленумом РОП под председательством проф. В. Н. Краснова, несколькими комиссиями Минздрава под председательством проф. А. С. Тиганова, специальным обсуждением в Московском исследовательском центре по правам человека под председательством Б. Л. Альтшулера. Только небольшая группа психиатров представляла дело ровно наоборот. Мол, это позиция только НПА, единственная, заказная, на деньги Запада. Даже в роли свидетелей на двух судебных процессах и в следственном отделе Генеральной прокуратуры мы оказались объектами демонстрации полного произвола суда и следствия, возможности любых переименований и фальсификаций. Неудобные факты и материалы попросту не приобщались к делу, нашим свидетельским показаниям придавался противоположный смысл. Эта угрожающая демонстрация силы прекратилась с принятием нового грубо дискриминационного Закона о свободе вероисповедания. С его помощью открылась перспектива творить прежний произвол на законном основании без использования психиатрии.

Итак, мы видим отчетливую тенденцию к ухудшению положения с правами человека в стране на фоне прежней тотальной политизации. Но мы также видим намного меньше людей, готовых ей следовать.

В области социальной реабилитации психически больных, в поисках адекватных нашим условиям концепций и организационных форм, мы изучали зарубежный опыт в ходе организованного нами семинара психиатра из Тель-Авива Меира Бергера, а также семинара по социальной и правовой помощи психически больным, на котором знакомившейся в течение года с американской системой социальной помощи психически больным Людмиле Самуиловне Драгунской удалось очень убедительно показать принципиальное различие правопонимания франко-германского мира — с одной стороны, и англосаксонского и, особенно американского, — с другой. Мы постоянно напоминаем о богатом отечественном опыте, либо забытом, либо разрушенном. НПА приняла участие в организации 5-й международной конференции по конфликтологии в С.-Петербурге (9 – 14 мая 1997 г.).

Образовательная деятельность с 1997 г. ограничилась двумя семинарами в Казани и 4 юридическими, в частности, впервые, также и для непрофессиональных общественных организаций в Москве и Санкт-Петербурге. Характерен резко увеличившийся интерес к правовым вопросам и высокий спрос на юрист-консультанта нашей Ассоциации Юлию Николаевну Аргунову, которая превратилась в уникального — по широте профиля — юриста в области психиатрии.

Особенно отрадным фактом является все более самостоятельная и разнообразная активность региональных центров НПА, в том числе, самостоятельные печатные издания, например, в Набережных Челнах и даже в Дальнегорске, целые журналы, как в Ростове, самостоятельные международные связи. Здесь следует отметить Санкт-Петербург и Екатеринбург, Ростов и Ижевск, Воронеж и Курск, Кемерово и Самару, Томск и Новосибирск, Владивосток и Калининград.

Особо следует отметить новации в области образования Северо-Кавказского регионального центра НПА в Ростове, руководитель которого проф. А. О. Бухановский ввел в качестве необходимого звена сдачи на высшую врачебную категорию клинический разбор больного с защитой своей диагностики и тактики лечения.

НПЖ за 1997 г. — шестой год его издания — стал по всеобщему признанию еще более содержательным и интересным. Он приобрел международный редакционный совет, начал выходить с Приложениями (уже вышло четыре) и полным переводом на английский язык ряда работ, представляющих интерес для зарубежного читателя. В портфель редакции поступает все больше работ, в том числе из ближнего и дальнего зарубежья. Журнал подписывают во всех странах СНГ. Готовится компьютерная версия журнала.

Как всегда широко были представлены в 1997 г. международные связи. Члены Ассоциации приняли участие во многих международных съездах и конференциях: в Первом национальном конгрессе психиатров Украины в Харькове, в юбилейном 150-м съезде АПА и 9-ом съезде Ассоциации по развитию проблем философии и психиатрии в Сан-Диего, в 49-ом Институте психиатрических служб в Вашингтоне, в конференциях в Афинах, Вене, Далласе, Марселе и т.д. И разумеется, в трех крупных конференциях в Москве и многих других.

Активным было сотрудничество с прессой, радио и телевидением. Обширные публикации появились в “Известиях”, “Литературной газете”, “Новой газете”,

“Общей газете”, “Экспресс-Хронике”, “Часе Пик”, “Русской мысли” и других изданиях. Воскрешение всевозможных подвидов цензуры видно из того, что подготовленный телерепортаж к 15-летней годовщине исключения Всесоюзного общества психиатров из ВПА не вышел на экран, а телешоу о карательной психиатрии и вреде сект для психического здоровья превращены в тенденциозный балаган.

Обширная переписка с ВПА помимо рутинных проблем включала два наших открытых письма: в связи с Конгрессом по социальной психиатрии в Белграде, включавшим симпозиум сплошь из политизированных антикультуристов непсихиатров и по поводу представителя ВПА по региону Восточной Европы и стран СНГ. Эта удивительная история подробно представлена в нашем журнале. Представитель РОП проф. В. Н. Краснов предпочел поддержать не российскую кандидатуру, а д-ра С. Ф. Глузмана, хотя знал, что тот игнорирует НПА. Полное равнодушие к принципу консенсуса продемонстрировали и представители других психиатрических обществ стран СНГ. Руководство ВПА проявило в этом вопросе принципиальность, преподав важный для всех урок. Поэтому мы считаем полезным, чтобы об этом все знали.

Такова лишь небольшая часть той сложной обстановки, в которой приходится работать НПА. Вся эта подковерная и наковерная борьба, все ее грубости и изыски, фактическое отсутствие в 1997 г. финансовых средств, удручающая пассивность значительного числа коллег психиатров, отток наиболее деятельных из них, разнообразные реальные трудности переживаемого момента, высокомерное отношение государственных структур к общественным — все это, как вы видели из отчета, уже не в состоянии подавить деятельность нашей Ассоциации. Это уже вполне жизнеспособный девятилетний организм со здоровой сопротивляемостью.

Сегодня мы должны еще более упрочить его назревшими дополнениями Устава.

Сложность переживаемого времени подсказала нам тематику научной части съезда — традиции отечественной психиатрии.

Российская психиатрия была одной из самых передовых в мире в гуманной заботе о больных, в глубокой научности и высокой гражданственности. В последующем на долгое время ей была суждена драматическая судьба. И то, и другое — могучий источник, в котором можно черпать силы для дальнейшего достойного развития. Но для этого всем нам надо прикоснуться к нему, надо захотеть этого.

Развитие психиатрической помощи в России

Б. А. Казаковцев

В условиях социально-экономического кризиса во всех регионах России происходит утяжеление или декомпенсация психических расстройств в населении.

По данным официальной статистики в 1997 г. в психиатрические и наркологические учреждения обратились за помощью 6,77 млн чел. (4,6 % всего населения), в том числе 0,94 млн детей (3,1 % детского населения), 0,3 млн подростков (4,5 % подросткового населения) и 5,54 млн взрослых (5,0 % взрослого населения). Из них 3,8 млн чел. (2,6 % населения) страдали психическими расстройствами и 2,98 млн чел. (2,03 % населения) — алкогольной и другими видами зависимости.

Период 1991 – 1994 гг. характеризуется интенсивным ростом числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольной или других видов зависимости. Несмотря на снижение в последующие годы интенсивный показатель заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами и в 1997 г. в среднем по России превысил показатель 1991 г. на 25 %, а показатель заболеваемости наркоманиями, главным образом лиц молодого возраста, в 1997 г. увеличился по сравнению с 1991 г. в 7 раз.

Число общественно опасных действий, совершаемых психически больными, увеличилось с 1991 по 1997 гг. более чем в 2 раза. Структура правонарушений отличается от таковой у психически здоровых преобладанием направленности против личности (убийства, нанесение телесных повреждений, изнасилования и др.).

Число завершенных самоубийств увеличилось за период 1991 – 1995 гг. в 1,6 раза, составив в 1995 г. 41,4 на 100 тыс. населения, что ставит нашу страну на одно из первых мест в мире по этому показателю (по данным ВОЗ, уровень самоубийств более 20,0 на 100 тыс. населения является критическим). Более того, в ряде экономических районов России (Волго-Вятский, Уральский, Западно-Сибирский, Восточно-Сибирский, Дальне-Восточный) этот показатель достигает 65 – 81 на 100 тыс. населения, а в Республиках Коми и Удмуртия — 150 – 180 на 100 тыс. населения.

В последние годы в России наиболее интенсивно растет число лиц, страдающих наркоманиями, реактивными состояниями, неврозами, расстройствами личности, психическими расстройствами детского и подросткового возраста, то есть теми расстройствами, в

возникновении и развитии которых значительную роль играют социально-экономические факторы.

Проблему особой важности составляет умственная отсталость, существенно сказывающаяся в последние годы на общем состоянии психического здоровья призывников. Здесь прирост интенсивного показателя первичной заболеваемости составил в течение 1991 – 1997 гг. 24,6 %.

Темпы роста болезненности и заболеваемости психическими расстройствами в наиболее молодых возрастных группах населения оказались выше, чем, например, в возрастной группе после 20 лет. Не случайно число военных экспертиз в течение 1991 – 1997 гг. увеличилось на 38,3 %.

Таким образом, в условиях экономического кризиса наиболее социально уязвимыми и наиболее подверженными инвалидизации вследствие психических расстройств оказываются молодые возрастные группы населения страны.

По меньшей мере каждый четвертый житель страны нуждается в консультации психолога или психиатра по поводу невроза или личностных расстройств.

В связи с остановкой обычного производства, от которого прежде поступали заказы для лечебно-производственных мастерских (ЛПМ), произошел развал системы трудовой терапии, а также сети специальных цехов и участков, предназначенных для трудовой реабилитации и использования остаточной трудоспособности психически больных. В течение 1991 – 1997 гг. число мест в ЛПМ сократилось на 45,5 %, а число работавших в них больных — на 74,3 %. Число мест для специального трудоустройства инвалидов вследствие психических расстройств уменьшилось за тот же период более чем в 3 раза. В целом число работающих среди всех психически больных трудоспособного возраста за последние четыре года сократилось на 20,8 %, а среди психически больных-инвалидов — на 42,7 %. В 1997 г. инвалидов вследствие психических расстройств стало на 20,6 % больше, чем в 1991 г. При этом происходит не только рост общего числа инвалидов, но и утяжеление групп инвалидности. За 7 лет ежегодно регистрируемое общее число психически больных, впервые признанных инвалидами, увеличилось на 41,8 %: с 42,1 до 59,7 тысяч.

Таким образом, растут показатели первичной инвалидности, прямо относящиеся к трудовым потерям. Давно известный факт, что почти каждый 20-й

из общего числа впервые признаваемых инвалидами по всем классам заболеваний — лицо с верифицированным психиатрическим диагнозом, в настоящее время приобретает особое значение. Ведь каждый пятый из контингента инвалидов, регистрируемых органами социальной защиты населения, — это инвалид вследствие психических расстройств, и в условиях кризиса, при сокращении мест для обычного и специального трудоустройства, он практически остается без перспективы на возвращение к профессиональному труду.

Характерно при этом, что только по данным психоневрологических диспансеров, первичная заболеваемость непсихотическими или пограничного уровня психическими расстройствами увеличилась в 1997 г. по сравнению с 1991 г. на 38,9 %. Интенсивный показатель заболеваемости неврозами вырос, в частности, на 36,5 %, психопатиями — на 29,5 %.

Группа населения с невротическими и декомпенсированными личностными расстройствами в значительной мере пополняется лицами, пострадавшими от военных конфликтов, стихийных бедствий, аварий и катастроф, вынужденными беженцами и переселенцами, ставшими иностранцами в бывших республиках Советского Союза.

При сохранении кризисной ситуации число лиц с психическими расстройствами, возникшими вследствие стресса, обусловленного перечисленными обстоятельствами, составит в ближайшие годы, по прогнозам НЦПЗ РАМН, около 10 миллионов.

Политика государства в отношении первичной профилактики роста численности указанных групп риска естественным образом должна вытекать из анализа причин его возникновения. Апелляция к здравоохранению и к психиатрии, в частности, как к системам, которые должны обеспечивать, наряду с санитарным просвещением, решение вопросов социально-психологической поддержки населения, несостоятельна и чревата, как свидетельствует опыт, злоупотреблением психиатрией в политических целях, то есть, возвратом к прошлому, к гипердиагностике, когда отклонение от общепринятого стандарта поведения возбуждало подозрение в психическом нездоровье, способствовало нередко спорной констатации причинно-следственных отношений в ряду социальных, психических и психопатологических явлений.

Многие вопросы самого общего порядка, не относящиеся прямо к компетенции психиатров, но более — к охране психического здоровья в целом, то есть в широком смысле к психогигиене и психопрофилактике, недостаточно разработаны из-за отсутствия соответствующей законодательной базы. Именно этим обстоятельством обусловлено длительное отсутствие в стране социальной и социально-психологической службы и соответствующих кадров, которые бы занимались профилактикой эмоционально-стрессовых расстройств и, в частности, представлением для ши-

рокой публикации материалов, касающихся тем пограничной психиатрии и их связи с психологическими, морально-этическими и религиозными проблемами. Вызывает тревогу неразработанность мер по обеспечению так называемой «информационно-психологической безопасности» населения, основы понимания и соблюдения которой сформулированы в существующих международных конвенциях по вопросам информации, повышения уровня жизни, охраны труда, профилактики травматизма, наркотизма, злоупотребления алкоголем и др.

Начали работать федеральные и территориальные центры профессиональной ориентации, психологической поддержки и центры занятости населения. Однако острый недостаток социальных работников и психологических кадров остается серьезной проблемой для нашей огромной страны. Почти в половине регионов страны положительно зарекомендовали себя созданные психолого-медико-педагогические консультации. Министерству общего и профессионального образования Российской Федерации следовало бы принять дополнительные меры по расширению подготовки специалистов психологов различного профиля.

В последние годы для обеспечения нужд психиатрических и психотерапевтических учреждений Минздрав России организует систему непрерывной додипломной и последипломной подготовки психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и юристов, работающих в психиатрии. Работа по организации системы подготовки специалистов займет, вероятно, не один десяток лет, хотя соответствующие факультеты и курсы уже созданы.

Научно-исследовательские учреждения и кафедры последипломной подготовки специалистов ориентированы на использование унифицированных программ и учебных планов, разработанных Министерством в 1995 – 1996 гг. В 1997 г. издан Приказ Министерства по подготовке специалистов по социальной работе, отсутствовавших прежде в нашей стране. В 1998 г. вопросы подготовки и трудоустройства психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников будут рассмотрены на коллегии Минздрава (апрель), на съезде психотерапевтов России (Смоленск, июнь), предполагается их обсуждение на рабочем совещании главных психиатров и заведующих кафедрами психиатрии последипломного образования (Москва, октябрь).

Серьезную проблему представляет организация наркологической помощи. В 1997 г. коллегия Минздрава, проведенная с привлечением специалистов других министерств и ведомств, приняла по этому вопросу специальное решение. Алкогольная и наркотическая зависимость — это наиболее яркий пример болезни, где существенную роль играют культураль-

ные, социальные и микросоциальные факторы. И здесь, следовательно, — и практика это подтверждает — не обойтись без самого активного вмешательства в решение проблемы как государства, так и широкой общественности.

Угрожающим представляется состояние материально-технической базы психиатрических учреждений, продолжающееся снижение их бюджетного финансирования по всем статьям бюджета, включая “защищенные”.

В ходе реализации Федеральной целевой программы 1995 – 1997 г.г. Минздрав России совместно с ГипроНИИЗдравом разработал принципы организации так называемого сетевого и модульного проектирования психиатрических стационаров и психиатрических подразделений в структуре многопрофильных больниц для шести типов регионов России. В начале сентября 1997 г. Минздрав России направил главным психиатрам и руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации соответствующие разработки с анализом фактического состояния стационарной психиатрической службы страны и рекомендациями по ее реконструкции.

Почти в трети регионов приводятся в соответствие с новой номенклатурой лечебные и другие подразделения учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Открываются психотерапевтические, соматогериатрические, детские, психосоматические и соматопсихиатрические, туберкулезные, лечебно-реабилитационные, приемные отделения, отделения функциональной диагностики, полустационары, общежития для больных.

Децентрализация государственного бюджета предполагает смещение акцента на выполнение региональных программ. Весьма важно, что сегодня больше чем в половине регионов удалось преодолеть привычную установку психиатров-руководителей на пассивное ожидание прекращения экономического кризиса в стране, благодаря чему сами собой откроются какие-то дополнительные источники финансирования.

В немалом числе регионов страны сохраняется тенденция к централизации психиатрической помощи, в первую очередь — стационарной, что противоречит предусмотренному Законом приближению психиатрической помощи к населению.

Вместе с тем еще недостаточно внимания уделяется новому строительству внебольничных учреждений. Психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические и психотерапевтические кабинеты, лечебно-производственные предприятия, специальные цехи — то есть все то главное, чем положительно отличалась отечественная психиатрия последних десятилетий, явно отстает в этом смысле от стационаров.

Главными психиатрами недостаточно используется предусмотренное постановлением Министерства труда и социального развития (№ 9 от 06.02.95) право

муниципальных органов исполнительной власти на установление квоты рабочих мест на обычных предприятиях для трудоустройства инвалидов по психическому заболеванию. Психоневрологические диспансеры редко апеллируют к праву органов социальной защиты населения на организацию систематической социальной поддержки психически больных, ставших инвалидами.

Что нам предстоит сделать за период с 1998 по 2000 гг.?

Получив согласие Министерства экономики Российской Федерации на продление действия федеральной целевой программы, Минздрав России предполагает направить главные усилия по ее выполнению на разработку организации и сетевого проектирования региональных внебольничных психиатрических учреждений и служб, включая скорую психиатрическую и суицидологическую.

Необходимо изучить опыт регионов, уже проводящих подготовку психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе по новым программам, а также опыт некоторых регионов по организации оптовой поставки лекарственных препаратов, используемых в психиатрических учреждениях.

Названные начинания делают необходимым для Министерства, региональных органов здравоохранения, кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения, а также кафедр и НИИ психиатрии проведение экономической учебы руководителей, их заместителей, главных бухгалтеров и экономистов психиатрических учреждений.

Необходимо, наконец, сказать о роли психиатрической общественности страны в осуществлении утвержденной Правительством Российской Федерации реформы здравоохранения.

Прежде всего, психиатры должны понять необходимость перехода здравоохранения на новые принципы финансирования деятельности учреждений. Теперь финансирование будет направляться, в первую очередь, на оплату конкретных медицинских услуг, а не на традиционное содержание учреждений. Расширение платных услуг населению за счет психотерапевтической, соматогериатрической, наркологической и консультативной помощи необходимо не только в целях выживания, но и для дальнейшего развития нашей службы. Также как стандартизация в условиях стационаров, полустационаров и диспансеров предусмотренных Законом видов психиатрической помощи дает возможность более рационально использовать имеющиеся ресурсы.

При реализации региональных программ руководители психиатрических учреждений должны прогнозировать полное финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования. Ряд регионов России уже имеет опыт по частичному фи-

нансированию региональных программ из фонда обязательного медицинского страхования.

Новая концепция здравоохранения поддерживает установку большинства организаторов психиатрической помощи на обеспечение приоритета ее внебольничного звена. Организаторам психиатрической помощи регионов России следует, в связи с этим, еще раз, в том числе с экономической точки зрения взвесить долю участия внебольничных учреждений и подразделений в осуществлении гарантий государства, перечисленных в ст. 16 Закона о психиатрической помощи.

В плане повышения эффективности системы здравоохранения в осуществлении первичной и вторичной профилактики психических расстройств наиболее перспективным следует считать взаимодействие

психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов с первичным звеном медицинской помощи.

Из мировой практики известно, что профилактическая работа наиболее эффективна там, где психиатр или психотерапевт работает вместе с врачом общей практики, в наших условиях — с участковым врачом или с участковым педиатром.

Поскольку известно, что до 50 % лиц, обращающихся за помощью в поликлинику, страдают той или иной разновидностью депрессивных расстройств, во многих случаях целесообразно организовывать психиатрические и психотерапевтические кабинеты в общих поликлиниках в виде структурных подразделений психоневрологических диспансеров или диспансерных отделений психиатрических больниц.

ВНИМАНИЕ!

Редакция всемирно известного международного общенаучного еженедельника **NATURE** с 1993 года распространяет по символической цене ежемесячный журнал

MONTHLY NATURE,

а с 1997 года проводит специально для России льготную подписку (по цене не покрывающей даже почтовую доставку) на издания семейства **NATURE**, в частности:

NATURE (еженедельно),

NATURE MEDICINE (ежемесячно)

по 700 рублей.

На страницах этих журналов читатели найдут: новости науки и научной жизни; комментарии важнейших событий; краткие обзоры наиболее значительных научных материалов; статьи по всем разделам различных направлений науки; рецензии на книги, технологические новинки; описания новых устройств и препаратов, появившихся на мировом рынке; путеводители по Интернету для специалистов в разных областях науки; сообщения о конференциях, конкурсах, новых проектах, вакансиях по всему миру. Жесткие критерии при отборе и подготовке материалов гарантируют читателю получение важной информации о состоянии дел в мировой науке. Указанные журналы имеют самый высокий рейтинг и индекс цитирования.

Дополнительную информацию можно получить по тел. (095) 276-4589, факс (095) 230-6416, E-mail nat@mailsitek.ru.

ЗАПРОС НА ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ И НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЕЕ СТРУКТУРЫ И ЭФФЕКТИВНОСТИ

Американский опыт и возможные перспективы реформы российской психиатрии

Л. С. Драгунская

Психиатрия — весьма хрупкий социальный институт, открытый злоупотреблениям и использованию. Под злоупотреблением имеется в виду лишение больных широкого спектра прав (гражданских, имущественных, семейных, профессиональных и т.п.), что может происходить по инициативе государства (как это было в советское время) или частных лиц (как это часто случается сейчас). Столь же легко ее используют больные для освобождения от обязательств по отношению к конкретным людям и обществу в целом (освобождение от службы в армии, профилактические стационарирования в связи с возможным уголовным преследованием или, как часто бывает в наше время, способ подкормиться, сэкономив пенсию или зарплату). В последнее время психиатрический стационар все больше похож на благотворительное учреждение.

Главный вопрос психиатрической практики — нуждается ли данный человек в психиатрической помощи и в какой именно. Не вызывает сомнений, что клинические критерии (нозологические, синдромологические и др.) не могут быть адекватным инструментом для корректного решения этого вопроса.

Американские психиатры шутят: “DSM меняется с каждым следующим президентом”. Что касается диагностических вех нашей психиатрии, то они значительно устойчивее. В течение нескольких десятилетий господства школы А. В. Снежневского его ближайшие сотрудники и ученики восклицали: “Мог ли представить себе Андрей Владимирович, что делали с его теорией в районных больницах и диспансерах!”, — не уставая удивляться безграмотности рядовых психиатров. Надо сказать, что сам А. В. Снежневский в своей практической работе действительно не был пленником созданной им догмы. Известны многие случаи, когда он восстанавливал больных в некоторых правах (разрешение на вождение автомобиля, выезд за границу и т.п.), не снимая при этом диагноза “вялотекущая шизофрения”. Наверное, его клинический и человеческий опыт, а главное власть, которой он обладал, позволяли ему использовать критерии, далекие от клинических.

В нашей сильно изменившейся за последнее десятилетие стране без специальных усилий Минздрава фактически началась реформа психиатрии. Появились разнообразные альтернативные формы психиатрической помощи. Пока этот процесс недостаточно

затронул самые главные звенья нашей психиатрии — психиатрические стационары и ПНД.

Несколько десятилетий назад страны Запада имели ту же систему психиатрической помощи, которая до настоящего времени сохраняется в России. В результате реформы психиатрии в различных странах Европы и Америки сложилась система психиатрической помощи, которая, при всех различиях между странами, обладает важными общими чертами: 1. Закрылось большинство старых психиатрических больниц. 2. Место психиатрического госпиталя занял центр социальной реабилитации. 3. Оказание психиатрической помощи является обязательным лишь в тех случаях, когда больной опасен для себя или окружающих, причем определение этого не входит в компетенцию психиатра. В таких случаях помощь оказывается независимо от того, может больной платить за нее или нет. 4. Во всех остальных случаях больной обращается к психиатру, психотерапевту, психоаналитику, социальному работнику по собственной инициативе и за собственный счет. Таким образом, речь идет о запросе на психиатрическую помощь, которую оплачивает сам больной.

Особенно интересной представляется современная американская система психиатрической помощи. Ее уникальность, на мой взгляд, обусловлена уникальными чертами американской социально-политической системы и, прежде всего, особенностями ее правовой культуры.

Правовая культура США резко отличается от правовой культуры “романо-германского типа” (куда относится вся континентальная Европа и, с определенными оговорками, Россия). Романо-германскую правовую культуру отличает особая ценность писаного закона (кодекса) и ценность государства, которое воспринимается как воплощение закона. Поэтому правовым и политическим идеалом, в предельном случае, становится “правовое государство”, которое в реальности легко превращается в “полицейское государство”. Иначе дело обстоит в правовой культуре “англосаксонского типа”. Отсутствие кодексов и конституций здесь замещается здравым смыслом, “разумностью и справедливостью” правовых решений. Отсюда практика суда не по кодексу, а по прецеденту, не по форме, а по смыслу. При этом ценность государства и его институтов в целом остается достаточно высокой.

Вкратце можно сказать так: если в романо-германской правовой культуре не устраивающая общество социальная практика обычно критикуется и реформируется как “незаконная”, то в англосаксонской культуре — как “несправедливая и неразумная”.

Однако американская правовая культура пошла еще дальше. Особенности развития американской правовой культуры связаны с историей этой страны. Население Америки в начале ее истории составилось из тех, кто бежал из Европы в поисках свободы — прежде всего свободы совести (т.е. свободы религии). Свобода религии в Европе традиционно ограничивалась государством и господствующей церковью. В Америке оказались представители различных религиозных групп, равно пострадавших от преследований. Поэтому им было необходимо выработать правила взаимодействия, терпимого сосуществования. Свобода вероисповедания сочеталась с невмешательством в дела другой религиозной группы. Кроме того, в ходе освоения новых земель американские фермеры выработали правила взаимодействия землевладельцев. Свобода захвата новой, “ничьей” земли сочеталась с неприкосновенностью чужой собственности. Таким образом, одним из главных принципов американской правовой культуры стала свобода, не посягающая на свободу других.

В последние годы в американской правовой культуре появилась специально артикулированная ценность “разнообразия” (diversity). Общество рассматривается как сочетание разнообразных, иногда пересекающихся групп, каждая из которых обладает правом на собственный образ жизни. К таким группам в определенных обстоятельствах относятся деинституционализированные больные (бывшие пациенты) психиатрических стационаров. Во всяком случае они, как и любая другая социальная группа, имеют право на свой образ жизни (даже если он шокирует окружающих, но шокировать — в американской правовой культуре не означает посягать на чужие права и чужую свободу). Так или иначе, никто не имеет право принудить бездомных идти в учреждения социальной реадaptации, приюты, ночлежные дома и т.п.

Здесь важен аспект личной ответственности. Вообще личная ответственность и личное достоинство материально независимого гражданина составляют краеугольный камень англосаксонской и американской правовой культуры. Важно подчеркнуть, что субъектом личной ответственности в этой культуре является каждый, и это не просто правовая декларация, а повседневная практика. Поэтому образ жизни душевнобольного бездомного (как и образ жизни любого другого человека) рассматривается как его личный выбор.

Кроме того, для американской правовой культуры характерно отчетливое ценностное противопоставление гражданского общества государству. При этом общество, здравый смысл и правовое чутье граждан

мыслятся как нечто в высшей степени позитивное, а государство, государственные институты — как нечто негативное, чуждое людям, навязанное; в лучшем случае как неизбежное зло. Противопоставление общества и государства с явными симпатиями к обществу прописано даже в американской Конституции.

Огромное значение в американской правовой культуре имеет своего рода “правовая самодеятельность”. Правила взаимоотношений между гражданами, общинами и социальными группами вырабатывались самими людьми по ходу строительства государства, при полном отсутствии законов. Закон лишь позже оформлял сложившуюся нормативную практику. Поэтому в американской правовой культуре столь высока ценность здравого смысла присяжных заседателей. Считается, что только “человек с улицы”, не обремененный предрассудками специальных знаний, может решить особо важный вопрос, например, о виновности или невиновности по делу, за которое полагается смертная казнь или длительный срок заключения. Здесь уместно вспомнить слова Г. К. Честертона: “Есть проблемы настолько важные, что их решение опасно отдавать профессионалам”. Независимый суд в американской правовой культуре рассматривается как реальный противовес государственной власти и сопутствующих социальных практик.

Говоря об американской правовой культуре, особенно в применении к психиатрии и правам больных, нельзя обойти проблему денег. Американская правовая культура, как уже говорилось, базируется, в частности, на принципе личного выбора, личной ответственности за свою судьбу. Это, естественно, подразумевает деньги как самый расхожий инструмент социального взаимодействия. Таким образом, возникает интересная диалектика либерального правосознания. Право зарабатывать сопровождается правом не зарабатывать — в этом и есть, в частности, ценность личного выбора. Но личный выбор — это и личная ответственность за последствия такого выбора. Поэтому в рамках такого правосознания государственные (федеральные или муниципальные) медицинские программы сведены к минимуму. Они работают тогда, когда “свобода не лечится” угрожает здоровью окружающих (инфекции) и в случаях, когда государственное милосердие представляется “разумным и справедливым” (например, учреждения типа “Day Treatment Care” для лечения больных с тяжелым слабоумием различного генеза). То, что тот или иной гражданин не может оплатить лечение — это лишь часть проблемы. Другая часть — то, что государство, штат или город не может заставить гражданина лечиться или социально реадaptироваться против его воли. Если, разумеется, он не болен холерой или не стрелял в Президента, как Джон Хинкли, покушавшийся на Рональда Рейгана.

Либеральная экономика США привела к дороговизне многих, в том числе медицинских услуг. Право-

вое обеспечение медицинской помощи повышает ее стоимость еще сильнее. Существующие программы медицинского страхования не всегда и не полностью могут покрыть расходы на лечение. Тем более на такое лечение, необходимость которого, с точки зрения “разумности и справедливости” (здорового смысла большинства), не представляется бесспорным и необходимым. Разумеется, речь идет именно о здоровом смысле судьи, так как именно он выносит окончательное решение о принудительном стационаровании, или должностного лица из страховой компании, выделяющего деньги на лечение. При этом ни тот, ни другой не являются специалистами в области психиатрии. Но, как уже подчеркивалось ранее, одним из китов американской правовой культуры является “здоровомыслящий непрофессионал”. Опасения перед возможной “диктатурой профессионалов” являются частью американского менталитета.

Таким образом, главными ценностями, которые постоянно воспроизводятся в американской правовой культуре, являются следующие моменты:

- баланс свободы и невмешательства (свобода всего, кроме свободы навязывать свой образ мыслей и жизни);

- ценность социального разнообразия, терпимость практически ко всем его формам, кроме нарушающих свободу;

- ценность личного выбора и личной ответственности;

- недоверие к государству, государственным институтам и технологиям власти (не только государственным, но и групповым, корпоративным);

- доверие к обществу, здравому смыслу непрофессионала;

- убежденность в том, что специальные знания могут стать технологией власти — в том числе и знания в области психиатрии, психологии и социальной работы;

- убежденность в необходимости общественного контроля за профессионалами, в том числе работниками психиатрических учреждений.

Ко всему сказанному примыкает финансовая специфика организации медицинской помощи в США, которая прежде всего выражается в весьма высокой (возможно, самой высокой в мире) стоимости медицинских услуг при минимуме государственных программ.

Все это в целом — особенности ментальности, правовая культура и финансовая специфика — и обуславливает особенности организации психиатрической помощи в США и особенности соблюдения прав больных. Кажется, что учет прав и законных интересов больных здесь стоит на первом месте, а собственно медицинские аспекты отходят на второй план. Так или иначе, медицинская сторона дела в решении судьбы больного ни в коей мере не является самоудовлетворяющей.

Обязательная и бесплатная для больного психиатрическая помощь — т.е. принудительное стационарование — может осуществляться только по решению судьи. Инициатором обращения в суд по вопросу о принудительном стационаровании является, как правило, полиция или служба социальных работников. Мнение родственников не может быть основанием для такого решения. Вряд ли стоит специально подчеркивать, что американский судья не знаком с клиническими критериями болезни. Здравый смысл в сочетании с учетом мнения соседей, полиции и работников районной службы социальной помощи позволяет судье ответить на два главных вопроса. Угрожает ли поведение данного лица окружающим или ему самому? В состоянии ли данное лицо руководствоваться общепринятыми нормами поведения? Если ответ на первый вопрос — положительный, то ответ на второй вопрос позволяет решить — возбуждать ли против данного лица уголовное дело или отправлять его в психиатрический стационар.

В стационаре с больным работает бригада, состоящая из клинического психолога (руководителя бригады), социального работника и многочисленных инструкторов по различным видам реабилитационных мероприятий (занятия спортом в зале и бассейне, арт-терапия, музыка-терапия, кулинарная терапия). Групповая психотерапия в небольших группах проводится два раза в день вне зависимости от тяжести состояния больных. Ее проводит клинический психолог или сертифицированный социальный работник (в зависимости от финансовых возможностей госпиталя). В определенные дни недели в клинику приходят священнослужители различных конфессий — таким образом, любой больной имеет возможность духовной исповеди. Кроме того, в состав бригады входят добровольцы из числа бывших пациентов клиники. Они принимают участие во всех лечебных и реабилитационных мероприятиях. Особую роль среди добровольцев играет так называемый “адвокат”. На этот пост его выдвигает бригада (т.е. работники клиники и добровольцы). По существу, он является уполномоченным по правам больных. К нему может прийти любой больной и пожаловаться на плохое отношение к себе со стороны любого члена бригады. “Адвокат” самостоятельно решает, пренебречь этой жалобой или же признать ее справедливой и вынести на совет бригады. Работник стационара по результатам рассмотрения жалобы может получить предупреждение. После нескольких предупреждений ему реально грозит увольнение.

На следующий день после поступления больного в стационар туда приходит его семья. В беседе с семьей принимают участие сам больной и все члены терапевтической бригады. Во время такой беседы выясняется отношение всех присутствующих к особенностям поведения больного, к факту его болезни, обсуждаются отношения в семье больного.

Следующие несколько дней посвящены подробно обследованию больного клиническим психологом. В это обследование входит и психопатологическая диагностика.

После окончания обследования больной встречается с психиатром, который консультирует данный госпиталь. Психиатр, как правило, не является штатным работником клиники, а консультирует несколько лечебных учреждений. Получив максимум информации от клинического психолога, психиатр назначает фармакотерапию. Повторная консультация возможна по запросу клинического психолога для коррекции фармакотерапии. Этим функции психиатра исчерпываются.

Вопрос о готовности больного к выписке решается с помощью компьютеризированной анкеты. Главным критерием является степень социальной реабилитации. Купирование психопатологической симптоматики не является самоцелью. В любом случае срок лечения почти никогда не превышает трех недель. Следует отметить, что ни необходимость госпитализации в закрытый стационар, ни сроки выписки из него не определяет специалист, будь то психиатр, психолог или социальный работник.

После выписки больной поступает под наблюдение районной службы социальных работников (уже из названия ясно, что она не похожа на наш ПНД). Эта служба работает в тесном контакте с полицией, а также с семьей и соседями больного. Социальный работник в кратчайшие сроки устраивает больного на работу. Поиском работы он занимается вместе с больным, помогая ему составлять заявления о приеме и участвуя в переговорах с работодателем. В случае отказа принять больного на соответствующую его квалификации вакансию, социальный работник может обратиться в суд и доказать, что речь идет о дискриминации душевнобольного. В этом случае работодателю грозит крупный денежный штраф. После трудоустройства служба социальных работников продолжает держать больного в поле зрения. Больному может быть предложено продолжение лечения: различные виды психотерапии, иногда фармакотерапия. В случае отказа больного продолжать лечение, курирующий его социальный работник может обратиться в полицию, и лечение в службе социальных работников может быть назначено принудительно. **Такая организация закрытой психиатрической помощи в большой степени снимает проблему злоупотребления психиатрией со стороны государственных учреждений или частных лиц.**

Необходимо подчеркнуть, что все вышеописанное касается весьма малочисленной категории лиц. Речь идет о тех, относительно которых в обществе существует чрезвычайно высокая, почти абсолютная степень согласия по поводу наличия у них душевного заболевания. По преимуществу речь идет об острых психотических состояниях и о депрессиях с явной

суицидальной угрозой (дементных больных лечат в других учреждениях, которые мы в этой статье не рассматриваем).

Таким образом, психиатрические стационары указанного типа являются очень маленьким сектором обширной и многообразной системы психиатрической и психотерапевтической помощи. Все остальное — это платная (и весьма дорогая) помощь больным, которые сами формулируют свой запрос и стремятся получить такую помощь. **Это сводит к минимуму использование психиатрии в личных корыстных целях.**

Итак, в развитом гражданском обществе главным моментом, формирующим систему психиатрической помощи, является **адекватный запрос.**

Это может быть запрос общества — когда речь идет о лицах, поведение которых бесспорно представляет прямую и явную опасность для них самих или для окружающих. Еще раз подчеркнем — для формулировки такого запроса необходима самая высокая степень общественного согласия как по поводу опасности поведения больного, так и по поводу того, что он является душевнобольным, т.е. не может руководствоваться общепринятыми нормами поведения. Отсюда вытекает чрезвычайно важное практическое следствие. Лица, которые нарушают общепринятые нормы, но при этом не представляют бесспорной (именно бесспорной!) опасности для себя и окружающих, не могут подвергаться недобровольному психиатрическому лечению. К этой категории, в частности, относятся американские бездомные, которые ночуют на вентиляционных решетках метро, а днем бродят по городу в поисках милостыни или благотворительных раздач (бездомные, как правило, очень хорошо ориентируются в системе городской благотворительности и всегда поспевают к бесплатным обедам). По разным данным, от 50 до 90 процентов американских бездомных — душевнобольные. Но тот факт, что облик и образ жизни бездомных не нравится большинству благополучных граждан, не является причиной для стационарирования. Для каждого из бездомных открыты двери “шелтеров” и служб социальных работников. Каждому из них настойчиво предлагается воспользоваться услугами этих центров. Но если они отказываются, никто не может заставить их лечиться или проходить курс социальной реадaptации. Необходимо отметить, что программы социально-психологической реадaptации предъявляют к больным весьма жесткие требования, и эффективность работы этих программ весьма высока. Лица, прошедшие такой курс, как правило, способны самостоятельно зарабатывать себе на жизнь. Однако многие бездомные отказываются от помощи в социально-реабилитационных центрах. Демократическое государство, где господствуют либеральные ценности, в числе прочих прав предоставляет своим гражданам право не лечиться от душевного заболевания.

Личный запрос на психиатрическую помощь является частным делом гражданина. Широкий спектр форм и методов этой помощи, а также сама возможность обращаться или не обращаться за помощью — это реализация ценности свободного выбора, которая является фундаментальной для развитого гражданского общества.

Адекватность запроса позволяет устранить опасности злоупотребления психиатрией и использования психиатрии. Отсутствие запроса вообще снимает вопрос о психиатрическом вмешательстве. Более того — эффективность психиатрической помощи напрямую связана с тем, насколько конкретный запрос соответствует конкретному институту. В настоящее время в российских психиатрических стационарах подолгу находятся те, кто должен был бы обращаться к частному врачу или психологу (например, больные с психосоматическими расстройствами). Не говоря о низкой эффективности такого лечения, у больных формируются выраженные рентные установки по отношению к системе психиатрической помощи. Кроме того, в наших клиниках “лечатся” те, которым необходима помощь в центре социальной реабилитации. Указание на то, что у нас пока нет таких центров, а у населения недостаточно средств для лечения у частных врачей или психологов, трудно принять всерьез. Использование институтов психиатрической помощи не по назначению вредит обществу гораздо сильнее, чем сокращение объема этой помощи. Кроме того, из психотерапевтической практики известно, что необходимость оплачивать услуги психотерапевта стимулирует пациента зарабатывать деньги, тем самым повышая свой уровень социальной адаптации и качество своей жизни. Не будет преувеличением сказать, что платность таких услуг является дополнительным и часто весьма эффективным терапевтическим средством. И самое главное — в демократическом обществе психиатрическая помощь является элементом рынка услуг. Плата за психиатрическую помощь — это наиболее точное свидетельство необходимости такой по-

мощи для данного лица и наиболее надежный способ устранить рентные установки. Все это — азбука демократии и рыночной экономики. К сожалению, наша правовая база в области психиатрии все еще не соответствует этим элементарным критериям. Российская психиатрия “вползает” в рынок, “обдирая локти”, — во многих клиниках врачи и психологи предлагают больным, которые лечатся бесплатно, платную помощь, и некоторые больные на это идут. Психиатрический стационар превращается в бедный, но бесплатный пансионат, где желающие могут получить недешевые платные услуги, а сотрудники используют рабочее время и помещение для частной практики. Все это изнутри разлагает пережившую себя систему.

Разумеется, нельзя ограничиваться закрытием старых психиатрических стационаров, где по-прежнему нет ни психотерапии, ни социальной реабилитации, где в одних и тех же отделениях лечатся за деньги и бесплатно, где царит унаследованное от советской эпохи патерналистское отношение к больному, которое неизбежно приводит к нарушению его прав. Возможно, первым шагом могло бы стать разделение психиатрических стационаров на платные и бесплатные, покончив с практикой “платных коек”. Следующий шаг — перераспределение обязанностей между психиатрами, клиническими психологами и социальными работниками. Далее предстоит преобразование части стационаров в социально-реабилитационные центры, тем более что сейчас в России, к сожалению, очень много лиц, нуждающихся в помощи такого рода, — ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС, ветераны афганской и чеченской войн, беженцы, бездомные и безработные. Опыт показывает, что психиатрическая помощь, оказываемая этим лицам, значительно менее эффективна, чем помощь социального работника.

К работе по реформе психиатрии необходимо подключение психологов, юристов и общественных организаций.

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

первичный прием (общественная приемная):

понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 19 час.

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

Экспертная комиссия (по предварительному назначению):

вторник и четверг — с 16 до 20 час., там же

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

Философские основы этических стандартов в психиатрии: раскроем русскую матрешку*

Б. Фулфорд (Оксфорд, Великобритания)

Психиатрия представляет своего рода биоэтический парадокс. Ее этическая насыщенность значительно большая, нежели любая другая медицинская дисциплина. Настолько больше, что вызывает критику предмета психиатрии как такового. Антипсихиатрическое движение отстаивало точку зрения, что психические расстройства, составляющие этот предмет, на самом деле являются моральными, а не медицинскими проблемами (Szasz, 1960). Тем не менее современная психиатрия все еще в значительной мере пренебрегает биоэтическими вопросами, уступая в этом “высокотехнологическим” областям медицины, такими как трансплантационная хирургия и репродуктивная медицина.

Этот парадокс вовсе не получил широкого признания. В общем принято считать, что подход к этическим проблемам в психиатрии должен быть принципиально таким же, как в более технологических областях медицины. Однако есть и замечательные исключения — например, разрушающая прежние представления книга С. Блоха и П. Чодоффа (1991), представляющая начальный, но сохраняющий свою важность шаг по направлению к утверждению новой, отличающейся от прежней, психиатрической этики. Однако и по настоящее время подобные публикации являются скорее исключением. В биоэтике (как и в биомедицине) психиатрия рассматривается в контексте примечания, добавления к доминирующей парадигме биологической медицины.

Вывод настоящего сообщения будет таков — стандарты биоэтических подходов к пониманию психиатрической этики необходимо пересмотреть. Несмотря на то, что психиатрическая этика несколько изолирована от медицинской этики, в этой работе будет показано, что психиатрическая этика и вместе с ней психиатрия находятся на самом острие не только с философской, но и клинической точек зрения.

Однако, чтобы прийти к такому выводу, следует глубоко вникнуть в природу медицины и психиатрии. Нам необходимо разработать путь проникновения в существо предмета путем перехода с одного уровня на другой, более глубокий, постепенно достигая все более глубокого понимания. Мы начнем с первого уровня — клинической этики. Затем мы спустимся ко второму уровню (биоэтики). От него к третьему уровню — философии. Внутри этого уровня мы рассмотрим теорию ценностей, феномено-

логию и философию мышления. Затем мы будем продвигаться к реальной сердцевине психиатрии, к четвертому уровню — практике, к глубинному пониманию этических аспектов клинической работы и научных исследований.

Именно эти четыре уровня, раскрываемые один за другим, и образуют “русскую матрешку”, которая указана в заголовке этой работы. Ее теоретический базис обоснован в моей книге “Моральная теория и медицинская практика” (1989, переизданной в 1995 г.). Однако в данной работе эти уровни будут представлены в большей степени в практической перспективе, главным образом, посредством рассмотрения серии клинических случаев. Как увидим, такой способ исследования философских оснований этических стандартов в психиатрии отражает сосредоточенный на конкретных случаях подход к философии, который традиционен для Оксфордского университета (Fulford, 1990). Такая философия соответствует клиническим и концептуальным изменениям современной психиатрии.

Уровень 1: клиническая этика. Клиническая психиатрия имеет ряд общих с другими областями медицины этических проблем, обусловленных развитием медицинской науки — новые возможности генетики (возможности тестирования факторов-предикторов; евгенический контроль), все более мощные лекарственные средства (“Прозак, — говорим мы пациенту, — может изменить Вашу жизнь”); современная нейрохирургическая техника и методы исследования функций мозга. Все это приводит к возникновению проблем согласия, конфиденциальности, взаимной ответственности, вопросов “окончания жизни”, поиска средств и так далее. Все эти вопросы стоят в психиатрии не менее остро, чем в других отраслях медицины.

Таким образом, при формировании этических стандартов для клинической практики в психиатрии мы имеем дело с тем же спектром проблем, что и во всей остальной медицине. В этом отношении нет разницы между психиатрией и трансплантационной хирургией, репродуктивной медициной и любой другой “высокотехнологической” дисциплиной, в последнее время тесно связанной с биоэтикой. На повестке дня стоят одни и те же вопросы.

Однако психиатрические проблемы представлены и шире, и глубже, чем в других областях медицины. Они шире в том смысле, что этические клинические проблемы более глубоко проникают в существо предмета. Например, проблема равного доступа к ре-

* Печатается с разрешения автора — проф. Б. Фулфорда и редактора 1-й публикации — проф. В. С. Ястребова

сурсам медицинской помощи часто трудна для работающих в трансплантационной хирургии в смысле их справедливого распределения, поскольку не имеется трансплантантов — сердец, печени и т.д. — для каждого, кто в них нуждается. Эта проблема сказывается в Великобритании на нескольких тысячах людей ежегодно, в большинстве случаев в смысле продолжительности их жизни. В случаях хронических психических расстройств — таких, как шизофрения, недостаточность ресурсов служб психического здоровья и неравенство в их доступности сказывается на судьбах сотен тысяч людей и в гораздо большей степени, чем только продолжительность жизни (CSAG, 1995; Kavanagh et al., 1995).

Этические проблемы психиатрии также распространены шире, чем в других областях медицины. Эти проблемы и более глубоки, представляя большие клинические трудности. Это видно при рассмотрении этических проблем, связанных с недобровольным психиатрическим лечением. Несмотря на происшедший в последние годы переход от патернализма (“доктор знает лучше”) к автономности (“выбирает пациент”) как ведущему этическому принципу клинической медицины, широко распространено мнение, что недобровольное лечение этически вполне оправдано. Стандартные примеры из биоэтической литературы включают случаи, когда недобровольное лечение осуществляется для защиты других (например, при возбуждении больного) или случаи, когда человек не способен самостоятельно принимать решения (например, в бессознательном состоянии, в младенческом возрасте, при недостаточности интеллектуального развития). Однако эти случаи (хотя в принципе и они содержат этические проблемы) не отражают повседневной этической проблематики. Вот типичный пример.

А. Б., 48 лет, менеджер банка. Обратился в связи с биологическими проявлениями депрессии и нигилистическим бредом. Была суицидальная попытка. Просит чего-нибудь, что “помогло бы ему “уснуть”. Когда ему было сказано, что, возможно, он страдает депрессией, отказался от стационарного лечения.

История А. Б. — типичный случай недобровольного психиатрического лечения при депрессии с суицидальным поведением. Заметим, что он не соответствует приведенным выше стандартным примерам этически оправданного недобровольного лечения. А. Б. находился в ясном сознании, был взрослым и имел нормальный уровень интеллекта. Более того, его лечили против его воли для того, чтобы защитить не интересы других людей, а его собственные. Подобная ситуация — есть психиатрический уникум. Только в психиатрии люди, подобные А. Б., — взрослые, в ясном сознании и с нормальным интеллектом — лечатся против их желания, но в их же собственных интересах. (Несомненно, что недобровольное

психиатрическое лечение может использоваться и для защиты интересов других людей).

Существует много этических теорий, направленных на оправдание недобровольного психиатрического лечения в случаях, подобных А. Б. Сейчас мы подходим к важной биоэтической теории. Нужно понимать, как, в сущности, этически проблематичны даже как будто очевидно однозначные ситуации. С одной стороны, распространено интуитивное (клиническое) понимание полной этической оправданности недобровольного лечения. Например, британский социальный психиатр Джон Винг назвал отказ от недобровольного лечения депрессивных больных с суицидальным поведением уничтожением больных “оружием морали”. Несомненно, многие согласятся с ним.

С другой стороны, многие, хотя и не все, сторонники антипсихиатрического движения рассматривают сопряженную с недобровольным лечением утрату человеком свободы и достоинства как недопустимую (Szasz, 1987). Мировой опыт показывает, что психиатрия в некоторых случаях склонна злоупотреблять недобровольным лечением. Итак, между крайностями (полная поддержка и полное неприятие недобровольного лечения) практическое решение остается весьма трудным.

Сказанное приводит нас ко второму уровню русской матрешки — биоэтическому.

Уровень 2: биоэтика. Как отмечалось в начале сообщения, биоэтики пытаются рассматривать этические проблемы психиатрии как приложение к этическим проблемам высокотехнологичных областей медицины, с которыми они, главным образом, и сталкиваются. Эта тенденция особенно отчетлива в случае этических вопросов, возникающих при недобровольном психиатрическом лечении. Не обладая полным пониманием психопатологических тонкостей, биоэтики, как правило, полагают, что этическое оправдание недобровольного психиатрического лечения покоится на родовом понятии “неспособность здраво мыслить”. Такая точка зрения ведет к тому, что недобровольное лечение приемлемо при относительно близкой к общемедицинским расстройствам органической патологии (типа деменции), но неприемлемо в большинстве случаев функциональных психических расстройств.

Можно вполне убедительно объяснить теоретическую несостоятельность биоэтики по отношению к психиатрии (Fulford, 1989). Недавно проведенное в Оксфорде изучение клинических случаев недобровольного психиатрического лечения позволило продемонстрировать ограниченность традиционных биоэтических конструкций. План исследования был следующим: во-первых, выявить, реальные мотивы психиатров и других специалистов, по которым они принимают решение о недобровольном лечении. Во-вторых, проанализировать факторы, стоящие за этим

решением. Всего было исследовано 14 случаев. Один (случай А. Б.) приведен выше. Вот три других.

Ч. М., 25 лет, послушница в монастыре. Приведена старшей монахиней для неотложной консультации вследствие странностей поведения и сексуальной расторможенности, делающих невозможным пребывание в монастыре. Наблюдаются речевой напор, бред величия, слуховые галлюцинации. Отказывается оставаться в клинике.

С., 18 лет, студент. Срочное помещение в психиатрическую клинику из колледжа. Поведение нелепое. Наблюдаются идеи воздействия — “Майк Ярвуд использует его мозг”. Жалуется, что люди говорят о нем. Отказывается принимать лечение, собирается уйти из больницы.

П. П., 23 года, безработный. Осмотрен дежурным психиатром. Приведен подругой, поскольку стал злобным, угрожает убить соперника. Находится в состоянии алкогольного опьянения. В анамнезе — правонарушения. Другая симптоматика отсутствует. Отказывается оставаться в клинике.

Как видно из этих примеров, исследуемые случаи были взяты из повседневной практики. Это обычные клинические случаи, отнюдь не биоэтические “дилеммы”. Проводился опрос смешанной группы профессионалов, состоявшей из психиатров, психологов и медицинских сестер. Всех их просили ответить, стали ли бы они лечить каждого из этих пациентов на недобровольной основе, причем нужно было успеть высказать свое мнение по всем 14 случаям всего за 4 минуты. Ограничение времени служило для того, чтобы вынудить участников отвечать так, как они скорее всего действительно поступили бы, а не использовать опросник как “философский тест”.

Результаты этого исследования были опубликованы еще в 1993 году (Fulford, 1993). С тех пор я использовал этот опросник во многих странах и с разными группами, включая пациентов и тех, кто поддерживал их интересы. Ответы поразительно одинаковы. Большинство применило бы недобровольное лечение в случаях Ч. М. и С. Мнения по поводу А. Б. разделились. Большинство не прибегали бы к недобровольному лечению в остальных случаях.

Полученный паттерн ответов служит тестом для философских теорий, по поводу недобровольного психиатрического лечения: хорошая теория должна соответствовать этому паттерну, плохая теория — нет. Закон о психическом здоровье, например, этому тесту не соответствует. В большинстве законов для осуществления недобровольного психиатрического лечения требуется соблюдение двух условий: лицо, в отношении которого применяется недобровольное лечение, страдает психическим расстройством; его состояние представляет опасность для него самого или для окружающих. Детали могут варьировать, но по существу эти принципы общеприняты во всем мире (Fulford and Hope, 1996).

Но этих условий недостаточно, чтобы объяснить реальные решения. Это ясно из того, что, как установлено нашим исследованием, они могли бы разрешать (а на деле — требовать) недобровольное лечение многих людей, по отношению к которым оно не может рассматриваться как этически оправданное. Иначе говоря, законы о психическом здоровье слишком многосторонни и широки. Закон распространяется и на случаи, подобные П. П., в то время когда все принявшие участие в исследовании не стали бы прибегать к его недобровольному лечению.

Биоэтика, понимая это, настаивает на том, что закон, хотя в принципе пригодный к повседневному применению, на практике должен использоваться только для тяжелых случаев. Это, безусловно, правильно. Но только клинически можно решить, что значит “тяжелый” случай. Стандартное биоэтическое определение “тяжелого” заболевания — “непосредственно угрожающее жизни”. Это определение используется, например, в неотложной медицине для подтверждения правомочности недобровольного лечения. Однако в психиатрии оно будет разрешать недобровольное лечение в случаях, подобных П. П., потому что у него наблюдается угрожающее жизни поведение. Но большинство профессионалов в этом случае не стало бы прибегать к нему. В то же время закон исключает из сферы своего действия случаи, подобные Ч. М. и С., поскольку они не представляют непосредственной угрозы жизни, но которые большинство экспертов оценило, как требующие недобровольного лечения.

Более тонкие биоэтические теории направлены на формулировку соответствующего определения понятия “тяжести” с точки зрения нарушений рационального познания. Американские биоэтики Том Бьючеп и Ричард Чилдресс в своей важной работе “Принципы биомедицинской этики” (1989) дают специальный тонкий анализ этого направления. Они доказывают, что способность к рациональному, разумному (и, следовательно, действительно самостоятельному) выбору требует наличия совокупности факторов, включающих свободу от внешнего принуждения, целенаправленность и связность мышления.

Бьючеп и Чилдресс таким образом дают общее определение рациональному, которое, как они полагают, может быть приложимо ко всем — как соматическим, так и психиатрическим — случаям недобровольного лечения. Оно хорошо работает во всех случаях соматической патологии и психических расстройств, близких к соматическим (Бьючеп и Чилдресс в своей работе рассматривают случай деменции). Однако, если попытаться применить это определение рационального к случаям функциональных психических расстройств, то обнаруживается его несостоятельность.

Это уже достаточно полно описано (Fulford and Hope, 1993). Ни случай Ч. М., ни случай С. (которые

большинство экспертов оценивают, как требующие недобровольного лечения), не удовлетворяют определению Бьючемпа и Чилдресса. В них обоих нет ни внешнего принуждения, ни недостатка целенаправленности, ни непоследовательности мышления.

Необходимо подчеркнуть, что этот результат во все не означает, что биоэтика ничего не значит для психиатрии. Наоборот, она предлагает многое, что чрезвычайно важно для биоэтического уровня ее понимания. Дело просто в том, что идеи, развиваемые биоэтикой в соматической медицине, неспособны достичь существа этических проблем в психиатрии.

Нужно продвигаться еще глубже, к третьему уровню “русской матрешки”, уровню философии.

Уровень 3: философия. Понятием “философия” обозначают много разных вещей. Некоторые врачи воспринимают это слово, как брань. Поглощенные практическими проблемами, часто вопросами жизни и смерти, они считают, что философия в их деле представляет собой просто “игру со словами”.

Хотя оксфордский стиль философствования часто выглядит весьма абстрактным, он очень хорошо отвечает нуждам психиатрии (Fulford, 1989). Оксфордская философия направлена на ясное понимание смысла понятий. В психиатрической этике, как было показано, проблема смысла (определения) понятий особенно остра. Даже смысл понятия “психическая болезнь” относится к весьма спорным.

Оксфордская философия — есть часть англо-американской философской традиции. Эта традиция, принципиально отличающаяся от так называемой “континентальной” философии, включающей и феноменологию, чрезвычайно важна для психиатрии. Мне очень повезло с моей работой в университете Варвика, где продолжают эту традицию.

Одно из направлений оксфордской философии объединяет аналитическую и континентальную философию. Это направление — лингвистический анализ — было развито Д. Остиным после второй мировой войны. Суть метода Остина состоит в том, чтобы увести философию от созерцательного размышления над смыслами к пониманию всего разнообразия живого наблюдения за тем, как понятия действительно используются в реальной жизни (Austin, 1956, 1957). Для психиатрии это означает, что философская работа должна начинаться с исследования реальных клинических случаев.

Это и есть то, что объединяет аналитическую и континентальную традиции. И это подчеркивает, что для такой философии центральным является ее практическое значение, отчетливо выявляющееся при анализе случаев из области психиатрии.

на примере трех клинических случаев я покажу, как глубже продвинуться к основам психиатрической этики. Будут показаны важность, философская ценность и справедливость теории. В заключительном разделе будет кратко обозначено значение этих слу-

чаев для психиатрической этики и для понимания места психиатрии в медицине.

Уровень 3.1: философская теория ценностей (случай пророка Саймона). Все три случая, которые будут рассмотрены ниже, затрагивают проблему психотического расстройства. Этическое значение психотических расстройств хорошо известно (Fulford, 1991) и отчетливо видно в приведенных выше примерах. В частности, в случае С. отмечаются тяжелые психотические расстройства и большинство экспертов считают, что этот больной требует недобровольного лечения. Случай П. П., в котором психотическая симптоматика отсутствует, рассматривался как не требующий такового. Следовательно, именно наличие психотических расстройств (а не опасность для жизни, как говорится в законе о психическом здоровье и не обращение к биоэтическому понятию рационального) объясняет причину решения экспертов о необходимости недобровольного лечения, которую мы ищем. Это соответствует данным исследований реальных случаев недобровольной госпитализации (см., например, Sensky et al., 1991). Следовательно, опора на психозы, с точки зрения нашей работы, есть “хорошая теоретическая основа” недобровольного психиатрического лечения.

На первый взгляд это дает большую поддержку психиатрии. В конце концов психотические синдромы — бред, галлюцинации, нарушения мышления и другие составляют сердцевину описательной психопатологии и, следовательно, современной научной классификации психических расстройств. Более того, хотя смысл понятия “психическое заболевание” представляется неясным и плохо определенным, четкие научные определения основных психотических синдромов можно найти в любом руководстве по психиатрии. Таким образом, психотические симптомы, по-видимому, могут обеспечить определенный базис в медицинской науке для особенностей психиатрической этики.

Однако если, следуя Д. Остину, посмотреть, как понятие “психоз” используется на практике, — т. е. какие пациенты в реальности диагностируются как психотические — то обнаружится, что это может существенно отличаться от определений, данных в руководствах. Обнаруживается также, что научные определения, хотя и соответствуют биомедицинской модели психиатрии, однако не способны объяснить, как используется понятие психотического в диагностике и, следовательно, каково этическое значение такого диагноза. Следующий случай — пророка Саймона — иллюстрирует значение этого подхода для симптомов первого ранга при шизофрении. Этот случай демонстрирует, что диагноз шизофрении не может быть поставлен, исходя только из требований научно-медицинской модели психиатрии, только на основе фактов, то есть на основе чистой описательной психопатологии. Диагностика выступает скорее в

форме ценностного суждения — как оценка переживаний пациента.

Саймон, 40 лет, чернокожий американец, старший в семье, происходит из баптистской семьи, принадлежащей к среднему классу. Его успешной карьере стало угрожать судебное преследование со стороны его коллег. Хотя он утверждал, что невиновен, расходы на защиту могли стать весьма значительными и даже рискованными. В этой кризисной ситуации он начал молиться у маленького алтаря, устроенного им в его прихожей. Однажды после страстной вечерней молитвы он обнаружил, что воск от свечи “поставил печать” на несколько следующих друг за другом страниц из Библии, содержащих определенные буквы и слова. Он описал свои переживания так: “Я встал и увидел печати, которые были в Библии моего отца, и я сказал, что здесь происходит нечто значительное. Я подумал, что красота происходящего была специально сделана солнцем, прожигавшим все насквозь. Это была затейливая игра слов”. Хотя выделенные слова и буквы ничего не означали, Саймон интерпретировал это событие, как непосредственное обращение Бога, означающее, что ему, Саймону, предназначена особая цель или миссия. С этого времени Саймон получал сложные серии “откровений”, передаваемых посредством образов, оставляемых расплавленным свечным воском.

Со времени великого философа и психолога У. Джеймса известно, что религиозные и духовные переживания могут быть тесно связаны с определенными формами психических заболеваний (James, 1902). Однако, лишь несколько исследований было посвящено тому, как разграничивать эти два круга состояний. Считается, по меньшей мере в психиатрии, что гениальные психотические симптомы можно распознать на основании их формы и содержания. Случай Саймона показывает, что это суждение неправильно. Данная история взята из исследования, проведенного М. Джексоном, психологом, работающим в Оксфорде (Jackson and Fulford, 1997). Описанные здесь переживания Саймона имели характеристики бредового восприятия согласно определению в одном из лучших современных научных руководств по исследованию психического статуса — PSE (Wing, Cooper, Sartorius, 1974). А именно: “основанное на сенсорных переживаниях” и вовлекающее личность “внезапно возникающее убеждение, что определенные события имеют особое значение”. Обращаясь к современной классификации психических расстройств Всемирной организации здравоохранения (МКБ-10, ВОЗ, 1992) видим, что бредовое восприятие является диагностическим симптомом шизофрении. В этом отношении МКБ-10 следует традиции шнейдеровской концепции симптомов первого ранга для шизофрении. Такие симптомы, если они возникают при отсутствии органического помрачения сознания и сохраняются, означают, что пациент страдает шизофренией.

Переживания Саймона сохранялись на протяжении нескольких месяцев и у него не отмечалось ни одного состояния “помрачения” сознания. Более того, и в анамнезе у него отмечались переживания “вкладывания мыслей”, тоже относящиеся к симптомам первого ранга. Таким образом, согласно PSE и МКБ-10, представляющим лучшие образцы медицинской психиатрии в ее биомедицинском научном облике, Саймон страдал шизофренией. Однако, на самом деле шизофрении у него не было. Продолжение истории таково.

Случай пророка Саймона (продолжение)

Получаемые откровения все более усиливали появившееся у Саймона ощущение могущества. Они дали ему силы обратиться в суд и в итоге победить в судебном процессе. После этого его служебная карьера процветала, он стал уважаемым лидером местной общины людей черной расы. Часть денег, заработанных им как юристом, он использовал для учреждения благотворительного фонда для религиозных исследований.

Следовательно, вовсе не страдающий шизофренией Саймон прошел через сильные духовные переживания. Но ни PSE, ни МКБ-10 как официальные формы научной психиатрии оказались неспособны отдифференцировать духовные переживания Саймона от психопатологических. Американский аналог МКБ-10 — DSM-IV — действительно дает возможность провести дифференциальный диагноз. И это потому, что DSM-IV дополняет обычные требования к оценке симптомов шизофрении первого ранга еще одним критерием — “ухудшением жизненного функционирования” (American Psychiatric Association, 1994).

DSM-IV, как и PSE и МКБ, утверждает научные приоритеты. В частности, во введении много говорится о доказательствах, данных, “свободных от теорий” (то есть объективных) фактах. Может сложиться впечатление, что DSM-IV делает возможным чисто научное разграничение между нормальными духовными и психотическими явлениями.

Заметим однако, что в DSM-IV основным “разрешающим” критерием для дифференциальной диагностики между духовным переживанием и психотическим болезненным состоянием в случае Саймона выступал критерий “ухудшения жизненного функционирования”. Но слово “ухудшение” показывает, что этот критерий является по своему существу ценностным суждением. Для диагноза шизофрении, согласно DSM-IV, требуется не просто изменение в жизненном функционировании. Тогда это был бы обычный фактический критерий. Ценностным суждением этот критерий делает то, что требуется оценить изменения как позитивные или как негативные.

Я излагаю это так подробно, потому что важно осознать: сердцевина процесса диагностики шизофрении заключается в ценностном суждении. Оно в принципе составляет и суть психиатрической классификации. Шизофрения не является некоей пограничной формой психической патологии, как, например, истерия или расстройство личности. Это заболевание занимает центральное место. И для его диагностики мы начинаем искать оценочные суждения, используя то, что оксфордский философ Р. Харе назвал “философски обостренным зрением”. Эти суждения лежат в основе и МКБ-10 и DSM-IV, в определении индивидуальной симптоматики, в критериях отдельных расстройств и (в DSM-IV) в самой дефиниции психического расстройства как такового (Fulford, 1996). Стало быть, в противоположность провозглашаемой научной объективности, психиатрическая классификация самым непосредственным образом связана с оценочными суждениями.

Но обратим теперь внимание, куда завели нас наши рассуждения. В последнее время, работая на биоэтическом уровне, мы нашли, что биоэтическое понятие рационального не соответствует данным исследований клинических случаев недобровольного психиатрического лечения. С другой стороны, психотические расстройства близко коррелируют с такими данными. В рамках медицинской модели это показывает авторитетность объективного научного подхода. Сейчас мы увидели, что для диагностики психотической симптоматики принципиально существенным являются не факты, но ценностные суждения. Однако, исследование ценностных суждений покоится не на чистой науке, а на отрасли философии — философской теории ценностей. Соответственно, практические проблемы недобровольного психиатрического лечения, с которых мы и начали наши рассуждения, требуют для решения не только научных данных, но и данных философской теории ценностей. Более того, философская теория ценностей является частью скорее аналитической этики, а не традиционной биоэтики. Следовательно, по меньшей мере в этой области именно ресурсы аналитической философии являются необходимыми для адекватного рассмотрения этических вопросов, возникающих при недобровольном психиатрическом лечении.

В дальнейшем я кратко проиллюстрирую значимость двух других областей философии, вновь обращаясь при этом к реальным случаям.

Уровень 3.2: Феноменология — “Психическая машина Криса”. Проблема, обсуждаемая в следующем случае, — это трудности традиционной психопатологии в определении кардинальной характеристики всех психотических симптомов — “утраты критики”.

Случай с “психической машиной Криса”. Мой коллега проводил интервью с пациентом по имени Крис, который, как оказалось, страдал шизофренией. Крис внезапно спросил: “Доктор, они изобрели ма-

шину для вкладывания мыслей Вам в голову?” Мой коллега ответил, что нет, не изобрели и что согласно современным представлениям о деятельности мозга это невозможно. Крис сказал: “Ладно, я могу сказать Вам, что они ее изобрели, потому что они используют ее на мне!”

Крис имел симптом шизофрении первого ранга — “вкладывание мыслей”. Постепенно у него развивался цветущий психоз. В этом случае нет ничего удивительного для психиатра, можно сказать, что это рядовой повседневный случай.

Ключевой чертой переживаний Криса, как психотических, была “потеря критики”. Критика является неуловимым понятием традиционной психопатологии. Не кто иной, как одна из основных фигур научной психиатрии, сэр Обри Льюис, доказывал, что следует отказаться от этого понятия, как диагностической концепции (Lewis, 1934). В случаях других психотических симптомов, например, бреда, галлюцинаций, глубина проблемы не столь явственно очевидна. Так, пациент, который слышит голоса, когда рядом никого нет, может подумать, что он просто ошибается. Но вкладывание мыслей — переживание настолько странное, что трудно понять, как испытывающий его может не подумать о том, что он заболел. Мысли в собственной голове, которые ощущаются, как принадлежащие кому-то другому — переживание, которое заставило бы большинство из нас немедленно побежать к доктору. Больные с лобной эпилепсией, у которых возможно ощущение “вкладывания мыслей”, именно таким образом и реагируют на них (Lishman, 1987).

Уже отмечалось, что указанные Обри Льюисом трудности определения понятия утраты критики, как ключевой характеристики психотической симптоматики, происходят из-за зависимости от теории причинности заболеваний как одного из аспектов научной медицинской модели. Однако, имеется прямой путь определения этого понятия, если вернуться к “сырым” феноменам, другими словами — к первичному переживанию болезни пациентом. В терминах первичных феноменологических черт есть различие между ощущением, что “что-то неправильно” и ощущением, что что-то “сделано внутри нас”. Это относится не только к “чужим мыслям”, но и к галлюцинациям и бреду. Можно показать, что это различие представляет основную особенность первичного переживания соматического и психического заболевания (Fulford, 1989, Ch. 10).

Клинически это обращение к переживаниям пациента означает возврат к крепелиновскому подчеркиванию важности внимания к симптоматике заболевания (Fulford, 1997). Но философское направление, называемое феноменологией, дает способ постижения субъективного мира пациента. Стало быть, это вторая область, в которой научный базис описательной психопатологии должен быть дополнен философией.

В данном случае мы имеем дело не с теорией ценностей как ветвью аналитической философии, а с феноменологией как ветвью континентальной философии.

Уровень 3.3: философия мышления — “человек-парадокс”. Последний случай, который я хочу рассмотреть, иллюстрируя значение философских основ психиатрической этики, — пациент, страдающий моносимптоматическим бредовым ипохондрическим психозом.

“Человек-парадокс”. П. Д., 45 лет, уборщик. Доставлен в отделение больницы Джона Рэкклиффа в Оксфорде. Он принял чрезмерно высокую дозу лекарств, потому что, как он объяснил, он боялся быть запертым. Когда он увидел дежурного психиатра, объяснил, что боится, что будет заперт, потому, что он “психически больной”. Пациент считает, что тех, кто психически болен, запирают. У него был диагностирован моносимптоматический ипохондрический бредовой психоз.

Почему я назвал этот случай “человек-парадокс”? Потому что, если бы стандартное научное определение бреда было корректным, этот случай представлял бы логический парадокс. Типичное определение бредовых идей в большинстве руководств по психиатрии заключается в том, они являются “ложными убеждениями” (например, руководство Harge and Lamb, 1987). Соответственно этому определению, если убеждение “человека-парадокса” (что он психически больной) было бы ошибочным, то его состояние согласно стандартной дефиниции можно было бы квалифицировать как бредовое. Но он был действительно психически больным, то есть его убеждение должно считаться истинным. Но, если так, то, следуя стандартной дефиниции, у него нет бреда, и — стало быть — он не является психически больным; но тогда его убеждение ложно. И так далее. Какую последовательность рассуждения ни выбрать в этом случае, диагностировать бред нельзя, поскольку стандартная дефиниция требует определять бред как ложное убеждение.

Известно, что бредовое убеждение может соответствовать истине. Британский психиатр М. Шеферд, еще один видный представитель научной психиатрии, показал это в исследованиях синдрома Отелло (Shepherd, 1961). Типичная реакция психиатров на подобные случаи показывает, что бред рассматривается не столько как ложное, сколько как безосновательное убеждение. Это прослеживается, например, в Оксфордском руководстве по психиатрии (Gelder, Gath, and Major, 1989).

Однако в связи с этим придется рассмотреть особое понятие — “безосновательное”. Подразумевается, что имеется некоторое расстройство когнитивных функций. Но до сих пор, несмотря на все усилия когнитивной психологии, никаких конкретных результатов в характеристике этого расстройства не получено. Есть нечто, указывающее на совершенно

иной смысл слова “безосновательный”, а именно причастность расстройства того, что Аристотель называл “практическим резонансом” всего, что придает смысл нашим действиям (см., например, Fulford, 1989, Ch. 10). Ключевой момент в том, что бред не является истинным или ложным суждением, но суждением ценностным (Fulford, 1991). Например, бред виновности при депрессии может быть негативным ценностным суждением, в то время как бред величия при мании часто выступает в форме позитивного ценностного суждения. И это приводит нас к практическому резонансу как причине для действий. Подобным образом бред может включать как факты, так и ценностные суждения (Fulford, 1989, Ch. 10). Значение всего этого в том, что практический резонанс со времен Аристотеля есть область компетенции философии, а не положительной науки. Практический резонанс принадлежит, например, к области философии морали и права. А в более современные времена он вошел и в круг интересов философии мышления и психики (в связи с проблемой активности и деятельности) (Fulford, 1994).

Уровень 4: практика. Я должен объяснить третий — философский — уровень нашей “русской матрешки” немного более детально, чтобы показать большие возможности, которые философия предлагает для понимания психиатрической этики. Действительно, во всех трех описанных областях философии (философской теории ценностей, феноменологии и философии мышления и психики) мы коснулись лишь немногих из существующих философских ресурсов. “Философская психопатология”, как это уже становится известным, затрагивает все области философии и все области психопатологии. Американские философы Д. Грэм и Л. Стефенс выпустили воистину новаторскую книгу об этом (Graham and Stephens, 1994). Важные публикации по психопатологии делались как до этого, так и после, как философами (в частности, Glover, 1988; Wilkes, 1988; и более давно Bolton and Hill, 1966), так и психиатрами. Среди последних привлекает внимание книга Джона Каттинга “Принципы психопатологии” (1997), появившаяся в начале этого года, которая рассматривается как достойное продолжение “Общей психопатологии” Карла Ясперса.

Как видим, это область активной деятельности. Но все это — теория. Что есть в философской психопатологии значительного для практической психиатрии и, в частности, для психиатрической этики? При всей ее теоретической важности имеет ли философия какое-либо значение для практической психиатрии?

Содержание этого последнего уровня “русской матрешки” может быть суммировано в форме, вынесенной в заголовок — уровень 4: практический. Может показаться странным, что начиная с первого уровня (клинической этики) и, двигаясь через уровень биоэтики и уровень философии, мы обнаружи-

ваем в самой глубине матрешки психиатрическую практику. на самом деле это точное отражение соотношения между философией и психиатрией. В связи с практическими проблемами психиатрии вы обращаетесь к философии. И, погружаясь в нее, вы заканчиваете практически ориентированной философией. Философия и практика психиатрии неразделимы.

Практическое значение философии не ограничивается клинической работой, и тем более этикой. Вот почему серединка нашей матрешки названа “практикой”, а не просто “клиникой”. Например, занимаясь философией мышления, можно быть связанным с когнитивной психологией (Bolton and Hill, 1996). Но на самом деле и “тяжелые дисциплины”, такие, как исследования искусственного интеллекта или функциональной деятельности мозга компьютерными методами (Spence, 1996), вполне могут быть феноменологически ориентированными (Bracken, 1995; Philpott, в печати) и основанными на философской теории ценностей (Fulford, 1989, Ch. 12; Jackson, 1997).

Все три затронутые нами области философии непосредственно связаны с клинической практикой и особенно с психиатрической этикой. Следовательно, философские исследования проблемы деятельности в философии мышления принципиально важны не только для решения вопросов недобровольного лечения, но и для оценки статуса категории “психическое заболевание”, как юридического понятия (Fulford, 1989, Ch. 10). Сходным образом феноменология ведет нас назад к субъективным переживаниям пациента, создавая базис для психиатрической этики, восполняя недостаток традиционных подходов (Matthews, 1995). Философская теория ценностей, прямо ведущая к пациент-центрированной практике, опирающейся на слаженно действующие мультидисциплинарные команды, представляет уравнивание оценочных положений (Fulford, 1995). Практическая важность этого показана, в частности, в исследовании по злоупотреблению психиатрией в бывшем Советском Союзе (Fulford et al., 1992).

Выводы. Мы обсудили в этой главе много вопросов. Основным предметом обсуждения на каждом из четырех уровней русской матрешки был философский базис психиатрической этики. На первом уровне (клиническая этика) мы установили, что этические проблемы в психиатрии, хотя формально и похожи на таковые в медицине вообще, но все же более сложны и более глубоко связаны с сущностью предмета. В частности, проблема недобровольного лечения является уникальной и сложнейшей этической проблемой в психиатрии. На втором уровне (биоэтика) мы исследовали этические аспекты психиатрии, применяя ресурсы традиционной биоэтики. Здесь мы смогли увидеть, что для понимания этих аспектов важно равновесие между принципами медицинского патернализма и самостоятельности пациента. Но на примере клинического случая мы увидели, что био-

этический подход не может помочь в понимании центральной роли психотических расстройств для недобровольного психиатрического лечения. Для решения этого вопроса мы обратились к третьему уровню (философии). Там на основе анализа нескольких клинических случаев мы дополнили традиционную описательную психопатологию философской теорией ценностей, феноменологией и философией мышления. Все это позволило подойти в итоге к наиболее глубокому — четвертому — уровню матрешки: к практике.

Психиатрия действительно бросает вызов. В биомедицинской модели, так же, как в биоэтике, психиатрия является чем-то неосновным, дополнительным. В рамках этой модели психиатрия есть дисциплина, идущая, иногда спотыкаясь при этом, вслед за опережающими бодрими шагами научной медицины. Приведенные здесь объяснения философского базиса психиатрической этики показали, что если психиатрия иногда и спотыкается, то происходит это потому, что она является гораздо более сложной и трудной дисциплиной, чем другие отрасли медицины. Мы сталкиваемся с вызовом, который бросает научной медицине проблема изучения мозга, образования гораздо более сложного, чем сердце или печень. Но, принимая этот вызов, мы должны опираться и на знание глубоких метафизических проблем общей философии.

Не успевая поспевать за семимильными шагами соматической медицины в естественнонаучной области, психиатрия все же находится в авангарде интеллектуального направления. Это обстоятельство меняет перспективу психиатрии, о которой я обещал поговорить в начале этой работы. Но перспективу не только для психиатрии. Проблемы, с которыми мы имеем дело в психиатрии, в действительности есть проблемы медицины в целом. Следовательно, психиатрию следует понимать как окно, как путь к практике высокого качества в общей медицине. Научно мыслящие доктора могут владеть чисто научными концепциями медицины, которые рассматривают пациентов в сущности лишь как телесные или психические машины. Но наши пациенты ни в коем случае таковыми не являются. Стало быть, следует восстановить пациента как личность, и это должно стать сущностью медицины. Пациент — это личность со своими ценностями, переживаниями и способностью к деятельности. Именно в этом вклад философии в основу этических стандартов в психиатрии и, следовательно, в основу этических стандартов медицины в целом.

Литература

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. — Washington: American Psychiatric Association, 1994).

2. *Austin J. L.* A plea for excuses. // Proceedings of the Aristotelian Society 57. 1956 – 1957. P. 1 – 30. Reprinted in The Philosophy of Action / A. R. White. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1968.
3. *Beauchamp T. L., Childress J. F.* Principles of biomedical ethics. 4th Edition. — Oxford: Oxford University Press, 1989.
4. *Bloch S. and Chodoff P.* Psychiatric ethics (second edition). — Oxford Univ. Press, 1991.
5. *Bolton D. and Hill J.* Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1996.
6. *Bracken P. J.* Beyond Liberation: Michel Foucault and the Notion of a Critical Psychiatry. // PPP. V. 2. pp. 1 – 14, 1995. (Commentary by Kendall, pp. 15 – 18)
7. CSAG. Report of the Clinical Standards Advisory Group on Schizophrenia (Volume 1). London: HMSO, 1995.
8. *Cutting J.* Principles of Psychopathology. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1997.
9. *Fulford K. W. M.* Moral Theory and Medical Practice. — Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1989 (reprinted 1995).
10. *Fulford K. W. M.* Philosophy and Medicine. The Oxford Connection. // Br. J. Psychiatry. V. 157. 1990. pp. 111 – 115.
11. *Fulford K. W. M.* Evaluative Delusions: their Significance for Philosophy and Psychiatry // Br. J. Psychiatry. Vol. 159. 1991. pp. 108 – 112. Suppl. 14. Delusions and Awareness of Reality.
12. *Fulford K. W. M.* Thought Insertion and Insight: Disease and Illness Paradigms of Psychotic Disorder // Phenomenology Language and Schizophrenia / M. Spitzer, F. Uehlein, M. A. Schwartz, and C. Mundt. — New York: Springer-Verlag, 1993. pp. 355 – 371.
13. *Fulford K. W. M. and Hope R. A.* Psychiatric Ethics: a Bioethical Ugly Duckling? // Principles of Health Care Ethics / R. Gillon and A. Lloyd. — John Wiley and Sons, 1993. Ch. 58.
14. *Fulford K. W. M.* The Concept of Disease // Psychiatric Ethics (Second Edition) / S. Bloch and P. Chodoff. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1991. Ch. 6.
15. *Fulford K. W. M., Smirnoff A. Y. U., Snow E.* Concept of Disease and the Abuse of Psychiatry in the USSR // Br. J. Psychiatry. Vol. 162. 1993. P. 801 – 810.
16. *Fulford K. W. M.* Value, Illness and Failure of Action: Framework for a Philosophical Psychopathology of Delusions // Philosophical Psychopathology / G. Graham and G. L. Stephens. — MIT Press, 1994. — Ch. 12.
17. *Fulford K. W. M.* Concept of disease and the meaning of patient-centred care // Essential practice in patient-centred care / K. W. M. Fulford, S. Ersser, and T. Hope. — Oxford: Blackwell Science, 1995. — Ch. 1.
18. *Fulford K. W. M. and Hope T.* Informed Consent in Psychiatry: Comparative Assessment of Section 5 of the National Reports — Control and Practical Experience, published as England and Wales // Informed Consent in Psychiatry: European Perspectives on Ethics, Law and Clinical Practice / H.-G. Koch, S. Reiter-Theil, and H. Helmchen. — Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996. — pp. 31 – 66.
19. *Fulford K. W. M.* “Completing Kraepelin’s psychopathology: insight, delusion and phenomenology of illness” // Insight and Psychosis / X. F. Amador and A. S. David. — New York – Oxford: Oxford Univ. Press, 1997. — Ch. 2.
20. *Fulford K. W. M.* Closet logics: hidden conceptual elements in DSM and ICD classifications of mental disorders // Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification / J. Z. Sadler, O. P. Wiggins, M. A. Schwartz. — Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1994. — Ch. 9.
21. *Gelder M. G., Gath D., and Mayou R.* The Oxford textbook of psychiatry. 2nd edition. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1989.
22. *Glover J. I.* The Philosophy and Psychology of Personal Identity. — London: The Penguin Group, 1988.
23. Philosophical Psychopathology / G. Graham and G. L. Stephens. — MIT Press, 1994.
24. Dictionary of Philosophy and Psychology. / R. Harre and D. Lamb — Blackwells, 1987.
25. *Jackson M. and Fulford K. W. M.* Spiritual Experience and Psychopathology // PPP. Vol. 4. 1997. pp. 41 – 66 (Commentaries by Littlewood R., Lu F. G., Sims A., and Storr, with Response by authors, pp. 67 – 90).
26. *James W.* The Varieties of Religious Experience. — New York: Longmans, 1902.
27. *Kavanagh S., Opit L., Knapp M., and Beecham J.* // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. Vol. 30. 1995. pp. 206 – 212.
28. *Lewis J. A.* On the psychopathology of insight. // Br. J. Med. Psychol. Vol. 14. 1934. pp. 332 – 348.
29. *Lishman A. W.* Personal Communication. — 1987.
30. *Matthew E.* Moralism or Therapist? Foucault and the Critique of Psychiatry // PPP. Vol. 2. 1995. pp. 19 – 30. (Commentaries by M. Heinze and J. Kovel, pp. 31 – 34).
31. *Hilpott M.* A Phenomenology of Dyslexia: The lived-body ambiguity, and the breakdown of expression. // PPP. in press.
32. *Sensky T., Hughes T., and Hirsh S.* Compulsory psychiatric treatment in the community. I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the mental health act; Special characteristics of patients treated and impact of treatment // Br. J. Psychiatry. Vol. 158. 1991. p. 792.
33. *Shepherd M.* Morbid Jealousy: Some Clinical and Social Aspects of a Psychiatric Syndrome // J. Mental Sci. Vol. 107. 1961. pp. 687 – 704.
34. *Spence S. A.* Free Will in the Light of Neuropsychiatry // PPP. Vol. 3. 1996. pp. 75 – 90 (Commentaries by C. Frith, B. Libet, and G. Lynn Stephens, with response by author, pp. 91 – 100).
35. *Szasz T. S.* The myth of mental illness // Am. Psychologist. Vol. 15. 1960. pp. 113 – 118.
36. *Szasz T. S.* Insanity: The Idea and its consequences. — New York: Wiley, 1987.
37. *Wilkes K. V.* Real People: Personal Identity Without Thought Experiments. — Oxford: Clarendon Press, 1988.
38. *Wing J. K.* Reasoning about Madness. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1978.
39. *Wing J. K., Cooper J. I., and Sartorius N.* Measurement and classification of psychiatric symptoms. — Cambridge Univ. Press, 1974.
40. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. — Geneva: World Health Organisation, 1992.

Приятная новость

Профессор, д. м. н. **Модест Михайлович Кабанов**, Президент Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии, директор Исследовательского и учебного центра ВОЗ, директор НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева **выдвинут** Редакционной и Консультативной коллегиями Международного биографического центра Кембриджа (Великобритания) на звание “**Международный человек года**” на 1997–1998 гг.

Каждый год коллегиями просматриваются десятки тысяч биографий, но только единицы выдвигаются кандидатами. Международный биографический фонд является одним из ведущих издательств биографических справочников в мире, выпуская более 20 наименований “Кто есть кто?” 125 отдельными изданиями.

НЕВРОЗОПОДОБНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Семинар ведет В. Г. Ротштейн (февраль 1998)

Настоящим семинаром делается первый важный шаг в сторону феноменологических разборов, то есть, работы с первичным больным, без представления врача-докладчика, с возрастающим значением квалификации клинической картины и отдельных психопатологических феноменов.

Представляется больной Е. Н., 1980 г. рожд., поступивший в ПБ № 3 пять дней назад.

Беседа с больным

В. Г. Ротштейн: Как Вас зовут? — *Егор.* — Меня зовут Владимир Григорьевич. Когда вы сюда попали? — *Попал неделю назад.* — Первый раз в жизни? — *В психиатрической, да.* — Вы еще в других больницах лежали? — *Да.* — А что с Вами случилось, почему Вы сюда попали? — *Год назад я заболел.* — В чем проявлялась Ваша болезнь? — *Проявлялась? Она у меня началась сразу, это был сердечный приступ.* — Опишите, пожалуйста, что это было. Что Вы чувствовали? — *Я сидел за столом, делал какие-то свои дела, и вдруг у меня чувство, что сильно в грудь ударили, дыхание сбилось.* — Это была боль? — *Нет, просто как бы перехватило дыхание, а дальше появилась боль в области сердца. Это продолжалось два дня. А затем у меня был еще один приступ в виде сильного озноба.* — Когда два дня сердце болело, Вы испугались? — *Конечно, сильно испугался.* — Врача вызывали? — *Нет, врача не вызывал, просто выпил успокаивающие лекарства. В общем-то они не помогли.* — А почему врача не вызвали? — *Не знаю, не стал. Это были выходные, можно было только скорую помощь вызвать. Но у меня сердце не настолько сильно болело, чтобы скорую вызывать. Просто неприятно было. Очень сильно давило, был очень испуган.* — Эти два дня лежал? — *Эти два дня не лежал, но через два дня у меня был приступ сильного озноба и слабости: лежу и меня всего трясет. Тогда уже вызвали скорую. Они приехали, измерили давление, сказали, что у меня вегетативно-сосудистый криз. Давление было повышено — 150/80. Мое нормальное 120. Сделали какие-то уколы, и с этого дня я уже лежал месяц. У меня было очень много неприятных ощущений: вставал с постели и у меня кружилась голова, была общая слабость, поднималась субфебрильная температура — 37,1 — 37,3, были боли по всему телу — живот, спина, неприятные ощущения.* — Поточнее, пожалуйста. Это были боли или неприятные ощущения? — *Это были боли, но не сильные, а как будто я долго неподвижно лежу и начинает ломать. И вот месяц я лежал. Как только встаю, у меня сразу слабость, звон в ушах, кружится голова, и я опять ложусь. Просто сил нет. В течение этого месяца у меня сильно прыгало давление, оно могла быть 80/50, а могло быть 140/80. А дальше я попал в 1-й мед. институт.* — С этим состоянием? — *Да. Сначала там предполагали, что у меня какое-то заболевание внутренних органов. Попал в гастроэнтерологию, там меня полностью обследо-*

вали и сказали, что я здоров. Дословно сказали так: "Надо смотреть голову. Ищите специалистов психиатров и психотерапевтов". Я выписался и какое-то время чувствовал себя неплохо, но учиться все равно не мог. Пришлось взять академический отпуск. — Егор, а Вас там чем-нибудь лечили или только обследовали? — *Чуть-чуть полечили. Мне поставили "ипохондрический синдром депрессивный", и япил сонопакс и реланиум, а на ночь укол реланиума делали. Но в общем безрезультатно. Я там полежал три недели, а выписался, и все лечение прекратилось.* — А когда Вам давали сонопакс и реланиум, это чем-нибудь помогало? — *Просто спал лучше. Чувствовал, что я хожу заторможенным, у меня пропала реакция.* — Как побочное действие? — *Да.* — И что же было, когда Вы выписались? — *Февраль и весну я провел дома. Через знакомых пытался найти каких-то врачей. Лечился у китайских врачей иглоукалыванием, но ничего не помогло. Летом в июне месяце я лег в вегетологию 3-ей больницы — клиника им. Вейна называется. Там меня полностью обследовали и оставили диагноз "депрессивно-ипохондрический синдром". На ЭЭГ у меня было, как они написали, снижение судорожной готовности. Все остальные анализы были в норме, за исключением пролактиновых. Пролактин был 30, сказали что норма до 6. Когда сделали повторно, пролактин был в норме. И больше никаких отклонений у меня не было.* — А чувствовал себя по-прежнему плохо? — *Чувствовал себя по-прежнему плохо. Я пролечился месяц и в момент выписки чувствовал себя хорошо. Лечение мне помогло: таблетки или занятия с психологом, но что-то помогло. Выписался и неделю чувствовал себя отлично.* — Это когда было? — *Это летом было, в июне.* — А заболел в январе? — *Да, а потом через неделю стали возвращаться эти неприятные ощущения. Началось с того, что я стал плохо метро переносить. Спускаюсь в метро, мне плохо. Просто непереносимость метро.* — А что плохо? — *Не знаю. Я иду в метро, и мне становится плохо, у меня сразу пот, слабость, головокружение, чувство потери сознания, страх появляется. Потом дальше, дальше, и вернулось все, как было.* — Все эти ощущения? — *Сердце стало меньше беспокоить. Сейчас оно у меня не болит, просто высокий пульс, тахикардия. Когда выписался, опять был дома. Уже не лечился, просто жил. Сейчас, когда мне опять стало хуже, попал сюда — А когда стало хуже? — Как раз две недели назад, в воскресенье.* — В общем картина понятная. Теперь, пожалуйста, подробности. Давайте начнем с того, что сейчас Вас беспокоит. — *Сейчас меня больше всего беспокоит боль в мышцах, слабость в мышцах, дрожание. При малейшей физической нагрузке у меня начинают дрожать мышцы. Потом головокружение и даже не столько головокружение, сколько чувство покачивания, раскачивания, неустойчивость какая-то. Глаза очень плохо видят, то есть резко ухудшилось зрение. Зрачки расширены постоянно.* — Зрачки расширены или ухудшилось зрение? — *И то, и то.* — Зрачки расширены — это Вы в зеркале видите. А как Вы

чувствуете, что ухудшилось зрение? — Просто хуже стал видеть. — Вдаль или вблизи? — Вблизи. Мне стало тяжело читать, причем только на один глаз, правый. Левым как было, так и осталось. — Еще что? — Небольшие проблемы с кишечником, иногда бывают поносы, вздутия. Боли в голове иногда бывают, головокружения — Со сном как? — Со сном плохо. Когда несколько дней получше себя чувствую, я сплю нормально. А когда чувствую себя хуже, то днем вообще не могу спать. Только закрываю глаза, у меня пульс поднимается, по всему телу сердце отдается. Какое-то возбуждение и спать днем не могу. — Днем начинаются неприятные ощущения, и Вы не можете заснуть? — Да. — А как с ночным сном? — Когда время подходит — часов в одиннадцать — я засыпаю нормально, но ночью, где-то с 4-х часов у меня начинается бессонница и такие вот неприятные ощущения. — Вы просыпаетесь? — Да. — И больше не можете заснуть? — Я могу заснуть, но сон какой-то поверхностный, как в полудреме. При этом пульс повышается, мышцы начинают вздрагивать. Знаете, когда человек начинает засыпать и вдруг резко вздрагивает. Это постоянно, буквально через каждую минуту. Только глаза закрою и вздрагиваю. И в то же время эти кошмары, не то сны... — Что-нибудь устрашающее снится? — Нет, снится просто всякая ерунда. — И Вы просыпаетесь? — Да, то есть, я открыл глаза, поднял голову, и у меня все исчезло. Закрываю глаза, ложусь, и опять все это начинается. — А с аппетитом как? — С аппетитом плохо. Аппетита нет, и вес сейчас падает. — Сильно падает? — Прилично. Сейчас я вешу 69 килограмм, а должно быть больше. Рост 180 см. — Вы сильно похудели за это время? — Я всегда был худой, но похудел. — А настроение как? — Настроение, конечно, плохое — Плохо из-за того, что Вы чувствуете себя больным или вообще какой-то кислый фон? — Нет, чувствую себя больным, начинаю анализировать, думать, что ждет впереди. Мрачные мысли о будущем. Начинаю думать: а если никто не поможет, а если не вылечусь, что тогда? Очень неприятное чувство от того, что я на год просто выпал из жизни. Я ведь практически ни с кем не общаюсь, сижу дома. Мне звонят, приглашают куда-нибудь пойти, а я не могу. — Почему? — Потому, что плохо себя чувствую. Транспорт не переносю, из-за этого. — А к Вам кто-нибудь приходит? — Самые близкие друзья приходят, но их не так много, меньше стало. — А Вы большей частью время дома проводите? — Большой частью дома. Бывает выхожу гулять, но без энтузиазма, меня мама заставляет. Я пойду в магазин схожу. — Скажите, Егор, а за этот год, было что-нибудь такое, чтобы Вам доставило удовольствие? Мороженое, погода, девушка красивая — чтобы, “ой, как хорошо!”. — У меня это было, когда я хорошо себя чувствовал, когда из больницы выписался. — А когда плохо, такого нет? — Нет. Когда меня выписали, я был удивлен, что все прошло, а у меня через неделю то же самое. — Вы можете сказать, в какое время дня Вы чувствуете себя хуже, а в какое лучше, или это все равно? — Вообще-то у меня постоянно меняется, но последние месяца два у меня так: с утра встаю нормально, часам к трем-четырем хуже, а вечером опять нормально. — Какой-то провал в середине дня? — Да, в три — пять часов. Я это связываю с тем, что я один дома сижу. Родители приходят вечером в 6 — 7 часов, начинается сразу общение. А когда один, то плохо. — Скажите, пожалуйста, а что Вы делаете, когда сидите целый день дома? — У меня сейчас пропал интерес и к музыке, и к телевизору, Просто слоняюсь, хожу, смотрю в окно, что-нибудь делаю. — Скука же смертная? — Да. — И ничего не хочется? — Не хочется, апатия какая-то. — И лежать не хочется? — Лежать хочется, но я знаю, что если я лягу, то будет еще

хуже. Поэтому стараюсь поактивнее себя вести. — Вы сказали, что у Вас сейчас боли в мышцах. В каких именно мышцах, во всех? — В принципе во всех, но больше в мышцах ног, больно икроножные мышцы. — И бедра? — Да. — Это боль или неприятные ощущения? — Это боль, боль, как бывает при простуде. Ломает спину. Не только в мышцах, но еще и в суставах, колени, локти тоже. И дрожание мышц. Бывает расслаблюсь, сижу и какая-то мышца начинает так вот... (показывает) — Дергается? — Да. — А внутри тела? Сейчас сердце не болит? — Сейчас нет. — Значит тогда два дня поболело и все? — После этого еще болело до вегетологии, потом попил лекарство, и почему-то перестало. А все остальное осталось. Сердце стало лучше. Сейчас меня беспокоит только пульс. — А эти состояния, из-за которых Вы транспорт не переносите, возникают каждый раз, когда Вы пытаетесь поехать куда-нибудь? — Да. — Стоит Вам сесть в трамвай? — Нет, трамвай и троллейбус нормально, а вот метро я вообще не могу пользоваться. — Сразу пот и...? — И при этом можно подумать, что замкнутое пространство. Но в лифте ничего нет, абсолютно. Еще я себя плохо почувствовал, когда попал на рынок. Большой рынок, узкие проходы. Много народа, и тогда я тоже почувствовал себя плохо. — Плохое самочувствие также как в метро проявлялось? — Да. — Ощущение, что сейчас станет дурно? — Да, хочется скорее выйти. — Вы еще сказали, что в это время бывает какой-то страх — Да, страх. — Страх чего? — Даже и не знаю. Мне все говорят, что от такого не умирают. — А что в голове? Мысли, что умру сейчас? — Нет, что умру нет. — А что же? — Просто, что делать? Что умру, мыслей нет. Я знаю, что от этих приступов не умирают. — Но все же, хочется понять. Вот Вам стало плохо в метро или на рынке. Чего Вы боитесь? Что Вы упадете? — Что я упаду, не боюсь. Просто мне становится плохо. — Значит, конкретного страха — боюсь, что умру — нет. — Нет. — Что упаду, тоже нет? — Нет. Просто плохо и хочется скорее дойти до дома. — Сколько Вам лет? — Восемнадцать — Вы раньше были совсем здоровым человеком? — Нет, проблемы со здоровьем у меня начались со старших классов, и начиналось все именно с кишечника. — Со старших классов, это когда? — Седьмой — восьмой класс — Седьмой — восьмой? Значит Вам было лет пятнадцать? — Поменьше, лет четырнадцать. — Что тогда случилось с Вашим кишечником? — Не знаю, просто он начал у меня болеть. Поносы чередовались с запорами, вздутия, боли, рези — вот такие вещи. И это было постоянно до 11 класса. Чем дальше, тем они становились сильнее. — Чем дальше, тем сильнее? Или то начиналось, то проходило? — Нет, с восьмого по одиннадцатый класс все ухудшалось. В девятом классе я даже был на домашнем обучении, то есть, на заочном. — Вы не могли ходить в школу из-за этого? — Я ходил, но занимался не со всеми. — А почему? Поносы, запоры, но почему нельзя было нормально ходить в школу? — Не знаю, просто я комплексовал. — Объясните, пожалуйста. Что значит комплексовал? Думал, что это как-то видно? — Да, думал, что это как-то видно, что это как-то меня выделяет. Вот в старших классах сидим, а мне надо выйти в туалет. — Ну и вышел бы — Мне не по себе сразу. Я сразу начинаю думать, что все надо мной смеются, думают. — Вам казалось, что этого нельзя скрыть? — Да и поэтому я занимался один. Но экзамены сдавал в школе полностью и официально. — Нормально? — Да, сдал нормально экзамены и сдал вступительные экзамены в институт автомеханический. Это было в мае месяце. — Потом Вы начали учиться, а в январе уже вынуждены были взять академический отпуск? — Я отучился

полгода, с сентября по декабрь, а потом слег, заболел и пришлось взять академический отпуск. — Егор, а как же Вы ходили в институт с Вашим кишечником? — Я не знаю, что случилось, но в институт я ходил просто отлично, я сам даже не ожидал. Я в мае сдал экзамены и с ужасом думал, что будет. А когда пошел в первый раз, все было нормально. Второй раз — тоже все нормально. И дальше все было отлично, полгода отучился отлично, а потом опять начались проблемы. — А раньше, когда Вы стеснялись ходить в школу вместе со всеми, чего Вы опасались? Что все знают, что у Вас с животом неприятности? Или того, что Вам надо слишком часто в туалет выходить? Или боялись, что газы не удержите? — Да, такое было. — И это началось в четырнадцать лет? — Да, в детстве раннем тоже были проблемы с кишечником, но не такие. Болел живот, ставили дискинезию, но это было не так сильно. Раз в месяц поболит, когда в сад ходил или в школе в начальных классах. — А когда Вы пошли в институт и оказалось, что с животом все прекрасно, у Вас настроение повысилось? — Настроение повысилось, но вместе с тем я думал: “А вдруг у меня все опять вернется? Как же так, почему?” — Вдруг я и так нормально себя чувствую? — Да. То есть, я думаю, что этими мыслями я как бы запрограммировался — Но с животом не началось? — Началось с сердцем, а живот тоже подключился. Не так сильно, но подключился. А вначале все-таки с сердцем. — Теперь мы еще раз сделаем такую инвентаризацию Ваших жалоб. То, что есть сейчас. Первое — боль в мышцах и мышечные подергивания? — Да. — Второе — слабость и головокружения? — Да, даже не столько головокружения, сколько покачивания. — Ощущение неустойчивости? — Да. — Третье — проблемы со сном? — Да. — Проблемы с животом? — Да. — С потливостью? — Также есть. Меня часто знобит, часто жарко становится. — Вегетативные расстройства? — Да, больше озноб. — Что-нибудь я забыл? — Еще такая проблема: волосы стали выпадать сейчас. — И с глазами. Проблемы со зрением, и волосы стали выпадать. — Да, может это недостаток витаминов, но скорее тоже нервное. — И еще настроение плохое? — Да. — А что Вы сами обо всем этом думаете? — Мое мнение, что у меня была простуда или осложнение после гриппа, действовало на сердце или на что-то еще, и я испугался, ушел в болезнь. А дальше этот испуг вырос и превратился в то, что я имею сейчас. — Это какой-то невроз получается? — Да. — И у меня сейчас еще боязнь сойти с ума. — Есть опасения сойти с ума? — Да, особенно когда сюда попал. — Вдруг приходит в голову, как бы мне с ума не сойти, или это, когда Вы скверно себя чувствуете, или когда кошмары? Что это провоцирует? — Я не знаю, я начинаю хуже себя чувствовать, появляется чувство потери сознания, нереальности, и я начинаю думать, что у меня уже крыша едет. — А что значит ощущение нереальности? — Это выглядит, как слабость, пленка перед глазами. Если я хочу посмотреть на предмет, мне надо сконцентрироваться. Например, я говорю с человеком, и мне надо сильно напрягаться, я его как бы не воспринимаю. Стою, смотрю, как будто такая дымка над костром. Не дымка, а воздух дрожит. — Это чисто физическое ощущение? Нет ощущения, что сама реальность несколько теряет, утрачивает свою плотность? — Если есть, то очень немного, наверное, от страха, но чтобы это было выражено — нет. — Откуда Вы терминов нахватались? Читали? — Я столько врачей объездил, нахватался. — А здесь в больнице, чем Вы заняты целый день? — В первые дни ничем, адаптировался, а сейчас у меня такая программа, что я все время занят. У меня и гимнастика, и стараюсь что-то помочь, и снег убираю. Занятия есть. — Снег убирать тяжело? — Тяжело. Я

год ничем не занимался. У меня мышцы все ослабли. — Приятно, что Вы выходите на улицу, что-то там делаете? — Как Вам сказать? Конечно, настроение чуть улучшается. Но потом прихожу, и опять все возвращается. — Чем Вас лечат? — Паксил, amitриптилин, эглонил. Эглонил сейчас сняли и вместо него ввели стелазин. — Какая-нибудь психотерапия? — С психологом занимаюсь. — Дома у Вас кто-нибудь болел какими-нибудь неврозами? — Абсолютно нет. Чем угодно болели, только не этим. С психикой абсолютно ничего не было. — Вы один сын? — Нет, у меня есть сестра, шести лет. — Дома Вы живете дружно? — Нормально.

Вопросы врачей к больному

— Когда Вы пытаетесь сосредоточиться, Вам это удается? — Если я поставлю себе цель сосредоточиться, я что-то делаю, но потом начинаю замечать, что мои мысли уже ушли куда-то в сторону, и я начинаю думать о своей болезни. Останавливаю, ловлю себя на этом, опять продолжаю, допустим, читать текст и опять у меня постепенно возвращаются мысли о болезни.

— А как Вы сдавали экзамены? — Экзамены я сдавал, когда у меня еще этого не было. Это началось позже. — Но Вы сказали, что это началось еще в школе — Нет, в школе у меня были проблемы исключительно с кишечником. С головой и со всем остальным проблем не было. Они начались в январе, когда я уже сдал экзамены и выпускные, и вступительные.

— Вы замечаете, что отвлекаетесь на мысли о болезни, или у Вас просто путаются мысли? — Они у меня постепенно как бы перетекают. Я стараюсь думать о том, что в книге. Потом постепенно уже не воспринимаю то, что в книге, и мысли перетекли в мысли о болезни. Мысли, связанные с болезнью: где лечиться, что делать, как дальше будет, поиски выхода. — Вы верите, что Вы поправитесь? — Честно говоря, уже с трудом. Я уже столько всего попробовал. Столько было врачей, и никто не помог, и я уже разочаровался. — А какие-нибудь нетрадиционные методы лечения Вы пробовали? — Да, много всяких экстрасенсов, целителей... — Помогало? — Нет. — Никогда? — Никогда. — Может йогой занимались? — Нет, но я лечился у китайских врачей. У них полынные сигары и палочки. Но это тоже не помогло. Месяц они надо мной билась, а потом сказали: “Не знаем, что у него”.

— Вы рассказывали, что в школе Вы опасались, что о Вас плохо будут думать, что упустите газы. Вы никогда не замечали, что от Вас действительно плохо пахнет? — Нет. — В зеркало на себя часто смотрели? — Раньше часто, сейчас это переросло в проблему. Видимо, у меня психика сдвинулась. Я сейчас от зеркала не отхожу. Начинаю смотреть, как я сегодня выгляжу, лучше или хуже, начинаю искать какие-то симптомы на лице. Есть ли под глазами синяки, зрачки расширены или нет, постоянно кручусь у зеркала. — А когда выходите на улицу, Вы не замечаете, что все тоже видят, что Вы сегодня какой-то не такой? — Немного есть. Кажется, что на меня все смотрят, хотя я знаю, что на меня никто не смотрит, но все равно есть такое чувство. — И поэтому Вы стараетесь как-то скрыться, спрятаться? — В общем, да. Мне кажется, что у меня с одеждой что-то не в порядке, я постоянно осматриваюсь. — Свою жизнь анализируете? — Нет. — Никогда? — Никогда. Единственное, у меня есть чувство вины перед родителями за то, что я их мучаю своей болезнью. — Причины Вы не находите? — Я не нахожу. Никакого стресса нет, постепенно. — Никогда не было

такого ощущения, что все тело меняется: руки, ноги, голова меняется? — Нет.

— Чем Вас лечили в клинике Вейна? — Там меня лечили антидепрессантами: коаксил, лудиабил, этаперазин, атаракс. Я уже сейчас всего и не вспомню, очень много. — А дома Вы лечение продолжали? — Продолжал. Еще месяц дома продолжал все это пить, хотя мне опять стало плохо. И только когда понял, что таблетки не помогают, бросил. — После лечения было лучше? — После клиники Вейна — нет. Я еще хотел сказать, что за месяц до госпитализации я был в своей районной поликлинике у невропатолога, и он назначил мне курс лечения: церебролизин, витамины В₁ и В₆, фенибут. Я это все сделал, и никаких результатов.

— Как Вы восприняли рождение сестренки? Какие у Вас сейчас отношения? — Абсолютно нормально. Не было никакого чувства ревности, все было воспринято абсолютно нормально. Отношения, как когда. Она нервная, у нее такие же проблемы, как у меня. У нее родовая травма. Она на учете у невропатолога. Но в общем она ходит в детский сад. — Как Вы с ней общаетесь? — Честно говоря, надо больше, я мало ей внимания уделяю, она больше с мамой. У нас очень большая разница. С сестрой формальные отношения, я не могу сказать, что очень к ней привязан, что постоянно занимаюсь с ней. — Вам неинтересно с ней? — Нет.

— Проблемы с кишечником у Вас с четырнадцати лет, но только в 16–17 это приобрело такую форму, что Вы были вынуждены перейти на индивидуальное обучение. А до этого? В 10–13 лет какое было у Вас состояние, как Вы общались? — Все было нормально, настроение было нормальное. В школу я не любил ходить, ходил потому, что это обязанность. Гулял мало, сидел дома один. Конечно у меня были друзья, но у всех обычно больше. У меня мало. Я замкнутый человек. — С чем это связано? — Я не знаю. — Вам хотелось иметь друзей? — Хотелось, но как-то не получалось. Мне очень тяжело дается общение, знакомство и общение. — Вас это не очень тяготило? — В общем-то нет. Когда я чувствовал себя нормально, это меня не тяготило. Мне не обязательно нужны были друзья. Я мог посмотреть телевизор, что-нибудь поделать. Мне это как бы заменяло друзей.

— Вы себя хорошо чувствовали, сдали экзамены. Вы еще когда-нибудь припоминаете у себя такое настроение за последние годы? — За последние годы нет. — С четырнадцати лет не было такого состояния? — Нет, не было, а до четырнадцати лет было. — Это был особый период Вашей жизни? Особый период радости, благополучия? — Да, я не знаю, почему так получилось, что у меня был нормальный период, но он был самый лучший. — Он был нормальный для Вас, или он был более приподнятый, более активный чем обычно? — Все-таки более приподнятый. Я студент, первый курс...

— Уточните, пожалуйста, что Вам помешало посещать школу в 9–10 классе? Усилившиеся боли в животе и Ваши переживания по этому поводу или изменившееся отношение к Вам? — Во-первых, боли в животе, — они усилились. И потом отношение. Оно, может быть, даже не изменилось, но мне казалось, что изменилось. — А как это выражалось? Вы чувствовали, что на Вас как-то не так смотрят, говорят, намекают? — Никто не намекал, не говорил, но все равно я это чувствовал. — На уровне ощущений? — Да.

— Вы сказали, что когда Вы дома днем один, Вы ходите. Если ляжете, то будет хуже. Опишите более подробно это состояние. Изменились ли Вы эмоционально? Ваше отношение к родным и близким? Это безразличие ко всему?

— Да, это у меня состояние апатии. Я знаю, как его описать. Я встаю утром, и мне не хочется идти завтрак себе готовить. Я лучше голодным буду. Дальше думаю пойти посмотреть телевизор и думаю: да что, там ничего интересного, — и не иду. Это даже не апатия, а скорее лень. Хочу послушать музыку. Только захотел, как интерес сразу пропадает. И не хочется куда-то идти, музыку включать. И вот так целый день слоняюсь из комнаты в комнату, в окошко смотрю, еще что-то делаю. — А бывает так, что одновременно и хочется и не хочется чего-то. И одновременно противоположные чувства? — Бывает. — Поподробнее расскажите. — Вроде мне захотелось что-то сделать, допустим, посмотреть какое-то кино интересное. Я иду, включаю, смотрю 10 минут, и интерес пропадает. — То есть возникает какое-то желание, а потом быстро пропадает интерес и нельзя довести это до конца? — Да.

— Какие планы на будущее? Выйдете из больницы, и что дальше? — Планы на будущее зависят от того, как я выйду из больницы. Если я выйду здоровым человеком, то естественно буду продолжать учиться. Сейчас я в институте, у меня академический отпуск, то есть я студент.

— У Вас не бывало ощущения, что не хватает каких-то теплых чувств? Когда отношения с близкими строятся так, как это должно быть, потому, что это долг, а ощущений не хватает? — Я не знаю, как ответить на этот вопрос. Я люблю своих родителей, но я боюсь выразить, показать это. — Теплое отношение не исчезает? — Нет, но когда меня здесь мама навещает, то у меня первое чувство — раздражение. Не знаю, почему.

— Как насчет друзей девочек? В школе Вы с кем-нибудь дружили? — В школе нет. — А сейчас? — В институте я был на таком факультете — автомобили — что девочек там не было ни одной. И вообще с женским полом проблемы. — Хотелось бы познакомиться с хорошей девушкой? — Безусловно да. Может быть, это даже помогло бы мне из депрессии выйти. — А Вы любите мечтать? — Да, я сижу или лежу и начинаю представлять себя в будущем, что у меня все хорошо, хорошая машина, куда-нибудь еду. Вот такие фантазии нереальные. — Почему нереальные? — На данный момент нереальные.

— Начало заболевания когда, как Вы считаете? — Я считаю, что сильно заболел год назад. — В детстве, в 6–7–8 лет были периоды, когда начинали плохо спать, видели страшные, неприятные сновидения, один и тот же сон? — Бывало снятся кошмары, буквально несколько дней одно и то же. — В каком возрасте? — Это было всегда, насколько я себя помню. Неприятные сны, кто-то убивал, резал. — И такой сон мог повторяться несколько раз? — Да, потом исчезает. У меня бывают сны, которые управляемы, когда я знаю, что это сон. Но это бывает редко. Допустим сон, что за мной кто-то гонится, хочет зарезать. Я подхожу к окошку и выбрасываюсь, разбиваюсь и просыпаюсь. — Знаете, что во сне это безопасно? — Да.

— Как Вы относитесь к мистике? Вас это интересует? — Мистика нет, но я серьезно знаком с экстрасенсами, с этими силами. — С какими силами? — С высшими силами, с которыми экстрасенсы работают. Я верующий человек, я во все это верю. Все целители, во всяком случае, у которых я был, работают с иконами, с крестами, со святой водой. Это все связано, все едино на мой взгляд. — Вы верующий человек? — Да. — Это получилось потому, что Вы выросли в семье верующих, или Вы пришли к этому сами? — Сам. Папа у меня атеист, а с мамой мы в одно время пришли. Она тоже начала интересоваться экстрасенсами, всеми этими вещами и постепенно пришла. И я заинтересовался, и у меня это тоже само пришло. — Когда Вы стали этим интересоваться? — Лет в пятнадцать.

— Были какие-нибудь философские размышления в подростковом возрасте? — *Таких не было. Были мысли: неужели людям трудно, чтобы не было войны? Зачем это людям надо? Или наркоманы... Такие вот мысли.* — Когда Вы об этом думали, представляли себе, что принимаете в этом активное участие и что Вы как бы все это держите? — *Да нет.*

— В Вашем раннем детстве все было гладко? Не было ничего из ряда вон выходящего? — *Все нормально было. У меня не было никаких неприятных моментов, никаких травм, которые запомнились. Никогда ни с кем не дрался, в экстремальной ситуации никогда не был.* — Сомневался в чем-либо в детстве? Был сомневающийся или уверенный? — *Сомневался. Я и сейчас такой. У меня уверенности в себе нет никакой, ни грамма.* — И никогда не было? — *Не было, также как заниженная самооценка.* — В детский сад ходили? — *Да, ходил.* — Вас там дразнили, обижали? — *Нет, никогда. Я, наверное, такой человек. Не бил и не дразнили никогда. Не знаю почему, но ко мне относятся... ну не с уважением, но никто никогда меня не дразнил и не бил.* — Вы с кем дружили, с малышами или со сверстниками? — *Со сверстниками.*

В. Г. Ротштейн: Спасибо, Егор. Мы сейчас все это обсудим. Но у меня такое впечатление, что у Вас хороший прогноз. Несмотря на все горести, очень тяжелые горести в 18 лет, Вы держитесь молодцом. Вы очень правильно ко всему относитесь и, на нашем жаргоне, Вы критичны. Поэтому я думаю, что у Вас все будет хорошо, у Вас хороший шанс. Может быть не так быстро, как хотелось бы, но Ваша мечта о хорошем автомобиле, на котором Вы куда-то едете, осуществится. Я Вам этого очень желаю. — *Спасибо. До свидания.*

В. Г. Ротштейн: Давайте разделим нашу дискуссию на два этапа. Первый этап — обсуждение симптоматики, а второй — нозологии. Я предлагаю начать с обсуждения симптоматики, которая есть у нашего пациента.

А. Ю. Магалиф: Статус сложный, но если его квалифицировать единой фразой, то это статус ипохондрический. Он складывается из множества ощущений. Считать их сенестопатиями или нет? Сенестопатии это все-таки нечто блуждающее, неопределенное, расплывчатое. Он четко говорит, что у него покалывание в мышцах, боли в сердце, что-то в кишечнике. Больной с реальной патологией скажет Вам: “У меня боли в сердце”, — и опишет эту боль, определит радиацию, типичную для данной патологии, и т.д. Здесь не так. К обманам восприятия данный ипохондрический статус тоже нельзя отнести, поскольку нет висцеральных галлюцинаций. Он не говорит, что дырка у него в желудке, и что-то переливается. В его ощущениях нет вычурности. Он описывает свои жалобы обычно. Такие жалобы часто встречаются в клинике. Расстройств мышления мы не наблюдаем. Отвечает быстро, быстро схватывает. Конечно, у него, существует определенная тренированность в общении с врачами, но тем не менее он очень живо на все реагирует. Хотелось бы посмотреть его экспериментально, но клинически выявить у него расстройства мышления не удастся. Эмоциональный статус: живой, доступный, теплый, вежливый, корректный, воспитанный, нет никакой формальности.

О родителях говорит очень заинтересовано, тепло. На вопрос, есть ли у него какие-то ошибки в жизни, отвечает, что поставил родителей в тяжелое положение, и это его огорчает. Теперь аффективные расстройства. Они есть, но необычные, в основном это вербальные жалобы. Мы не видим перед собой депрессивного больного, угнетенного, мрачного, с брадикинезией, брадифренией. Напрашивается такой термин — депрессия без депрессии. Жалобы явно депрессивные, а внешне вроде бы ничего нет. Когда он говорил о своих депрессивных расстройствах, это всегда был ответ на целенаправленные вопросы. “Какое у вас настроение?” — “Настроение у меня плохое.” Сам он активно жалоб на настроение не высказывает. Безусловно есть апатический радикал. Нет тоски, нет подавленности, это именно апатия: не хочется то, не хочется это. Есть элементы амбивалентности. Какой? Процессуальной или аффективной? Я думаю, что скорее аффективной. Он начинает что-то делать и тут же бросает. Кажется, что все будет хорошо, и тут же надоедает. Включает телевизор и тут же выключает. Ангедония, вроде бы, тоже есть, и в то же время хочется с девушкой познакомиться и кажется, что это ему поможет. Если посмотреть на развитие его синдрома, просматривается неуклонное нарастание симптоматики. Важно, что у него имеются идеи отношения депрессивного регистра. Присутствует симптом зеркала. В подростковом возрасте были дисморфофобия и дисморфомания. Все это было не очень бурно, но явно отложилось на его жизненной кривой, поскольку он ушел из школы, сдавал экстерном и т.д. Потом вдруг короткая ремиссия. Все исчезло, а затем все опятьросло и гораздо более бурно.

О. Э. Шумейко: Я хочу добавить, что в статусе имеются определенные обсессивно-фобические нарушения, связанные с его поездками в транспорте и т.д., некоторая тревожность, дереализационные расстройства. Он говорил о дымке, колебаниях воздуха — определенные затруднения в восприятии окружающего. И у меня сложилось впечатление, что его апатия скорее вербальная, а больше выражена доля астении. В беседе проскальзывало, что устал, сил мало. Я согласен, что его ощущения не похожи на сенестопатии, они не вычурны, но он застревает на них, прислушивается. Может быть это уровень сверхценности отмечаемых расстройств, которые как бы переплетаются с фобическими нарушениями.

В. Г. Ротштейн: Все-таки есть у него сенестопатии или нет? Если нет, то что это такое?

А. Ю. Магалиф: Это могут быть вегетативные расстройства.

В. Г. Ротштейн: Вегетативные расстройства — это головокружение, потливость, урчание в животе, вздутие и т.д. А что такое боли в мышцах? Что такое эта боль в сердце, которая у него была? Мы сейчас говорим не о вегетативных расстройствах, а о тех физических ощущениях, на которые он жаловался. Они не вычурные, не причудливые, их можно описать нормальными человеческими словами. Все это так, но альтернатива у нас очень скудная — это

либо сенестопатии, т.е. ощущения, которые не имеют под собой соматической основы, либо физические ощущения, имеющие под собой реальную физическую основу. Ничего другого нет, и надо решить, что это такое. Или соматологи не разобрались, или это сенестопатии.

А. Ю. Магалиф: Но ведь может быть и то, и другое. У него присутствуют и вегетативные расстройства, и соматоформные.

В. Г. Ротштейн: Соматоформные расстройства предполагают наличие сенестопатий, и по МКБ-10 это вообще нозологический диагноз. Конечно, у него есть соматоформные расстройства.

И. С. Павлов: Когда мы смотрим больного, то должны задаться вопросом: а что ему мешает жить и учиться? Мы беседуем, и формально как будто все в норме, но он нежизнеспособен. Мы должны увидеть в его статусе, что ему мешает: только лишь эти неприятные ощущения, о которых он говорит, или что-то другое. У меня напрашивается вывод, что это сенесто-ипохондрическая форма. Консторум, Окунева, Барзак описали такие формы, и мы на кафедре в 12 ПБ часто сталкиваемся с такими больными. У него есть приступы, но он не воспринимает их, как угрозу для жизни. Он уверен, что от этого не умирают. При сенестопатиях ощущения не обязательно вычурные, но это какая-то неестественность — как будто бы “щиплет за сердце”, как будто бы “прищепку на сердце защемили”, ощущения ненастоящей боли. Его ощущения неестественны для соматического оправдания, они ближе к сенестопатиям. Но он не настолько загружен своими ощущениями, чтобы это мешало ему учиться. Ему мешает другое: нарастание апатоабулических расстройств, эмоциональной расщепленности. Это сложно увидеть в статусе больного, он мобилизуется в ситуации. Но как он ведет себя в реальной жизни? Он молодой парень, а никуда не идет, сидит дома. Что ему мешает? Расстройства настроения или что-то большее? Снижение настроения есть, но я не уверен, что депрессия здесь первичная, базисная. Я думаю, что здесь сенесто-ипохондрический синдром, но нарастает и негативная симптоматика, и именно она не дает ему полноценно трудиться и работать.

А. А. Магалиф: Когда мы имеем дело с депрессией, то говорим о том, что больной эмоционально очень тяжело переживает свое состояние. У меня было ощущение, что он говорит на очень формальном уровне. Он привык обсуждать эту проблему, как бы живет в этом состоянии, и это становится смыслом его жизни. Все его рассуждения очень рациональны и формальны. Никакой теплоты я не почувствовал.

В. Г. Ротштейн: Попробуем коротко резюмировать, что у нас получилось, и перейдем к обсуждению нозологических проблем. Статус больного определяется некими ощущениями, в отношении которых мы не решили окончательно, сенестопатии это или нет. Я думаю, что это все-таки сенестопатии. Определение сенестопатий не включает в себя обязательного требования таких признаков как вычурность и необыч-

ность ощущений. Сенестопатии — это неприятные ощущения, объективно не связанные с соматическим субстратом. Если принять это определение, то мы, конечно, можем сказать, что у больного имеются сенестопатии. Интересна проблема ипохондрии у этого больного. Вообще сенестопатические расстройства не могут быть без ипохондрии, и есть больные, у которых ипохондрическая идея (бредовая или сверхценная) является доминирующим расстройством и стоит на первом плане. У этого пациента наоборот. Ипохондрической идеи как таковой у него нет. Конечно, он больной, поскольку он так плохо себя чувствует, у него столько неприятных ощущений. Но на вопрос, чем собственно он болен, он ответил, что испугался и ушел в болезнь, что у него невроз. Тут нет мыслей о раке, сифилисе или туберкулезе, или каком-то неизвестном заболевании, которое выявлено впервые. МКБ-10 очень четко разделяет соматоформные расстройства на преимущественно сенестопатические и преимущественно ипохондрические. Различие у них не только в том, что при ипохондрическом расстройстве имеется центральная ипохондрическая идея, но и в том, что при ипохондрии по МКБ-10 патологические ощущения очень скудны и касаются одного-двух органов или систем, о которых больной и говорит. При сенестопатическом расстройстве, наоборот, много сенестопатий, которые касаются почти всех органов и систем, но нет доминирующей ипохондрической идеи. Последняя особенность у нашего пациента очевидна. Мне хотелось бы отметить еще некоторые особенности на уровне описания симптоматики. Это достаточно редуцированные, но тем не менее вполне отчетливые панические реакции. Ощущение, что сейчас что-то случится в метро, в толпе, на рынке, совершенно типично. Крохотные, но заслуживающие внимания, рудименты идей отношения у пациента есть.

Итак, в целом квалификация состояния нашего пациента не вызывает сомнения. Это картина неврозоподобного состояния, осложненная рудиментами идей воздействия, очень мало выраженными, но достаточно отчетливыми. Еще одна вещь в статусе, которую хотелось бы отметить, — это его вера, к которой он пришел самостоятельно. Я не берусь категорически утверждать сейчас, что это психопатологическое явление, но я призываю Вас подумать на эту тему, поскольку это важно для диагноза. Я совершенно согласен с тем, что есть некий рационализм, какое-то объективизированное изложение своих симптомов, отстраненное от собственного страдания. Здесь как бы эмоциональность больного — одно, а изложение всех этих жалоб — совсем другое. Я бы не согласился с предположениями о том, что здесь есть амбивалентность. Прямой вопрос, не бывает ли желание одного и противоположного одновременно, он объяснил совсем иначе: хочется посмотреть кино, а потом быстро утрачивается интерес, и уже больше не хочется. Это несколько другое, чем амбивалентность. И с астенией у меня есть большие сомнения, поскольку утомляемость у него выглядит иначе, чем при ас-

тении. Это не усталость, а исчезновение интереса. О депрессии говорили все и, конечно, элементы депрессии очевидны. Синдромально я бы квалифицировал его состояние, как неврозоподобное, преимущественно сенестопатическое состояние с элементами аффективных расстройств и с рудиментами бреда отношения.

Теперь мы должны перейти к нозологическому обсуждению.

А. Ю. Магалиф: Я согласен со всеми поправками, которые были сделаны. Мы не знаем анамнеза, мы опираемся только на статус. Может что-то было с родителями. Папа атеист, а мама вдруг уверовала, и почему-то это совпало с верой больного. Произошел некий сдвиг, тот самый сдвиг, которому нас учили, и произошел как раз в том возрасте, когда это часто начинается. Это было не так ярко, многое выросло из его личности, потому что преморбид своеобразный. Он склонен к самоанализу и интересно рассказывал о том, каким он был в детстве. Он не был ни задирой, ни тихоней, все-таки больше тихоня, но его почему-то не дразнили, не обижали. У него даже не было прозвища, что чрезвычайно редко встречается в детской среде. Значит, он пользовался уважением, и был не такой как все. Можно сказать о некоторой шизоидии в преморбиде, а потом экзацербация процесса с ипохондрическим развитием, довольно типичным для этого возраста. Ипохондрические расстройства с идеями отношения, дисморфофобии и т.д. можно рассматривать как дебют. В дальнейшем произошло присоединения атипичной депрессии с атипичными суточными колебаниями. А дальше рационализм, такое рационалистическое объяснение своих переживаний. Он становится профессиональным больным, употребляет термины, свободно держится среди врачей, вещает и т.д. Я согласен с замечанием, что он боится выйти из дома не потому, что боится, что ему станет плохо, и он умрет. Здесь больше аффект и элементы абулии. Если все это выстроить, то получается шизофрения. Дифференциальный диагноз надо проводить с органикой у тревожно-мнительной личности (у него есть тревожно-мнительные черты: фантазирование, неуверенность, которая ему всегда была присуща) и с ипохондрическим развитием личности. Теперь о терапии. Лечили его правильно. Давали антидепрессанты последнего поколения, атипичные нейрорептики (эглонил для него вполне подходит), применяли нетрадиционные методы. Если говорить о типе течения, то это, наверное, непрерывный тип, хотя есть аффективные расстройства. Это не приступообразно прогрессивное течение, когда есть четко очерченные приступы. У него есть всего понемножку. Что такое идеи отношения? Они все-таки аффективно окрашены, это не persecutory бред. Это ближе к депрессивно-бредовому состоянию. Можно рассчитывать на то, что за счет аффекта у него сгладится течение и будут ремиссии.

В. Г. Ротштейн: Я хочу сделать два замечания. Во-первых, все зависит от того, в какой системе мы

ставим диагноз. По МКБ-10 этот пациент не страдает шизофренией, потому что ни единого критерия шизофрении здесь нет. Даже этот "жалкий бредик" — во-первых единственный критерий, который МКБ-10 от нас требует для диагноза шизофрении, во-вторых, он очень мало выражен. Скорее всего здесь будет двойной диагноз. Это невротическое расстройство, а именно соматоформное сенестопатическое расстройство, и депрессия, потому что по критериям, которые требует МКБ-10, она вполне проходит.

Но МКБ-10 не претендует на то, чтобы быть естественной классификацией. Мы с Вами воспитаны в другой клинической школе и, конечно, сразу думаем о шизофрении. Здесь все согласны, и мне остается кое-что добавить только по дифференциальной диагностике. Сначала с органикой. Тут нет фундаментальных признаков поражения головного мозга, нет органического психосиндрома, нет астении, нет мнестических расстройств. Дифференцировать с неврозом труднее, ведь все идет не на психотическом, а на невротическом уровне. Но нельзя не учесть слишком длинную для невроза историю заболевания и особенности преморбиды. Например, его замкнутость. У него было очень мало друзей, но в то же время он пользовался уважением детей, хотя и не стремился к контакту с ними. Он был странноватым мальчиком, и эта странность логично и плавно переросла в те расстройства, которые у него потом возникли. Поэтому мне кажется, что с неврозом можно дифференцировать достаточно убедительно. Теперь по поводу типа течения. Я не уверен, что можно наверняка говорить о непрерывном течении. Все-таки аффективные компоненты состояния выражены достаточно сильно, было что-то вроде короткой гипомании. Все это растянуто во времени и очень сглажено. Мы знаем, что чем растянутее и приплюснутее аффективные фазы, тем ближе они к малопрогрессиентному течению заболевания. Поэтому здесь дифференциальная диагностика между приступообразным и вяло-непрерывным течением остается. Я согласен, что единственная надежда на терапевтический успех заключается именно в этом депрессивном аффективном компоненте. Мне кажется, что паксил в сочетании со стелазинном, это абсолютно правильная стратегия. При этом надо иметь в виду следующее. Фирма утверждает, что терапевтический эффект паксила наступает через две недели после начала применения. Это действительно так, когда депрессия достаточно выраженная. А у данного пациента эффект может наступить гораздо позже в силу склонности к вялому течению. Реакция на терапию тоже получается вялой в таких случаях. Это надо иметь в виду, чтобы не бросать паксил слишком рано. Итак, это малопрогрессиентная неврозоподобная шизофрения с преобладанием сенестопатических расстройств, с аффективными расстройствами, паническими реакциями и рудиментами бреда.

Современные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков

Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Ю. С. Шевченко

Укрепление психического здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности детей и подростков как важнейшая социальная задача цивилизованного общества составляют предмет изучения и практики многих специальностей: медицины, педагогики, социологии и психологии, поскольку, с одной стороны, без создания условий для нормального психофизиологического созревания ребенка невозможно рассчитывать на воспитание из него полноценной и образованной личности; с другой стороны, неправильное воспитание, обусловленное, в частности, игнорированием законов сравнительно-возрастной психологии, приводит к деформированному созреванию отдельных психических функций и личности в целом. Все это вызывает нарушения социальной адаптации (проблемы в учебе и поведении) и повышает риск развития психических расстройств. Последнее касается, прежде всего, патологии пограничного уровня (невротических, психосоматических, психо- и социопатий, искажений и задержек психического развития), в возникновении которых отклонения в личностном реагировании, обусловленные или усиленные неадекватным воспитанием, являются основными факторами “почвы”. Наконец, социальное неблагополучие (как в смысле материально-бытовых условий жизни, так и в смысле “экологии души”), фрустрируя основные человеческие потребности (физиологические, социальные, нравственные, познавательные, эстетические), может явиться серьезным болезнетворным психотравмирующим фактором.

Понятно, что здоровье подрастающего поколения не может рассматриваться в отрыве от здоровья всего населения. Однако, при выборе приоритетов следует помнить, что, заботясь о здоровье детей “по остаточному принципу”, невозможно рассчитывать на здоровье нации в целом. И речь должна идти не о голословных декларациях, а о конкретной заботе о будущем общества. Но поскольку у государства масса текущих расходов и непоплаченных долгов, забота о будущем откладывается на потом. Чего стоит такое “откладывание” для детского населения, известно из основных демографических и медицинских показателей. Так, за 1990 – 94 гг. родилось на 3,7 млн. меньше россиян, чем за предыдущее пятилетие; физиологическое течение беременности и родов наблюдается лишь у 20 % рожениц, каждый 5-й ребенок рождается больным или заболевает в неонатальном периоде; более 1 000 000 детей являются практически инвалидами; за время школьного обучения число физически здоровых

детей сокращается в 5 раз, а подростковая смертность только за три последних года увеличилась на 35 % [1]. Лишь 14 % выпускников средней школы можно считать практически здоровыми (2).

Не менее красноречивы показатели “социального здоровья” детей и подростков. Около 7 % (1,5 млн.) всех детей школьного возраста нигде не учатся; общее число детей, лишенных родительского попечения, превысило 500 000; 40 % детей подвергаются насилию в семьях, и почти столько же испытывают физическое или психологическое насилие со стороны педагогов в школах [13]. В стране 700 000 семей, где есть несовершеннолетние и один из родителей — безработный, а в 60 000 семей с детьми оба родителя не имеют постоянного источника заработка. При этом за последние 1,5 г. выявлено 10 000 нарушений законодательства о льготах и гарантиях гражданам, нуждающимся в социальной защите [2].

Как социальные и биологические факторы отражаются на психическом здоровье детей? Уже в возрасте от 0 до 3 лет 9,6 % детей имеют явную психическую патологию [8]; среди дошкольников лишь у 45 % отсутствуют признаки болезненных отклонений в психике, которые продолжают расти ежегодно на 8 – 12 % [15]; среди школьников распространенность нервно-психических расстройств достигает уже 70 – 80 %, а в таком мегаполисе, как С.-Петербург, только 7 из 100 детей не нуждаются в том или ином виде психоневрологической помощи [7]. По данным Д. Н. Исаева [5], 80,9 % детей педиатрического стационара обнаруживают разного рода нервно-психические расстройства. Помимо того, число детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, увеличивается за счет больных с тяжелыми, хроническими и летальными заболеваниями, ограничивающими свободу передвижения, затрудняющими контакты и социальную активность. Это требует специальной организации помощи, направленной на взаимопонимание и продуктивное взаимодействие представителей различных специальностей, участвующих в психосоциальной реабилитации таких детей [14].

В то же время, при современной организации государственной детской психиатрической помощи в России, за ее пределами оказываются 90 % нуждающихся детей [9]! 63 % психически больных детей-инвалидов в психоневрологических интернатах не осматриваются психиатром по году и более [11]! В последние годы отсутствуют официальные статистические данные о распространенности и структуре различных психиче-

ских расстройств в детском населении. Более того, в ноябре 1995 г. Министерство здравоохранения РФ ликвидировало специальности детского и подросткового психиатров в официальном списке медицинских специальностей.

Приведенные факторы влекут за собой ответные психосоциальные последствия. За последние 5 лет число самоубийств у подростков возросло на 60 %, детская преступность — в 1,5 раза, число правонарушений, совершаемых девушками, — на 57,1 %; при этом от 60 % до 80 % “несовершеннолетней” преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии [2]. За 1995 г. число детей и подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу наркомании, возросло в 2 раза, токсикомании — в 2,7 раза, алкоголизма — на 10 %, а число смертей в результате алкогольных отравлений в детско-подростковом возрасте за 1990 – 1994 гг. увеличилось в 3 раза [10]. Около 20 % школьников имеют опыт употребления наркотических и токсикоманических средств [3]. Среди детей со школьной дизадаптацией у 93 – 95 % выявляются те или иные психические нарушения [6]. Среди детей-бродяг, ставших в последнее время лавинообразно нарастающей проблемой, психически здоровыми могут быть признаны не более 6 % [4], а нуждаемость в различных видах психиатрической и психотерапевтической помощи у сирот, длительно живущих в детских домах, достигает 100 % [12].

Психиатрическая помощь детям, сформировавшаяся в Советском Союзе в тридцатые годы, имела определенные преимущества: бесплатность всех видов помощи; возможность активного наблюдения за больными детьми, получения статистики по детской психической патологии, планирования детской психиатрической помощи. Вместе с тем, данная система имеет и много недостатков:

а) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И наоборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

б) она фактически отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в) отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы. Участковый детский психиатр обслуживает 15 000 детского населения и не имеет возможности для профилактической и реабилитационной работы. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дизадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

г) при том, что многие психические нарушения проявляются в первые годы жизни, отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста. По сложившейся практике, ребенок попадает к детскому психиатру лишь с 4-летнего возраста;

д) отсутствует такое актуальнейшее в современных условиях направление психиатрической помощи, охватывающее громадные контингенты детей, как детско-подростковая наркология;

е) система подготовки кадров для детской психиатрической службы не обеспечивает необходимого набора специалистов, их квалификации на современном уровне;

ж) отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

з) отсутствует взаимодействие между государственными и негосударственными организациями. Министерство здравоохранения официально сотрудничает лишь со структурами, которые находятся в его ведении. Экспертиза новых проектов проводится теми же институтами, которые заинтересованы в этих проектах, что приводит к соответствующим результатам;

и) отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

Социальная и школьная дизадаптация чаще всего возникает у детей и подростков, имеющих ту или иную психическую патологию, в преобладающем большинстве случаев — пограничную. Глубокие формы социальной дизадаптации нуждаются в сложных методах коррекции, но в то же время при своевременном выявлении признаков повышенного риска и адекватной индивидуальной тактике медико-психологической работы во всех случаях доступны предотвращению. Создание множества социально-психологических, медико-социально-психологических центров, коррекционных школ при отсутствии методического обоснования, обеспечения квалифицированными кадрами и опыта междисциплинарного взаимодействия не только не снижают, но и не стабилизируют рост социальной дизадаптации среди детей и подростков.

Основным направлением детско-подростковой психиатрической помощи, по-видимому, следует считать профилактическую работу в группах повышенного риска. Но современная российская школа в лучшем случае обеспечена лишь единственным психологом, подчиненным непосредственно директору и в связи с этим крайне ограниченным в свободе действий, и 1/2 ставки врача-педиатра, как правило, совместителя, мало заинтересованного в результатах своего труда и совсем не знакомого с вопросами психиатрии, психосоматики и медицинской психологии.

Наиболее актуальными в настоящий момент направлениями детско-подростковой психиатрии являются: наркомания и токсикомания, психические нарушения при биологическом и социальном сиротстве, психиатрическая, психотерапевтическая и психологи-

ческая помощь детям-инвалидам, хронически больным и умирающим, суицидология, психиатрические аспекты социальной дизадаптации, агрессивного и криминального поведения, сексология детско-подросткового возраста, психолого-психиатрическая помощь при кризисных состояниях, связанных с последствиями терроризма и насилия, психогигиена, психопрофилактика и социальная реабилитация психически больных.

Существующая система психиатрической помощи детям и подросткам не приспособлена для решения всех указанных задач и нуждается в определенном совершенствовании для решения узловых вопросов реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам:

1. Восстановление в списке специальностей детского и подросткового психиатра, исключенных из их перечня в 1995 г., а также введение в этот перечень специальностей детско-подросткового нарколога, психиатра раннего детского возраста и детского медицинского психолога.

2. Осуществление реформы детско-подростковой психиатрической службы с выделением ее в самостоятельную структуру, равноправную общей психиатрии, от которой она в настоящее время полностью зависит и организационно, и финансово.

3. Сохранение и расширение специализированной диспансерной подростковой помощи и подростковых психиатрических стационаров в системе детской психиатрической помощи.

4. Законодательная и публичная реабилитация детской психиатрии, существенно пострадавшей вместе с общей психиатрией от антипсихиатрической кампании в средствах массовой информации, что отделило нуждающихся в помощи детей и подростков от ее своевременного получения, сделало психиатров в глазах родителей психически больных детей "врагами народа", свело на нет возможности психопрофилактики, ранней диагностики и реабилитации, отдалило "группу риска" и детей с пограничными психическими расстройствами от специалистов и отдало их здоровье на откуп доморощенным "психотерапевтам", "экстрасенсам", "колдунам" и "целителям".

5. Профессионально организованное систематическое повышение психогигиенических, психиатрических и психотерапевтических знаний смежными специалистами медицинского и немедицинского профиля, родителями и населением в целом. Прежде всего это касается медицинских и школьных психологов, педагогов, социальных работников, юристов, реабилитологов, работников негосударственных социально-психологических и воспитательно-коррекционных учреждений. Обязательное обучение школьных врачей основам психосоматической медицины, психогигиены, пограничной психиатрии, медицинской психологии. Организация специальной подготовки в медицинских ВУЗах школьных врачей. Речь идет не о "психиатризации общества", а о включении заботы о сохранении психического здоровья детского населения в круг задач всех, чья деятельность прямо или косвенно связана с подрастающим поколением.

6. Межведомственная интеграция и взаимодействие государственных служб, имеющих отношение к психическому здоровью подрастающего поколения (министерства здравоохранения, образования, внутренних дел, труда и социального развития и т.д.), как между собой, так и с негосударственными профессиональными и благотворительными организациями. Последнее подразумевает создание независимых экспертиз, общественных профессиональных комиссий и информационных органов, деятельность которых сможет обеспечить необходимое качество работы детско-подростковых учреждений и послужит гарантией недопущения злоупотреблений в области психиатрии.

7. Создание региональных психопрофилактических междисциплинарных Центров для детей и подростков, находящихся вне психиатрических учреждений и объединяющих школьных психологов и психологов детских дошкольных учреждений, школьных врачей, психиатров, дефектологов, логопедов, нейропсихологов, семейных психологов, социальных работников и т.д. Задачи такого приближенного к населению междисциплинарного Центра должны заключаться в профилактике пограничных психических расстройств и социальной дизадаптации детей и подростков, ранней коррекции школьной декомпенсации, проведении скрининговых обследований воспитанников детских учреждений и учащихся, статистике мягких форм психической патологии, популяризации психолого-психиатрических знаний, лицензировании специалистов, в том числе работающих в негосударственных детских учреждениях.

Список литературы

1. Баранов А. А. // Медицинский вестник. 1995. № 8. С. 10.
2. Бланков А. С. // Социальная дизадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат-лы Российской науч.-практ. конф. — М., 1996. — С. 3 — 10.
3. Брюн Е. А. // Там же. — С. 10 — 15.
4. Данилова Л. Ю., Алейникова С. М., Литвак В. А. // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 59 — 60.
5. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб, 1996. — 454 с.
6. Иовчук Н. М. // Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. — М., 1995. — С. 23 — 25.
7. Каган В. Е. // Бюллетень защиты прав ребенка. СПб. 1994. № 1. С. 5 — 6.
8. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации). Автореф. дисс. докт. мед. наук. — М., 1995. — 48 с.
9. О положении детей в Российской Федерации. 1994 год. Государственный доклад. — М., 1995. — С. 20 — 25.
10. О положении детей в Российской Федерации. 1995 год. Ежегодный государственный доклад. — М., 1996. — С. 20 — 27.
11. Прокопенко Л. А. // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 106.
12. Проселкова М. Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты). Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1996. — 16 с.
13. Северный А. А., Иовчук Н. М. // Социальная дизадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат-лы Российской науч.-практ. конф. — М., 1996. — С. 15 — 21.
14. Шевченко Ю. С., Захаров Н. П. // Там же. — С. 95 — 97.
15. Шеметов Л. Я., Потапкин И. А. // XII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 1995. — С. 416 — 417.

Защита прав детей с психическими нарушениями¹

А. А. Северный

В юридическом плане оказание психиатрической помощи детям регламентируется Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", где дети приравнены к недееспособным лицам и где совершенно не учтена специфика детской психиатрии. Эта специфика заключается в нескольких моментах:

а) в детской психиатрии акцент должен делаться на профилактической работе, т.е. выделении рискованных групп детей, детей с нарушениями доболезненного и пограничного уровня;

б) психические расстройства в детстве в подавляющем большинстве обратимы, и, следовательно, второй акцент в детской психиатрии должен делаться на реабилитационной деятельности в отношении заболевших детей;

в) ребенок является неотъемлемой частью своей семьи, и, следовательно, детская психиатрия должна быть в принципе психиатрией и психотерапией семейной.

В то время, как решение вопроса об оказании психиатрической помощи ребенку полностью отдано его семье, в Законе никак не учтены ситуации, когда семья (или лица, ее заменяющие) по тем или иным мотивам лишают ребенка возможности получения необходимой психиатрической помощи; никак не определена ответственность детского психиатра первичного звена за состояние психического здоровья детского населения на обслуживаемом участке; никак не учтена необходимость тесного взаимодействия детского психиатра с другими службами и ведомствами (социальными, образовательными и т.д.).

Все эти и другие, более частные, особенности оказания помощи психически больным детям никак не регламентируются указанным Законом. Они не учтены и в существующей организации детской психиатрической помощи. В связи с чем основное нарушение прав психически больных детей заключается в том, что далеко не все они получают необходимую профессиональную помощь, а именно, только 10 % нуждающихся в такой помощи детей могут получить ее в государственной психиатрической службе. Кто же входит в остальные 90 %? Это дети раннего возраста, поскольку у нас не оказывается психиатрическая помощь детям до 4-летнего возраста, в то время как уже 15 % из них проявляют отчетливые психические нарушения; это дети с психическими нарушениями пограничного уровня, распространенность которых в

подростковом возрасте достигает 76 %; это дети с так называемой психосоматической патологией, каковых в населении до 40 %; это дети с алкогольной, наркоманической и токсикоманической зависимостью, число которых в последние годы нарастает лавинообразно и, по экспертным оценкам, охватывает 20 – 40 % подросткового населения, в то время как в России практически отсутствует специальная детская наркологическая служба и в настоящее время нет ни одного специализированного стационара, куда можно положить ребенка-наркомана; это дети-сироты с нарушениями психического развития, находящиеся в интернатных психоневрологических учреждениях, где, по данным специальных исследований, 63 % из них не осматриваются психиатром по году и более.

Детская психиатрическая служба в существующем на сегодняшний день виде не в состоянии оказать помощь всем этим детям по целому ряду причин. При существующем официальном нормативе обслуживания детским психиатром 15 тысяч детского населения реально 1 специалист приходится в среднем на 30 тысяч, а если учесть повышенную концентрацию специалистов в столице и Петербурге, то для остальной России это соотношение окажется еще более тяжким. Детские и подростковые психиатры лишились профессионального статуса, поскольку эти специальности были изъяты из официальной номенклатуры специальностей Минздравом РФ. Детские психиатры, работающие не в психиатрических учреждениях, лишены профессиональных прав и льгот и одновременно профессионального контроля и, следовательно, не могут полноценно выполнять свои функции.

Существующая система подготовки кадров для детской психиатрии не обеспечивает необходимого разнообразия и достаточного профессионального уровня специалистов. Приведу лишь один статистический пример: ежегодно в России впервые, подчеркиваю, впервые, устанавливается диагноз умственной отсталости нескольким тысячам подростков в возрасте 15 – 17 лет, что означает, что до этого возраста такие дети либо вообще не попадали в поле зрения психиатра, либо попадали к психиатрам, которые не увидели нарушений, определяемых еще в дошкольном возрасте, либо получили этот диагноз впервые в подростковом возрасте совершенно неправомерно, о чем еще будет сказано ниже.

Одним из главных препятствий в организации полноценной психиатрической помощи нуждающимся в ней детям является ведомственная разделенность детских служб, что особенно пагубно сказывается на судьбе детей, лишенных родительского попечения, и детей, оказавшихся в особых социальных

¹ Доклад в Палате по правам человека Политического консультативного совета при Президенте Российской Федерации от Независимой ассоциации детских психиатров и психологов 17 июня 1997 года.

условиях (бомжей, бродяг, преступников, беженцев и т. п.). Если в учреждениях здравоохранения, при всех указанных выше недостатках, все же поддерживается определенный профессиональный уровень психиатрической помощи детям, то в учреждениях других ведомств не приходится говорить и об этом. А ситуация в детских психоневрологических инвалидных интернатах просто не поддается описанию.

Наконец, создаваемые альтернативные (негосударственные) учреждения для психокоррекционной помощи детям играют крайне незначительную роль, поскольку высокопрофессиональные и действующие на благотворительной основе лишены сколько-нибудь существенной государственной поддержки, а работающие для извлечения прибыли малодоступны для населения и порой низкопрофессиональны.

Теперь от общего описания положения детской психиатрии позвольте перейти к типичным ситуациям нарушения прав детей с психическими нарушениями. Здесь мы опираемся на личный опыт психиатров, поскольку ни специальных исследований, ни тем более статистических данных на этот счет, естественно, не существует.

Наиболее болезненная проблема в данном аспекте — это неправомерная диагностика умственной отсталости и связанная с ней социальная дискриминация детей и подростков. Мы неоднократно сталкивались с случаями, когда сиротам, находящимся в интернатах для умственно отсталых, по мере их взросления, последовательно утяжелялась диагностика от наиболее легких степеней (задержки умственного развития) в младшем школьном возрасте до имбецильности в старшем школьном, после чего эти подростки автоматически получали 2 группу инвалидности и переводились во взрослые инвалидные психоневрологические интернаты, где должны были оставаться всю жизнь, практически лишённые без суда дееспособности, среди тяжелых психически больных, слабоумных стариков и старух. Попытки юношей и девушек вырваться из этих интернатов, как правило, наталкиваются на непреодолимое противодействие администрации. По свидетельству подростков, вышедших из детских психоневрологических интернатов, там повсеместно существует практика не санкционированного психиатром применения психотропных препаратов для “успокоения” детей (на местном детском сленге это называется “укол без нормы”, т.е. без врачебного назначения). Наконец, приходится постоянно встречаться с неправомерно расширенной диагностикой умственной отсталости медико-педагогическими комиссиями, которые, с чем мы сталкивались лично, действительно могут впервые в жизни поставить диагноз дебильности 15-летнему подростку, до этого достаточно успешно учившемуся в общеобразовательной школе, и рекомендовать родителям поместить его в интернат для умственно отсталых.

Мы не беремся утверждать, что приведенные здесь факты являются системой, для этого необходи-

мы специальные исследования и инспекции. Проведенное несколько лет назад зарубежной профессиональной комиссией английской баронессы Кокс исследование такого рода, к сожалению, не нашло отечественной поддержки и продолжения.

Суть, однако, в том, что не существует никакого действующего механизма, никакой не зависимой от того или иного ведомства службы, которая взяла бы на себя защиту прав таких детей, которые годами находятся в учреждениях для умственно отсталых и отсталых уже в силу этого, если и не от природы, которые лишены минимальных социальных, профессиональных и бытовых навыков; не существует службы, которая взяла бы на себя защиту прав семьи, имеющей ребенка, ущемляемого неверной диагностикой, теми или иными социальными ограничениями в связи с его психическими отклонениями; не существует службы, которая защищала бы ребенка от семьи, препятствующей оказанию ему необходимой психиатрической помощи. Все благие пожелания обращаться во всех таких случаях за судебной защитой не более чем лукавая уловка при учете уровня правосознания нашего населения, отсутствия ювенальной судебной системы и практического отсутствия адвокатуры, достаточно профессионально ориентированной в специфических проблемах детства. В этих условиях практическая профессиональная бесконтрольность ведомственных структур, проводящих медико-педагогическую диагностику и содержащих детей с нарушениями психического развития, не оставляет многим из этих детей шанса на адекватное социальное бытие.

Исходя из всего сказанного выше, мы вносим предложения по решению данного заседания:

1. Реализация принципа максимальной доступности психиатрической помощи детям.
2. Государственная поддержка семьи, имеющей ребенка с психическими нарушениями.
3. Ответственность детского психиатра первичного звена за поддержание психического здоровья детского населения, с целью чего узаконенность профилактических психолого-психиатрических осмотров детского населения, обязанности детского психиатра активно предлагать психиатрическую помощь, развития детской психолого-психиатрической патронажной службы, активного взаимодействия детского психиатра с социальной службой.
4. Отмена возрастных ограничений на оказание психиатрической помощи детям.
5. Подтверждение незаконности любых внесудебных социальных ограничений для психически больных детей, в том числе перевода воспитанников “вспомогательных” интернатов в инвалидные психоневрологические интернаты.
6. Подробная разработка в рамках действующего законодательства механизмов воздействия на семью, препятствующую оказанию квалифицированной психиатрической помощи ребенку с психическими нарушениями.

7. Защита профессиональных прав и льгот и установление профессионального контроля за деятельностью детских психиатров, работающих в непсихиатрических учреждениях различных ведомств.

8. Узаконенность открытости учреждений, содержащих детей с психическими нарушениями, для общественного и независимого профессионального контроля.

9. Конституирование участия независимых сертифицированных экспертов в работе медико-педагогических комиссий (по аналогии с комиссиями по установлению инвалидности).

10. Развитие детской психиатрической службы в соответствии с Проектом, разработанным Независимой ассоциацией детских психиатров и психологов.

11. Передача всех учреждений, содержащих детей с выраженными психическими нарушениями (т.е. инвалидов в связи с психической патологией), в ведение здравоохранения.

12. Введение поста Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ и создание Комиссии по защите прав детей при Парламенте РФ.

13. Организация в соответствии с действующим Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" системы социально-правовой защиты детей с психическими расстройствами и их семей, не зависимой от здравоохранения и других ведомств (возможно, как функции муниципальных и региональных комиссий по защите прав детей, если такие будут созданы).

14. Создание рабочей группы при администрации Президента РФ или Правительстве РФ для разработки плана реализации предложений Российской конференции "Сироты России: проблемы, надежды, будущее" (Москва, 1993) по реформированию системы призрения детей-сирот в РФ.

15. Стимулирование и государственная поддержка альтернативных (негосударственных) форм оказания психолого-психиатрической помощи детям и их семьям при условии доказанности профессионализма, эффективности и некоммерческого характера таких организаций.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Интеграция в мировое сообщество продолжается!

Вы можете стать **Международным членом Американской психиатрической ассоциации** — первым участником **новой категории членства**, которая вводится с этого года для **врачей-психиатров, проживающих вне США и Канады**. Годовой взнос в **US\$150.00** позволит Вам:

- 1) выписывать *Американский психиатрический журнал* за US\$120.00 в год вместо 150.00, газету *Новости психиатрической жизни* за US\$70.00 вместо 90.00 и *Журнал психиатрических служб* за US\$45.00 вместо 65.00;
- 2) иметь 10 % скидку в книжных магазинах издательств, связанных с Американской психиатрической ассоциацией;
- 3) пользоваться льготным регистрационным взносом на ежегодных съездах АПА и Института психиатрических служб;
- 4) получать бесплатную газету для международных членов и, таким образом, быть в курсе всех событий;
- 5) иметь доступ в библиотеку и архивы АПА, пользоваться специальными услугами АПА (справочный центр, страничка в Интернете, срочный факс и т.п.);
- 6) иметь личный сертификат члена, ежегодный членский билет и мн. др.

Желающим необходимо представить:

- 1) копию медицинского диплома; 2) рекомендацию 1-го члена АПА; 3) заполненную форму заявки; 4) членский взнос в размере US\$150.00.

Форму заявки можно запросить по:

тел.: +1 (202) 682-6000,

факсу: +1 (503) 402-1365,

E-mail: apa@psych.org,

или взять со странички в Интернете: www.psych.org.

ПРОЕКТ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

I. Современная ситуация

Психиатрическая помощь детям, сформировавшаяся в Советском Союзе в тридцатые годы, основана на сети региональных диспансерных и стационарных учреждений. Эта служба имела определенные преимущества: бесплатность всех видов помощи; возможность активного наблюдения за больными детьми, получения статистики по детской психической патологии, планирования детской психиатрической помощи.

Вместе с тем, данная система имеет и много недостатков:

а) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И наоборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

б) она фактически отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в) отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы. Участковый детский психиатр обслуживает 15 000 детского населения и не имеет возможности для профилактической и реабилитационной работы. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дизадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

г) при том, что многие психические нарушения проявляются в первые годы жизни, отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста. По сложившейся практике, ребенок попадает к детскому психиатру лишь с 4-летнего возраста;

д) отсутствует такое актуальнейшее в современных условиях направление психиатрической помощи, охватывающее громадные контингенты детей, как детско-подростковая наркология;

е) система подготовки кадров для детской психиатрической службы не обеспечивает необходимого набора специалистов, их квалификации на современном уровне;

ж) отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

з) отсутствует взаимодействие между государственными и негосударственными организациями. Министерство здравоохранения официально сотрудничает лишь со структурами, которые находятся в его ведении. Экспертиза новых проектов проводится теми же институтами, которые заинтересованы в этих проектах, что приводит к соответствующим результатам;

и) отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

Одновременно социальные проблемы вызывают нарастающее ухудшение положения детей: около 7% (1,5 миллиона) детей школьного возраста не посещают школу; около 1 000 000 из них бродяжничают; число детей-сирот превысило 500 000; 4% детей подвергаются насилию в семьях; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% — психологическое; за последние 5 лет число самоубийств детей и подростков выросло на 60%; их противоправное поведение растет в 2 раза быстрее, чем среди взрослых, особенно по тяжким преступлениям против личности.

Указанные факторы тесно связаны с психическим здоровьем детско-подростковой популяции. Только 16% подростков школьного возраста могут быть признаны психически полностью здоровыми. Среди социально дизадаптированных подростков психическая патология достигает 95%. По экспертным оценкам, до 20% школьников имеют опыт употребления наркотических и токсикоманических средств. Число смертей в результате алкогольных отравлений в детско-подростковом возрасте за последние 5 лет увеличилось в 3 раза. По мнению работников системы образования, 80% подростков, попадающих в спецучреждения для девиантных детей, требуют срочной психокоррекционной помощи.

Но только 10% нуждающихся в психиатрической помощи детей могут сейчас ее получить в государственной психиатрической службе!

В последние годы отсутствуют официальные статистические данные о распространенности и структуре различных психических расстройств в детском населении. Более того, в ноябре 1995 г. Министерство здравоохранения ликвидировало специальности дет-

ского и подросткового психиатров в официальном списке медицинских специальностей.

II. Необходимые действия по улучшению охраны психического здоровья детей и подростков

1. Внедрение основных принципов развития службы охраны психического здоровья детей:

а) детская психиатрическая служба (ДПС), сохраняя профессиональную связь с общей психиатрией, должна получить организационную самостоятельность и должна быть поставлена в условия необходимости тесного взаимодействия со всеми ведомствами и учреждениями, основная деятельность которых связана с детским населением;

б) наряду с решением лечебно-диагностических задач профилактика социальной дизадаптации, связанной с психическими расстройствами, и реабилитация должны стать главными направлениями деятельности ДПС;

в) мультифакторная природа психических расстройств и связанной с ними дизадаптации в детстве требуют мультидисциплинарного подхода к организации системы помощи больным детям и их семьям со взаимодействием специалистов многих профессий: психиатров, психологов, педагогов, социальных работников и т.д.;

г) служба психического здоровья должна быть настолько приближена к населению, чтобы быть максимально доступной для детей, подростков, их родителей и всех специалистов, работающих с детьми.

2. Принятие специальных законов, регулирующих оказание психиатрической и психологической помощи детям. Эти законы должны дать детям и их родителям равные возможности для получения помощи и защитить их от какой-либо дискриминации по признаку наличия психического расстройства у ребенка.

3. Декретирование естественных (принятых во всем мире) границ подросткового возраста, требующего соответственно подготовленного специалиста (подросткового психиатра).

4. Введение открытого конкурса программ "Развития службы психического здоровья детей".

5. Участие в организации и деятельности вневедомственных (межведомственных) мультидисциплинарных центров социально-психологической помощи детям и подросткам. Основная цель таких центров — профилактика и коррекция социальной дизадаптации, осуществление программ социально-психологической реабилитации для каждого обратившегося ребенка.

6. Создание Федерального межведомственного научного и организационно-методического центра по психосоциальным проблемам детства.

III. Структура детской психиатрической службы

1. Детская психиатрическая служба (ДПС) строится по региональному принципу как самостоятельная структура регионального здравоохранения и обслуживает всех детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Региональная ДПС строится организационно как единое учреждение с различными подразделениями.

2. Центральное звено региональной ДПС — детская психиатрическая консультация (диспансер), обладающая штатом необходимых специалистов: психиатр раннего возраста, детский психиатр, подростковый психиатр, детско-подростковый нарколог, детский психотерапевт (игротерапевт), подростковый психотерапевт, семейный психотерапевт, медицинские психологи для разных возрастных периодов детства, методист-организатор и т.д. Диспансер, объединяющий специалистов с узкой квалификацией и обладающий необходимой диагностической базой, является главным консультативно-методическим центром региона.

3. Возглавляющий диспансер главный врач является главным детским психиатром региона, обладающим функциями административного и методического руководителя всей регионально ДПС.

4. Первичное звено ДПС — детский психотерапевтический кабинет на базе участковой педиатрической поликлиники. Кабинет включает как минимум трех специалистов — психиатра, психотерапевта и медицинского психолога, а также социального (патронажного) работника. Эти специальности могут объединяться в двух-трех лицах, но обладающих соответствующей квалификацией, подтвержденной профессиональными сертификатами.

В зависимости от условий и возможностей региона данные специальности могут дифференцироваться по обслуживаемым возрастам (микрорпсихиатр, подростковый психиатр), специализации (детско-подростковый нарколог, семейный психотерапевт) и т.п.

Психотерапевт, помимо коррекции пограничных психических нарушений, осуществляет связь с общей педиатрией, курируя функциональную (психосоматическую) патологию в поликлинике и педиатрическом стационаре (как штатный консультант). Совместно с медицинским психологом осуществляет детско-подростковую и семейную психотерапию. Медицинский психолог, помимо общеизвестных функций, является основным связующим звеном с немедицинскими учреждениями, взаимодействуя с педагогами, психологами, инспекторами органов ООП и др. специалистами.

5. Региональная ДПС, помимо

- 1) психотерапевтических кабинетов и
- 2) диспансера, включает:

3) детский психотерапевтический стационар в общей педиатрической клинике, выполняющий также функции психосоматического отделения;

4) детский психиатрический стационар (как отделение диспансера или самостоятельное учреждение, или изолированное отделение при общем педиатрическом стационаре, или отделение при региональной психиатрической больнице);

5) детско-подростковый наркологический диспансер (кабинет) со стационаром;

6) психоневрологический интернат для детей-инвалидов;

7) психотерапевтический санаторий;

8) санаторно-лесную школу, психокоррекционные ясли/сад для детей с негрубыми отклонениями в развитии и психическими расстройствами пограничного уровня (организуются как межведомственные учреждения совместно органами здравоохранения и образования).

6. Специалисты региональной ДПС участвуют в организации вневедомственных или межведомственных учреждений и органов, создаваемых на паритетных началах совместно с заинтересованными ведомствами, а также с негосударственными профессиональными и благотворительными организациями (медико-психолого-педагогическая комиссия, комиссия по делам несовершеннолетних, центр социально-психологической помощи, реабилитационный центр, кризисный центр, телефон доверия и др.).

7. Специалисты ДПС участвуют в органах по аккредитации учреждений, в деятельность которых включены психиатрические и психокоррекционные аспекты, независимо от ведомственной принадлежности и правового положения этих учреждений.

8. На федеральном уровне руководство ДПС осуществляется Отделом ДПС во главе с Главным специалистом по детской психиатрии МЗ РФ. В состав отдела ДПС включается также Главный специалист по подростковой психиатрии МЗ РФ.

Для координации деятельности федеральной ДПС и негосударственных организаций, работающих в области детской психиатрии и психокоррекции, при Отделе ДПС создается специальный информационный центр.

IV. Принципы взаимодействия ДПС с непсихиатрическими учреждениями (межведомственное и междисциплинарное взаимодействие)

1. Специалисты ДПС оказывают консультативную помощь как свою функциональную обязанность, во всех государственных учреждениях региона, деятельность которых связана с детским населением.

2. Специалисты ДПС работают в немедицинских и мультидисциплинарных (вневедомственных, межведомственных) учреждениях как совместители лишь

при наличии у этих учреждений права (лицензии) на медицинскую деятельность и при наличии в структуре этих учреждений "медико-психологической службы", возглавляемой заместителем директора по медико-психологической службе. Специалисты ДПС ведут в данных учреждениях помимо установленной в них документации собственную конфиденциальную документацию в соответствии с нормативами психиатрических учреждений.

3. Специалисты ДПС работают в непсихиатрическом учреждении лишь при условии сохранения за ними всех профессиональных прав и льгот, установленных законодательством и нормативными документами МЗ РФ.

4. Специалисты ДПС работают в негосударственных организациях на контрактной основе при наличии у этих организаций права (лицензии) на медицинскую деятельность и ведут в данных организациях помимо установленной в них документации собственную конфиденциальную документацию в соответствии с нормативами психиатрических учреждений.

V. Подготовка кадров для ДПС

1. Основные задачи системы подготовки специалистов ДПС заключаются в

а) получении ими фундаментального образования и достаточной практики в общей психиатрии/психологии до начала специализации в детской психиатрии/психологии;

б) получении ими фундаментального образования и достаточной практики в общих вопросах детской психиатрии/психологии до специализации в более узких профессиональных областях;

в) предоставлении специалистам ДПС возможности узкой специализации и повышения квалификации по всем современным аспектам детско-подростковой психиатрии/психологии, а также по методическим и практическим аспектам межпрофессионального взаимодействия со всеми специалистами, деятельность которых связана с детьми;

г) регулярном подтверждении ими своего профессионального уровня, а также обладания современными знаниями в смежных с узкой специальностью областях.

2. Для повышения профилактической направленности работы здравоохранения и лучшей ориентации врачей в целостном (холистическом) подходе к пациенту необходимо введение в планы подготовки студентов педиатрических и лечебных факультетов межкафедральных программ по вопросам охраны психического здоровья, в т. ч. детей и подростков, повышения его уровня и качества.

3. Первичная специализация по детско-подростковой психиатрии осуществляется в 2-годичной клинической ординатуре, куда направляются врачи, про-

шедшие интернатуру по общей психиатрии с последующей работой в психиатрическом учреждении не менее 2-х лет, либо имеющие не менее 3-летнего стажа работы в области общей психиатрии.

Для выпускников педиатрических факультетов медицинских ВУЗов, в т. ч. направляемых на специализацию непосредственно по окончании учебы в них, срок клинической ординатуры устанавливается продолжительностью от 3-х до 5-и лет в зависимости от ее задач (первичная специализация по детско-подростковой психиатрии, приобретение более узкой или дополнительной специальности — микропсихиатр, детско-подростковый нарколог, детско-подростковый психотерапевт, психиатр в детско-подростковом психосоматическом отделении, специалист по детско-подростковой судебно-психиатрической экспертизе и др.).

Дальнейшее усовершенствование детско-подростковых психиатров (при наличии не менее 2-х лет стажа работы в детско-подростковой психиатрии) по общим и узко-тематическим вопросам строится по дифференцированному принципу на соответствующих циклах кафедр последипломного образования сроком от 2-х недель до 6-и месяцев с регулярным обучением на них специалистов не реже 1 раза в 5 лет.

В аспирантуру по детско-подростковой психиатрии принимаются врачи, имеющие не менее 3-х лет стажа работы (включая ординатуру) в детско-подростковом психиатрическом учреждении.

Сертификация, аттестация и подтверждение профессиональной категории детско-подростковых психиатров должны осуществляться комиссиями, административно не зависимыми от учебного заведения, в котором специалист проходил обучение и усовершенствование, а также от учреждения, где он работает.

4. К работе в качестве медицинского психолога детско-подросткового психиатрического учреждения (а также психосоматических отделений и других учреждений, оказывающих психокоррекционную помощь детям и подросткам) допускаются специалисты с фундаментальным высшим психологическим образованием, имеющие диплом медицинского психолога и прошедшие усовершенствование по психопатологии и клинике психических расстройств, пато- и нейропсихологии, а также психотерапии детского и подросткового возраста.

Первичная подготовка детско-подростковых медицинских психологов может производиться в качестве дополнительного образования для общих и школьных психологов или педагогов-дефектологов,

либо педиатров (на факультетах медицинской психологии медицинских ВУЗов) по дифференцированным программам в течение 2-х лет.

Сертификация и аттестация детско-подростковых медицинских психологов должны осуществляться по изложенному выше принципу независимости соответствующими профессиональными комиссиями с участием специалистов по детско-подростковой психиатрии.

5. В учебные планы и программы кафедр усовершенствования по детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии следует ввести циклы повышения квалификации для специалистов смежных профессий — общих психиатров и наркологов, педиатров, детских невропатологов, общих и школьных психологов, дефектологов, логопедов, педагогов, работников подростковых пенитенциарных учреждений, социальных работников и др.

6. Минимально необходимая номенклатура специальностей, подготовка которых обеспечивает потребности ДПС:

а) детско-подростковый психиатр, психиатр раннего возраста, детско-подростковый нарколог, детский психотерапевт, подростковый психотерапевт, семейный психотерапевт;

б) психолог раннего возраста, детский психолог, подростковый психолог, игротерапевт, детско-подростковый патопсихолог, нейропсихолог;

в) специалист по функциональной диагностике ЦНС в детском возрасте;

г) методист-организатор ДПС, специалист по социально-психиатрическим и социально-психологическим проблемам детства и семьи (социальный/патронажный работник).

VI. Реализация проекта развития ДПС

1. Развитие ДПС должно осуществляться поэтапно, опираясь на существующую систему ДПС с сохранением всех ее позитивных качеств.

2. Первоочередным этапом развития ДПС должна стать реорганизация подготовки кадров.

3. Конкретный план реализации проекта будет разработан в случае принципиального одобрения его соответствующими государственными структурами.

Правление и Ученый совет Независимой ассоциации детских психиатров и психологов¹

¹ Проект обсуждался с участием организаторов детской психиатрической службы Москвы и Министерства здравоохранения РФ.

ПРОКЛЯТЫЙ КВАРТИРНЫЙ ВОПРОС

В. Г. Батаев

“... обыкновенные люди... квартирный
вопрос только испортил их.”
М. Булгаков. Мастер и Маргарита.

Нехороший, нехороший квартирный вопрос! Если его представить в виде такой пиктограммы — \$ — становится и вовсе гадко на душе.

Дочь судится с матерью, отец гонит сына, хозяин квартиры становится бомжем, а то и (трудно выговорить) неопознанным трупом где-нибудь в лесах Тверской области и наведывается домой в виде некоего привидения замка Шпесартов и так далее, и тому подобное. А какое раздолье для судей, для адвокатов, для экспертов, для власть предержащих, наконец! Ведь все они люди и ничто человеческое не чуждо им...

1.

Некто Р. при жизни завещала свою квартиру гр-ке А., с семьей которой была в теплых отношениях более 20-ти лет. Завещала, находясь в здравом уме и твердой памяти. Об этом однозначно свидетельствуют материалы гражданского дела. Спустя год, незадолго до смерти слегла в постель, не узнавала окружающих, ходила под себя. В таком состоянии подписала завещание на квартиру племяннику, невесть откуда взявшемуся. После смерти Р. гр-ка А. подала в суд иск о признании второго завещания недействительным, так как, по ее мнению, племянник использовал беспомощное состояние Р., в котором она не могла понимать значение своих действий и руководить ими. Племянник нанес истице неотразимый контрудар: он представил свидетеля в лице участкового врача-терапевта районной поликлиники, который на момент подписания завещания “случайно” оказался в квартире умирающей завещательницы; терапевт свидетельствовал о ее полном психическом здоровье. К показаниям терапевта суд отнесся как к бесспорному, почти экспертному, доказательству.

Здесь приходит на память случай, описанный профессором В. П. Осиповым в его классическом руководстве по психиатрии (1923 г.), где заведомо душевнобольного Шебалина суд на основании свидетельств хирурга и терапевта признал душевно здоровым, и только благодаря вмешательству Казанской

Судебной Палаты была восстановлена истина. Предваряя описание этого случая, В. Осипов говорит: “Нельзя забывать, что от психиатрических сведений эксперта зависит правильность экспертизы, что от его заключения часто зависит приговор судей, что неумение врача доказать наличие существующего болезненного состояния может иметь своим последствием осуждение невиновного человека, не понимавшего по причине своей болезни значения и свойств своих поступков. Признание наличия душевной болезни там, где ее нет, исключая юридические последствия совершенных данным лицом гражданских сделок и актов, тем самым лишает это лицо его гражданских прав, может привести его к гражданской смерти. Нельзя не признать, что нравственная ответственность врача во всех таких случаях весьма значительна”.

Вернемся к нашему случаю. По требованию истцы Р. назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Первая, проведенная в Центре им. В. П. Сербского, экспертных вопросов не решила. И тем самым проявила свою независимость, охраняемую недоступным забором и проходной. Вторая, проведенная в МКПБ № 1 им. Алексеева, более доступная внешним влияниям ввиду отсутствия высоких заборов и КПШ, конечно же не могла идти наперекор своему божееству и патрону — Центру им. В. П. Сербского, — также экспертных вопросов не решила, но в акте такого написала, что дело приняло волокитный оборот, благо ответчик попался на редкость терпеливый как дойная корова.

Перед нами шедевр психиатрической мысли экспертов больницы им. Алексеева. Склонность Р., как примитивной личности, к подозрениям, что ее кругом обманывают, и к написанию жалоб по этому поводу квалифицируется как “Шизофрения параноидная”. Отсутствие характерного для параноидной шизофрении патокинеза со сменой синдромов от паранойяльного к галлюцинаторно-параноидному и от последнего — к парафреничному, а главное — отсутствие характерной для шизофрении дефицитарной симптоматики у Р. при ее жизни экспертов не смущает.

Целью было заронить сомнение: а могла ли подэкспертная осознавать свои поступки к моменту составления первого завещания? Как это видно из подтекста, суду только того и надо было: первое завещание признать недействительным, а второе, подписанное в присутствии терапевта, действительным. Истице осталось только ахнуть вслед за Чацким: “Что за комиссия, Создатель!”

2.

С. находится под наблюдением психоневрологического диспансера с диагнозом шизофрения вялотекущая психопатоподобная. Врачами диспансера и стационаров описан личностный регистр ее психических расстройств: вздорная, воинственная, настойчивая в преследовании своих интересов, бескомпромиссная, с завышенной самооценкой, склонная к образованию сверхценных идей отношения. Отнесение подобных характерологических особенностей к шизофрении остается в достаточной степени условным. В соответствии с МКБ-9 такие расстройства могут наблюдаться как в рамках шизофрении вялотекущей, так и рамках психопатии. В принимаемой сейчас МКБ-10 они относятся исключительно к специфическим расстройствам личности.

Интересен сам факт постановки С. под наблюдение ПНД. Двадцать лет назад она разорвала рубашку на соседе и немного поцарапала его, а также пригрозила жалобами в милицию в ответ на его домогательства. В другой ситуации эта сценка из вечного “Декамерона” явилась бы лишь предметом зубоскальства обывателей. Но сосед оказался милиционером; он профессионально оценил угрозы С. и предупредил ее действия своим заявлением в то самое отделение милиции, под покровительством которого жил и работал, о привлечении С. к уголовной ответственности за хулиганство. Заявитель и следствие представляют дело так, что С. “казалось”, что ее домогаются. Назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Судебные психиатры МКПБ № 1 им. Кащенко квалифицируют отношения С. с соседом как “любовный бред” и устанавливают диагноз (читатель уже догадывается какой) “Шизофрения параноидная”. После отбывания принудительного лечения, назначенного судом как невменяемой, С. ставят на учет в ПНД как “социально опасную психическую больную”. Подчеркиваем — на учет —, именно такой полицейский термин подходил к тоталитарной системе, как ключ к замку. Правда, в процессе длительного диспансерного наблюдения врачи не обнаруживают у С. ни параноидной симптоматики, ни признаков социальной опасности, устанавливают у нее диагноз шизофрения вялотекущая и снимают ее с учета.

Тем временем подросла дочь больной, которая желала вырваться из-под опеки гиперпротективной

мамаши, жить отдельно, требовала размена квартиры. Началась эпоха войн с применением рукоприкладства. Дочь, зная о могуществе пенитенциарной психиатрии, обращается в ПНД. С. снова “ставят на учет”, направляют в психиатрическую больницу. По описаниям наблюдавших ее врачей никакой продуктивной симптоматики у нее не выявлено, тем не менее диагноз “шизофрения” надолго становится для нее “смирительной рубашкой”.

Наконец, непримиримые стороны разменивают большую квартиру в центре Москвы, за которую, по уверениям С., дочь получила приличный куш от обменщиков, но С. переезжать в свою новую квартиру не намерена: дверь там выломана, трубы текут, пол вздыбился и т. п. Предвиделся длительный этап цивилизованного выяснения отношений — через суд. С этого момента, по заверению С., в ход пошли доллары дочери; будем считать, что они являются плодом больного воображения.

Предвидя непробиваемое упрямство своей матери, дочь с облегчением вспоминает о “смирительной рубашке” для нее. Она инсценирует агрессивное поведение больной; в нарушение Закона о психиатрической помощи С. без медицинских на то показаний через милицию дежурным психиатром по городу стационарируют в психиатрическую больницу, где ее держат один год (!), пока дочь, расчетливая и холодная, не установит капкан для своей матери. Скорбный путь С. обильно усыпан все теми же прибрившимися ей долларами.

Дочь подает заявление в суд о признании матери недееспособной для установления над ней опеки. Суд принимает заявление в нарушение процессуальных норм: не выяснив мнения диспансера на этот счет, игнорируя тот факт, что дочь уже не является членом семьи С., проживает отдельно, ведет отдельное хозяйство. Судебно-психиатрическая экспертиза, проведенная С. все в той же МКПБ № 1, признает ее недееспособной. Осталось получить решение суда. Какое же решение примет суд, если:

— заявление дочери следует считать недобросовестно поданным, так как она не преследовала цель установления опеки над матерью, а обнаруживала нескрываемую тенденцию отправить ее в психоневрологический интернат, чтобы закрыть ей путь к судебной тяжбе,

— дочь проживает отдельно,

— между ней и матерью существуют крайне конфликтные отношения; мать не желает, чтобы ее опекуном была дочь,

— медицинских показаний для направления С. в психоневрологический интернат нет?

Дело рассматривается в новом составе суда, война вокруг квартирного вопроса продолжается, правда, уже без применения “тяжелой артиллерии” — психиатрии.

Правовое регулирование оказания психиатрической помощи в Польше

Ю. Н. Аргунова

В начале 90-х годов в ряде европейских государств (Австрии, Бельгии, Германии, Франции, Польше и др.)¹ получило дальнейшее развитие законодательство в области оказания психиатрической помощи, в том числе в плане юридического обеспечения прав лиц с психическими расстройствами.

В Польше 19 августа 1994 г. был принят Закон об охране психического здоровья². Закон состоит из преамбулы и семи разделов, объединяющих 56 статей.

Охрана психического здоровья в соответствии с Законом в первую очередь включает не только предупреждение психических расстройств, обеспечение лиц с психическими расстройствами всесторонней, общедоступной медицинской помощью и другими видами опеки и помощи, необходимыми для жизни в семье и обществе, но и, что особенно важно, формирование по отношению к лицам с расстройствами психики соответствующего отношения со стороны общества, прежде всего, понимания, терпимости, доброжелательности, а также противодействие дискриминации этих лиц.

Профилактическая работа в области охраны психического здоровья ориентирована прежде всего на детей, подростков, лиц пожилого возраста и лиц, пребывающих в условиях, представляющих угрозу для их психического здоровья. Она охватывает, в частности: 1) внедрение принципов охраны психического здоровья в работу школ, просветительных учреждений, учреждений, занимающихся опекой, воспитанием и социальной реабилитацией детей и подростков, а также воинских подразделений; 2) создание учреждений, занимающихся профилактикой, в первую очередь, психологических консультаций и специализированных учреждений, ориентированных на раннее выявление потребностей детей с нарушениями психомоторного развития; 3) поддержку групп самопомощи и других общественных начинаний в области психического здоровья; 4) развитие профилактической работы учреждений здравоохранения в области охраны психического здоровья; 5) введение во-

просов охраны психического здоровья в программы профессиональной подготовки лиц, занимающихся воспитанием, обучением, социальной реабилитацией, медицинской помощью и опекой, управлением и организацией труда и отдыха; 6) научные исследования, направленные на укрепление психического здоровья и предупреждение психических расстройств; 7) введение вопросов психического здоровья в работу общественных средств массовой информации, прежде всего теле- и радиовещания.

Примечательно, что одним из приоритетных направлений профилактической работы является поддержка профессиональных и непрофессиональных общественных объединений, осуществляющих свою деятельность в указанной сфере.

Для лиц, которые в связи с психическим заболеванием или умственной неполноценностью испытывают серьезные бытовые трудности, затруднения во взаимоотношениях с окружающими, а также в трудоустройстве организуется **«общественная поддержка»**. Она нацелена на 1) сохранение и формирование у больных навыков, необходимых для самостоятельной жизни; 2) организацию в общине больного помощи со стороны членов семьи, других лиц и групп, общественных организаций и учреждений; 3) предоставление материальной и жилищной помощи (ст. 8). Последняя может заключаться, в частности, в предоставлении места в доме самопомощи общины. Указанная деятельность осуществляется органами по делам социальной помощи, действующими на основании Закона о социальной помощи, принятого 29 ноября 1990 г.

Психиатрическая помощь предоставляется в виде неотложной и амбулаторной помощи, в домах дневного пребывания, больницах, в виде помощи общины и в домах социальной помощи.

Государственными психиатрическими учреждениями психиатрическая помощь оказывается бесплатно. Больные, находящиеся в стационаре, пользуются правом на бесплатные лекарства, средства гигиены, помещения и питание, отвечающие их состоянию здоровья.

Справку о состоянии здоровья лица с психическими расстройствами, заключение, мнение или направление к другому врачу или психологу врач может дать лишь на основании проведенного им лично обследования данного лица. Направление в психиатри-

¹ О правовом регулировании оказания психиатрической помощи в Австрии, а также во Франции — см. «Независимый психиатрический журнал». 1993. № III – IV; 1994. № I.

² Польский закон об охране психического здоровья. Пер. Т. Кленович. — Варшава, 1996. — 21 с.

ческую больницу (ПБ) дается в день обследования, действительность направления истекает спустя 14 дней.

Среди прав лиц с психическими расстройствами, находящихся в ПБ или в доме социальной помощи, Закон специально предусматривает лишь право на неограниченные свидания с членами семьи и другими людьми; на переписку без цензуры, а также право пациента, находясь на лечении в ПБ, получить разрешение заведующего отделением на временное пребывание вне больницы без выписки из нее, если это не ставит под угрозу жизнь данного лица или жизнь и здоровье других людей.

В случае установления, что благо психически больного или умственно неполноценного лица требует признания его недееспособным, заведующий психиатрическим учреждением уведомляет об этом прокурора. Если законный представитель недееспособного лица не выполняет должным образом своих обязанностей по отношению к данному лицу, заведующий психиатрическим учреждением уведомляет об этом опекунский суд.

Значительное внимание в Законе отводится регулированию **“применения мер прямого принуждения”** по отношению к лицам с психическими расстройствами. Применение прямого принуждения включает в себя физическое стеснение, принудительную дачу лекарства, лишение свободы действий и изоляцию³. Согласно ст. 18, оно “допускается лишь в случаях, когда указанные лица покушаются на собственную жизнь или здоровье, жизнь или здоровье других лиц, на общественную безопасность, с особым ожесточением уничтожают или повреждают окружающие их предметы, а также в случаях, когда применение этих мер прямо предусмотрено положениями настоящего Закона”.

Решение о применении прямого принуждения принимает врач, который определяет вид применяемой меры и лично контролирует ее исполнение. В ПБ и домах социальной помощи в случае невозможности срочного получения решения врача, решение о применении прямого принуждения принимает медсестра, которая обязана немедленно уведомить об этом врача. Все случаи применения подобных мер отражаются в меддокументации.

Лицо, к которому будет применена данная мера, должно быть заранее об этом уведомлено. При этом следует по возможности выбрать наименее обременительную для больного меру; при ее применении необходимо действовать с особой осторожностью, руководствуясь благом данного лица. Закон обязывает скорую помощь, полицию и пожарную охрану оказывать по требованию врача помощь при применении указанных мер.

³ Способы применения прямого принуждения определяются распоряжением министра здравоохранения и социальной опеки по согласованию с министром юстиции и министром труда и социальной политики.

Обоснованность применения этих мер врачом медицинского учреждения оценивается в течение 3-х дней заведующим этим учреждением. Оценка обоснованности аналогичных действий другого врача производится в течение 3-х дней специалистом в области психиатрии, уполномоченным воеводой. Это же правило применяется и при оценке обоснованности недобровольного обследования.

Другим важным положением Закона является определение понятия **“согласие”** лица с психическими расстройствами, под которым понимается “свободно выраженное согласие лица, которое, независимо от состояния психического здоровья, действительно способно понять доступную информацию о цели госпитализации в ПБ, своем состоянии здоровья, планируемых методах диагностики и режиме лечения, а также о прогнозируемых последствиях предпринимаемых мер или отказа от них”.

Закон подробно регламентирует процедуру недобровольного обследования, госпитализации, лечения и выписки из ПБ.

Психиатрическое обследование лица без его согласия или без согласия его законного представителя возможно в случаях, “если поведение данного лица свидетельствует о том, что в силу проявляемых им расстройств психики оно представляет угрозу собственной жизни, жизни или здоровью других людей или оно неспособно удовлетворять свои основные жизненные потребности” (ст. 21). Необходимость проведения недобровольного обследования устанавливает врач-психиатр, а в случае невозможности получения помощи врача-психиатра — врач другой специальности. Обследуемый или его законный представитель перед обследованием уведомляются о причинах его проведения в недобровольном порядке. При необходимости врач принимает решение об экстренной транспортировке обследуемого в больницу. В случае применения прямого принуждения требуется присутствие врача или сотрудника скорой помощи. Обстоятельства, обосновывающие применение таких мер, заносятся в меддокументацию.

Госпитализация лица в ПБ может быть осуществлена при условии получения от него письменного согласия и если назначенный для проведения приема в больницу врач, на основании проведенного им лично обследования, установит наличие показаний к госпитализации (ст. 22). В случае серьезных сомнений относительно способности лица с психическими расстройствами выразить свое согласие, этот факт заносится в меддокументацию, которая предьявляется посещающему больницу судье.

Госпитализация несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным, осуществляется на основании письменного согласия его законного представителя. При госпитализации несовершеннолетнего в возрасте старше 16 лет или недееспособного лица, но сохранившего способность выразить свое согласие, требуется согласие данного лица. В случае противоречия между данным лицом и его законным

представителем, согласие на госпитализацию должен выразить *опекунский суд*.

Госпитализация лица, которое неспособно выразить свое согласие, осуществляется на основании письменного согласия его законного представителя. При отсутствии у несовершеннолетнего родителей требуемое согласие выражает его законный представитель на основании разрешения опекунского суда по месту жительства данного лица; в экстренных случаях такое разрешение не требуется. О каждом случае подобной госпитализации заведующий ПБ немедленно направляет уведомление в опекунский суд по месту нахождения больницы, в котором приводит обосновывающие госпитализацию обстоятельства.

Закон предусматривает несколько оснований для **недобровольной госпитализации**. Аналогичные основания содержит и Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

1. Без требуемого согласия психически больной может быть госпитализирован в ПБ в случае, если его предыдущее поведение указывает на то, что в силу своей болезни он представляет прямую угрозу собственной жизни или жизни и здоровью других людей (ст. 23).

Решение о госпитализации в этом случае принимает назначенный для приема в больницу врач на основании проведенного им лично обследования больного и, если это возможно, заключения второго врача-психиатра или психолога. При этом врач обязан разъяснить больному причины госпитализации без его согласия и проинформировать больного о его правах. Госпитализацию в течение 48 часов с момента ее проведения должен утвердить заведующий отделением больницы. В течение 72 часов с момента госпитализации заведующий больницей уведомляет опекунский суд.

На основании полученного уведомления опекунский суд возбуждает судопроизводство по делу о госпитализации в ПБ. Опекунский суд может возбудить судопроизводство по данному делу также на основании ходатайства данного лица, его законного представителя, супруга, родственников по прямой линии, братьев или сестер, лица, осуществляющего фактическую опеку. В том случае, когда госпитализация в ПБ была осуществлена без согласия лица, но впоследствии им было выражено согласие, опекунский суд, если он сочтет, что данное лицо выразило согласие, прекращает судопроизводство, возбужденное на основании уведомления или ходатайства. Перед прекращением судопроизводства суд обязан заслушать госпитализированное лицо. Опекунский суд немедленно уведомляет больницу о своем решении. В случае признания госпитализации необоснованной ПБ обязана немедленно после вручения ей судебного решения выписать данное лицо.

2. Без требуемого согласия в ПБ может быть госпитализирован психически больной: 1) если его предыдущее поведение свидетельствует о том, что отказ от госпитализации приведет к значительному

ухудшению состояния его психического здоровья, или 2) если он неспособен самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, тогда как есть основания полагать, что лечение в ПБ приведет к улучшению его состояния здоровья (ст. 29).

Решение о необходимости госпитализации в этих случаях принимает опекунский суд по месту жительства данного лица на основании ходатайства супруга, родственников по прямой линии, братьев или сестер, законного представителя или лица, осуществляющего фактическую опеку. При необходимости госпитализации лиц, в отношении которых осуществляются меры общественной поддержки (см. ст. 81), с заявлением может также выступить орган государственной власти.

Ходатайство или заявление должно быть снабжено заключением врача-психиатра с детальным обоснованием необходимости лечения в ПБ. В отсутствие заключения — и если заключение было дано более чем за 14 дней до подачи заявления или ходатайства — опекунский суд возвращает ходатайство или заявление. Заключение дает врач-психиатр государственного психиатрического учреждения по месту жительства больного по обоснованному требованию того или иного лица или органов, уполномоченных подавать заявление о возбуждении судопроизводства по данному делу. Если лицо отказывается от обследования, оно может быть проведено без его согласия.

Лечащий врач уведомляет лицо, помещенное в ПБ в недобровольном порядке, о планируемом *режиме лечения*, направленном, в частности, на устранение причин, лежащих в основе недобровольной госпитализации. Для применения терапевтических мер, связанных с риском для больного, требуется согласие данного лица или его законного представителя. Перечень таких мер определяется распоряжением министра здравоохранения и социальной опеки на основании заключения Главной врачебной палаты. К лицам, госпитализированным в недобровольном порядке, можно применять прямое принуждение как для осуществления мер терапевтического воздействия, так и для предупреждения самовольного их ухода из ПБ.

Решение о *выпуске* из ПБ лица, находящегося в больнице без его согласия, принимает заведующий отделением, если сочтет, что основания для недобровольного пребывания данного лица в больнице отпали. Данное лицо, выразив впоследствии согласие, может остаться в больнице, если врач сочтет это целесообразным. О принятом решении заведующий ПБ извещает опекунский суд.

Лицо, находящееся в ПБ в недобровольном порядке, его законный представитель, а также родственники могут требовать выписки этого лица из больницы не ранее, чем по истечении 30 дней с момента вступления в законную силу решения опекунского суда о госпитализации или дальнейшем лечении данного лица без его согласия. Требование можно подать в любой форме. В случае отказа в выписке

указанные лица могут обратиться с ходатайством в опекунский суд.

Отдельный раздел Закона предусматривает правила приема в дома социальной помощи, которые учреждаются на основании Закона о социальной помощи.

В дом социальной помощи может быть принято лицо, которое в связи с психической болезнью или умственной неполноценностью неспособно удовлетворять свои основные жизненные потребности, не может воспользоваться опекой других людей, а в то же время требует постоянного ухода и опеки, но не нуждается в стационарном лечении. Прием в указанное учреждение возможен, если это лицо само или его законный представитель выразит на то согласие (ст. 38). Если согласие не получено, а отсутствие опеки ставит под угрозу жизнь данного лица, орган по делам социальной помощи может обратиться в опекунский суд с ходатайством о направлении его в дом социальной помощи. Ходатайство может также подать заведующий ПБ, где находится такое лицо. Если в связи со своим психическим состоянием лицо, нуждающееся в направлении в указанное учреждение, неспособно выразить согласие, решение о его помещении выносит опекунский суд. При исполнении решения суда могут быть применены меры прямого принуждения. Закон предусматривает также возможность обращения в дальнейшем в опекунский суд с ходатайством об изменении решения о приеме в дом социальной помощи.

Вопросы судопроизводства в опекунском суде выделены в Законе в самостоятельный раздел. При его осуществлении применяются нормы гражданского процессуального кодекса о неисквом производстве.

Судья имеет право в любое время посещать ПБ и дома социальной помощи с целью осуществления контроля за законностью приема и пребывания в этих учреждениях лиц с психическими расстройствами, контроля за соблюдением их прав, а также за условиями пребывания. Детальный порядок и способы осуществления контроля определяются распоряжением министра юстиции по согласованию с министром здравоохранения и социальной опеки и министром труда и социальной политики.

В случае необходимости оказания помощи в ведении всех или некоторых дел лица, находящиеся в ПБ или доме социальной помощи, вправе подать ходатайство в опекунский суд об установлении попечителя. Его права и обязанности определяет суд. Если по состоянию здоровья лицо неспособно обратиться с ходатайством, опекунский суд может назначить попечителя.

Дела, связанные с госпитализацией, выпиской или помещением в дом социальной помощи, рассматриваются судьей единолично в срок, не превышающий 14 дней с момента поступления ходатайства или уведомления. Посещающий больницу судья заслушивает помещенное в ПБ лицо в срок, не превышающий 48 часов с момента получения уведомле-

ния. В случае установления необоснованности пребывания данного лица в ПБ, судья постановляет немедленно выписать его и заявляет о прекращении производства по делу. Участниками судопроизводства в силу закона помимо заявителя являются психически больной, его законный представитель, супруг или лицо, осуществляющее фактическую опеку.

Перед вынесением решения по существу дела суд обязан получить заключение одного или нескольких врачей-психиатров. В качестве эксперта не может привлекаться лицо, участвовавшее в принятии решения о госпитализации или об отказе в выписке больного из ПБ. В случае надобности судья уведомляет прокурора о необходимости его участия в производстве.

Для лица, в отношении которого рассматривается дело, суд даже без его заявления может назначить адвоката, если сочтет, что по состоянию здоровья данное лицо неспособно обратиться с заявлением, тогда как участие адвоката в деле необходимо.

В Законе содержатся также нормы об охране медицинской тайны. Согласно ст. 50 лица, осуществляющие действия в соответствии с настоящим законом и другими законами, обязаны хранить в тайне все то, о чем они узнали в связи с исполнением этих действий.

Указанные лица освобождаются от обязанности хранить тайну по отношению к: 1) врачу, осуществляющему опеку над лицом с психическими расстройствами, 2) компетентным госорганам или органам самоуправления — в отношении обстоятельств, раскрытие которых необходимо для осуществления задач в области социальной помощи, 3) лицам, участвующим в работе, связанной с социальной помощью — в необходимом объеме.

Закон запрещает фиксировать в меддокументации лица с психическими расстройствами его признания в совершении деяний, подлежащих наказанию. Лица, на которых настоящий Закон налагает обязанность хранения тайны, не могут быть допрошены в качестве свидетелей по делам о признании больного в совершении таких деяний. Такой запрет налагается и на врачей, выступающих в качестве экспертов.

Закон завершается нормой, предусматривающей уголовную ответственность за сообщение врачу или органам, исполняющим настоящий Закон, заведомо ложной информации о наличии у лица психических расстройств. Лицо, совершившее эти действия, подлежит наказанию в виде лишения свободы сроком до одного года, либо ограничения свободы, либо штрафа.

Сравнивая польский Закон об охране психического здоровья с Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", следует отметить, что отдельные нормы польского Закона с очевидностью указывают на некоторое несовершенство отечественного Закона.

Так, в отличие от российского, польский Закон дает определение понятия "согласие" лица с психическими расстройствами, подчеркивая при этом способность лица понять доступную информацию о сво-

ем состоянии здоровья, целях госпитализации и т.д. Тем самым польский Закон не порождает тех трудностей и острых дискуссий, известных практике применения российского Закона, в связи с недостаточно разработанным понятием письменного согласия лица (ст. 11).

Заслуживают внимания также нормы, регулирующие применение мер прямого принуждения, устанавливающие правила оценки их обоснованности. В этом плане ст. 30 российского Закона нуждается в серьезной доработке.

Бесспорным достижением законодательной практики Польши является идея рассмотрения дел, связанных с вопросами оказания психиатрической помощи, специализированным судебным органом — опекуном судом. Наличие таких судов предполагает соответствующую квалификацию судей, возможность реального контроля со стороны суда за соблюдением прав лиц с психическими расстройствами. Практика работы таких судов в зарубежных странах должна быть изучена российскими правоведом. На данном же этапе следует незамедлительно дополнить Закон РФ “О психиатрической помощи...” статьей (разделом), предусматривающим судебную процедуру по делам, связанным с оказанием психиатриче-

ской помощи, а также помещением в психоневрологические интернаты, со ссылкой на ГПК.

Интерес представляют и другие статьи польского Закона. Среди них нормы о получении согласия недееспособного на его госпитализацию; о возможности назначения попечителя в помощь лицам, находящимся в ПБ или доме социальной помощи; об охране медицинской тайны, об уголовной ответственности.

Выгодно отличается данный Закон и присутствием в нем норм о профилактической работе в области охраны психического здоровья. Эти вопросы традиционно скудно и бессистемно представлены даже в таких основополагающих российских документах, как Федеральная целевая программа “Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 гг.)”, Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства в ноябре 1997 г. Однако с чем безусловно следует согласиться в принятой Концепции, так это с тезисом о том, что для постепенной интеграции в мировое сообщество необходимо, в частности, “изучение и применение международного опыта правового регулирования в области здравоохранения”.

XI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРИЯ НА ПОРОГЕ НОВОГО

6–11 августа 1999 г., Гамбург, Германия

Официальные языки Конгресса:

английский, французский, немецкий, испанский, русский, японский

Регистрационный взнос: **800 DM** до 1 февраля 1999 г.
950 DM после 1 февраля 1999 г.

Программа симпозиумов уже составлена.

Заявки на устные и постерные доклады — до 31 декабря 1998 г.

Обращайтесь в оргкомитет по адресу:

**CPO HANSER SERVICE,
Office Hamburg, Postfach 1221,
D-22882 Barsbüttel, Germany
Tel: +49-40-670 8820;
Fax: +49-40-670 3283;
E-mail: cpo@wpa-hamburg.de**

Структура мотиваций и эмоций в процессе самоорганизации психики у лиц занимающихся медитацией

А. Н. Зерниченко, Е. В. Безносюк, А. И. Кучинов

Как известно, особенностями эмоциональных реакций являются непосредственность и пристрастность переживания, их эпизодичность, обусловленная необходимостью быстрого реагирования, мобилизацией ресурсов организма без специальной сознательной оценки каждого параметра раздражителя в отдельности (К. В. Судаков). Эмоции часто предшествуют деятельности, побуждая и направляя ее и определяя таким образом специфику мотивации. Если же мотивация неоднозначна или имеются препятствия на пути достижения поставленной цели, то побуждение к действиям может осуществляться волевыми усилиями. Нет необходимости рассматривать во всей полноте механизмы эмоциональных реакций. Отметим только один момент: само по себе ощущение голода, жажды, опасности не вызывает эмоции. Она возникает, когда возникает необходимость в действиях по устранению этих ощущений, или когда на этом пути возникают препятствия, пусть даже небольшие. “С функциональной точки зрения эмоция представляется регрессией поведения. Когда по той или иной причине естественная реакция не может быть совершена, противоположные тенденции вовлекают примитивные способы реагирования” (Э. Клапаред).

Это очень важный момент, так как развитие способности “безэмоционального” отношения является главным положением многих духовных учений и основой многих медитативных практик. Богатство и разнообразие субъективных переживаний не сводится к эмоциональному и волевому аспектам. В той или иной мере оно определяется и когнитивными процессами, которые не являются собственно эмоциональной реакцией при взаимодействии с объектом потребности. Они представляют собой явления, процессы, посредством которых познаются отношения между объектами (В. Джемс). Так восприятие знака, слова есть активизация когнитивных структур, семантических ассоциативных полей памяти, объединяющих класс ассоциаций образов и понятий, представленный этим словом. Эта активизация есть формирование образа, и субъективно представляется как определенное чувство и, в сущности, является информацией, отражающей предметный мир. Тогда как

эмоция выражает пристрастность в отношении к этой информации.

Так, например, то эстетическое переживание, которое мы испытываем от восприятия леса состоит не из суммы образов отдельных деревьев, а представляет собой качественно новую чувственнообразную структуру — лес. В нее входит не только образ леса из прошлого опыта восприятия, и соотнесение себя с окружающей природой, но и эмоциональная оценка — насколько он в данный момент приятен-неприятен, полезен-бесполезен. Совокупность всех этих составляющих образует то сложное переживание, которое мы называем эстетическим чувством. То же самое можно сказать и о переживаниях в моменты творческого подъема, интеллектуального озарения, просветления и т. п. Образование новых смысловых структур субъективируется чувственно-когнитивными процессами, а интеллектуальное чувство возникает как их совокупность с эмоциональными переживаниями удовлетворенности (или неудовлетворенности), возникающее в ответ на уменьшение информационной неопределенности.

Другими словами, в реальном переживании, помимо прагматических эмоциональных составляющих, присутствуют составляющие, которые можно определить как чувственно-когнитивные процессы. Они выражают информационную динамику на уровне психического и составляют основное содержание эстетических, нравственных и познавательных чувств. Итак, эмоционально-волевые процессы выполняют функцию мобилизации энергетических ресурсов организма, а чувственно-когнитивные представляют процессы самоорганизации и образования информационно-энергетических структур более высокого уровня психического отражения. В рамках таких структур происходит не только упорядочение информации, но и аккумуляция, накопление энергии. В то же время, в отличие от эмоциональных, чувственно-когнитивные процессы не являются фактором, активизирующим мотивацию, ибо имманентная “потребность” в обобщении, самоорганизации не имеет своей предметной представленности в рамках отношения субъект — объект, а опосредована механизмами мотивации. Следует обратить внимание на известное положение С. Л. Рубинштейна о том, что первич-

ным, основным является двухчленное деление психических процессов на интеллектуальные и аффективные. Оно имеет глубокое основание, заключающееся в онтологическом различии между “энергоэнтروпийными” и структурообразующими процессами. Действительно, в основе жизнедеятельности живых организмов лежит с одной стороны — активное изменение внешней среды, с другой — адаптация, приспособление к среде, а отсюда и два способа эмоционального реагирования и поведения. Изменение среды требует активной, целенаправленной деятельности и, соответственно, силового, энергетического взаимодействия со средой, и здесь механизмы мотивации и эмоций являются ведущими. В случае же приспособления к среде, наоборот, большую роль играют кооперативные явления, организация совместных с элементами внешней среды структур. Здесь уместно понятие “несилового взаимодействия” и для него характерна высокая чувствительность механизмов реагирования, связанная с необходимостью приема и обработки информации из окружающей среды. Такой тип реагирования предполагает в большей степени, чем в первом случае информационное взаимодействие со средой. Разумеется, тип знания о способе деятельности в случае изменения среды, и тип знания о способе приспособления к среде и организации структур, комплементарных с элементами среды принципиально отличаются. В последнем случае необходимы более глубокие знания о среде, ее системных свойствах и истории развития, в то время как в первом случае необходима самая поверхностная информация, снимающая неопределенность действия. Вероятно, что эти два принципа жизнедеятельности закрепились в психофизиологических особенностях как свойства темперамента.

Проблема изучения структуры субъективных переживаний человека, занимающегося духовной практикой, психологических основ религиозного сознания, очень интересна для современной медицинской психологии. На протяжении становления цивилизации вера была источником нравственного и духовного развития человека. Одной из функций религии — была реализация потребности человека в самопознании и установлении гармонии с самим собой. Одним из понятий религиозного мировоззрения является например понятие чистоты помыслов, действий, мыслей, чувств, нравов. Но если во всех религиозных учениях понятие “чистоты” является одной из основополагающей категорией, то в психологии оно не определено. Поэтому, наметившаяся тенденция к изучению духовных учений и практик духовного совершенствования, применительно к медицинской психологии, психотерапии, в изучении религиозного сознания, сознания и самосознания лиц, занимающихся духовной практикой в целях восстановления и сохранения психического здоровья не может обойтись без глубокого осмысления таких категорий, яв-

лений и понятий, имеющих отношение к духовности. Несомненно то, что интуитивное постижение смысла “чистоты”, “духовности” в значительной степени иррационально, но тем не менее, несомненно и то, что в некотором смысле оно может быть понято с позиций тех категорий, которые уже освоены научным мировоззрением. В научной терминологии этому понятию, по смыслу, довольно близко соответствует понятие энтропии и негэнтропии. Впервые они были введены в термодинамике и определяли меру деградированной энергии в энергетических процессах. Затем их применение было расширено и интегрировано другими научными дисциплинами. Сейчас это понятие обозначает меру накопления ненужных веществ и энергии в системе, меру деградированной энергии или хаотичность информации. Понятия энтропии и негэнтропии используются для характеристики меры неопределенности в информационных процессах, уровня хаотичности или порядка в процессах самоорганизации живых систем. Эти понятия носят не только естественнонаучный характер, а приобрели философский смысл. Так с позиции физикализма, развитие духовного сознания направлено на увеличение степени внутренней организации личности, и поэтому применение понятий, наработанных теорией самоорганизации может оказаться весьма действенным. Концептуальный аппарат кибернетики, неравновесной термодинамики, синергетики, объектом исследования которых являются процессы самоорганизации в живой и неживой природе, содержит довольно мощный понятийный и методологический потенциал, использование которого дает возможность выявить новые и неожиданные закономерности в изучении природы субъективных переживаний. Ведь несмотря на то, что важность эмоций в регуляции внутренней среды организма и социального взаимодействия общеизвестна, феноменология субъективных переживаний не может служить основой для выявления реальной природы эмоций и чувств в рамках применяемых в психологии концепций. Как отметил В. К. Вилюнас, многие проблемы, касающиеся переживаний не разработаны даже на уровне гипотез. В то же время история психологии показывает, что более широкое использование понятий естествознания в психологии (теория поля К. Левина, представления З. Фрейда) позволяло обобщить имеющийся фактологический материал и свести многообразие психических явлений к нескольким основным закономерностям, но на другой концептуальной основе. В число основных задач любой реальной системы входят взаимодополнительные задачи поддержания неравновесных состояний со средой и поддержания собственного внутреннего равновесия. Исследования процессов самоорганизации привели к пониманию, что неравновесные состояния могут обуславливать повышение организованности и упорядоченности в динамических системах. “Неравновесность, — отме-

чает И. Пригожин, — есть то, что порождает порядок из хаоса”. В динамических системах неживой природы энтропия неограниченно возрастает. Живым системам уже присущи информационно-энергетические процессы, противодействующие нарастанию энтропии. Наконец на высшем уровне организации живых систем, когда появляется человеческое сознание, развиваются психические механизмы, посредством которых может неограниченно производиться негэнтропия. Возникает вопрос: можно ли дифференцировать психические явления по принципу энтропийно-негэнтропийной динамики? В более узком смысле — показать различие между эмоциями и чувствами, а также между волевыми и когнитивными характеристиками с позиции некоторой информационно-энергетической модели.

Процессы, обеспечивающие жизнедеятельность живых систем можно разделить на две большие группы. Первая — это процессы регуляции поступления вещества, энергии или информации, обеспечиваемые механизмами мотивации. И вторая — процессы организации психофизиологических и понятийно-смысловых структур. Процессы структурообразования характерны тем, что в системе происходит резкое снижение энтропии и накоплением негэнтропии. Эти же явление можно наблюдать и в психической деятельности. Процессы создания или разрушения информационно-смысловых структур, связанных с жизнедеятельностью живых систем всегда сопровождаются увеличением или уменьшением энтропии и субъективно переживаются в виде гностических чувств. Высокий уровень психической негэнтропии соответствует высокой степени дифференциации и упорядоченности понятий и представлений о мире. Ведь чем богаче, дифференцированная система отражает действительность, тем эффективнее ее антиэнтропийный потенциал. Так, объединение разрозненных фактов в единое понятие есть, по сути, процесс резкого снижения энтропии и производства новой информации, что субъективно воспринимается как новые чувственные переживания, которые составляют содержание духовных потребностей.

Таким образом, можно определить первую функцию чувственно-когнитивных процессов — информационную. В противоположность эмоциональным процессам, которые имеют энергетический характер. Механизмы мотивации обеспечивают поступление вещества, энергии и информации путем удовлетворения витальных и социальных потребностей. А это ведет к снижению эмоциональной значимости предмета, что соответствует уменьшению энтропии. Есть и другие пути снижения энтропии и увеличения жизненного потенциала. В. Франкл в своей работе упоминает о том, что как фрустрация низших потребностей, так и чрезмерное их изобилие порождает вопрос о смысле жизни. При такой фрустраций, может происходить реорганизация сложной системы значи-

моостей, представленной следами в памяти (энграммами). Трансформация и рекомбинация энграмм представляет, по всей видимости, основу сверхсознания, проявляющегося в форме творческой интуиции (Л. В. Симонов). Считается, что интуиция связана с увеличением антиципирующих компонент поисковой активности, с усилением способности опережающего отражения действительности (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский). Одним из способов увеличения способности к антиципации, а следовательно и расширения творческой интуиции может служить трансцендентальная медитация. Известно, что элиминирование эмоционально-прагматической значимости предмета или явления (например через медитацию) может привести через некоторое время к осознанию его социальной значимости на более высоком уровне — восприятию его как социальной ценности в новой системе отношений, например как историческую ценность.

Но возможен и другой тип взаимовлияния значимостей и ценностей, когда эмоциональный процесс идет по путям, образованными познавательными процессами. И здесь выявляется вторая функция чувственно-когнитивных процессов — репрезентация ценностей. Именно чувственно-когнитивные процессы характеризуют взаимоотношения между человеческой личностью и социальной ценностью, тогда как эмоции характеризуют взаимоотношения между индивидом и объектом потребности. Пережить какое-либо чувство, значит перевести эмоциональное переживание в гностическое чувство на уровень более глубокого понимания переживаемого. Такого рода канализация является существенным моментом в психической жизни личности.

Накопленная в результате каждодневных фрустраций, эмоциональная энергия нуждается в том, чтобы по словам Л. С. Выгодского “время от времени давать ей свободный выход”. Образование каналов трансформации эмоционального переживания на уровень чувственно-когнитивных структур это вопрос воспитания и внутренних усилий человека. И тут возникает альтернатива: можно не согласиться с существующими в психотерапии утверждениями, что эмоциональная разрядка должна осуществляться так, чтобы выплеснуть ее в процессе межличностных коммуникаций. Общество не могло бы существовать, если это было бы только так. Способность преобразования эмоционального содержания в ценностную структуру, надо полагать, является личностным свойством и зависит от личностных особенностей и индивидуальных различий. Это свойство можно определить как пролонгирующая функция чувств и, по всей видимости, может быть измерено методами психодиагностики. Очевидно не только путем полного удовлетворения витальных и социальных потребностей решается проблема существования, но и путем глубокого осмысления окружающей действительности.

сти и внутреннего мира, переоценкой ценностей. И сегодня актуальна мысль: “величие человека, его активность проявляется не только в деянии, но и в созерцании, в умении постичь и правильно отнестись ко Вселенной, к миру, к бытию” (С. Л. Рубинштейн). Ориентация на “панэмоциональность” в изучении эмоциональных явлений так или иначе формирует взгляд на человека как на “потребностодеятельное” существо. Поэтому остаются не исследованными в медицинской психологии и психотерапии явления консолидации, коэволюции, гармонии человека с окружающим миром. Наряду с развитием механизма мотивации и ее эмоционального обеспечения развилась способность к чувственному и вербальному мышлению, знаменовавшее собой построение знаковых моделей и субъективных образов окружающей действительности. Формировались психические механизмы, благодаря которым объекты могли отражаться не только как предметы потребностей, но позволяли оценить иерархию и уровень организации в отношениях между объектами, в число которых входит и сам чувствующий и познающий субъект.

В этом смысле чувственно-когнитивные процессы выражают не только степень обобщения понятий и представлений (внутреннее структурообразование), но и отношения самого человека как части, элемента системы, степень его гармонии с другим человеком, обществом, природой (внешнее структурообразование). Так при виде разрушения, смерти, т.е. явлений деструкции, любой нормальный человек испытывает отрицательные чувства, хотя они могут и не иметь для него как субъекта потребностей никакого значения. Эмоции же выражают отношения индивида как субъекта потребности к предметам своих потребностей, степень зависимости от них, обусловленности ими. Внешнее структурообразование нужно понимать еще и как способность найти свое место в жизни, ведущее к снижению значимости своего собственного “я” и осознанию себя как личности, представляющей определенную ценность.

Итак, существует два типа субъективных переживаний. Им соответствует мотивационный и структурообразующий механизмы жизнеобеспечения. Первый способствует развитию восприятия окружающего мира сквозь призму “я как центр всех вещей”, второй является основой развития самосознания и системы ценностей. Реальное переживание — это всегда совокупность эмоционально-волевых и чувственно-когнитивных процессов с преобладанием тех или других в каждом конкретном случае. Чувство, понимаемое в психологии как “обобщение эмоционального опыта”, в сущности, есть единство энергетической стимуляции и информационного содержания, актуального и диспозиционного, энтропийных и неэнтропийных процессов. Но не только единство, но и противоборство между ними как между двумя типами личностной организации, противоборство между

эмоционально-потребностной оценкой окружающего мира и чувственно-когнитивной формой его представления является, по определению В. Н. Найдыша, фундаментальным отношением сознания. Онтологическое различие между процессами обнаруживается и в исследованиях Д. И. Узнадзе. Он также выделял два основных рода деятельности, обозначив их как интрагенный и экстрагенный. К первому роду он относил спорт, игру, эстетическую деятельность, и ко второму — труд, потребление. Здесь опять-таки необходимо обратить внимание на способ снижения энтропии, определяемой самим характером деятельности: в первом случае снижение энтропии происходит посредством развития и усложнения когнитивных структур, во втором — за счет уменьшения значимости и неопределенности действия, т.е. эмоционально-волевых процессов. Отметим, что конечная цель поступления вещества, энергии, информации в живых системах — это организация структурных комплексов физиологического, психического или социального уровня, и не случайно деятельность второго рода Д. И. Узнадзе определяет как обслуживающую. Но если различие в деятельности основывалось на включенности описываемых явлений как социального признака, то В. Г. Асеев различает деятельность по тем же явлениям, но на основе их функционального содержания, способу интенции.

Существует два способа деятельности, дискретно-целевой и процессуально-содержательный (В. Г. Асеев). Первому соответствует механизм непосредственного (волевого) удовлетворения потребности, и в этом случае сознание фиксировано на цели деятельности, тогда как второму присуща когнитивная функция отработки программ поведения и деятельности, и в этом случае сознание фиксировано на процессе деятельности. Это своего рода “метадеятельность”, которая в той или иной мере включена в структуру реальной деятельности. Восприятие событий, описываемых в произведениях искусства, их эмоциональная оценка не связаны с удовлетворением витальных или социальных потребностей. Соответственно не происходит активизации соответствующих мотивационных процессов у воспринимающего индивида, ибо он непосредственно не участвует в изображаемых событиях, в силу чего и эмоции как реакция на возможность (или невозможность) удовлетворения потребности отсутствуют. Интенсивность субъективного переживания определяется главным образом чувственно-когнитивными процессами, которые только моделируют эмоциональные переживания изображаемых лиц. Например; отрицательные эмоциональные состояния, испытываемые героем художественного произведения, сопереживаются воспринимающим индивидом, но при этом они, как правило не носят неприятного, фрустрирующего характера, от которого хотелось бы избавиться, и даже безобразное воспринимается прежде всего с эстетической точки

зрения. “Нам не внушают отвращения или ужаса кровавые финальные сцены трех величайших на свете пьес — смерть Корделии, убийство Гамлета и самоубийство Отелло, они заставляют нас содрогнуться, но в содрогании есть известная доля наслаждения. Не потому нас радует гибель героев, просто это восхищение всепобеждающим гением Шекспира” (В. Набоков). Чувственно-когнитивная модель эмоциональных переживаний есть организованная и организующая структура более высокого уровня психической регуляции. Будучи своего рода надстройкой, она начинает определять особенности личности, ее жизненный путь.

Чувственно-когнитивные процессы, согласно Л. С. Выгодскому, “экономизируют” психическую силу и упорядочивают “душевное хозяйство”, т.е. являются негэнтропийным и, надо полагать, антистрессовым фактором. Та трансформация эмоциональных переживаний в чувственно-когнитивные процессы, о которой говорилось выше, наиболее полно реализуется посредством искусства. Суть такой трансформации — более глубокое осознание, нахождение обобщенного личностного смысла своим собственным эмоциональным переживаниям в контексте более широкого понимания их социальной сущности, гармонизация процесса переживания, связанного с переоценкой ценностей.

Отметим и другие, близкие точки зрения на функции искусства. Так, Ю. Борев говорит о катарсическо-компенсаторной функции искусства, которая имеет три аспекта: гедонистический, компенсаторный и катарсический. Благодаря такому очищению личностные смыслы как бы облегчаются от груза эмоциональной составляющей и картина мира становится существенно другой. Однако это не просто очищение, а пролонгирование, экспликация эмоционального содержания на более высший чувственно-когнитивный уровень. Собственно эмоции соответствуют гедонистическому, и в меньшей степени компенсаторному аспектам, они выполняют функции “отслеживания” полноты реализации всего многообразия художественного процесса, регистрации степени соответствия изображаемого в произведении искусства “модели мира” воспринимающего субъекта. Эмоции проявляются как удовольствие, когда изображаемая сцена дополняет и обогащает имеющиеся представления, и неудовольствия, когда такого соответствия и обогащения нет. Уточняя понятия, предложенные ранее о разведении понятий удовольствия и наслаждения (радости), отметим, что переживания удовольствия обусловлено положительными эмоциями, в то время как переживания наслаждения — чувственно-когнитивными процессами.

Субъективное переживание при восприятии произведения искусства представляет собой сложный спектр чувственно-когнитивных и эмоциональных составляющих. Вообще процессы компенсации через

моделирование эмоциональных состояний происходят в повседневной жизни, в тех конкретных ситуациях, в которых действует и живет сама личность. Благодаря искусству вырабатываются навыки такого моделирования, которые утверждают себя как “человеческие сущностные силы” (Д. А. Леонтьев). Такие навыки способствуют формированию эстетического отношения к жизни и оказывают влияние на все стороны жизнедеятельности личности (А. А. Мелик-Пашаев). Происходит объективизация субъективных переживаний: смена социальных установок в отношениях, уменьшение степени эмоционально-потребностного отождествления с объектом, формирование более гармоничного, ценностного отношения к объектам окружающего мира (Д. А. Леонтьев). Глубина “очеловечивания”, степень упорядочивания хаотичной энергии эмоций высшими чувственными образованиями определяется не столько воздействием искусства как таковым, сколько способностью личности к самоорганизации, ее духовными запросами. “Искусство систематизирует совсем особенную сферу психики общественного человека — именно сферу его чувства” (Л. С. Выготский) В отличие от искусства психотерапии не свойственна категория самоценности. Она является средством, а не целью. Произведения, возникшие в процессе терапии искусством, заведомо не рассматриваются как творения, имеющие самостоятельную эстетическую ценность — в противном случае, как заметил Юнг, они бы потеряли своё психотерапевтическое значение. Искусство способствует формированию навыков канализирования энергии эмоций, в результате чего образуются высшие, чувственно-когнитивные структуры (модели). С другой стороны, чем сложнее и богаче такие структуры, тем легче происходит канализирование энергии эмоций.

Аналогичным образом можно проанализировать катарсические функции религии, науки и других сфер человеческой деятельности, также как их гедонистические и компенсаторные функции. В отличие от религии, психотерапия никогда не претендует на создание законченной аксиологической системы, усваиваемой в акте веры — рациональной или мистического откровения. “Цель психотерапии — исцеление души, цель же религии — спасение души... Психотерапия не должна также вступать на почву веры в божественные откровения” (В. Франкл, 1990, 334 – 335). В противном случае психотерапия не становится новой религией, а превращается либо в догму, либо в истово охраняемый культ, включающий в себя и её создателей, учеников, и пациентов.

Взгляд на комплекс психических явлений как на целостную динамическую систему дает возможность обнаружить новые свойства и явления в динамике их взаимодействия. В качестве конкретной системы рассматривается потребностно-мотивационная сфера личности и исследуется ее функциональные свойства

с помощью метода структурных матриц. Такой метод анализа предполагает рассмотрение сферы мотивации как систему, состоящую из двух подсистем — мотивов первой группы (так сказать духовно-культурологической ориентации) и мотивов второй группы (условно говоря эгоцентрической ориентации). В рамках системного рассмотрения, эти подсистемы имеют различное функциональное назначение: первая подсистема соответствует фроммовской категории “быть”, вторая — категории “иметь”, способ и характер взаимодействия которых и явился предметом данного исследования.

Было опрошено 50 человек — студенты технических ВУЗов, из них — 10 человек, занимающиеся медитацией в рамках духовной практики. Анкета — это список мотивов, которые требовалось проанализировать в порядке предпочтения, в зависимости от жизненных целей, список которых также прилагался. Так например: “потребность в творчестве”, “чувство долга”, “стремление выразить себя”, “привязанность к другому человеку”, “стремление нравиться окружающим людям”, “стремление к самоутверждению”. Параллельно, каждый испытуемый тестировался по методу портретных выборов Зонди. Эта методика позволяет выявить уровень напряженности потребности, вытеснения неотраженных влечений в бессознательное, сублимацию его в профессиональной деятельности и межличностных отношениях, в интересах и увлечениях.

В основу метода структурных матриц положен способ ранжирования по определенной схеме объектов матрицы и их последующей классификации. Метод реализован в виде компьютерной программы с помощью одного из способов визуального представления графической информации — способа интерактивной компьютерной графики. Применение его оправдано там, где в большом объеме данных требуется выявить внутреннее содержание, принцип взаимодействия объектов (признаков, качеств) системы, ее функциональные особенности, при условии, что есть возможность создать матрицу связей между объектами. Этим методом могут исследоваться любые симметричные матрицы связей: корреляционные, ковариационные, матрицы расстояний, и пр. В отличие от традиционных методов статистического анализа, например, факторного, который обрабатывает только матрицу связей, здесь используется дополнительная информация, извлекаемая из исходных данных. В нашем случае предметом анализа служат матрицы коэффициентов корреляции между мотивами, а объектами — сами мотивы. Числа, отображающие связь объектов друг с другом будем называть элементами матрицы связей. Для корреляционной матрицы элементами будут являться коэффициенты корреляции. Является ли набор измеряемых объектов системой или нет — определяется наличием системообразующих факторов. Таким системообразующим фак-

тором является, например, определенная классификационная ранжирование объектов по какому-либо признаку.

В системном анализе методология классификации строится исходя из предположения, что она есть выражение логическими средствами природной гармонии рассматриваемых объектов. Выделяют внешние и внутренние системы. Внешняя система формируется из подобных друг другу объектов целостной общности. Части внутренней системы имеют различное функциональное назначение, компоненты же внешней системы формируются из подобных друг другу представителей целостной общности. В данном методе имеется возможность выделить подсистему однородных объектов и проанализировать характер ее взаимодействия с основной системой (например уровень устойчивости, характер и интенсивность связей). Для каждого объекта вычисляется степень его значимости, ранг, который отражает актуальность данного объекта для испытуемого или исследуемой системы. Затем объекты вместе со своими элементами в матрице связей (например корреляционной) переставляются в порядке уменьшения их ранга. Однако смысл структурирования и выявления внутренних закономерностей определяется способом ранжирования объектов матрицы, на основе которого и ведется перегруппировка ее элементов. Способ же в свою очередь, определяется концептуальными соображениями или таким предположением к которому не всегда можно подобрать алгоритм ранжирования. В первом приближении основой ранжирования может быть выбрана любая величина: дисперсия, сумма коэффициентов корреляции, среднее арифметическое и т.д. Проблема в том, достаточно ли полно на основе этих величин могут быть отражены внутренние закономерности и взаимосвязи элементов системы, позволяет ли он выявить адекватные характеристики целостности и функциональной системы. Предлагается два способа ранжирования объектов. Первый — это вычисление иерархии объектов по степени предпочтительности, доминантности мотивов, второй — определение средней взаимной информации. Иерархия объектов выявляет индивидуальную значимость и предпочтение одних объектов перед другими на основе их комплексной оценки. Взаимная информация характеризует однозначность и выраженность связей объектов и условий их проявления (например связь мотивов и целей, стимулов и реакций и пр.). Она показывает насколько выражена способность к достижению результатов с минимальными затратами, адекватность реакций. Оценка взаимной информации возможна, когда есть общегрупповые характеристики объектов. Понятие взаимной информации приложимо к тем объектам, для которых матрицу исходных данных можно представить как своего рода описание взаимодействия стимулов и реакций (или причин-следствий). Понятие максимума взаимной ин-

формации имеет весьма глубокое основание и является одним из фундаментальных принципов функционирования живых систем. Поэтому классификация объектов по степени информационного содержания, или энтропии на наш взгляд является достаточно действенной классификационной схемой. Взаимная информация в общем случае включает в себя три составляющие: степень разнообразия стимулов, соответствие (адекватность) реакций общегрупповым нормам и энтропию реакций. На основе степени выраженности этих составляющих, можно делать предположения о доминировании одних объектов над другими. Первый способ — вычисление иерархий — может применяться, когда акцент делается на выявление индивидуальных особенностей исследуемых объектов, второй — на выявление групповых, социальных. Иерархичность выражает устойчивость, жесткость отношений между объектами, взаимная информация выражает гибкость, пластичность, адаптированность. Обобщенная картина структурного взаимодействия между объектами может быть представлена следующими моментами:

1. Если между двумя объектами есть взаимодействие, то объект, имеющий большую значимость с определенной вероятностью воздействует на объекты, с меньшей значимостью.

2. Способ выделения группы объектов в подсистему целиком определяется природой и смысловым содержанием анализируемой системы. Их можно выделить, исходя из анализа способа группировки, а можно воспользоваться каким-либо математическим методом, например факторным анализом. Характер взаимодействия выделенных объектов с общей системой также может быть проанализирован. Подсистема объектов образует пространственно-неразрывный блок — единую совокупность объектов. По структуре их расположения можно судить о характере их связи с другими объектами, способе взаимодействия элементов выделяемой подсистемы как внутри ее, так и с общей системой.

3. Характер и разнообразие связей характеризует степень развития и совершенства системы. Так отдельный индивид тем больше адаптирован к социальной среде, чем больше и разнообразнее его система связей с окружающим миром. Действительная свобода и независимость от конкретных факторов социальной среды обеспечивается разнообразием и многослойностью связей, и каждая связь смягчается наличием других связей.

Типы и интенсивность связей между объектами анализируются следующим образом:

а) вычисляются коэффициенты строко- и столбцеобразования. Так, если в каком-либо столбце элементов больше, чем в других, то это может свидетельствовать о воздействующей, доминирующей функции данного объекта, и наоборот, если в строке элементов больше, чем в других строках, то с боль-

шей вероятностью можно говорить о пассивной, подчиненной функции данного объекта;

б) выявляются триады объектов, образующие положительную обратную связь друг с другом и в силу этого составляющие замкнутую элементарную подсистему из трех элементов. Характер и количество подобных автономных подсистем-триад характеризует систему в целом. Их можно интерпретировать как показатель автономности, самодостаточности системы. Точно также определяются и триады объектов, образующие замкнутую подсистему отрицательной обратной связи.

в) количество свободных (не заблокированных) связей;

г) количество отрицательных связей.

4. Общий рисунок расположения элементов матрицы, области их скопления также несут визуальную графическую информацию о структуре системы и ее индивидуальных особенностях.

В результате анализа вычисляются 32 параметра. 18 параметров характеризуют сами объекты и 14 — отношения между объектами.

В результате этого анализа все обследуемые разделились на 4 группы (фактора), каждая из которых характеризовалась своими значениями описываемых параметров в факторном пространстве.

Обсуждение результатов

1. В первую группу, наиболее многочисленную, вошли лица, не делающие различий между первой и второй мотивацией. Для нее характерно очень сильное стремление к удовлетворению потребностей и их расширению. Нет и тенденций к стабилизации мотивационной сферы. Лица этой группы ориентированы, в основном, на удовлетворение побуждений, а саморегуляции мотивационной среды не происходит (кроме как за счет удовлетворения побуждения).

2. Во вторую группу вошли в основном лица, занимающиеся духовной практикой. У них наблюдается более высокая степень регуляции ПМС, — контроль со стороны мотивации первой группы, а мотивация второй группы значительно гармонизирована, что скорее всего свидетельствует о удовлетворенности теми возможностями, которые имеются в данный момент и которые могут быть реализованы без существенных усилий. Сохраняется высокая степень гомеостатической напряженности мотивационной среды. Выявилась нестойкость пластичной значимости эгоцентрической мотивации. Благодаря такой нестойкости, легко осуществляется переход модальности побуждений из необходимости в желательность. Сужение побуждений эгоцентрической мотивации.

3. В третью группу вошли лица, не занимающиеся духовной практикой, но тем не менее имеющие определенную культуру в сфере потребления, имеющие некоторые навыки в самоограничениях.

Наблюдается полифоничность мотивации, “окультуренность” и как следствие — гармонизация ПМС. Понимание различия между мотивами различных групп происходит только на уровне поверхностного осознания.

4. В четвертую группу вошли в основном практикующие духовное совершенствование. Способности к стабилизации мотивационной сферы. Метод портретных выборов показал, что для этой группы характерна высокая мотивационная напряженность, при низкой актуализации мотивов, и как следствие, самодостаточность. Доминирующая активность мотивов второй группы.

Заключение

Сравнительный анализ различий мотивационной сферы показал, что для лиц, занимающихся духовной практикой свойственна определенная целостность, закрытость мотивационной сферы, устойчивость ее к случайным побуждениям и мотивационным стимулам, что можно объяснить, скорее всего, силой идейно-нравственных установок. Кроме того, им в большей мере свойственна гибкость и подвижность в смене модальности побуждений с необходимости на желательность.

Что же касается инструментального метода, то здесь следует отметить, что сравнительный анализ мотивационной структуры с помощью метода структурных матриц дает возможность выявить способ и характер взаимоотношений групп мотивов различной ценностной ориентации, более детально определить их структуру, выделить существенные и второстепенные показатели в динамике мотивационной саморегуляции.

Опыт применения метода свидетельствует о возможности гибкого и внеконцептуального способа выявления индивидуальных и групповых различий, что является основанием для выработки гипотез и концепций, объясняющих эти различия.

Универсальность метода дает возможность его использования для исследования структурных свойств широкого круга психических явлений и может явиться основой для разработки психодиагностических методик различного назначения.

Литература

1. Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. — М., 1976. — 158 с.
2. Борев Ю. — М.: Эстетика, 1988. — С. 49.
3. Венцель Е. С. Исследование операций. — М., 1986. — С. 124.
4. Голицын Г. А., Петров В. М. Информация, поведение, творчество. — М., 1991.
5. Виллюнас В. К. Перспективы развития психологии эмоций / Тенденции развития психологической науки. — М.: Наука, 1989. — С. 46 – 60
6. Выготский Л. С. Психология искусства. — М., 1986.
7. Зерниченко А. Н., Гончаров Н. В. Мотивационный процесс, структура личности и трансформация энергии потребностей / Вопр. психол. 1989. № 2. С. 73 – 80.
8. Клапаред З. Чувства и эмоции // Психология эмоций. — М., 1984. — С. 93 – 102.
9. Кочубей Б. И. Психофизиология личности // Физиология человека и животных. т. 40. — М.: ВИНТИ, 1990. — 162 с.
10. Курс общей психологии под ред. А. В. Петровского. — М., 1986. — С. 464.
11. Кругликов Р. И. Принцип детерминизма и деятельность мозга. — М., 1988. — С. 223.
12. Леонтьев Д. А. Личность: человек в мире и мир в человеке. // Вопросы психологии. 1989. № 3. С. 11 – 21.
13. Седов Е. А. Информационные критерии упорядоченности и сложности организации структуры системы. // Сб. Системная концепция информационных процессов. 1988. Вып. 3. С. 37.
14. Мелик-Пашаев А. А. Психологические проблемы эстетического развития школьников // Вопр. психологии. 1989. № 1. С. 15 – 23.
15. Набоков В. Федор Достоевский // Лит. газета. 1990. № 36. С. 7.
16. Найдыш В. М. Научная революция и биологическое познание: философско-методологический анализ. — М., 1987.
17. Основы физиологии функциональных систем / ред. К. В. Судачков. — М., 1983. — 272 с.
18. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. — М., 1973.
19. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. — М., 1993.
20. Симонов Л. В. Междисциплинарная концепция человека. — М., 1989. — 64 с.
21. Чувства. Краткий психологический словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 1985. — С. 432.
22. Lehrer P., Schoicket S., Carrington P., Wolf P. // Behav. Res. Ther. 1980. NIB. P. 293 – 303.
23. Пригожин И., Стингерс И. Порядок из хаоса. — М., 1986. — 431 с.
24. Шатихин Л. Г. Структурные матрицы. — М., 1990.
25. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.
26. Фромм Э. Иметь или быть. — М., 1990.
27. Узнадзе Д. Н. Экспериментальные основы психологии установок. — Тбилиси, 1961.

РЕКОМЕНДУЕМ КОЛЛЕГАМ ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ,
ЗАКЛАДЫВЮЩИЙ ОСНОВЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ
PPP — PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY

Журнал выпускается Британской философской группой и ААРР (США)
Главный редактор — профессор Билл Фулфорд (Warwick)
Журнал выходит ежеквартально с 1995 года

Участковые страдания

открытое письмо доктору В. М. Козловскому,
участковому психиатру ПНД № 4 г. Москвы

Уважаемый коллега!

Ознакомление с Вашей публикацией в Независимом психиатрическом журнале за 1997 год (№ 4) не оставляет сомнений, что это — фрагменты Вашего самоотчета для аттестационной комиссии, присваивающей квалификационные врачебные категории.

Говорю об этом с полной ответственностью, так как за двадцать девять лет внебольничной психиатрической работы сам сочинил таких самоотчетов целых пять штук (положено же “подтверждаться” каждые пять лет). Все они, безусловно, уступают Вашему тексту в изяществе слога и мощности цитатного обеспечения, но не в этом дело.

Дело в том, что болевые точки у нас общие: чуть ли не поголовная пауперизация наших пациентов, их полное жилищное бесправие, их незащищенность перед разного рода проходимцами и жуликами, явно искусственное возрастание числа инвалидов (у нас, правда, процент их существенно меньше Вашего), — иначе говоря, оттеснение лиц с психическими расстройствами на обочину жизни обществом, называющим себя правовым и демократическим.

Различия же между нашими диспансерами в социальных и возрастных структурах обслуживаемого населения, лекарственных арсеналах (Вашему можно только бешено завидовать), и таких частностях как обледенелые тротуары и пятые этажи без лифтов, которые вынуждены преодолевать наши участковые врачи, — неминуемы и на них равняться не стоит.

Разговор с Вами во всеуслышание затеян мною потому, что меня крайне тревожат некоторые принципы подхода к проблеме, существующие, боюсь, не только на Вашем участке. Ваша, исполненная гуманистического пафоса статья, глубоко пессимистична. Вы жалуется на давящие обстоятельства, но Вы во многом сами их создали.

Почему Вы отвечаете на любые вопросы, что больные консультативной группы “не находятся под диспансерным наблюдением” и считаете, что тем самым устраняете для них препятствия в трудоустройстве? Потому что, упорные в своем неведении Законов регистраторы заводских поликлиник, младшие инспектора отделов кадров и секретари водительских комиссий желают знать “состоят ли они на учете”?

А то, что Вы никому из этих излишне любознательных работодателей ничего не должны отвечать

на этот вопрос — Вы знаете? Что статья 6 Закона о психиатрической помощи обязывает психиатров только устанавливать отсутствие противопоказаний для отдельных видов профессиональной деятельности и ничего больше не сообщать предприятию, куда устраивается больной. (Если противопоказания есть — то лучше ничего не отвечать, только объяснить больному неудачность профессионального выбора).

Иногда, тут я с Вами солидарен, приходится (нам, каюсь, довольно часто) переступать требования приказа Минздрава № 117 (приказ № 555 не действует с 1993 года) — уж больно он перестраховочен, закрывая доступ больным, находящимся под диспансерным наблюдением даже к должностям уборщиц и дворников.

Но самое главное, простите за повторяемость, — в полном игнорировании наглого вопроса “состоят ли на учете?” (у нас и термина такого официально давно уж нет).

Я бился за это лет 20 в одиночку, полтора года — в составе рабочей группы по подготовке Закона о психиатрической помощи и с 1990 года опубликовал в массовой и специальной печати полтора десятка статей, где до хрипоты доказывал: ответ “на учете не состоит” (в старой терминологии) — предательство тех, кто вынужден был обратиться за помощью к психиатру, выдача их на растерзание торжествующим обывателям (ведь любой другой ответ — “разоблачает”). Что единообразие ответов при профосмотрах для трудоустройства — как для тех, кому пришлось у нас лечиться, так и для тех, кто никогда у нас не был, — не только растворяет наших больных в общем человеческом потоке, но и в этом частном случае может считаться признаком равноправия со всеми остальными людьми.

Вы, уважаемый коллега, сами определяете, конечно, свой круг чтения, вы вольны читать или не читать, мною напечатанное, я допускаю также, что статья 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья, устанавливающая, что факт обращения в медицинское учреждение (любое!) относится к врачебной тайне и не может быть разглашен, кроме некоторых особых случаев, — тоже прошла мимо Вас.

Но статьи 8 и 9 Закона о психиатрической помощи, говорящие о том же применительно к нашим делам — должны быть Вам известны. Как и письмо

Минздравмедпрома № 04-15/29-15 от 14 июня 1994 г., прямо запрещающее психиатрам отвечать при решении вопросов, установленных статьей 6 Закона о психиатрической помощи, состоит ли данное лицо под психиатрическим наблюдением или нет.

Так или иначе, читали Вы или не читали эти документы, Вы им не следуете. И два мира образуются не в диспансере, а за его стенами, и водораздел проходит между подавляющим, очень собой довольным, несказанно гордым своей непричастностью к психиатрическому наблюдению большинством населения и “состоящими на учете” (на привычном для этого большинства жаргоне — он же неистребим) меньшинством, которое кто-то жалеет, кто-то остерегается, кто-то защищает, кто-то презирает, но все вместе едины во мнении, что меньшинство это сформировано людьми второго сорта.

Несмотря на все законы, предрассудки относительно наших пациентов парадоксально возрастают год от года — недавно им было отказано в добровольном (за свои же денежки) страховании, дабы не просочились в престижные клиники.

Не имеем мы права эти предрассудки хотя бы косвенно поддерживать.

Вот Вы, уважаемый доктор, с огорчением констатируете, что резко уменьшилось число больных на больничных листах, потому что пациенты опасаются “высветиться” перед администрацией и стать кандидатами на увольнение при очередном сокращении штатов. В качестве профилактики увольнения Вы, так как больные больничных листов “не берут”, организуете пятничные авралы, начиная пациентов на весь “week end” увеличенными дозами препаратов. Колоссальная работа, только продиктована она в конечном счете, желаниями больных, а не врачей. А надо бы — наоборот.

А, между тем, сам по себе больничный лист, если он не выдавался четыре месяца подряд непрерывно, основанием для увольнения по инициативе администрации служить не может. Так установлено трудовым законодательством, обязательном и для государственных, и для акционерных, и для частных предприятий и учреждений.

А что касается хитроумных административных финтов в виде “подведения под сокращение” — то всех сократить невозможно. Иначе предприятие не сможет работать. Кроме того, бывают и крайне необходимые производству работники, а ими могут быть и наши больные.

Вот Вы, коллега, рассказали трогательную историю о самопожертвовании одного из сотрудников больного Г., “сократившемся” взамен него.

В противовес могу поведать о том, как кафедра одного весьма престижного ВУЗа тридцать с лишним лет “терпела” периодические маниакальные приступы своего преподавателя, не такие уж и редкие его госпитализации, однако — продвигала его по служебной лестнице, а после защиты диссертации —

Ученый Совет вот уже два срока переизбирает его на должность доцента, несмотря на послепенсионный уже возраст.

Но ценным и необходимым для предприятия могут быть не только научные работники, есть еще и квалифицированные рабочие, необходимы, представьте себе, и уборщицы.

Так что ситуации в этих случаях не однозначны.

У нас больные, работающие по всей Москве, лечатся амбулаторно по больничным листам, когда это нужно и сколько это нужно. И получают парентерально препараты не только по пятницам. И ни разу последние годы выданные нами больничные листы не провоцировали администрацию на попытки увольнения. Особенно после того, как мы во исполнение приказа Минздрава от 17 мая 1995 года изъяли из штампов и печатей, проставляемых в больничных листах слово “психиатрический” — чтобы не давать никому никаких поводов для косых взглядов и перешептываний.

Так что мне не очень понятен страх пациентов Вашего диспансера перед больничными листами — и наши, и Ваши больные работают в одном городе...

Поговорим теперь, уважаемый доктор, о Вашей критике ныне действующей статистической цифровой отчетности, которую Вы считаете непригодной для настоящего времени, так как “в большинстве случаев полученные цифры являются не медицинскими показателями, а в основном зависят от социальных факторов” (цитирую по Вашему тексту).

Тезис любопытный, но никаких доказательств его не приведено, поэтому приходится его отклонить.

И потом непонятно, какие статистические формы Вы имеете в виду, считая их непригодными. Если формы 36 и 10 — то они заполняются по всему психиатрическому учреждению в целом и должны содержать сведения о больных, принятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом. Так что Ваше возмущение по этому поводу неосновательно.

А участковых статистических форм просто не существует, но при желании их всегда можно “придумать для себя” и анализировать, что вздумается и сколько вздумается и эффективность лечения, и действие новых препаратов, и влияние разных факторов на патоморфоз. Или Вам желательно, чтобы цифровые данные по этим параметрам были введены в ежегодную статистическую отчетность по всему диспансеру в целом? Тогда сошли бы с ума все статистики всех психиатрических диспансеров России. Или вынуждены были бы врать, как нередко вынуждены делать и сейчас, орудуя карандашом и резинкой. Потому что заполнение, например, статистической формы № 10 (на математическом языке — матрицы 17×12) с подразделением по полу, возрастным категориям и 17 диагнозам — задача адская. Решить ее можно только много дней перебирая тысячи амбулаторных карт, или путем компьютерного, как у нас, подсчета

— за 21 секунду. Но много ли компьютеров в сотнях психиатрических диспансеров России? А Вы тут еще — патоморфоз...

Так что с повсеместным изучением его придется повременить. Но интересные выводы, тем не менее, сделать можно — из таблицы количества больных на участке на начало года за четырехлетие.

Оно практически не изменилось, и Вы это объясняете тем, что число первичных больных и небольшая группа прибывших на участок уравнивается за счет смертности и пациентов, выбывших в другие районы.

А выбывших с улучшением у Вас не бывает? Ведь годовые статистические формы об этом спрашивают. Так что у Вас — ни одного эндогенного больного с хорошей ремиссией более 5 лет за прошедшее время? Ведь по этому поводу существуют специальные инструкции и даже, кажется, написаны диссертации.

Впрочем, можно было бы и не спрашивать. Еще лет 15 назад один из лучших российских специалистов в области психиатрической статистики, ныне, к сожалению, покойный Д. А. Зайцев сетовал, что он никак не может убедить московских психиатров прекратить наблюдение за больными шизофренией, даже если ремиссия более 10 лет.

По своему опыту выезда в командировки по Московской области могу засвидетельствовать, что на это не решаются не только московские психиатры, это явление, скорее всего, повсеместное, — годами держать на психиатрической привязи людей, давным-давно в наблюдении у психиатра не нуждающихся.

Сколько таких у Вас на участке — я не знаю, конечно. А у нас (по всем диагнозам) — 40–50 % от всех снятых, цифры на этом уровне — за несколько лет. При этом ежегодно несколько человек с диагнозом “шизофрения”. Всего же таких десятки за тридцать лет при рецидивах (после многолетних ремиссий) — не более 1–2 в год.

Это не хвастовство, коллега, это констатация факта. Но в некотором роде и гордость: это же квинтэссенция нашего труда, его вершина — отпустить в Мир человека, освободив его от тяжелого психологического груза “состояния на учете”.

Неужели Вы, коллега, не испытывали такой радости? И среди семи сотен больных, числящихся по Вашему участку, нет ни одного, которому нечего там делать? В диспансерах Московской области я таких находил немало.

А если прикинуть по всей стране?

Не окажется ли тогда сомнительной вся государственная психиатрическая статистика, строящаяся на сложении участковых данных, не отражающих реальности?

И неужели на основании такой вот сомнительной информации Министр Здравоохранения Федерации

поведала через “Известия” всей России, будто каждый пятый в нашем государстве нуждается в помощи психиатра или психолога?

Я, конечно, не располагаю всей Федеральной статистикой. Мои предположения основываются на данных двух — трех диспансеров.

Но в капле воды при химическом и микроскопическом анализе отражается как степень замутненности, так и насыщенность микроорганизмами всего водоема.

И последнее, уважаемый коллега. Я уже говорил о том, что на Вашем отчете лежит печать обреченности, подчиненности судьбе, явно к нашим пациентам неблагоприятной.

Противопоставленные ей усилия по улучшению условий жизни больных, организации досуга, ритмизации его какими-нибудь занятиями и прочее — трудно переоценить. О “money therapy” уже не говорю — это на уровне родственных отношений. Сомнительно только выделение больных, оказавшихся за гранью нищеты в отдельную группу наблюдения — тогда следует выделить и бесквартирных, например.

Но это все мелочи и совершенно несерьезные.

Дело не в частностях.

Дело в позиции.

Ваша, уважаемый коллега, представляется мне чрезмерно патерналистской, что, к сожалению, традиционно для отечественной психиатрии.

Ваш участок, уважаемый коллега, — это большая семья, где Вы — духовный отец, а члены ее крепко-накрепко прикреплены к диспансеру: кто — пятничным введением лекарств, кто — ожиданием денежного вспомоществования, кто — надеждой на доброе слово доктора или хотя бы сестры. Без всего этого у них нет жизни.

Создано замкнутое само на себя сообщество, которое очень похоже на гетто без географических границ.

Так сбывается голубая мечта обывателей всех стран и народов: агнцев (“не состоящих на учете”) отделить от козлиц, а тех — запереть, загнать за изгородь — и пусть там живут, как им хочется, лишь бы не высывались.

А вся деятельность по созданию Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании была направлена как раз на то, чтобы этот гнусный, ксенофобический по отношению к лицам с психическими расстройствами стереотип разрушить, и в идеале, вообще искоренить. Чтобы наши пациенты чувствовали себя такими же людьми, как и все остальные, а их отношения с психиатром оставались бы их личным делом.

Организация же для них благоустроенных резерваций этому способствовать не может.

С. С. Гурвиц

О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре

В. Н. Прокудин¹, П. И. Шараев², А. Я. Капкаева³,
М. Е. Филиппова⁴, Е. В. Черносвитов⁵, В. Н. Цыганова⁵

В сентябре 1997 года в ГКБ № 36 по инициативе главного врача, заслуженного врача РФ Э. Я. Якубова создана психотерапевтическая и психиатрическая служба — организовано психотерапевтическое отделение (кабинет). Обоснованиями к введению в штатное расписание ГКБ № 36 должностей врачей психотерапевтов и организации психотерапевтической и психиатрической службы послужили следующие факты.

ГКБ № 36 — многопрофильная больница на 1310 коек, в которую по экстренным показаниям госпитализируются до 80 % пациентов и где потребность в психиатрической и психотерапевтической помощи достаточно велика. В связи с возросшим в последние годы уровнем невротизации населения г. Москвы органами и учреждениями здравоохранения города проведена целенаправленная работа по развитию психотерапевтической службы города, в том числе в 5-ти многопрофильных соматических больницах. Имевшийся к середине 1997 г. двухлетний опыт работы психиатров-консультантов в ГКБ № 36 (В. Н. Прокудина и Е. В. Черносвитова) с пациентами различных отделений этой больницы позволил сделать следующие выводы:

1. Широкий диапазон нозологий в многопрофильной больнице требует увеличения объема психиатрической и психотерапевтической помощи, дифференцированного подхода к назначению лечения психотропными средствами и психотерапией.

2. Для повышения эффективности оказываемой помощи необходима согласованная работа психиатров-психотерапевтов и врачей отделений.

3. В ряде случаев возникает необходимость работы психиатров-психотерапевтов с родственниками пациентов, как в аспекте внутрисемейной психологии, так и для разрешения конфликтных случаев.

4. В работе психиатров-психотерапевтов в скоромощной больнице в наши дни следует учитывать социально-неблагоприятный статус определенной категории пациентов: БОМЖи, беженцы, мигранты,

одинокие геронтологические больные, лица освобожденные из мест лишения свободы и т. п., которым психотерапевтическая помощь необходима для социальной адаптации.

Нормативными документами для открытия психотерапевтической службы в ГКБ № 36 послужили:

1. Приказ МЗМП РФ № 294 от 30.10.95 “О психиатрической и психотерапевтической помощи”, где в приложении 7 утверждается “Положение о психотерапевтическом кабинете”, который “организуется... в стационарах не менее 200 коек”; в этом же приказе утверждаются: “Положения о враче-психотерапевте и о психотерапевтическом кабинете, положения и тарифно-квалификационные характеристики по должностям: медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник (со средним специальным образованием), штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета, примерный перечень оборудования психотерапевтического кабинета” и др.

2. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 8 от 04.01.96 “О дальнейшем совершенствовании психиатрической и психотерапевтической помощи населению г. Москвы”, в котором приказывается вице-директорам Департамента: организовать в лечебно-профилактических учреждениях психотерапевтические кабинеты, штаты кабинетов установить в соответствии с приказом МЗМП № 294; поручено начальнику управления организации и контроля качества медицинской помощи взрослому населению, главному психиатру и главному психотерапевту Департамента рассмотреть вопрос и представить предложения об организации психотерапевтических кабинетов в общесоматических... стационарных лечебно-профилактических учреждениях; а также поручено заместителю руководителя Департамента внести изменения в объемы финансирования управления здравоохранения административных округов... и др.

3. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 131 от 07.03.97 “Об итогах работы медицинских учреждений города по оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи взрослому населению в 1994 — 97 гг.”, в котором поручается вице-директорам Департамента здравоохранения, главным врачам ЛПУ городского подчинения: осуществлять планирование организационных мероприятий по функционированию психиатрической и психотерапевтической службы в соответствии с поставленными задачами; обеспечить широкое внедрение в прак-

¹ Зав. Психотерапевтическим отделением ГКБ № 36, к. м. н., доц. Каф. Психиатрии ФУВ Российского Гос. Мед. Университета.

² Зам. главного врача ГКБ № 36 по медицинской части, к. м. н..

³ Зам. главного врача ГКБ № 36 по КЭР, к. м. н.

⁴ Медицинский психолог.

⁵ Психиатр — психотерапевт психотерапевтического отделения ГКБ № 36.

тику психотерапевтических методов лечения в соответствии с приказом Минздравмедпрома № 294 и приказом Департамента № 8. Далее поручается начальнику организационно-контрольного управления взрослой сети, главному психиатру, зав. ОМО по психиатрии: разработать и осуществить комплекс мероприятий по совершенствованию соматопсихиатрической помощи населению, ... главному психиатру, главному психотерапевту обеспечить организационно-методическое руководство по реализации приказа Департамента от 04.01.96 № 8 "О дальнейшем совершенствовании психиатрической и психотерапевтической помощи населению г. Москвы" и др.

4. Решение коллегии Департамента здравоохранения г. Москвы от 25.07.96 (протокол № 14-1) "О состоянии психотерапевтической помощи и мерах по ее совершенствованию", в котором констатируется: "в связи с возросшим в последние годы уровнем невротизации населения (50 – 60 % взрослых работающих) органами и учреждениями здравоохранения проведена целенаправленная работа по развитию психотерапевтической службы города.

Коллегия решает: ...главным врачам лечебно-профилактических учреждений совместно с главным психотерапевтом продолжить в соответствии с действующими нормативами дальнейшее развертывание психотерапевтических кабинетов в... стационарных... лечебно-профилактических учреждениях;

предусмотреть выделение средств для оснащения психотерапевтических кабинетов по заявкам главных врачей в соответствии с перечнем оборудования, утвержденного приказом МЗМП РФ № 294".

В сентябре 1997 г. в ГКБ № 36 оборудована комната под психотерапевтический кабинет (гипнотарий). Для психотерапевтической службы закуплено 10 мягких кресел для проведения групповой психотерапии и другая необходимая мебель. Закуплены также музыкальный центр, видеодвойка (телевизор + видеомэгафон), видеокамера. Интерьер психотерапевтического кабинета оформлен в соответствии с принятыми стандартами.

За 6 прошедших месяцев (полгода) работы сотрудниками психотерапевтической службы ГКБ № 36 (двумя врачами психиатрами-психотерапевтами и медицинским психологом) проведена следующая консультативно-лечебная работа.

а) Проконсультировано по заявкам из различных отделений 465 больных (из них 39 по срочным вызовам), 165 мужчин (35 %) и 300 (65 %) женщин. По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет — 6 больных, от 20 до 30 лет — 15, от 30 до 40 лет — 70, от 40 до 50 лет 81, от 40 до 50 лет — 90, от 50 до 60 лет — 78, от 60 до 70 лет — 80, от 80 до 90 лет — 45 больных. Всем этим больным, наряду с четким описанием их психического статуса и установления психиатрического диагноза, назначалась дифференцированная психофармакотерапия с

учетом наличия различных психотропных препаратов в аптеке больницы (заказ психотропных препаратов производился зав. аптекой по согласованию с зав. психотерапевтическим отделением). Там, где это возможно, во время консультации психиатра проводилась рационально-корректирующая и иная адекватная ситуации и состоянию больного психотерапия на месте (особенно при каждой повторной консультации), а также отбор больных для групповой психотерапии в гипнотарии. Все больные консультировались при их добровольном согласии, за исключением случаев острых психозов. Консультация психиатра-психотерапевта (психиатрическое освидетельствование) осуществлялось в основном по просьбе или с согласия больного для определения наличия у него психического расстройства, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи, т.е. в полном соответствии со статьей 23, части 1 – 3 "Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Психиатрическое освидетельствование могло быть проведено без согласия больного в случаях, когда по имеющимся данным он совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (психоза) — часть 4 той же 23 статьи "Закона".

б) В психиатрические больницы было переведено 6 больных (из них четверо на добровольной основе, двое — в психотическом состоянии — в недобровольном порядке (в соответствии со статьей 29 "Закона").

в) В оборудованном гипнотарии проведено 279 сеансов индивидуальной эмоционально-суггестивной терапии, 33 сеанса коллективной музыкальной терапии со 179 пациентами, 48 сеансов групповой психотерапии с общим числом 248 больных (подобранных сотрудниками отделения в различных отделениях больницы) и с примерно 60 сотрудниками больницы (учет сотрудников, участвующих в сеансах групповой психотерапии по этико-деонтологическим принципам, не проводился).

г) В процессе каждодневной работы психиатры-психотерапевты постоянно проводили консультативную и психокоррекционную работу с обратившимися за помощью и советами сотрудниками больницы по проблемам душевного здоровья (своего или своих родственников). Учета этих обращений по этико-деонтологическим принципам также не проводилось.

Переходя к анализу работы психотерапевтической службы ГКБ № 36 за полгода можно вычислить среднюю величину заявок, поданных отделениями на консультацию психиатра-психотерапевта, равную 77,5 заявок в месяц.

Можно отметить, что из отделений терапевтического профиля наиболее часто направлялись на консультацию психиатра-психотерапевта больные из кардиологических отделений. Врачи этих отделений

при обнаружении у больных малейших проявлений психической патологии (даже субневротического, субневрозоподобного уровня) обращали на нее внимание и привлекали к комплексному ведению и лечению таких пациентов “узкого” специалиста. Часто направляли своих больных на консультации психиатра-психотерапевта врачи неврологического отделения. Реже за подобными консультациями для своих больных обращались врачи кардио-реанимационного отделения, что находит объяснение в urgentном течении и критическом характере состояния больных этого профиля.

Из отделений хирургического профиля наиболее часто направлялись на консультацию психиатра (а не психотерапевта) больные врачами ожогового центра. По-видимому, это связано с тем, что у больных с тяжелыми ожогами часто развиваются субпсихотические и психотические картины, требующие немедленного подключения в бригаду врачей, курирующих подобного больного, психиатра — клинического психофармаколога. Довольно часто консультации психиатра назначались больным врачами реанимационного отделения. Столь же часто консультации психиатра назначались больным врачами хирургического и травматологических отделений. В хорошем контакте мы работали с врачами нейро-хирургического отделения, где у больных нередко в связи с конкретной мозговой патологией развиваются отчетливые проявления психоорганического синдрома, требовавшие бригадного подхода к лечению (т.е., включения в лечебную бригаду психиатра). Очень редко назначали своим больным консультации психиатра врачи отделений челюстно-лицевой хирургии, отделения микрохирургии глаза.

Из отделений акушерско-гинекологического профиля заявки на консультации психиатра или психотерапевта поступали редко.

Подбор больных для проведения групповой психотерапии осуществлялся постоянно в процессе каждой дневной работы зав. психотерапевтическим отделением и врачом-психотерапевтом в ходе консультаций больных по заявкам отделений, а также целенаправленно в ходе разъяснительных бесед с заведующими и врачами отделений. Это дало свои положительные плоды, так как к концу отчетного периода врачи отделений терапевтического профиля все более активно по своей инициативе стали направлять своих больных с психосоматической патологией на консультацию в психотерапевтическое отделение для решения вопроса о включении их в сеансы групповой психотерапии.

Подбор сотрудников больницы для включения их в сеансы групповой психотерапии проводился с соблюдением всех норм медицинской этики и деонтологии. Это осуществлялось путем ежедневной информации среди медицинского и иного персонала во всех подразделениях больницы об открытии психоте-

рапевтического отделения. Нередко сотрудники больницы перед началом регулярного посещения сеансов групповой психотерапии обращались с просьбой побеседовать с ними наедине, а иногда приходили за консультациями, касающимися их супругов или детей.

Феноменологически-нозологический анализ психопатологических расстройств у соматических больных наблюдавшихся за полгода (см. таблицу) позволил прийти к следующим выводам.

а) Наиболее часто (у 376 больных, в 81 % случаев) встречались разнообразные невротические и неврозоподобные, а также психопатические и психопатоподобные расстройства на фоне или вследствие различной соматической (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, бронхиальная астма, различные виды стенокардии, ишемическая болезнь сердца, инфаркт и постинфарктный кардиосклероз) или неврологической патологии (посттравматическая энцефалопатия, резидуальные явления перенесенных нарушений мозгового кровообращения с дисциркуляторной энцефалопатией, начальные стадии церебрального атеросклероза). В статистической форме № 10 годового “Отчета о заболеваниях психическими расстройствами” эти больные отнесены в группу “психические расстройства непсихотического характера”.

В соответствии с вышеупомянутым Законом РФ эта наиболее многочисленная группа психосоматических больных с “пограничным” уровнем психопатологических расстройств полностью подпадает под действие статьи 26 пункт (2), т.е. относится в группу консультативно-лечебной помощи, когда эта помощь оказывается по просьбе больного или с его согласия.

Психотропная терапия этих больных заключалась в добавлении к стандартным средствам, назначаемым терапевтами или невропатологами, транквилизаторов, антидепрессантов, гипнотиков, ноотропов в сочетании с рациональной психотерапией. В случае, если больные могли свободно передвигаться, они приглашались на сеансы групповой психотерапии. В выписном эпикризе подобным больным рекомендовалось дальнейшее получение амбулаторной психиатрической помощи в психоневрологических диспансерах по месту жительства (в виде консультативно-лечебной помощи).

б) Небольшая часть больных с выявленным церебральным атеросклерозом — 76 больных (16,5 %) обнаружила отчетливые поведенческие расстройства, сочетавшиеся со сформировавшимся снижением уровня личности и памяти (причем 56 больных из 76-ти отнесены к описанным в разделе “а” психическим расстройствам непсихотического характера, а у меньшей части из этого числа (у 21 больных, 4,5 %) обнаружались также эпизоды спутанности сознания, особенно в вечернее и ночное время. В последнем случае речь идет о больных преимущественно преклонного возраста (старше 70 – 80 лет) со следующей сомати-

ческой патологией: переломы шейки бедра и иные травматологические случаи, отчетливые проявления острых и повторных нарушений мозгового кровообращения, выраженный церебральный атеросклероз и кардиосклероз, тяжелая гипертония с кризами, другие неврологические состояния, характеризующиеся отчетливым психоорганическим синдромом. Эти больные, особенно во время эпизодов спутанного сознания, представляли определенную опасность для себя и окружающих, были беспокойными, неадекватными и нелепыми в поведении и требовали неотложных мер по купированию состояний спутанности. Осмотренные по срочным заявкам, эти больные после первой ночи с беспокойным и неадекватным поведением, в момент осмотра чаще всего были спокойны, не помнили о своем поведении в период спутанности сознания. В подобных случаях речь не могла идти о недобровольном переводе такого больного в психосоматическое отделение или в психиатрическую больницу, т. к. иногда этому помешали бы наложенные больному скелетное вытяжение, шины и т. п. То есть, требовалась коррекция психических расстройств на месте. Таким больным, наряду со стандартной терапией, назначенной терапевтами или невропатологами, назначались “мягкие” нейролептики, особенно эффективные у лиц пожилого возраста и вместе с тем вызывающие наименьшие побочные эффекты: сонапакс или терален в индивидуально подобранных дозах, транквилизаторы, гипнотики, ноотропы. В зависимости от психического состояния пациента проводилась рациональная психотерапия. В выписном эпикризе этим больным рекомендовалось наблюдение в психоневрологическом диспансере по месту жительства.

в) Небольшую часть (46 больных, 9,9 %) составили соматические больные с самыми различными диагнозами; общим для них был факт злоупотребления алкоголем в анамнезе. Оказавшись “прикованными” к больничной койке, они вынужденно резко прекращали употребление алкоголя. В результате у них развивалась выраженная абстиненция, которая закономерно приводила к алкогольному делирию. В эту же группу следует отнести и случаи делириев у тяжелых ожоговых больных, у которых в патогенезе расстроенного сознания наряду с ожоговой интоксикацией присутствует и алкогольная, так как нередко в анамнезе у подобных больных есть указания на злоупотребление алкоголем. Психиатры психотерапевтического отделения (кабинета), вызываемые к таким больным по срочным заявкам, уточняли при осмотре больного клинический этап развития и течения делирия, детально расписывали динамику терапии и методы обеспечения безопасности больного, окружающих пациентов и мед. персонала. В выписном эпикризе таких больных указывалось перенесение ими острого психотического эпизода или развернутого психоза и давалась рекомендация дальнейшего амбулаторного лечения в наркологическом диспансере по месту жительства.

г) Еще меньшую часть (21 больной, 4,5 %) составляли хронические душевнобольные люди, оказавшиеся в соматическом стационаре в связи с развитием острого или с обострением имевшегося ранее соматического заболевания. При осмотре психиатром таких больных уточнялась картина психического статуса, по возможности собирались субъективные и объективные анамнестические сведения со слов родственников и (по телефону) со слов участкового пси-

Распределение пациентов по нозологическим группам (в соответствии со стат. формой № 10 “Отчет о заболеваемости психическими расстройствами”, кроме строки *алкогольные делирии абстинентного типа)

Нозология	Число больных	%
Психические расстройства — всего	465	100
в том числе:		
психозы	86	18,5
*алкогольные делирии абстинентного типа	46	9,9
церебральный атеросклероз с эпизодами спутанности	21	4,5
реактивные психозы	14	3,0
шизофрения, ремиссия	5	1,1
психические расстройства непсихотического характера	376	80,7
из них:		
неврозы	18	3,9
психопатии	23	4,9
специфические симптомы и синдромы	27	5,8
реактивные состояния	8	1,7
психосоматические состояния	223	47,9
эпилепсия с непсихотическими расстройствами	1	0,2
последствия заболеваний сосудов головного мозга	53	11,4
другие последствия органического поражения ЦНС	23	4,9
умственная отсталость — олигофрения (дебильность)	3	0,6

хиатра, назначалась адекватная поддерживающая терапия психотропными средствами. Проводились повторные активные посещения психиатром таких больных в течении всего хода лечения их в соматическом стационаре. Если по психическому состоянию возникала необходимость перевода их в психосоматическое отделение или в психиатрический стационар, то это и осуществлялось.

При сдаче отчета о работе психотерапевтического отделения ГKB № 36 за 1997 год (за 4 месяца работы) в ОМО по психотерапии обнаружилось, что в статистической форме № 10 "Отчет о заболеваемости психическими расстройствами" указывается, что в этот отчет не должны включаться все наркологические случаи (алкоголизм, наркомания, токсикомания, алкогольные психозы, психозы у наркоманов и токсикоманов). Не оспаривая принципиальных установок официальной медицинской статистической отчетности, считаем все же недоработанным такое положение, когда примерно 10 % всех проконсультированных — пролеченных больных (исходя из опыта работы психотерапевтического отделения ГKB № 36), причем нередко больных наиболее тяжелых (алкогольные делирии) остаются неучтенными в статистической отчетности психотерапевтического отделения (кабинета).

Представляется не до конца отработанным и официальный статус врача психиатра, прошедшего тематическое усовершенствование по психотерапии и работающего в штате психотерапевтического отделения (кабинета) в соматическом стационаре. В таком стационаре врачи психотерапевты из штата психотерапевтического отделения неизбежно будут выполнять наряду с функциями психотерапевта, также и

функции психиатра. Поэтому возникает обоснованное предложение называть эту работу, выполняемую специалистом психиатром-психотерапевтом: "Психотерапевтическая и психиатрическая служба (в соматическом стационаре)" или "Психоневрологическое отделение с психотерапевтическим кабинетом (в соматическом стационаре)".

Некоторые перспективы работы психотерапевтического отделения (кабинета) ГKB № 36 в 1998 г. В 1998 году будет продолжено дальнейшее оснащение отделения и укомплектование его необходимой аппаратурой. Имеется в виду, прежде всего: персональным компьютером с программным обеспечением. Планируется закупить пакет компьютерных программ — версий психологических методик международного класса, необходимых для повышения уровня диагностическо-лечебной деятельности, для оперативности психо-диагностики, а также для выбора оптимального метода психотерапевтического воздействия на больных с психосоматическими расстройствами. Эти методики направлены на изучение личностных свойств и способностей человека и, что наиболее важно, структуры болезненного состояния. Использование этих психологических методик в виде их компьютерных версий позволит сотрудникам психотерапевтического отделения (кабинета) — психиатрам-психотерапевтам совместно с медицинским психологом быстро и эффективно проводить психо-диагностику и осуществлять психокоррекцию психосоматических и иных психопатологических и поведенческих расстройств как у пациентов ГKB № 36, так, при необходимости, и у сотрудников больницы и членов их семей.

Девятый Конгресс
Международной Психогериатрической Ассоциации
**"ТРЕБОВАНИЯ НОВОГО ТЫСЯЧЕЛИТИЯ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ,
КУЛЬТУРНОЕ И РЕГИОНАЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ"**

15–20 августа 1999 г., Ванкувер, Канада

Официальный язык: английский.

Сроки подачи заявок: на симпозиумы — до 1 декабря 1998 г.

на устные и постерные доклады — до 1 апреля 1999 г.

О размере организационного взноса пока не сообщается.

Запросить формы заявок можно по адресу:

**IPA Ninth Congress Secretariat,
c/o Venue West Conference Services Ltd.
#645-375 Water Street
Vancouver, BC V6B 5C6
CANADA
Tel: +1 (604) 681-5226; Fax: +1 (604) 681-2503;
E-mail: congress@venuewest.com**

Время еще есть!

IX СЪЕЗД НПА РОССИИ — ДЕВЯТЬ ЛЕТ АССОЦИАЦИИ

4 апреля 1998 года в Общественном центре акад. Андрея Сахарова — и очень знаменательно, что в этих стенах — состоялся девятый съезд НПА России, тема которого — “Традиции российской психиатрии” — живо заинтересовала и привлекла представителей всех ведущих направлений психиатрии.

В приветствии генерального секретаря Всемирной психиатрической ассоциации проф. Хуана Меззича (Нью-Йорк), в частности, говорилось: “Я с радостью передаю Вам приветствие Президента и Президиума Всемирной психиатрической ассоциации и выражаю пожелания успеха IX съезду Независимой психиатрической ассоциации России в научной, гуманитарной и социальной сферах. ВПА, ставшая крупной и влиятельной организацией, сейчас объединяет 108 обществ, 7 из которых находятся в Восточной Европе. Одним из наиболее активных обществ в этом важнейшем регионе планеты, является Независимая психиатрическая ассоциация России. Мы высоко ценим приверженность этой Ассоциации высоким стандартам в научной и практической деятельности, а также ее устойчивый интерес к гуманитарным наукам, являющийся одним из основных источников глубокого подхода к нашей области исследований. В программе IX съезда нас прежде всего привлекает его основная тема — “Традиции российской психиатрии” — выбор которой представляется нам обоснованным и дальновидным. По словам мексиканского писателя Карлоса Фуэнтеса, “без традиций нет созидания”. Нас также радует, что в научной программе участвуют видные представители Российского общества психиатров и других ведущих психиатрических учреждений России. Этот дух творческого сотрудничества между различными организациями вселяет надежды на успешное дальнейшее развитие психиатрии и охраны психического здоровья в России, Восточной Европе и во всем мире...”

Председатель Палаты по правам человека Политического консультативного совета при Президенте РФ В. В. Борщов писал:

“С большим уважением и благодарностью воспринимая деятельность Независимой психиатрической ассоциации, приветствую участников съезда.

НПА сделано много по развитию и реформированию российской психиатрии, по изживанию позорного наследия карательной медицины.

Но сегодня, одновременно с позитивными изменениями, происходит откат к недопустимому использо-

ванию психиатрии в политических и идеологических целях.

Особо остро стоит вопрос о психиатрических преследованиях инаковерующих по тому же сценарию и теми же методами, как это имело место в советские годы. Например, христианские религиозные объединения, насчитывающие в России сотни тысяч последователей (в частности, христиане веры евангельской — пятидесятники), обвиняются в использовании гипноза, в доведении верующих до экстаза и причинении тем самым вреда психическому здоровью. Не может не вызывать тревоги и широкое применение рядом профессиональных психиатров таких не признанных академической наукой понятий как “зомбирование”, “контроль над сознанием” в приложении в религиозной деятельности.

Проблема антирелигиозной психиатрии — далеко не единственная. Как депутат и правозащитник я сталкиваюсь со множеством случаев грубых нарушений врачебной этики со стороны практикующих психиатров, что требует соответствующей оценки со стороны врачебного сообщества, которое должно относиться нетерпимо ко всем случаям использования специалистами беспомощного состояния больного во вред ему или в корыстных целях.

Нуждается в принципиальных изменениях и организация психиатрической помощи детям, прежде всего — находящимся в специальных интернатах для умственно отсталых, которым государство фактически отказывает в лечении, вычеркивая их из жизни и рассматривая как пожизненных инвалидов.”

Такая же озабоченность звучала в приветствии Фридриха Вайнбергера от Германского общества против политического использования психиатрии им. Вальтера фон Байера и мн. др.

Особенностью проходившего съезда было широкое привлечение к его участию оппонентов и адресатов критики со стороны НПА.

Отчетный доклад о деятельности НПА публикуется в настоящем выпуске. Специальные доклады были посвящены экспертно-консультативной и контрольной деятельности НПА (В. Г. Батаев, Н. В. Спиридонова), правовой деятельности НПА (Ю. Н. Аргунова). Были заслушаны отчеты исполнительного директора НПА Л. Н. Виноградовой и ревизионной комиссии (И. П. Лещинская).

В 1997 г. деятельность НПА была значительно ограничена финансовыми рамками (на счет Ассоциации поступило 162 миллиона 847 тысяч рублей). Однако,

как можно судить по отчетному докладу, масштабы сделанного подтверждают не раз уже подтверждавшееся: ресурсы общественных организаций не исчерпываются рублями. Из поступивших средств в 1997 году на издательскую деятельность было потрачено 51 %, на оплату труда и налоги 18 %, на почтовые расходы, телефон, факс 13 %, аренду помещения 6 %, командировки и семинары 5 %, литературу и канцелярские товары 4 %, членские взносы в ВПА — 2 %.

Обсуждение дополнений и изменений в Уставе НПА коснулось даже названия Ассоциации, которое по мнению нескольких недавно вступивших в Ассоциацию членов, является раздражающим. Президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов А. А. Северный отметил, что недавно на съезде представляемой им Ассоциации это слово было снято из ее наименования. Однако большинство участников съезда согласилось с противоположной аргументацией: просто понятие независимости должно быть четко разъяснено в Уставе, а возможно, — по предложению д-ра В. М. Козловского — на развороте каждого выпуска журнала Ассоциации.

Почему мы убеждены в том, что Ассоциации следует оставаться, а стало быть, — и называться, независимой? Работа отдельного психиатра и любого психиатрического института (учреждения, общества, ассоциации) зависит от тех задач, которые предписывают служение пациенту и науке. Стремление к этому идеалу, обретающее форму независимости от политической конъюнктуры, идеологического и финансового прессинга, бюрократического патернализма, сегодня является стратегической линией Ассоциации ничуть не в меньшей степени, чем при ее создании. Независимость в нашем понимании не означает персональной или организационной конфронтации, напротив — она основа паритетного сотрудничества Ассоциации с людьми и организациями. В ходе обсуждения вопроса о названии Ассоциации В. Е. Каган напомнил слова Мераба Мамардашвили: “Свобода — это когда свобода одного упирается в свободу другого и имеет эту последнюю своим условием”. И “другой” для врача и адвоката всегда пациент/клиент, а не разглагольствования о “духовном и нравственном здоровье нации” или “всеобщей справедливости” — за подобного рода краснобайством человека обычно уже не разглядеть: “В дни строительства и пожара до малюсенькой ли любви?” (А. Вознесенский). В этом смысле Ассоциация считает своей высокой обязанностью оставаться свободной и независимой. Аллергия же на слово “независимость” едва ли излечима вымарыванием этого слова из названий и текстов.

Изменение Устава в значительной мере ограничилось его расширением и большей дифференциацией в соответствии с принятыми за последние годы правовыми актами и типовыми разработками Уставов общественных организаций. В этом отношении характерно выступление руководителя Северо-Кавказского

регионального центра НПА проф. А. О. Бухановского, который, высоко оценив деятельность Ассоциации, посетовал на отсутствие в Уставе коллективного членства. Однако, именно эта форма членства делает участие в работе Ассоциации расплывчато-аморфным и свободным от ответственности личного выбора, в силу чего членство в НПА остается персональным. Съезды решено проводить впредь не ежегодно, как до сих пор, а “не реже 1 раза в три года”: каждый съезд требует финансовых вложений, которые в существующей ситуации полезнее направить на живую работу, а не ее обсуждение, которое, к тому же, в условиях демократизации и растущей доступности коммуникаций может принимать множество гибких, разнообразных и постоянно действующих форм.

На съезде в НПА вступили психиатры из Южно-Сахалинска и Благовещенска.

Руководящие органы НПА избраны в прежнем составе. Ассоциации нередко ставят в упрек, якобы, недостаточную сменяемость руководящих органов. Однако, тот факт, что в подавляющем большинстве существующих сегодня общественных объединений ситуация ничем принципиально не отличается, заставляет думать, что за этим стоят причины, связанные отнюдь не только с НПА. Одна из наиболее явных причин состоит, на наш взгляд, в том, что сохраняющаяся нестабильность и непредсказуемость российской жизни в сочетании с частой сменяемостью руководства общественных организаций могут просто парализовать жизнь последних. К тому же, и в гораздо более стабильных условиях зарубежной (внутри стран и на международном уровне) профессиональной и общественной жизни руководство либо избирается на достаточно долгий срок, либо замены носят парциальный характер при сохранении достаточной стабильности состава основного ядра и аппарата управляющих органов, обеспечиваемой возможностями оплаты их труда (напомним в этой связи, что ежемесячные расходы НПА на оплату труда и налоги составляют всего 2 442 705 руб. в масштабе цен 1997 г., и больших возможностей пока не предвидится).

Проблемная часть съезда вызвала на редкость оживленный отклик. Постановка темы традиций была оценена участниками съезда не просто как своевременная, а как давно назревшая — и в смысле обращения к традициям, и в смысле не воспевания, но анализа традиций, одни из которых отживают свой век, другие подверглись сильным искажениям, третьи оказались разрушенными или прерванными, четвертые формируются на наших глазах и с нашим участием и т.д.

Наиболее острая дискуссия завязалась по проблеме нозологической традиции между проф. А. Г. Гофманом и проф. В. Н. Красновым (оба из МНИИП), а затем между проф. А. С. Тигановым и проф. В. Н. Красновым, который неожиданно встал на позицию безусловной защиты МКБ-10, против “двойной бухгалте-

рии”, хотя ранее соглашался с необходимостью использования параллельной квалификации по МКБ-10 и по одной из традиционных научных классификаций. Генеральный директор ВНИЦПЗ РАМН проф. А. С. Тиганов в своем сообщении “Школа А. В. Снежневского” подчеркнул неосновательность противопоставления общей психопатологии клинике и убедительно показал значительность вклада этой школы. Нельзя не признать, что независимо от последующих искажений школа А. В. Снежневского отстояла психопатологический подход в эпоху попыток тотальной редукции психиатрии к “прикладной физиологии”.

Проф. Ю. И. Полищук (МНИИП) высоко оценил обращение НПА к проблеме традиций в эпоху их искажения и методологического хаоса в отличие от прежних четких философских установок. Значительным недостатком, а не преимуществом МКБ, по его мнению, является ее атеоретичность, отсутствие за ней теории.

Проф. А. А. Недува (МНИИП) проследил традиции биологической терапии в российской психиатрии, которая всегда соответствовала самым современным международным стандартам. Так, А. Кронфельд и Э. Штернберг организовали проведение инсулинокоматозной терапии уже через год после ее описания Закелем, так было и со многими другими методами терапии. Немало было и собственных новаций, а традиционный приоритет клиники, тонкой психопатологической дифференциации позволял добиваться наибольшей эффективности лечения.

Президент Ассоциации детских психиатров и психологов А. А. Северный отметил, наряду с яркими достижениями, отсутствие психосоматической службы в детских учреждениях, неразвитость как детской психиатрической службы (не более 16 % детей могут получить помощь в государственных учреждениях), так и ее правовых основ (“дети приравнены к недееспособным”).

Доклады руководителей отделов ВНИЦПЗ РАМН С. Н. Ениколопова “Традиции взаимодействия психологии и психиатрии” и, особенно, С. Н. Циркина “Развитие представлений о психопатологическом диатезе” содержали ряд интересных новаций. Сотрудник Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского д-р Л. О. Пережогин провел поучительный сравнительный анализ уголовного законодательства о душевных болезнях в России в до-революционный и современный периоды. В обсуждении выступили д-р В. М. Козловский (ПНД № 4), д-р В. Г. Ротштейн (ВНИЦПЗ РАМН), д-р Е. Б. Беззубова (РГМУ), д-р Н. Н. Шапошников (ИМБП), Л. С. Драгунская (РГГУ), проф. А. Г. Гофман (МНИИП).

В заключение д-р Ю. С. Савенко, подводя итоги различным сложным процессам в развитии отечественной психиатрии, показал, что они целиком соответствуют особенностям истории российской науки в целом, анализ которых акад. В. И. Вернадским опубликован впервые только в 1997 г. Среди традиций негативного толка, определяющихся не столько самой российской наукой вообще и психиатрией, в частности, сколько теми общественно-политическими условиями, в которых они формировались и развивались; он отметил “традицию полицейскую” — государственного и идеологического протекционизма одним научным школам в ущерб другим, насильственные перерывы в эстафетах научной преемственности и т.д. “Традиция” игнорировать драматизм условий развития отечественной психиатрии и изображать это развитие в розовом свете одних лишь “побед и вершин” на самом деле затушевывает ее реальные достижения и их значение для научной и гражданской жизни России. С этой точки зрения, подчеркнул Ю. С. Савенко, обсуждение традиций отечественной психиатрии, этапом которого была дискуссия на съезде, должно продолжаться.

ОЧЕРЕДНОЙ ПРИМЕР АКТУАЛЬНОСТИ НЕЗАВИСИМОЙ ПОЗИЦИИ

Подробно описанные в предыдущем выпуске нашего журнала грубые профессиональные ошибки во вступившем в силу 15 апреля 1998 г. Законе “О наркотических средствах и психотропных веществах” очевидным образом свидетельствуют о неучастии психиатров в его составлении.

Знаменательно также превосходное понимание простыми людьми, всем населением, что Закон грубо нарушает права человека и открывает дорогу произволу МВД. Полицейский дух и почерк Закона вредны существу дела, защите которого он должен был бы служить. Закон выражает одномерный, узковедомственный подход к проблеме. Проигнорированы и про-

фессионалы, и международный опыт, и общественное обсуждение.

НПА сразу выступила с аргументированным протестом. Нам трудно было представить коллегу-психиатра, который взялся бы поддерживать этот плод МВД.

Однако на Президиуме правления Российского общества психиатров 23 апреля 1998 г. мы услышали от главного нарколога Минздрава России В. Ф. Егорова невозмутимое и подробно обоснованное утверждение, что в этом Законе “больше хорошего, чем плохого”, а также нескрываемое неудовольствие кампанией в прессе против Закона. От прямого ответа на вопрос,

имеет ли Минздрав отношение к разработке Закона, В. Ф. Егоров уклонился.

Если позиция главного нарколога Минздрава, как государственного служащего, является вполне естественной, то от итогового выступления председательствующего проф. И. Я. Гуровича все ждали четкой позиции Российского общества психиатров по поводу Закона. Однако проф. И. Я. Гурович предпочел вслед за рядом выступавших (д-р А. В. Немцов: "Владимир Федорович прав", д-р Н. Н. Иванец: "Владимир Федорович все сказал"; В. Ф. Мельников из Ярославля: "Закон выстрадан") перенести содержание своего выступления на защиту д-ра В. Ф. Егорова от "неоправданно резкой" критики.

Мы видим в этом очередной пример нерешительно уклончивой позиции одного из руководителей Российского общества психиатров и института, подведомственного Минздраву, в силу этой двойной роли, и наглядный пример актуальности независимой позиции.

Между тем Думская фракция "Яблоко" инициирует запрос в Конституционный суд о соответствии этого Закона Конституции и другим правовым актам.

Алтайская психиатрическая ассоциация, обсудив на своем заседании 21 мая 1998 г. Закон "О наркотических средствах и психотропных веществах", признала, что "...он в его медицинской части является безграмотным и вредным. Достаточно отметить, что Закон возводит в ранг преступника больного наркоманией и точно также может признать преступниками многих врачей и случайных лиц.

По большому счету Закон направлен против психиатрии и наркологии в их традиционно сложившихся подходах.

ПОСТАНОВИЛИ:

Поддержать обращение Совета НПА России, опубликованное в НПЖ (1998 г., № 1, с. 32). Настаивать на отмене Закона, так как переработке он вряд ли подлежит. Силами профессионалов юристов и врачей разработать новый Закон в области наркоманий.

Поднять вопрос о недопущении в дальнейшем к законотворческой деятельности в области психиатрии, наркологии и наркоманий тех лиц, что разрабатывали обсуждаемый Закон, как некомпетентных в этих областях".

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ПСИХИАТРИЯ

В связи с 50-летием Всеобщей Декларации прав человека, 1998 год был объявлен международным годом прав человека. 5 мая Россия вступила, наконец, в единое европейское правовое пространство: она ратифицировала три основополагающих документа Совета Европы, в частности, давно подписанную **Европейскую Конвенцию о защите прав человека**, признав, таким образом, юрисдикцию Европейского Суда для своих граждан, необходимость для всех ветвей власти руководствоваться положениями Конвенции при принятии и применении законов, а адвокатам — возможность опираться на них. Россия ратифицировала и **Европейскую Конвенцию по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего человеческого достоинства обращения или наказания**. Это особенно актуально, — по словам Генерального Секретаря Совета Европы Даниеля Таршиса, — для "тех, кто находится в условиях лишения свободы — будь то в ходе предварительного следствия, во время отбывания наказания или в психиатрической больнице".

В этом контексте в течение марта проходили активные обсуждения проблемы пыток в российских органах внутренних дел, итогом которых было посвящено заседание Палаты по правам человека 7 апреля 1998 г. с приглашением представителей руководства МВД.

Как было записано в Решении Палаты "пытки и жестокие, бесчеловечные, унижающие достоинство человека виды обращения и наказания по отношению

к гражданам в органах внутренних дел, носящие массовый и систематический характер, в основном на досудебных стадиях уголовного судопроизводства, представляют одну из острейших проблем злоупотребления властью и нарушения прав человека... Несмотря на рекомендацию Комитета ООН, такой опасный вид преступления как пытка не криминализован, что приводит к отсутствию официальной статистики по выявленным случаям... Репрессивные (а не направленные на защиту прав) методы остаются элементом технологии правоохранительных органов." "В совершенно различных регионах России применяются одни и те же пыточные технологии, одинаковы и названия, которые им дают сами сотрудники МВД: "слоник", "ласточка", "конверт", "смерть Бонивура", "Распятие Христа" и т.д. Присутствующим продемонстрировали видеозапись показаний двух молодых женщин, которые подробно описали технологию использования по отношению к ним психологических пыток и изнасилования сотрудниками милиции. Характерным эпизодом стало выступление председателя профсоюза милиционеров, настолько разоблачительное, что представитель НПА в своей реплике предсказал искушение использования в отношении выступавшего психиатрии. Это сбылось уже к концу заседания.

Палата постановила:

- создать рабочую группу по разработке проекта Федеральной программы по борьбе с пытками;
- обеспечить общественный контроль за соблюдением прав человека, информирование задержанных об их

правах, присутствие дежурного адвоката или правозащитника в отделениях милиции и изоляторах временного содержания; принятие закона об общественном контроле; создать наблюдательные советы за органами внутренних дел с правом беспрепятственных инспекций.

Среди предложений к проекту Федеральной программы по предотвращению пыток Общественного центра "Содействие реформе уголовного правосудия" и Инициативной группы "Общее действие":

- ввести в законодательство понятие "пытка";
- обеспечить независимость медицинских служб, обслуживающих органы внутренних дел и независимость сотрудников травмопунктов; ввести административную и уголовную ответственность врача за отказ зафиксировать телесные повреждения и несообщение о возможном случае пытки;
- предусмотреть разнообразные (дисциплинарные, административные, уголовные) санкции за применение пыток; передать функции по расследованию пыток из прокуратуры в независимую государственную службу;
- признания подозреваемых и обвиняемых, полученные в отсутствие защитника, должны исключаться на стадии, предшествующей судебному следствию;
- создать специальные фонды при коллегиях адвокатов или Министерстве юстиции РФ и его подразделений в субъектах Федерации для оказания бесплатной юридической помощи;
- распространить состязательность на стадию предварительного расследования и др.

Другой крупной проблемой, актуальной для современной России, является **нарушение прав верующих**. НПА приняла участие в двух круглых столах, посвященных этой теме. 4 мая 1998 г. речь шла о телепередаче НТВ о "Свидетелях Иеговы". Мало того, что — как подробно разъяснили религиоведы и юрист — передача грубо искажала доктрину этой религиозной организации с почти полуторавековой историей, представленной во многих странах мира, подвергнувшись преследованиям нацистов и преодолевшую их, она содержала явные передержки в монтаже и подаче показанного материала. Не надо быть профессионалом, чтобы понять это. Так, продемонстрированный пример изоляции маленького мальчика от матери на основании ее принадлежности к "Свидетелям Иеговы" и попытка использования психиатрических доводов, фактически возобновляет практику отбирания детей у сектантов при советской власти. Подобные передачи возвращают к формированию у населения естественности и законности такого образа действий. 23 мая 1998 г. в Общественном центре им. Андрея Сахарова состоялся круглый стол по свободе вероисповедания, организованный в связи с приездом заместителя генерального секретаря организации "Международная Амнистия" д-ра Эванса. Выступление представителя НПА о необоснованном использо-

вании психиатрии в судебных исках против новых религиозных движений было поддержано другими выступавшими. Накануне, 21 мая на заседании Палаты по правам человека с приглашением д-ра Эванса, В. Борщев рассказал, как Дума отказалась обсуждать вопрос об отмене смертной казни, а Правительство РФ направило заключение об экономической нецелесообразности такого шага. Нелепость приводимого довода, не говоря о его этической стороне, состоит, по словам А. Приставкина, в сотни раз больших тратах на СИЗО, где люди, еще даже не осужденные (300 тысяч по стране), содержатся в нечеловеческих условиях, заболевая туберкулезом, часто отбывая двухлетнее заключение по ничтожным поводам. Нет, — возразил С. А. Ковалев, — расстреливать в самом деле дешевле, чем кормить, но по этой логике дешевле расстреливать и новорожденных. Просто это неуместная логика. Мы позволяем себе не замечать технологию властей: на- и под-коверные кадровые интриги, угадывание желаний первого лица, подкупы, в том числе покупку голосов. "Надо признать, что защищать права человека при таком порядке мы не можем." И в других выступлениях прозвучало много важного для психиатра: среди заключенных не менее трети психически больных, их не лечат, "коллония дешевле лечения". Лечение одного наркомана обходится в 360 тысяч денонмированных рублей. Многие нелепости Закона о наркотиках, как и других законов, разработанных МВД, связаны с критериями отчетности (число уголовных дел и их раскрываемость). У нас все права ограничиваются интересами безопасности. В результате возобновились преследования инаковерующих, уклоняющихся от военной службы по религиозным убеждениям (такие религиозные организации не признаются религиозными), активно протестующих активистов правозащитного движения и собственных непокорных сотрудников, опять все чаще с привлечением психиатрии.

Обнадеживающим исключением, быть может знаменующим поворот в этом вопросе, является принятое 21 мая 1998 г. решение Кузьминского межмуниципального суда г. Москвы отказать активистам антикультового движения в иске против религиозной организации "Церковь Объединения" (подробное изложение хода процесса в опубликовано в "НПЖ". 1997. № III. С. 43 — 58). В ходе слушания дела суду не было представлено никаких свидетельств или доказательств причинения истцам какого-либо вреда. Акты судебно-психиатрической экспертизы детей истцов с участием психологов Судебно-медицинской экспертной службы Администрации Санкт-Петербурга подтвердили отсутствие признаков зависящего расстройства личности у верующих и отметили, что конфликтная ситуация в семьях была задолго до их прихода в Церковь.

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Из письма главного врача Тульской муниципальной психиатрической больницы Н. П. Тимонина

“В настоящее время в больнице сложилась катастрофическая ситуация с медикаментами, продуктами питания.

Из-за дефицита бюджета города больные, находящиеся в ТМПБ, практически не получают необходимого медикаментозного лечения в связи с отсутствием лекарств, в том числе и психотропных препаратов. Положение с финансированием на медикаменты в этом году практически не изменилось по сравнению с прошлым годом, на лекарства было выделено всего 3 % от необходимых средств. Это приводит к тому, что лечение больных затягивается, у них формируется стойкий психический дефект, который затем невозможно купировать даже самыми современными средствами (если бы они были).

Вследствие крайне недостаточного финансирования на питание, больные постоянно недоедают.

Нет ни одного вида продукта, который больные получали бы по норме. Дневная стоимость питания при нормативе 12 000 рублей составила в июле 1997 г. 1808 рублей. Больные теряют в весе, соматические осложнения на фоне дефицита питания протекают гораздо тяжелее и часто заканчиваются смертью больных.

По причине недостаточного финансирования на приобретение мягкого инвентаря (постельного белья и одежды для больных) больные вынуждены лежать на матрацах 13-летней давности (при норме эксплуатации 3,5 года), полусгнивших и не подлежащих ремонту. Одежда и постельное белье для больных также слишком ветхие. Сотрудники больницы вынуждены приносить из дома старые вещи, чтобы как-то одеть больных”.

21.07.97

Из письма проф. Л. А. Стукаловой (Воронеж)

“В практической психиатрии дела плохие. Сейчас немного улучшили питание больных, выращиваем грибы в подвале. С лекарствами все хуже и хуже. Ничего нет, нет шприцев, капельниц, ваты... угроза зав-

шивленности и многое другое. Это все создает определенные негативные тенденции в коллективе. Я все это переживаю как крах дела, которому я посвятила всю жизнь...”

26.12.97

ВТОРАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЙНЫЕ УБИЙСТВА И СОЦИАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ

15–17 сентября 1998 г., Ростов-на-Дону

Справки по Тел.: (8632) 67-4815; (8632) 56-3110;

Факс: (8632) 67-4815; (8632) 56-3110

E-mail: ipddk@rmdavia.ru

Об общественном контроле

(открытое письмо Генеральному прокурору РФ
и Председателю Межведомственной комиссии “По защите прав граждан
и общественной безопасности, борьбе с преступностью и коррупцией”
Совета Безопасности РФ)

18 марта 1998 г.

Уважаемый Юрий Ильич!

Мы вынуждены к Вам обратиться в связи с поступающей к нам информацией о неприемлемых условиях, в которых содержатся дети-инвалиды в домах-интернатах для умственно отсталых детей и в психоневрологических интернатах для взрослых Комитета социальной защиты населения Москвы, в связи с многочисленными жалобами на нарушения прав воспитанников (“проживающих”), на жестокое обращение персонала, на применение инъекций психотропных препаратов в качестве наказания, гибель проживающих и т. п. (Интернаты № 11, 15, 16, 32, № 3 — “Рогачево”, № 5 — “Филимонки”, № 13 — “Ступино”...). Объективная сложность ситуации в том, что жалобы исходят от людей, официально признанных умственно неполноценными (мы здесь не обсуждаем вопроса, всегда ли оправдана эта диагностика — это отдельная трагическая тема). Кроме того, эти учреждения на практике закрыты для “внешнего наблюдателя”. (Мы три раза — 11 ноября 1997 г., 6 января 1998 г. и 29 января 1998 г. обращались к Председателю Комитета социальной защиты населения Москвы И. К. Сырникову с просьбой разрешить посещение подведомственных ему интернатов; первый раз мы получили отказ, а на второе и третье письмо до сих пор нет ответа, что само по себе есть нарушение закона).

Уважаемый Юрий Ильич, сказанное выше, а также весь опыт нашей правозащитной работы, убеждают, что защитить права проживающих в государственных социальных учреждениях силами только прокурорского надзора невозможно. Нам представляется, что единственный законный выход в этой ситуации: **инспекция указанных учреждений независимыми специалистами**. Именно поэтому мы разработали и 25 ноября 1997 г. представили на рассмотрение Постоянной Палаты по правам человека полити-

ческого консультативного Совета при президенте РФ. Предложения по учреждению в Российской Федерации контрольно-инспекционной **Службы Федерального Комиссара РФ по защите детства и по созданию Общественных контрольных палат по правам детей** (решение Палаты и Предложения прилагаем). Принципы такого контроля апробированы мировым опытом и, очевидно, годятся не только для защиты прав детей. Руководители детских учреждений, интернатов для взрослых, домов для престарелых и инвалидов и т. п. должны знать, что существуют люди — общественные инспекторы, доверенные врачи, доверенные юристы..., — наделенные правом входить в соответствующее учреждение в любое время **без предупреждения**, правом общения с проживающими без свидетелей, правом знакомиться с документацией. При этом **Общественные инспекторы не должны иметь никаких распорядительных либо санкционирующих функций**. Отчеты, полученную информацию Общественный инспектор передает властным структурам, в Прокуратуру, а также может предоставить в средства массовой информации. Такое право практически неограниченного контроля может быть предоставлено далеко не каждому. Но именно так — и весьма эффективно — работают системы защиты прав человека во многих странах, причем общественные инспекторы выполняют свои контрольные функции на общественных началах, т.е. бесплатно. Очевидно, что вышесказанное относится не только к Москве. Также нет необходимости объяснять, что широкое внедрение такой системы независимого “просвечивания” повысит ответственность всех звеньев государственного аппарата и позволит преодолеть угрожающую сегодня безопасности России утрату доверия граждан нашей страны к ее государственным институтам.

С уважением,

Члены Московского исследовательского центра по правам человека

Б. Л. Альтшулер, Руководитель Программы “Право ребёнка”;

Л. П. Кушнир, Исполнительный директор Программы “Право ребёнка”;

А. А. Северный, Президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов;

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

Критический пересмотр собственной кандидатской диссертации*

В. А. Скавыш

Платон мне друг, но Истина дороже.
Аристотель

В 1993 году мною была защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «*Клинико-психопатологическая оценка нервно-психических расстройств у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 – 1987 годах*»; специальность — 14.00.18. — психиатрия. Научным руководителем был зам. директора Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, д. м. н. **Краснов Валерий Николаевич**.

Общая оценка защищенной диссертации как со стороны официальных оппонентов, так и со стороны бывшего научного руководителя В. Н. Краснова была хорошей. Ведущей организацией ГНЦС и СП имени В. П. Сербского (в лице д. м. н. Г. М. Румянцевой) работа тоже была охарактеризована положительно, но на словах указано на спорность оценки патогенеза нервно-психических расстройств у «ликвидаторов» в пользу их экзогенно-органической природы. Тема диссертации была актуальная, находилась на стыке психиатрии и радиационной медицины. Конечно, она полностью не раскрыта и требует дальнейших, углубленных исследований.

Хотя и переключился с 1994 года на психотерапию, но продолжал интересоваться последствиями трагедии на ЧАЭС, читал статьи, участвовал в научных конференциях, встречал своих бывших пациентов. За прошедшее время появились новые факты, многое прояснилось. Самокритично пересмотреть проделанную работу нужно и для практической медицины, для более эффективного и этиотропного лечения людей, вовлеченных в Чернобыльскую катастрофу. Бесспорно, что истинное знание должно восходить к установлению причин. Кроме того, нужно лучше знать динамику медико-демографических пока-

зателей, структуру заболеваемости и смертности, исходное состояние здоровья россиян.

Всем людям свойственно допускать ошибки, но их беспристрастное выявление необходимо, чтобы не заблуждаться в храме науки, не впасть в самообман. Ибо настоящая наука неустанно ищет Истину, хотя процесс познания почти бесконечен. **Ars longa, vita brevis est.** В другой поговорке сказано: *Жизнь ценья, а мелочи в ней звенья; нельзя звену не придавать значенья.* Поэтому даже ничтожные промахи должно вскрыть и исправить. В этом нравственный долг перед наукой.

Аналогичные мысли о нравственном самосовершенствовании, между прочим, встречаются не только у Аристотеля, но и у Абу Али Ибн Сины. Арабский врач и философ указывал, что нравственному самовоспитанию должно сопутствовать критическое самонаблюдение, выявление всех своих недостатков без исключения, ибо просмотреть порок в данном случае это все равно что запустить не замеченную во время болезнь.

Также мне встречались недостатки и в других публикациях, например [16, 17, 19]. Моя диссертация, видимо, является иллюстрацией типичных ошибок для всех исследователей, которые не являются профессиональными радиологами. Ограничимся критическим пересмотром собственной работы.

Недостатки литературного обзора

Очень мало данных о внутреннем облучении, что обедняет проведенный обзор. Ничего практически не говорится о комбинированном поражении ионизирующим излучением (внешнее + внутреннее), а это как раз были бы самые важные литературные источники для научного раскрытия избранной темы.

Сейчас уже многими исследователями установлено, что у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 – 1987 гг. чаще встречаются именно комбинированные поражения радиацией. Например, имеется в виду поступление внутрь организма человека радиоактивного йода (^{131}J , ^{132}J , ^{134}J ,

* Редакция помещает настоящую работу как пример все еще живой пироговской традиции отечественной медицины: открытого анализа собственных ошибок. С другой стороны, это отнюдь не редкий случай, когда вольно или невольно вмешивается тенденциозность гипотезы, своей или научного руководителя, памятный урок чему была трагическая судьба Пауля Каммерера.

¹³⁵J). По мнению ряда ученых в течение 1986 г. радиоактивный йод может рассматриваться как главный фактор внутреннего облучения “ликвидаторов”. И теллур (¹²⁸Te), имевшийся в зоне аварии на ЧАЭС, тоже мог хорошо всасываться в организме человека (до 25 %), а при распаде теллура, как известно, образуются изотопы йода.

Укажем, что третий вывод по литературным данным (стр. дисс. 58) является неточным в смысле термина “малые дозы”. Правильнее под “малыми дозами” понимать такие, которые превышают на порядок или два естественный фон, колеблющийся в пределах 0,1 – 0,15 рад.

Недостатки второй главы

Явно маленькой, если не мизерной оказалась контрольная группа, что снижает значимость выявленных математико-статистических корреляций (всего 17 человек).

В первичном материале были и женщины, участвовавшие в ЛПД на ЧДЭС (около 8 – 10). Было промахом их исключение из исследования, в погоне за однородностью по полу сравниваемых групп, так как у женщин щитовидная железа более чувствительна ко всем повреждающим факторам, в том числе и к радиации. Вообще, эндокринная система женщин более тонко реагирует на любые патогенные воздействия, чем таковая у мужчин. А изменение функций щитовидной железы, как начальное звено, может способствовать изменению гомеостаза эндокринной системы в целом. С другой стороны, известна тесная связь желез внутренней секреции с функциональным состоянием ЦНС.

Недостатки третьей главы

Уместно сказать о приведенных двух историях болезни, иллюстрирующих основные положения диссертации. У обоих больных, конечно, имеется органический фон, но ни о каком психоорганическом синдроме не может быть и речи. Обе истории болезни достаточно клиничны. Наблюдение № 1 — это затяжная реактивная или эндореактивная депрессия с сенестопатиями; наблюдение № 2 — декомпенсация психопатической личности, с нарастанием ипохондрии, эмоциональной сглаженности и монотонности. У обоих имеется фиксация на психотравмирующей ситуации участия в ЛПА на ЧАЭС. Преморбидно обе личности как минимум акцентуированные, № 1 — с чертами сензитивности, а № 2 — с выраженной шизоидностью.

Таким образом, “органические симптомы” есть в обоих статусах, но они не имеют ведущего значения, которое им придавал наш бывший научный руководитель В. Н. Краснов. Особенно это видно из проведенного лечения, вызвавшего ремиссию (в первом

случае азафен, феназепам, сонапакс, финлепсин, ноотропил, пиридитол, витамины гр. В, во втором — азафен, феназепам, ноотропил, церебролизин, витамины гр. В). В обоих наблюдениях применялась рациональная психотерапия, так как была выраженной реакция личности на психотравму, социальную дезадаптацию и ухудшение здоровья.

Недостатки четвертой главы

Сам термин “острая лучевая реакция” или “первичная лучевая реакция”, увы, является ошибочным. В радиационной медицине, как нам теперь стало известно, данным понятием обозначается один из этапов в клиническом развитии лучевой болезни (острой или хронической).



В диссертации же ни одного пациента с лучевой патологией нет.

Этиологическая природа таких симптомов как тошнота, однократная рвота, головокружение, общая слабость, катаральные явления, плохое засыпание, головная боль, изменение вкусовых и обонятельных ощущений и пр., может и не быть радиационной. Вся перечисляемая симптоматика на стр. дисс. 104 – 106 не патогномонична для радиационной патологии. Нет и логических посылок (силлогизмов) для подобного умозаключения.

Поэтому, лучше было бы сказать, что клинические жалобы, выявленные ретроспективно в процессе сбора анамнеза у “ликвидаторов”, внешне напоминали “первичную лучевую реакцию”, но по другим параметрам таковой не являлись. По крайней мере, доказать это по материалам диссертации не удастся. Следует осознать мою тенденциозность и моего научного руководителя в данном вопросе. **Post hoc non est propter hoc.**

А поэтому вся нервно-психическая и психосоматическая патология, выявленная в ходе дальнейшего исследования никак не может быть увязана с “первичной лучевой реакцией” в собственном смысле слова, например, так как нет динамики лимфопении. Следовательно, пункт 15 в таблице 11 должен быть признан ложным, как и весь рисунок № 3. Это уже вытекает из законов формальной логики, а именно: если хотя бы одна из посылок силлогизма ложная, то все последующие выводы и рассуждения будут неизбежно ложными.

Относительно сомнений в достоверности официальных доз внешнего облучения “ликвидаторов” (на

стр. 106). Бесспорно, что дозиметрический контроль на ЧАЭС оставлял желать лучшего. С другой стороны, как мне стало недавно известно от военных медиков, ошибка использовавшихся дозиметров составляет около $\pm 25\%$.

Если предположить, что “первичный симптомокомплекс” все же был радиационной природы (в 96 наблюдениях), а доза облучения за несколько дней превышала 50 рад, что еще происходило в стрессовых, необычных условиях, то нельзя не вспомнить и о так называемом *синдроме взаимного отягощения*. В результате мы должны были бы увидеть в динамике хотя бы стертые формы лучевой болезни, но таковых зафиксировано не было. Следовательно, наши выводы, а точнее выводы нашего бывшего научного руководителя В. Н. Краснова, о радиоиндуцированном компоненте патогенеза нервно-психических и психосоматических расстройств у “ликвидаторов” выглядят довольно скользкими и спекулятивными (стр. дисс. 111).

Очевидно, что это была не “первичная лучевая реакция”, а какая-то неспецифическая реакция у многих “ликвидаторов” или на облучение, или на стрессовую ситуацию, или на то и на другое, или еще на что-то третье. Ясности мысли в этом вопросе не достигнуто.

Что касается формирования непсихотических форм психоорганического синдрома, то интерпретация их как расстройств с наиболее вероятным и значимым радиационным “первичным” фактором патогенеза — это всего лишь попытка выдать желаемое за действительное, тенденциозность. На самом деле человеческий организм неспецифически реагирует в виде непсихотического уровня нарушений на любые выраженные экзогенные вредности. Например, специалист по комбустиологии и радиологии, В. Н. Жижин [7] описывает психоорганический синдром в отдаленном периоде после термического ожога открытым пламенем нижних конечностей.

Как-то не прозвучала и биофизическая проблема *доза-эффект*, также не было акцента и на клиническом уровне *доза-эффект*. А ведь только тогда был бы правомочным разговор о величине радиационного или нерадиационного вклада в выявленные нервно-психические нарушения и психосоматические заболевания. Только тогда было бы уместно пускаться в умозрительные построения о радиоиндуцированности описываемой психопатологии, в патогенез и патопластику которой на разных этапах включаются различные предрасположительно-дополнительные осложняющие факторы (стр. дисс. 131).

Добавим, что почти все “ликвидаторы” обнаруживали элементы сознательной или бессознательной агравации и приходили на диспансерное обследование с рентной установкой.

В статистической обработке материала мне помогали д. м. н. В. Ф. Войцех и к. м. н. Б. Е. Петренко.

Заключение и выводы по диссертации, а также автореферат помогали написать научный руководитель. Значит, в диссертации мой личный вклад 60 – 70 %.

Пересмотр выводов по диссертации

В свете вышесказанного являются ложными как минимум выводы за номером *два* и *четыре*, т.е. 33 % выводов.

Нервно-психические нарушения у участников ЛПА на ЧАЭС, скорее всего, обусловлены интегралом комплекса вредных факторов как социально-политической, так и личностно-психологической, так и конституционально-биологической, а также и физико-химической (радиационной) природы. Проблема последствий Чернобыльской аварии междисциплинарная и межгосударственная проблема. Наше исследование оказалось методически путанным и слабым. Надеюсь, что вскрытых ошибок смогут избежать последующие врачи и ученые, занимающиеся Чернобыльской темой.

Пожалуй, мне следовало бы быть независимым от взглядов бывшего научного руководителя, а выводы оформить деликатнее. Например, А. И. Нягу и соавт. (1995) написали: “...Не прослежено четкой зависимости выявленных нарушений вегетативной регуляции кардиоваскулярной системы от дозы ионизирующего излучения. Оценить вклад каждого из факторов (стрессогенного, радиационного и др.), несомненно повлиявших на возникновение вегетативных нарушений у лиц, принимавших участие в ЛПА на ЧАЭС в 1986 – 1987 гг., в настоящее время не представляется возможным. Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы с применением других методов исследования”.

РЕЗЮМЕ

Мы не ставим последнюю точку. Вклад радиационного фактора в психические и психосоматические нарушения у участников ЛПА на ЧАЭС оценить однозначно довольно трудно. Хотелось бы развернуть научную дискуссию по поводу влияния малых доз радиации на ЦНС человека и его психические функции, его поведение в норме и патологии. В научном отчете АЙФЕКА (1995) по линии ВОЗ сказано, что выявлен лишь рост злокачественных новообразований щитовидной железы у детей. И далее: “*Требует специальных исследований отрицательное влияние на состояние здоровья людей комплекса вредных факторов аварии нерадиационной природы, прежде всего таких, как социальное неблагополучие и психологическое напряжение. Именно ими определяются регистрируемые во множестве проявления психосоматической патологии, усиливающиеся постоянно нагнетаемым ожиданием угрозы радиационных последствий.*”

Несмотря на ошибочность многих положений диссертации, мы не впадаем в отчаяние, ибо отрицательный результат — тоже результат, как говорил кто-то из ученых-физиков. Утешением является и то, что врач-философ, исследователь-энциклопедист Абу Али Ибн Сина, прожив 58 лет, оставив колоссальный объем научных трактатов, умирая в полном сознании продекламировал по-арабски стихи:

*Мы умираем и с собою уносим лишь одно:
Сознание того, что мы ничего не узнали.*

Достойна внимания и мысль в предисловии к книге Э. Маха “Метод и цель научного познания” [14], а именно: “Никогда не следует забывать, что может быть другая теория, одинаково хорошо объясняющая те же факты, и что может быть третья теория, еще лучше их объясняющая. Посему, ученый никогда не должен про свою теорию говорить: “это истина, а остальное ложь.” Он всегда должен быть наготове отбросить свою теорию в пользу лучшей. Таким образом, высший ученый должен питать высшую терпимость к чужим теориям и убеждениям. ...Конечная цель всякого мышления есть предсказание опыта. ...по Маху: наши ощущения производят мир, а наоборот мы произвели мир из наших ощущений.”

А. К. Гуськова [9], анализируя последствия Чернобыльской катастрофы, пишет: “Таким образом, мы полностью поддерживаем заключение группы экспертов ВОЗ, работавших в нашей стране в июне 1989 г., что только ученые, не обладающие опытом работы в области радиационной патологии человека, могут объяснять разнообразные сдвиги в состоянии здоровья воздействием радиации. Эти отклонения во многом присущи всему населению и не могут приписываться облучению, особенно, если неизвестны фоновый уровень заболеваемости. Ухудшение состояния здоровья, скорее всего, является следствием психологических факторов и социально-экономического неблагополучия.”

Литература

1. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки. — Ташкент, 1981.
2. Абу Али Ибн Сина. Даниш-намэ. Книга знания. — Сталинабад, 1957.
3. Семенов А. А. Абу Али Ибн Сина. — Сталинабад, 1953.

4. Вредные химические вещества (Радиоактивные вещества). Справочник / под общ. ред. Л. А. Ильина, В. А. Филова. — Л.: Химия, 1990.
5. Василенко И. Я. Отдаленные последствия сочетанных радиационных поражений. // Военно-медицинский журн. 1992. № 11. С. 29 – 32.
6. Василенко И. Я. Действие на организм малых доз ионизирующих излучений продуктов ядерного деления. // Военно-медицинский журн. 1988. № 2. С. 49 – 52.
7. Герасимова Л. И., Жижин В. Н., Кижжаев Е. В., Путинцев А. Н. Термические и радиационные ожоги. Под ред. д. м. н., проф. Г. И. Назаренко. — М.: Медицина, 1996.
8. Гуськова А. К., Байсоголов Г. Д. Лучевая болезнь человека. — М.: Медицина, 1971.
9. Гуськова А. К. Десять лет после аварии на ЧАЭС (ретроспектива клинических событий и мер по преодолению последствий) // Журн. Мед. радиология и радиационная безопасность. 1997. том 42. № 1. С. 5 – 12.
10. Ильин Л. А., Кириллов И. П. и др. Радиационная безопасность и защита. Справочник. — М.: Медицина, 1996.
11. Демидчик Е. П., Цыб А. Ф., Лушников Б. Ф. Рак щитовидной железы у детей (последствия аварии на ЧАЭС). — М.: Медицина, 1996.
12. Нягу А. И., Зазимко Р. Н. Состояние вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у лиц с синдромом вегетативной дистонии, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в результате аварии на Чернобыльской АЭС // Журн. Невропат. и психиатрии. 1995. том 95. № 4. С. 32 – 35.
13. Лютых В. П., Долгих А. П. Клинические аспекты действия малых доз ионизирующего излучения на человека // Журн. Мед. радиология и радиационная безопасность. 1998. том 43. № 2. С. 28 – 34.
14. Мах Э. Метод и цель научного исследования. Теория познания. — М., 1901.
15. Медицинские последствия Чернобыльской аварии. Научный отчет. Международная программа по медицинским последствиям Чернобыльской аварии. (АЙФЕКА). — Женева: ВОЗ, 1995.
16. Краснов В. Н., Юркин М. М. и др. Психические расстройства у участников ЛПА ЧАЭС: структура, патогенез и подходы к терапии // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. — Киев: Украина, 1995. — С. 102.
17. Оленичева Е. Л. Принципы терапии психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1997. (научн. руков. д. м. н. Краснов В. Н.).
18. Радиация. Дозы. Эффекты. Риск. (перев. с англ.). — М.: Мир, 1990.
19. Табачников С. И., Титиевский С. В. и др. Клиническое проявления психических расстройств у участников ЛПА на ЧАЭС. // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. — Киев: Украина, 1995. — С. 120.
20. Холл Э. Т. Радиация и жизнь. (перев. с англ.) — М., 1989.
21. International Conference on Radiation and Health. Beer Sheva, Israel, November 3 – 7, 1996. // Abstracts.

К 90-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА Д. Д. ФЕДОТОВА (1908 – 1982)

Историю творят люди и хотя, как говорится, на все воля Божья, в извечной борьбе Добра и Зла на стороне Добра стоят личности яркие, одухотворенные и одаренные от природы, преданно служащие своему делу. К числу таких людей можно отнести русского психиатра, блестящего организатора отечественного здравоохранения Дмитрия Дмитриевича Федотова. Дмитрий Дмитриевич Федотов родился в 1908 году 6 апреля (по новому стилю) в с. Пушкино Дорогобужского района Смоленской области вторым ребенком из десяти детей в семье православного священника. Его отец, Федотов Дмитрий Афанасьевич, из учителей, служил сельским священником, и в годы Советской власти был неоднократно репрессирован из-за своих религиозных убеждений. После арестов вновь возглавлял приходы в Смоленской епархии, а в итоге был сослан в Уссурийск, откуда не вернулся. В числе первых, посмертно, был реабилитирован.

Детство Дмитрий Дмитриевича протекало также, как и у многих других его сверстников. Жил он в отцовском доме — рубленном пятистенке, во дворе которого росла огромная, по преданиям древняя, липа. Мальчиком рос смышленным и подвижным. Детство проходило не только в забавах. С ранних лет Дмитрий Дмитриевич рос хозяйственным и самостоятельным. В школу пошел рано, учился с удовольствием и ответственно. До школы было далеко, и уже с начальных классов оставался ночевать в школе. Там же, в церковно-приходской школе, судьба свела его с Александром Твардовским, который был на два года младше. Однажды, когда в школе случился пожар, они сумели выбить оконную раму и успели спасти находившихся в здании детей. В Аттестации, выданной Дмитрию Федотову Педагогическим советом Покровской школы II ступени Ельнинского уезда в июле 1925 года, отмечена особая успеваемость в «общественно-социальных» предметах и выделено, что в жизни коллектива был «активен и заметен», считался «лучшим общественником».

В возрасте 18 лет он успешно сдал экзамены и был зачислен на медицинский факультет Смоленского Государственного Университета. При поступлении в Университет в графе «социальное происхождение» он прямо написал, что «из семьи священника». В связи с этим на протяжении первых курсов приходи-



лось постоянно бороться за то, чтобы остаться в рядах студентов. Прилежание, упорство и огромная трудоспособность позволили закончить Смоленский Государственный медицинский институт в январе 1931 года с присвоением квалификации врача и правом на прохождение службы в порядке раздела XII Закона об обязательной военной службе.

С первого февраля 1931 года он приступил к работе в качестве заведующего врачебным участком в селе Прутки Медынского района Смоленской области. Осенью того же года был призван на военную службу в качестве врача-красноармейца 190 стрелкового полка. После демобилизации работал заведующим сельским врачебным участком в Чеховском

районе Московской области, затем, с 1934 года — главным врачом поликлиники в г. Ногинске, одновременно являясь районным психиатром. В то время ему было 25 лет. «Это милый и горячо любимый возраст», — напишет он позже, «кто его не любит? Кажется все, кто в этом возрасте полюбит, всегда будет вспоминать это прекрасное время. А чем оно прекрасно? А тем оно прекрасно, что не запоминается, или многое не вспоминается и забывается, но чувство остается». Именно здесь он познает жизнь и быт врачей, людей хороших и замечательных, и встречает своих в будущем близких друзей — Юрия Сергеевича Николаева и Евгения Васильевича Лескина. Ю. С. Николаев тогда работал в стационаре и ведал психоприемником и еще не знал, что голод может лечить болезни. Тем не менее, он вместе с семьей уехал в Краснодар, где стал работать в Краснодарской психиатрической больнице, а затем, как вспоминал Д. Д. Федотов, «вытащил его на свет божий», дав телеграмму приблизительно такого содержания: «Приезжай немедленно, дурак будешь, если не приедешь».

Так, в 1937 году, Д. Д. Федотов отправился на работу в Краснодарскую краевую психиатрическую больницу, где с июня 1937 года по сентябрь 1940 года работал заведующим отделением и заместителем главного врача. На протяжении всех лет, со времени последнего ареста отца и начала учебы в Университете, и в будущем, он всегда поддерживал свою мать, Прасковью Андреевну, и многочисленных младших братьев и сестер, которые получили высшее, преимущественно медицинское, образование.

В том же году Д. Д. Федотов начал научно-педагогическую деятельность в должности ассистента кафедры психиатрии Кубанского медицинского института, где проработал до сентября 1940 года. К этому времени уехал в Москву друг и сподвижник Ю. С. Николаев и что-то заставило Д. Д. Федотова тоже сняться с места. Он приехал в Москву, чтобы устроиться в аспирантуру. Из воспоминаний: “Пришел в Клинику Первого мединститута. Обратился я ко второму профессору А. А. Эдельштейну. Тот меня выслушал и сказал мне, что мест нет. А места, говорят, были. Оделся и пошел. Но я не хочу осуждать человека, который мне отказал, но все-таки можно было бы отказать и поделикатнее. Дальнейший путь лежал в институт им. В. П. Сербского. Принявший его там А. Л. Андреев, посоветовавшись с Ц. М. Файнберг, “в грубой форме” отказал в приеме в аспирантуру. Уже потом, спустя годы они встретились вновь, когда А. Л. Андреев был главврачом психиатрической больницы им. П. П. Кащенко, а Д. Д. Федотов — директором Института психиатрии Минздрава СССР. Но в то время, после отказа, Д. Д. Федотов пошел на прием к Павлу Борисовичу Посвянскому, директору Центрального института психиатрии, тот направил его к Груне Ефимовне Сухаревой. Познакомились, она написала записку П. Б. Посвянскому. Чуть позже в Краснодар пришла телеграмма: “Утверждены аспирантом, приезжайте 15 сентября = директор института = Посвянский”. С сентября 1940 года Д. Д. Федотов — аспирант Центрального института психиатрии МЗ РСФСР приступил к работе в детской психиатрической клинике. Меньше, чем за год, он сделал большие успехи в научно-исследовательской работе: была закончена экспериментальная часть, поставлено 366 опытов по теме “Влияние гипертонических растворов брома на судорожную активность”, тщательно проработан архив детского отделения больницы им. Кащенко (300 историй болезни) и подготовлен материал для второй, клинической, темы “Особенности течения эпилепсии у детей и подростков”. За это время, по отзыву профессора Г. Е. Сухаревой, Д. Д. Федотов проявил себя “как очень целеустремленный и толковый научный работник”.

В начале Великой Отечественной войны Д. Д. Федотов обратился с просьбой направить его добровольцем на фронт, но в этом ему было отказано, как сыну репрессированного священника, и он был направлен в Казанскую психиатрическую больницу, где работал заведующим отделением и старшим врачом больницы. В это время через Казань из Москвы и других городов эвакуировалось огромное число людей, среди которых было немало число и душевнобольных, и сопровождавших их психиатров. Всю свою энергию Д. Д. Федотов направил на организацию специализированной помощи прибывающим больным, на создание приемлемых условий быта беженцам — врачам-психиатрам и членам их семей, обеспечивая многим из них дальнейшее движение вглубь России. Среди пациентов больницы в это время было много известных людей. В частности, Д. Д. Федотов был лечащим врачом В. И. Лебедева-Кумача, друже-

ские отношения с которым поддерживались и в последующие годы, вплоть до смерти поэта в 1949 году. В конце 1942 года Д. Д. Федотов был назначен главным врачом, лежавшей в руинах, Калининской психиатрической больницы (с. Бурашево). Благодаря организаторскому таланту и ценой невероятных усилий ему удалось в короткий срок организовать оперативные психиатрические койки Фронта и восстановить больницу. Сюда, в восстановленную больницу к нему приезжал маршал И. С. Конев.

Несмотря на напряженную практическую деятельность, он подготовил кандидатскую диссертацию и 10 июля 1945 года успешно защитил ее.

Девятого мая 1945 года закончилась Великая Отечественная война, и уже на следующий день после дня победы, 10 мая 1945 года, Д. Д. Федотов в возрасте 37 лет был утвержден в должности заведующего Калининским областным отделом здравоохранения. Одновременно он вел и педагогическую работу, являясь доцентом на кафедре Калининского педагогического института. Чистосердечие, добролюбие, чувство высокой ответственности, организованность и доброжелательное отношение к людям снискали ему уважение и авторитет и в 1947 году Д. Д. Федотов назначается сначала начальником Главного управления городских лечебно-профилактических учреждений, а затем начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи и членом Коллегии Минздрава СССР. Пять лет работы в Министерстве Здравоохранения СССР отточили талант организатора. Находясь на руководящих должностях, Д. Д. Федотов не порывал связи с научной и практической психиатрией. Он начал большую работу по изучению истории отечественной психиатрии.

В начале 50-х набирало обороты небезызвестное “дело врачей”, под арестом уже находились некоторые сотрудники Министерства, крупные ученые, видные профессора. От репрессий спас его учитель и друг. Академик Василий Алексеевич Гиляровский предложил Министру здравоохранения, Ефиму Ивановичу Смирному, назначить вместо себя Д. Д. Федотова директором Института психиатрии Минздрава СССР, впоследствии Института психиатрии АМН СССР, а сам занял должность научного руководителя Института.

С 1952 г. Д. Д. Федотов возглавлял ведущие научно-исследовательские институты страны, сочетая научно-организационную деятельность с научными исследованиями в области психиатрии и педагогической практикой в Московском Государственном Университете. Его исследования позволили выделить этапы развития отечественной психиатрии. В 1956 г. он защитил докторскую диссертацию о развитии клинической психиатрии в России в первой половине XIX века. Большое значение имела работа Д. Д. “О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны”. В ней был собран материал о проводимой фашистами эвтаназии и героическом поведении врачей и медперсонала. Особенно масштабно им исследовались про-

блемы эпилепсии, дизэнцефальной патологии и неврозов, а труды по организации психоневрологической помощи стали методическими руководствами по организации психиатрической службы. По инициативе Д. Д. и под его руководством в 50-х годах был проведен ряд важнейших мероприятий по совершенствованию психоневрологической и наркологической службы. По его предложению были введены дополнительные штатные нормативы медицинского персонала, наркологических кабинетов ПНД и общих поликлиник. К началу 60-х им совместно с акад. Е. А. Поповым была подготовлена программа развития психиатрической науки в стране.

Д. Д. был не просто на редкость доброжелательным человеком, его гуманный дух был активным, созидательным и не боящимся непонимания, “несвоевременности” и всяких “третьих соображений”. Он действовал резкому ограничению применения ЭСТ, когда убедился, что этот метод превратился в шаблонный конвейер с установлением электрических розеток у каждой койки. В 1956 г. он направил в Комиссию партийного контроля письмо относительно целесообразности расформирования Института судебной психиатрии им. Сербского. Характерны различные акценты в письмах на эту тему у В. А. Гиляровского (отрыв судебной психиатрии от общей), А. Г. Амбрумовой (подгонка диагнозов), А. Рапопорта (монополизм) и Д. Д. Федотова (дискриминация экспертов-психиатров, записывающих особое мнение, приоритет полицейских соображений над медицинскими, состава преступления над клиническими данными, жестокое обращение с больными: избияния, взятие “на хомут”, помещение в изолятор).

На Первом съезде невропатологов и психиатров Российской Федерации в 1962 г. проф. Д. Д. Федотов был избран председателем Всероссийского общества невропатологов и психиатров. На посту директора МНИИ психиатрии МЗ РСФСР Д. Д. Федотов впервые в стране организовал при институте крупный психофармакологический центр, биофизическую лабораторию, отдел медицинской генетики, отделы эпилепсии, диетотерапии, отдел по изучению сосудистой патологии и многие другие. Никогда, — ни до, ни после, — институт не достигал такого расцвета. Это было время активной и разносторонней творческой деятельности, которой вскоре суждено было по давнишней отечественной традиции пресечься. Не ко времени (после 1968 г.) был такой человек, как Д. Д. на посту директора. Не профессиональные интересы, не энтузиазм и не порядочность, и не заслуги, — как бы велики они не были, — определяют у нас судьбу любого дела. Надо быть мастером интриг, встроенным в сложную пирамиду власти. Важно отметить, что в эту пору сложилась красноречивая ситуация. Несмотря на табель о рангах: ВНИЦПЗ АМН СССР эпохи А. В. Снежневского — ЦНИИ судебной психиатрии им. Сербского (МЗ СССР) — и два НИИ МЗ РСФСР: Московский и Ленинградский им. Бехтерева, эти последние держались самостоятельно, превосходя оба именитых учреждения разнообразием про-

блематики и надолго продемонстрировав благотворность этого для коллектива сотрудников и каждого отдельно взятого направления. Усилиями Д. Д. это многообразие достигло своего аспе.

В 1970 г. Д. Д. создал на базе НИИ им. Н. В. Склифосовского отдел психосоматических расстройств Центра по борьбе с острыми отравлениями, задачей которого было всестороннее междисциплинарное изучение личности самоубийц и поиски путей предупреждения повторных суицидов. Д. Д. вышел с инициативой преобразовать НИИ санитарного просвещения в крупный научно-методический и организационный центр — Институт психогигиены и санитарного просвещения. Он планировал и структуру этого учреждения, куда наряду с отделами общей, возрастной, трудовой психогигиены входили бы отделы профилактики неврозов, психозов, алкоголизма и наркоманий, а также сексуальной психогигиены и психогигиены соматических заболеваний. В это же время он добивался возрождения “Московского медицинского журнала”. Тяжелая болезнь не позволила реализовать задуманное.

Окруженный вниманием и заботой своих учеников и сотрудников, даже будучи тяжело больным, Д. Д. продолжал занимать активную жизненную позицию. Научившись писать левой рукой, он вел обширную переписку и работал над воспоминаниями, давая, благодаря своей феноменальной памяти, емкие и отточенные характеристики встречавшимся ему людям и эпохе, в которой они жили.

Д. Д. Федотов был видным общественным деятелем. Наряду с работой на посту Председателя Всероссийского научного общества невропатологов и психиатров он являлся членом Ученых Советов АМН СССР и МЗ РСФСР, главным психиатром МЗ РСФСР, почетным членом многих зарубежных психиатрических обществ и т.д. Он является автором около 200 научных работ, в том числе 4 монографий, соавтором учебника психиатрии, который выдержал три издания, был переведен на английский язык, издан в Чехословакии и других странах. Под руководством Д. Д. Федотова и с его предисловием опубликовано более 40 сборников научных трудов и монографий. Фундаментальное значение имел перевод по его инициативе “Клинической психиатрии” под редакцией Г. Груле, В. Майер-Гросса и М. Мюллера (1967). Эта книга и “Биохимия психозов” (1963 г.) впервые после длительного перерыва заполняли вакуум переводной психиатрической литературы. Под руководством Д. Д. Федотова было защищено 8 докторских и около 150 кандидатских диссертаций. Д. Д. Федотов был награжден двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом Знак Почета, медалями.

В августе 1982 г. его не стало. Общее чувство утраты, в частности, было отражено в телеграмме, подписанной проф. А. Е. Личко: “Сотрудники института им. В. М. Бехтерева глубоко скорбят кончине видного советского психиатра и организатора здравоохранения, теплого и отзывчивого человека, профессора Дмитрия Дмитриевича Федотова”.

КОЛЛЕГИ ШУТЯТ

Психологизмы и психотропизмы

В. Каган

Не возбуждай ненужных мотиваций.

* * *

Арттерапия в горячих точках.

* * *

Борьба головок за эректорат.

* * *

Недоносом — по переносу.

* * *

Сходи с ума, но хоть ночуй-то дома.

* * *

Сойди с ума и не мешай мне дума.

* * *

Кровь с молоком. Но молока поменьше.

* * *

Как дух лечит, когда уж духа нет?

* * *

В обратной связи вы не состоите?

* * *

Не доводите деву до инсайта!

* * *

Всю ночь искал потерянную самость.

* * *

Идиотичность — идентичность идиота.

* * *

Я вам не мэтр! Я — метр девяносто!

* * *

Коль нет ума от горя — горе от ума.

* * *

Один гештальт — и тот не завершить.

* * *

В стране слепых слепее всех король.

* * *

Либинозность Лебеда и Леды.

* * *

И грезит Леда Лебедем в лампасах.

* * *

Родись попозже Леда — стала б генеральшей.

* * *

Внуши себе, что всё — самовнушенье.

* * *

Фрейд реабилитирован. Посмертно.

* * *

Процесс пошел... Пошел он, в самом деле!

* * *

Каков прогресс! — от эллинизма к феминизму!

* * *

А мужики вконец офеминели.

* * *

И жить хорошо, когда жизнь хороша!

* * *

Что делать, коль никто не виноват?

* * *

Человек — это звучит горько!

* * *

И сорняки пошли в духовный рост.

* * *

Мне голос был, что все — шизофрения.

* * *

Покорность — мазохизм сопротивления.

* * *

А в зеркале души такая морда...

* * *

Люблю тебя... в позиции двадцатой.

* * *

Указ гласит, что симфалов нафалом.

* * *

По ком звонят? Пусть сам и открывает!

* * *

Теория бездеятельности.

* * *

Зачатье интересней возрожденья.

* * *

Духовность близится. А духа нет как нет.

* * *

Субличность размножается деленьем.

* * *

Вот этот субчик — он моя субличность?!

* * *

О жизни — никак или хорошо.

* * *

Кто прибежит, услышав: "Гей — славяне"?

* * *

Кессонная болезнь осознания.

* * *

Душевная страна — подушные налоги.

* * *

Психодинамикой его не надинамишь.

* * *

ФСБ Фригидность — Секрет Безопасности.

* * *

Поведение себя за нос.

* * *

Он хорошо ведет себя... куда?

* * *

Души душителю — душная душевность.

* * *

Вот мышь. Вот сыр. А где же мышеловка?

* * *

Вороне как-то Бог... Но почему вороне?!

* * *

Без психиатра тут не разберешься...

Кто псих? Кто терапевт?

* * *

Держи себя в руках... Но только не за горло.

* * *

Ты победил себя! А кто же побежденный?

* * *

Чем утренний рассол вечернего стакана мудренее?!

* * *

Как влезла бесконечная душа в конечность тела?

* * *

Сексологу с клиентом не до секса.

* * *

*Когда себя догнать не удастся, тогда, быть
может, стоит оглянуться.*

* * *

Я всё скажу, но не интерпретируй.

* * *

Сексуальной техника вызывали?

* * *

Что там — на дне души, когда душа прозрачна?

* * *

Бездонная душа, и вдруг — второе дно!

* * *

Что символ? Стимул для символизаций.

* * *

Что ж символы так хрупки на морозе?

* * *

Остолбеневшее желание — приапизм.

* * *

Шехерезада — очень уж по-русски звучит...

* * *

Желание любовно пофрустрируй... и не спеши.

* * *

В разгар анализа о синтезе не думай.

* * *

Психоанализ: дикий и домашний.

* * *

*Когда лечить подобное подобным —
то нынче только фекатерапия.*

* * *

*И репрезентативные системы
разворовали тайные масоны...*

* * *

И мозг мозолистый в мозолистых руках.

* * *

*Нейтральная полоса между интеллектуальностью
и интеллигентностью.*

* * *

Трудись, кора, — бери пример с мозолистого тела.

* * *

Митинг — групповой оральный секс.

* * *

"Высшее Я" — "Оно" на седьмом небе.

* * *

В чем держится душа? Неужто в теле?

* * *

*Районное отделение демократического
менталитета.*

Архетипы одиночества¹

В. Е. Каган (С.-Петербург)

Одиночество — тема, которая в психиатрии присутствует всегда, но, как мне представляется, не всегда признаваемая и принимаемая в ее полноте и многогранности. Мы говорим о нем как о причине психических нарушений и расстройств, как о внутреннем мотиваторе суицидального поведения, как о ядре некоторых психиатрических синдромов и т.д. Психотерапия, когда работает с чувством одиночества, делает это преимущественно в ключе его преодоления, совладания, либо направляет свои усилия на преодоление состояний, вызванных внезапным или хроническим одиночеством как фактом жизни. В целом, мы противопоставляем одиночество и уединение как негативное и позитивное, травмирующее и успокаивающее, навязанное и свободное... Колоссальный потенциал одиночества остается неувиденным, неслышанным, невостребованным и, в конечном итоге, непонятым. Не в том смысле непонятым, что-де психиатры и психотерапевты не в состоянии понять или не дают себе труда понимать. Но в том смысле непонятым, что оно не принято (как заметила М. Цветаева, принятие и есть понимание, и что не принято — то не понято).

Между тем, в одеждах одиночеств всегда выступает Одиночество. О нем в “Затмении Бога” писал М. Бубер: “Всякая религиозная действительность начинается с того, что библейская религия называет **Страх Божий**, т.е. с того, что бытие от рождения до смерти делается непостижимым и тревожным, с поглощения таинственным всего казавшегося надежным. (...) Через эти темные врата... верующий вступает в отныне освятившийся будний день как в пространство, в котором он будет сосуществовать с таинственным... Отныне он воспринимает свое положение как данное ему Подателем, и это есть то, что библейская религия называет **Страхом Божьим**. (...) Тот, кто начинает с любви, не испытав сначала страха, любит кумира, которого сотворил себе сам, но не действительно Бога, который страшен и непостижим. (...) То, что верующий, прошедший через врата страха, получает указания и руководство в отношении конкретной ситуационной связности своего бытия, означает именно следующее: что он перед лицом Бо-

га выдерживает действительность своей проживаемой жизни...”. Т.е. от момента, когда ты вдруг открываешь, что ты перед бесконечной и непостижимой тайной один, когда даже те, кого ты любишь, как говорят, больше себя и в ком ты “растворён” или с кем “сплавлен” не могут перед этой тайной встать рядом с тобой, но каждый, как и ты, может встать перед ней лишь в своем одиночестве перед ней — и до установления той связи с Богом, о которой М. Бубер говорит: “Если вера в Бога означает способность говорить о нем в третьем лице, то я не верю в Бога”. Таков путь от одиночества к Одиночеству, от порабощенности к свободе — через Страх Божий. И что такое свобода? Она суть личная, персональная ответственность: “... человек сам по себе, пользуясь своим разумом и умом, знает, что есть добро и что есть зло, и поступает как желает, и нет никого, кто может помешать ему”, — писал М. Маймонид. Иными словами, если не замыкаться в рамках религии как таковой, за комплиментарными декларациями уникальности каждого человека скрывается его слабость как обособленность, его единство как единичности и его единение с миром как диалог одиночества с тайной, его совладание с этой жизнью как единоличная проблема. А без этого и свободы нет: “... свобода — это когда свобода одного упирается в свободу другого и имеет эту последнюю своим условием” (М. Мамардашвили). Свобода одного возможна и вне свободы, но свобода без свободы одного невозможна.

Стало быть, мы можем говорить, как минимум, о двух одиночествах. Одиночество как переживание инсайта персональности своего диалога с тайной мира — диалога Твари и Творца. И одиночество как вынужденность, понужденность в явном мире тварной жизни — прерывающее тварную соединенность с другими. Как сопоставить их? Как альтернативы — как взаимоисключающие полярности? Или как полюса единого пространства-времени бытия в Бытии? Вот тут-то как раз — предельный выбор нашей свободы выбирать. И либо объявлять одиночеству войну на уничтожение, стать победителем в которой шансов у человека практически нет. Либо принять одиночество и вступить с ним в диалог, набравшись мужества переносить состояние, называемое М. Бубером — Страх Божий, и совершать свое восхождение от одиночества к Одиночеству.

¹ В основу статьи положен доклад на конференции памяти С. М. Черкасова (Санкт-Петербург, Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 5 января 1998 г.).

“Одиночество, — заметил Иосиф Бродский, — это человек в квадрате”. Человек замкнутый и возведённый. Замкнутый в возведенность и возведённый в замкнутость. Но не выведенный из мира и не замкнувшийся. Напротив, одиночество в отличие от уединения наполнено страхом и ужасом необычайной и ничем уже не защищённой открытости одновременно вовне и внутрь себя — открытости тому, чему нет названия, что несказуемо, непредставимо, невообразимо и, вместе с тем, более реально, чем привычная реальность. Более чем условно можно сказать — открытости угадываемому за существованием бытию, в котором, собственно, никаких границ между внешним и внутренним, кроме тебя самого, не существует, ибо ты и есть эта самая граница.

Это — тайна, к которой неудержимо тянет..., пока в нее не попадаешь и не ощущаешь всем существом то, с чем вне ее рассудок мирит магическими и непонятными словами-заклинаниями — универсум, бесконечность, вечность, бог, либидо, мортидо... Но здесь, где ты и есть богом сотворенное либидо, они не работают. Здесь ты так предельно не один, что твое одиночество — единственный способ пережить свою растворенность и, стало быть, бесследную затерянность в мире. Здесь ты оказываешься один на один с тенью:

*Та мысль, те образы, что отгоняем днем,
Приходят ночью к нам — и мы их узнаём
Переодетыми, в одеждах сна туманных,
По черной лестнице спуют, прокравшись в дом,
И Фрейда путают с Шекспиром, ищут в ваннах,
В прихожих, скорчившись, — под шкафом, под столом.*

*Что нужно тень, тебе? Но тень не говорит.
То дверцей хлопает, то к полке приникает,
И в мыслях роется, храня невинный вид,
И сердце бедное, как ящик, выдвигает.*

Весь, весь я выпотрошен.

*Утром головы
Нет сил поднять к лучу, разбитость и усталость.
Стихов не надо мне, ни утра, ни листвы!
Смерть — это, может быть, подавленность и вялость?
А вы надеетесь и после смерти, вы
Жить собираетесь и там... имейте жалость!*

Александр Кушнер

Эта мучительность одиночества открывает, дарует новые зренья и прозренья, если хватает мужества выдержать направленный на тебя взгляд. Но хватает или не хватает, оказаться под этим взглядом — значит испытать самую сердцевинную суть того, что Абрахам Маслоу назвал *risk experience*. Однако, что на тебя смотрит? Твоя тень, то есть сам же ты и смотришь...

Было бы, мягко говоря, наивным открыть словарь психоаналитических символов и подставить их расшифровку в конкретный текст, будь этот текст слова-

ми пациента, картиной, музыкой, прозой, поэзией... Такие игры в психоаналитические пазлы хороши разве что для вспомогательной школы, а за ее стенами просто выхолащивают психоанализ, превращая его в своего рода пособие по психологической мастурбации. Но, если не оболванивать психоанализ, то он многое рассказывает о пиковом опыте одиночества.

Я хочу обратиться к двум очень близко стоящим стихотворениям двух очень разных поэтов — Николая Рубцова и Олега Чухонцева. Оба — части небольших триптихов, у Рубцова объединенных названием “Осенние этюды”, у Чухонцева — “Superego”.

*И вот среди осеннего безлюдья
Раздался бодрый голос человека:
— Как много нынче клюквы на болоте!
— Как много нынче клюквы на болоте! —
Во всех домах тотчас отозвалось...*

*От всех чудес всемирного потопа
Досталось нам безбрежное болото,
На сотни вёрст усыпанное клюквой,
Овеянное сказками и былью
Прошедших здесь крестьянских поколений...
Зовешь, зовешь... Никто не отзовется...
И вдруг уснет могучее сознание,
И вдруг уснут мучительные страсти,
Исчезнет даже память о тебе.
И в этом сне картины нашей жизни,
Одна другой туманнее, толпятся,
Покрытые миражной поволокой
Безбрежной тишины и забвения.
Лишь глухо стонет дерево сухое...*

*“Как хорошо! — я думал. — Как прекрасно!”
И вздрогнул вдруг, как будто пробудился,
Услышав странный посторонний звук.*

*Змея! Да, да! Болотная гадюка
За мной все это время наблюдала
И все ждала, шипя и извиваясь...
Мираж пропал. Я весь похолодел.
И прочь пошел, дрожа от омерзенья...
Но в этот миг, как туча, над болотом
Взлетели с криком яростные птицы,
Они так низко начали кружиться
Над головой моею одинокой,
Что стало мне опять не по себе...
“С чего бы это птицы взбеленились? —
Подумал я, все больше беспокоясь. —
С чего бы змеи принялись шипеть?”*

*И понял я, что это не случайно,
Что весь на свете ужас и отравы
Тебя тотчас открыто окружают,
Когда увидят вдруг, что ты один.
Я понял это как предупреждение, —
Мол, хватит, хватит, шляться по болоту!
Да, да, я понял их предупреждение, —
Один за клюквой больше не пойду.*

Н. Рубцов, 1965

Стихотворение так густо насыщено символикой, что переведи его на язык символов — и получишь протокол психоаналитического вскрытия. Но вслушаться в звучащую под живым текстом символику всё же можно. Голоса людей не нарушают безлюдья: людей нет, их голоса звучат среди безлюдья. Бодрые голоса безлюдья звучат — из-за фасадов. Звучат как голоса уже не просто человеческие, но как голоса вложенности клинков в ножны, голоса свершившегося акта вложенности в ушах не вложенного — голоса из иного мира. Они спокойны, но и опасны. Они не согревают. Их бодрость — энергия холодного блеска. Что-то брейгелевское в этом сюжете... Клюква — лишь повод, искушающий зов. Не в том дело, что на сотни вёрст — клюква: она — фасад, за которым и пропасть можно. Дело в болоте — этой зыбкой, угрожающей поглощением ипостаси праженственности. Болото, замечу, осталось не от “ужасов”, но от “чудес” всемирного потопа. Снова сплавленность либидо и мортидо. Болото безбрежно, оно овеяно духом поглощенных им поколений. Здесь зови — не зови, никто и не может отозваться. Здесь — посмертный покой, удовлетворенное мортидо. Строфа обрамлена “безбрежностью”, повторенной дважды. Здесь покой смерти, баюкающей забывающееся сознание вместо сказки глухим стоном сухого дерева. Здесь ты, наконец, действительно один — не одинок, но один. Это сон о смерти... Но — только сон, мираж. Потому что ты — не один, а стало быть — трагически одинок перед чужим взглядом. Но в отличие от Кушнера — это взгляд не Тени, но змеи. Болотная гадюка — существо антропное, хтоническое, прачеловек, клинок и ножны одновременное, но ни клинок, ни ножны. Это — омерзительно, но при попытке уйти появляются “яростные птицы”. Не просто готовые душу унести, но и жаждущие взять ее. Тут два древнейших архетипа — в заговоре против человека. Они предупреждают... пока только предупреждают. Но пройдет время — и предупреждение сбудется: поэт погибнет от руки любимой им женщины.

В совершенно иной драматургии жизни и стиха тема встречи с собственным подсознанием предстает у Чухонцева:

1.

*... и тогда я увидел: распята луна
бледным призраком на крестовине окна.
Тень распятия чернела на белом полу.
Было тихо, но перед иконой в углу,
издавая какой-то воинственный звук,
на невидимой нитке спускался паук.*

*“Это он, — я весь похолодел, — это он!”
Ужас крови моей — трилобитный дракон!
Гад, который почувствовал временный сдвиг,
из безвременья как привиденье возник
и, быть может, предчувствуя сдвиг временно,
из прапамяти хищно навис надо мной.*

*Что он думал, убивец? Глазаст и землист,
я лежал, трепеща как осиновый лист.
Я лежал у стены и, прижатый к стене,
знать не знал, что проклятье лежало на мне.
И, как жар из печи, как зола из огня,
я смотрел на него — он смотрел на меня!*

*Я не смерти боялся, но больше всего —
бесконечности небытия своего.
Я не к жизни тянулся, но всем существом
я хотел утвердиться в бессмертье своем.
Но мучительно мучимый смертной тоской,
я не мог шевельнуть ни рукой, ни ногой.*

*Я лишь пальцем попробовал пошевелить,
как почувствовал: дернулась ловчая нить,
и к губам протянулись четыре сосца,
и подобье усмешки подобье лица
исказила, и судорогою свело
студенисто-трясучее тело его.*

*Я отпрянул — хоть некуда! — и в тот же миг
он неслышно ко мне прикоснулся — и крик
омерзенья потряс меня, словно разряд.
И ударило где-то три раза подряд.
Я очнулся — и долго в холодном поту
с колотящимся сердцем смотрел в темноту...*

2.

*Било три. Ночь была на ущербе. В окне
неизбежность стояла стоймя как конвойный.
Что за мысль тяготилась собою во мне,
я не знал и пугался догадки невольной.*

...

*Да и вся моя жизнь, ненавистная мне,
так, казалось, чужда была, как сновиденье:
я лежал у стены и, прижатый к стене,
кожей чувствовал жаркий озноб отчужденья.*

...

3.

Нету выбора! О, как душа одинока!

1967

Здесь уже совсем иная сцена — все происходит внутри, во сне. Не мираж наяву, не фигурально уснувшее, как в строках Рубцова, сознание, но сон или просоночное состояние с бодрствующим где-то между своими измерениями сознанием. Здесь уже точно указан адрес во времени — порядка 500–570 миллионов лет: действительно — безвременье, прапамять, сохраняющие в живущей крови кембрийского трилобита. Здесь — извержение архетипического вулкана. Здесь — уже не гадюка, не птицы как архетипические символы. Здесь — сам архетип! И ты оказываешься под его взглядом, в пространстве его охоты — твоей охоты на себя самого. Он — Змей, Дракон. И он — “студенисто-трясучее тело” — болото. Как и у Рубцова: ни нож, ни ножны, но нож-ножны, гермафродит — даже не андрогин, нечто антропное, прачеловеческое, прапамятное. Безвыходная скованность одиночеством, прерываемая боем часов, однако, лишь для того, чтобы вместо трилобита на тебя

глядела “конвойный — неизбежность стоймя” (опять гермафродит!), не оставляя выбора душе и оставляя ее в одиночестве.

Буквально и почти дословно совпадающие переживания: “Я весь похолодел. И прочь пошел, дрожа от омерзенья” у Рубцова и “... крик омерзенья потряс меня... и долго в холодном поту” у Чухонцева — поражают. Но чем, собственно? Вероятностно-случайной схожестью? И ответ лишь один — нет. Поражают реальностью архетипа, неизмеримо более определенной и могущественной, чем открывающаяся обыденному сознанию реальность предметов. Поражает властью “тяготящейся собою во мне” неосознанной — под-или бессознательной — мысли или прамысли. Не удивительно, что ни один из цитированных поэтов даже не пытается обратиться к цвету: тень — то единственное, что есть между черным и белым в графичных сценах встречи с архетипом.

Сопротивление властью этой прамысли диктует уход сознания от ее осознания. И недаром, вероятно, Рубцов из предупреждения “хватит шляться по болоту” делает относящийся лишь к атрибуту болота, лишь к формальному искушению вывод: “Один за клюквой больше не пойду”, проснувшись Чухонцеву “... делалось ясно: моё тело — безвольное — не было мной, и душа — малодушная — мне не причастна”, а сбалансированно-гармоничный Кушнер после встречи с тенью чувствует себя настолько “выпотрошенным”, что восклицая в ответ на идею бессмертия “Имейте жалость!”, похоже, переживает страх не смерти, но, говоря словами Чухонцева, страх “бесконечности небытия” в состоянии “подавленности и вялости”.

Биологически ориентированный психиатр легко подхватит последние слова и транскрибирует все сказанное в схеме “тревога ⇔ депрессия ⇔ деперсонализация”. Такую транскрипцию — я воспользуюсь формулировкой М. С. Кагана — можно отвергнуть, но опровергнуть невозможно. Да и надо ли? В конечном итоге. К встрече с архетипами можно придти разными путями, в том числе и таким. Но путь, каков бы он ни был, лишь путь, но не сама встреча. В момент этой встречи человек предельно одинок. Собственно говоря, одиночество — не понятие, но переживание — и оказывается единственно надежным знаком приближающейся или происходящей встречи человека с фундаментальными и универсальными архетипами, во время которой происходит — или не происходит — инсайт индивидуации, самоопределения, обретения самости, которая не дается раз и навсегда

обретением как приобретением. В этом смысле смертельное и порождающее (мортидное и либидинозное) одиночество встречи с архетипом и интеграции его в сознание (то, что К. Юнг обозначает как кватерность) и образует те или иные уровни квадратуры одиночества.

И тогда прежде, чем я стану собеседником пришедшему ко мне человеку, прежде, чем он сможет, и для того, чтобы он смог уединиться со мной в терапевтическом процессе, я должен принять его одиночество — это экзистенциальное Alter Ego его идентичности. Но для этого я должен уметь принимать свое одиночество. И здесь важно мое внутреннее творчество в мастерской одиночества.

На одиночестве, я уже говорил в начале, и в обыденном, и в психологическом сознании стоит печать негативности. Печать столь же незаслуженная, сколь подталкивающая психотерапию вместо помощи в интеграции архетипа как “матрицы порядка” (К. Юнг) и личностной индивидуации как результата момента интеграции к борьбе с этой интеграцией. И тогда я или мой клиент так и останемся обреченными на вечную борьбу с масками одиночества, с призраками одиночества вместо конструктивного диалога с самим одиночеством. Ибо, по моему глубочайшему убеждению, к психотерапевту приводит, в конечном итоге, одиночество — перед лицом переживания, проблемы, симптома, тайны мира... Но приходят не для того, чтобы психотерапевт, подобно хирургу, удалил опухоль одиночества — это было бы скорее похоже на ампутацию уставших ног. Приходят за тем, чтобы принять свое одиночество и открыть в себе силы и способность к продуктивному диалогу с ним.

Построив размышление об одиночестве на основе поэтического творчества, я хочу также подчеркнуть значение и роль поэтической терапии в психотерапевтических системах. При этом, однако, должен предостеречь от создания “рецептурников” поэтической терапии, составления “списком рекомендуемых произведений”. Такие списки обычно опираются на рассудочно вычленяемые содержания; подобно психотропным средствам они ориентированы на “синдромы-мишени” — на те самые маски и призраки, о которых я только что говорил. Между тем, поэзия, как и психотерапия, сродни мифу — она звучит и читается прежде всего на иррациональном уровне, именно так открывая скрытые под вербальным покровом глубинные архетипические содержания и послания. И этот скрытый пласт открывает новые возможности терапии, в том числе — психоаналитической.

О “психотерапевтическом” рассказе А. П. Чехова “Черный монах”¹

М. Е. Бурно, доцент психотерапии

В сегодняшней мировой медицине сложилась уже область лечения, профилактики художественными образами-переживаниями. Это — лечебные и профилактические художественные фильмы, пьесы, рассказы, стихотворения, песни, письма, произведения живописи и творческой фотографии. Речь идет не о научно-популярной, санитарно-просветительной медицинской работе в обычном смысле, а о лечебно-профилактической работе художественными образами-переживаниями. Эти художественные образы-переживания медицински (лечебно-профилактически) преломлены, то есть созданы медиками-профессионалами или иногда другими людьми, способными серьезно медицински помочь своею душой страдающим. Таким образом, это не часть искусства, а часть медицины. Что-то из всего этого, возможно, одновременно принадлежит и медицине, и искусству. Впрочем, было бы странно, если бы клиническая психотерапия (область медицины, профессионально клинически лечащая средствами души врача) остановилась навсегда на технических приемах внушения, гипноза, разнообразного тренинга и не проникалась такими одухотворенными “орудиями”, как целебные художественные образы.

В письмах, рассказах и повестях А. П. Чехова, в воспоминаниях современников о нем отчетливо видится врачебное, клиничко-психотерапевтическое, естественнонаучное мироощущение писателя, и некоторые чеховские произведения можно было бы назвать в этом смысле профессионально психотерапевтическими (напр., “Волк”, “Враги”, “Княгиня”).

Остановлюсь здесь на “Черном монахе”, которого Чехов писал в “период острого интереса (...) к психиатрии” и называл его “рассказом медицинским, *historia morbi*” (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977). Конечно же, рассказ гениален в общечеловеческом смысле, что бы ни говорил о нем застенчивый автор, но как специалист скажу только о медицинском его значении, и даже лишь об одной из медицинских граней рассказа — о лечебной грани в отношении душевнобольных. Остается в стороне целебное действие работы над рассказом на самого Чехова (“Впечатление черного монаха, — вспоминает М. П. Чехов, — было настолько сильное (после “страшного” сна — М. Б.), что брат Антон еще долго не мог успокоиться и долго потом говорил о монахе, пока, наконец, не написал о нем свой известный

рассказ” (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977). Не стану обсуждать и замечательное художественно-клиническое описание острого психотического эндогенно-процессуального парафренного расстройства в рассказе. Парафренного — то есть с фантастически-сказочным душевным подъемом, ярким ощущением своей избранности. Мой вопрос здесь: как может помочь этот чеховский рассказ душевнобольному в подобном состоянии, а заодно — и его врачу?

Магистр психологии Коврин, чувствуя нервное утомление, по совету приятеля-доктора на весну и лето поехал в деревню, жил там у “своего бывшего опекуна и воспитателя” садовода Песоцкого, женился на его дочери Тане. Там же случилось с ним острое психическое расстройство. К нему стал являться лукаво-ласковый галлюцинаторный “монах в черной одежде, с седою головой и черными бровями”, не касаясь босыми ногами земли. И они интереснейше для Коврина философски беседовали. Монах назвал магистра “избранником Божиим”, который служит “вечной правде”, “высшему началу” своими мыслями, намерениями, своей “удивительной наукой”. Он, Коврин, “один из тех немногих”, кто “на несколько тысяч лет раньше” введет человечество в царство вечной правды”, в вечное наслаждение познанием. Магистру приятно слушать это, но он поначалу, еще способный поглядывать со стороны критически на свое психотическое, смущен тем, что монах — призрак, галлюцинация, а стало быть, может ли он, Коврин, психически больной человек, верить себе. Но монах, как бы повторяя сокровенные мысли Коврина, утверждает, что болезнь только помогает постичь идею, правду, ведь даже ученые теперь говорят, что “гений сродни умопомешательству”. “Повторяю: если хочешь быть здоров и нормален, иди в стадо”. “Раз или два в неделю, в парке или в доме” Коврин восхищенно беседовал с монахом, убежденный в том, что “подобные видения посещают только избранных, выдающихся людей, посвятивших себя служению идее”. Беседовал даже за обедом при жене и тесте, обращаясь к ним так, что они и не подозревали, что на самом деле он “говорит не с ними, а со своей галлюцинацией”. Но когда однажды, уже в городе, зимой, в пять часов утра, в радостной бессоннице он говорил с монахом о естественности своего постоянного чувства счастья для свободного, умного и нравственного человека, проснувшаяся Таня пришла в такой ужас, что вместе с отцом, гостившим тогда у них, они повезли Коврина к доктору лечить от счастья. Черный монах в процессе лечения пропал, а Коврин

¹ Доложено на конференции “А. П. Чехов и медицина” в Доме-музее А. П. Чехова на Садовой-Кудринской 25 октября 1995 г.

стал толстеть и чувствовать себя рассудительной, солидной посредственностью, которой “скучно жить”. “О, как вы жестоко поступили со мной! — говорил он близким. — Я видел галлюцинации, но кому это мешало? Я спрашиваю: кому это мешало? “Близкие, доктор добросовестно, от души “вылечили” его, и теперь близкие страдали, так как он “стал раздражителен, капризен, придирчив и неинтересен”, испытывал “душевную пустоту, скуку, одиночество и недовольство жизнью”. Он “рвал на мелкие клочки свою диссертацию и все статьи, написанные за время болезни, (...) бросал в окно, и клочки, летая по ветру, цеплялись за деревья и цветы; в каждой строчке видел он странные, ни на чем не основанные претензии, легкомысленный вздор, дерзость, манию величия, и это производило на него такое впечатление, как будто он читал описание своих пороков”. И хотя Коврин получил за прежнее самостоятельную кафедру, вступительную лекцию так и не прочел.

Пора мне уже сказать, что природа, главный наш врач (как объяснил это клиницист Гиппократ), лечила Коврина еще в период его нервности, побуждая к философским занятиям (“Читаю психологию, занимаюсь же вообще философией”). Когда печально-сангвинический, трезво-практический тесть-садовод спросил его: “И не прискучает?” — Коврин ответил: “Напротив, этим только я и живу”. И когда грянул острый психоз, Природа продолжала лечить Коврина творчеством, но теперь уже психотически-парафренным. Гиппократ завещал врачу подсмотреть в клинической картине, как защищается от вредоносных воздействий (внешних и внутренних) сама природа, дабы помочь великой, но несовершенной Стихии защищаться совершеннее. Врач Коврина стал просто глушить природу тогдашними успокоительными средствами. Сейчас психиатры делают это гораздо сильнее с помощью современных психотропных препаратов. Психотропные лекарства в своей осторожной дозированности, конечно необходимы при лечении психозов. Однако в парафренных случаях (здесь больной редко бывает опасен для себя и других) хорошо бы пронизывать лекарственное лечение сложным психотерапевтическим воздействием также помогающим Природе-целительнице. Ведь не было бы монаха, подаренного природой, — был бы тягостный беспредметно-аморфный подъем — напряженность, способный превратиться в черную, такую же беспредметную тоску. В подобных случаях, думается, следует всячески способствовать целебному психотическому творчеству пациента: пусть себе беседует с монахом, пишет философское сочинение, повесть, дать ему краски рисовать и т.д. Во всяком случае, не мешать Природе. Случается, пациент обнаружит здесь самобытно-талантливое лечебное творчество: ведь подлинное, высокое творчество всегда лечение от страдания, душевного хаоса-разлада, в том числе остропсихотического. “Как счастливы Будда и Магомет или

Шекспир, что добрые родственники и доктора не лечили их от экстаза и вдохновения! — сказал Коврин. — Если бы Магомет принимал от нервов бромистый калий, работал только два часа в сутки и пил молоко, то после этого замечательного человека осталось бы так же мало, как после его собаки. Доктора и добрые родственники в конце концов сделают то, что человечество отупеет, посредственность будет считаться гением и цивилизация погибнет².

В самом деле, душевнобольные гении, в сущности, стихийно, пока это было возможно, лечились творчеством от болезни, и картина-особенность творчества отражала в себе картину-особенность болезни (Kretschmer, 1958). Можно здесь приводить и приводить примеры: художники — Босх, Дюрер, Гойя, Федотов, Врубель, Ван Гог, Чюрленис; писатели и поэты — Данте, Тассо, Гельдерлин, Гофман, Батюшков, Гоголь, Стриндберг, Пруст, Кафка; композиторы — Шуман, Гуно, Скрябин; ученые — Сведенборг, Кьеркегор, наш психиатр Кандинский, описавший впервые так выразительно из собственных психотических переживаний псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма. Скажу теперь вслед за Ковриным: мы бы, наверно, не знали о них, если бы их в свое время основательно лечили-приглушали, особенно — современными психотропными препаратами. Не было бы “Ночи перед Рождеством”, “Вийя”...

Бывает, душевная болезнь губит или замораживает творческие способности, но в парафренных случаях творческие способности необыкновенно оживляются, сказочно окрашиваются болезнью.

Карл Густав Юнг (1875 – 1961), так же переживавший парафренные психотические расстройства, был помоложе Коврина, но дожил до глубокой одухотворенной старости. Ему повезло в том отношении, что был он сам психиатр-исследователь и у других психиатров не лечился. Наблюдая за своими остропсихотическими сказочными видениями-переживаниями, изучая их, Юнг открыл существование коллективного бессознательного с архетипами в своей основе, создал развивающуюся всемирно известную школу “аналитической психологии”. Он смело описывал-публиковал и свою встречу с Коллективным бессознательным, и психотические видения, переживания в различные периоды жизни, выводя из всего этого свои открытия. Юнг (1994) вспоминает, например: “Я сидел за письменным столом, погруженный в привычные уже сомнения, когда вдруг все оборвалось, будто земля в буквальном смысле разверзлась у меня под ногами, и я погрузился в темные глубины

² По-видимому, рассказ был именно этой нотой близок, созвучен Л. Н. Толстому, его “Запискам сумасшедшего”. Русанов в письме к Чехову 14 февраля 1895 г. привел этот отзыв: “О “Черном монахе” Лев Николаевич с живостью и с какою-то особенною нежностью сказал: “Это прелесть! Ах, какая это прелесть!” (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977). (Примеч., С. 493).

ее. Я не мог избавиться от панического страха. Но внезапно и на не очень большой глубине я почувствовал у себя под ногами какую-то вязкую массу. Мне сразу стало легче, хотя я и находился в кромешной тьме. Через некоторое время мои глаза привыкли к ней, я себя чувствовал как бы в сумерках. Передо мною был вход в темную пещеру, и там стоял карлик, сухой и темный, как мумия” (с. 180 – 181). А вот как подошел Юнг в психозе к своим архетипам “Анима” и “Анимус”. “Меня крайне занимало то, что какая-то женщина существует внутри меня и вмещивается в мои мысли. В самом деле, думал я, может, она и есть “душа” в примитивном смысле слова, и я спросил себя, почему душу стали называть “anima”, почему ее представляют как нечто женственное. Впоследствии я понял, что эта “женщина во мне” — некий типичский, или архетипический образ в бессознательном всякого мужчины, я назвал его “Анима”. Соответствующий образ в бессознательном женщины я назвал “Анимус” (с. 187).

Итак, парафренное психотическое расстройство есть философски-сказочное творчество, поскольку в нем философски-сказочно оживляется индивидуальность. Вспоминаю, как в молодости в областной, деревенской психиатрической больнице колхозники, механизаторы, обогащенные красочными философски-сказочными переживаниями в остром психозе, после лечения инсулиновыми шоками и нейролептиками делались скучными, бедными душой, а родственники их радовались, считая это настоящим здоровьем, которое было и до психоза. Перенесенное психотическое парафренное расстройство может быть творчески гениальным, талантливым, но чаще оно, конечно, остается душевной, духовной философски-сказочной драгоценностью лишь для самого пациента, потаенно поддерживая, просветляя его в течение всей жизни этим напоминанием по-настоящему живой, глубокой души. Для этого психиатр должен профессионально-клинически, благоговейно-осторожно помочь пациенту творчески, духовно пережить его расстройство, то есть врачебно-гиппократовски помочь Природе в ее психотической защите. Конечно же, в случае гипертоксического психотического расстройства и в случаях депрессивно-суицидальных, врач будет действовать по необходимости иначе, сильным лекарственным лечением. Во многих мучительных психотических не-парафренных случаях способствуем, по В. Е. Смирнову (1985), тому, чтобы пациент “осознал свои психотические расстройства и размежевал себя с ними путем самоотчета в диалоге с врачом”. В. Е. Смирнов поясняет эту психотерапевтическую тактику следующими мифологическими мотивами. “Задача врача своими высказываниями и другими средствами — воссоздать род “зеркала”, подобие того блестящего медного щита, в который глядел Персей, вступая в единоборство с горгоной Медузой” (с. 583). При этом особыми

способами (прежде всего, творческими) выявляются “ключевые интересы в преморбидной индивидуальности пациента”, те творческие интересы, в которых находило отражение “Я” пациента (ведь “из туловища поверженного чудовища “взвился (...) крылатый конь Пегас” (с. 584). Однако в парафренных случаях (с обычным здесь торжественно-светлым, сказочно-философическим подъемом души) подобные психотерапевтические воздействия, как правило, почти не действуют, и помогать парафренным следует по-другому — вживаясь в их психотическое состояние, как в сказку, которая может серьезно помогать духовным целебным обогащением. Пациент, принявший врача в круг своего парафренного психоза, доверяется ему, делится-советуется с ним, и таким образом можно дружески предупреждать какие-то его, быть может опасные, действия (Бурно, 1991). Словами П. В. Волкова, автора подробной, тонкой, живой работы на эту тему, “в идеале психотерапевт будет стремиться к тому, чтобы пациент со своим бредом “вписался”, пусть своеобразно, в социум” (Волков, 1993). Таким образом, говорю лишь о случаях психотически парафренных или с массивным парафренным звучанием среди иных расстройств, но сравнительно безопасных для пациента и общества.

Коллеги-психиатры скажут мне: да ведь не от лечения, тем более прошловекового, Коврин сделался скучно-раздражительной посредственностью; это болезнь так повернулась, острая психотика ушла и унесла с собою прежнее философски-красочное богатство души, наступило “эмоциональное снижение”, “опустошение”. Да, это во многом так. Но если бы врач психотерапевтически помог Коврину творчески пережить его праздничное парафренное состояние, оставить-закрепить его в каких-то творческих работах, записях, чтобы впоследствии оно вспоминалось не как презренное сумасшествие (от которого следует отпаиваться молоком), не только как “болезнь”, но и как всплеск потаенного душевного, духовного богатства, — это парафренное творчество, эти сказочные воспоминания могли бы долгие годы “подпитывать”, оживлять постпсихотическую раздражительную вялость-тоскливость. “Мне потребовалось сорок пять лет, — пишет в старости К. Юнг (1994), — чтобы заключить в строгие формы научной работы все, что я тогда пережил и записал. Когда я был молод, я мечтал о научной карьере. Но этот раскаленный поток, эта страсть захватили меня, преобразив и переродив в своем огне всю мою жизнь. Она была первоэлементом, все мои работы — лишь более или менее удавшаяся попытка сделать ее достоянием современников, частью их мировидения. Первые впечатления и сны были как раскаленный поток базальта — из него выкристаллизовался камень, и камень я уже мог обрабатывать” (с. 200). Для других же, не таких одаренных, как Юнг, парафренный опыт, оживляющий, раскрашивающий в воспоминаниях душу,

послужит хотя бы материалом для сказок внукам. Только не следует глушить напрочь различными способами это волшебное богатство, это редкое счастье. Или сурово принижать его, зачеркивать врачебно или обывательски строгим к нему отношением как к постыдному, страшному, непозволительно патологическому. Чеховский рассказ из прошлого века побуждает нас к этим профессиональным размышлениям. Все это возможно доступно-понятно, психотерапевтически-дружески рассказать парафреничному пациенту, озабоченному своими расстройствами, обычно пугающемуся поначалу сумасшествия (как Коврин), разобрав с ним чеховский рассказ. Или же пациент в улучшении, в светлое от психоза время и без нас, а только с помощью Чехова, читая-переживая этот рассказ, готовится (лучше вместе со своими близкими) целебно-творчески переносить возможные и в будущем психотические вспышки, понимая-чувствуя их и как свое душевное, духовное богатство, от которого не следует безоглядно убежать в бодрюю или вя-

лую пустоту так называемого стадного душевного здоровья.

Литература

- Бурно М. Е.* К психотерапии хронически-парафреничных больных // Совр. проблемы практической психотерапии / Под ред. А. С. Данилова, А. А. Мартыненко, Б. К. Пашнева. — Харьков: Независимая ассоциация психотерапевтов, 1991. — С. 15 – 17.
- Волков П. В.* Ресентимент, резиньяция и психоз // Моск. психотерапевт. Журнал. 1993. № 2. С. 19 – 66.
- Долотова Л. М., Орнатская Т. И., Сахарова Е. М., Чудаков А. П.* Примечания / Чехов А. П. Сочинения. т. 8. — М.: Наука, 1977. — С. 488, 490 – 492.
- Смирнов В. Е.* Эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике психозов // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. — 3-е изд., доп. и перераб. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 571 – 585.
- Юнг К. Г.* Воспоминания, сновидения, размышления: Пер. с нем. — Киев: Air Land, 1994. — 406 с.
- Kretschmer E.* Geniale menschen. — Berlin – Göttingen – Heidelberg: Springer, 1958. — 312 s.

ПРЕДСТОЯЩИЕ СЪЕЗДЫ И КОНГРЕССЫ ВПА

- October 7–10, 1998, WPA Thematic Conference in Geneva, Switzerland, Manage or Perish.
Contact: Professor J. Guimón, Fax: +41 (22) 718-4699.
- October 28–31, 1998, WPA Regional Meeting in Guadalajara, Mexico, Psychiatry in Transition.
Contact: Dr. Luis Ruiz, Fax: +52 (5) 652-5516.
- February or March, 1999, WPA Co-Sponsored Meeting in Granada, Spain, The Community Care of the Long Term Mentally III Patient.
Contact: Professor F. Torres-Gonzales, Fax: +34 (58) 275-214.
- March 12–14, 1999, WPA Regional Meeting in Wroclaw, Poland, From Isolation to Openness.
Contact: Professor A. Klejna, Fax: +48 (371) 214-4419.
- April 14–17, 1999, WPA Thematic Conference in Athens, Greece, Psychiatric Prevention.
Contact: Professor G. Christodoulou, Fax: +30 (1) 724-2032.
- **August 6–11, 1999, XI World Congress of Psychiatry in Hamburg, Germany, Psychiatry on New Thresholds.**
Contact: Professor W. Gaebel, Fax: +49 (40) 670-3283.
- November, 2000, WPA Regional Meeting in Paris, France, From Clinical Practice to Research.
Contact: Dr. J. Ganabé, Fax: +33 (1) 4278-3512.
- August, 2002, XII World Congress of Psychiatry in Yokohama, Japan.
Contact: Professor Jiro Suzuki, Fax: +81 (3) 3814-2991.

Письмо члену экспертной комиссии

Ваня, я извиняюсь, может, я чево не поняла? Насчет вашего интереса про мою замужнюю жизнь? Так ить, Ваня, известное дело, доля наша бабья такая, рты с изменья раскрывать, да вас, мушшинов, слушать. Хоша и плетет иной мушшина околесную, так все едино слушай ево и виду не показуй, што он дурак. Да это, Ваня, к вам не относится, это я так, к слову.

А што, Ванюша, ить почитай, год прошел, как думаю я над вашими речами умными, восторженне вызывающими. Чево, думаю, ему надоть-то было? Какова рожна, али кручину на лицо захотел? Ежели кручину, дак это мы вины вам изобразим, нам енто раз плюнуть. Разотреи и глазом не моргнем.

Токмо зачем она, кручинушка-то вам задалась, улыбаячись-от оно лучше живецца. Вот и я, Ваня, как вспомню вас, инда колики в животе делаются, грудь заходится и слезы из глаз текут. И все ломаю голову венку свою глупую над вашими словами мудреными. Может, думаю, хотел он чево, а выразить ин не сподобился. Я ить токмо тепереча и припоминаю, Ванюша, как трясло-то вас при речах тех ваших. Соображения-то никакова у нас нет, што в сразу-то догадаться, потому дошло до меня, Ваня, аккюрат как начали девки бесстыжие песню пахавную изо всех окон горланить. Дескать, ты скажи, чо те надо, да чо ты хошь, вроде бы она не понимает, што к чему, а потом, как выпросила у него, что ему надо, дак фигу и показала, мол не дам и не надейся, тоже дурю нашел. А вообще, Ваня, народ испоганился хуже некуда, страмота одна да и только, тьфу.

А вот вы, Ванюша, совсем другое дело будете, гладкий такой да обходительный, токмо дрожливый. Чево ни скажешь, дак тут вы дрожью-то и начинаете исходить, выдто сугубое што. А глаза у вас, Ваня, ну совсем как кругляшки какие, вроде вчера на свет Божий родились и в себя прийти не можете. Вроде как ушибленный какой. Не роняли ли вас, Ванюша, в младенческом-от возрасте? Я то вам, Ваня, все про подлог толковала, да кременистицку экспертизу совала, а у вас воно што на уме было, замужем я аль нет.

Ну какой же вам, Ваня, ответ дать на вопрос ваш скорый? Оно конечно, поп-от не венчал, но место подле меня на перине пуховой да высокой занято. Тутуж не обесудьте, не монашка.

А ежели насчет подробностей вы хотели, дак я, Ваня, ну прямо краснею от интереса вашего. Но уж

коли вы, сердешный, так исходите да маетесь от неведения, што с мужем-то моим возжелали встречу иметь, то я вам, Ваня, все как есть обскажу. Ежели вы насчет способу интересовались, дак я, Ваня, токмо свержу уважаю, и не иначе, потому как иначе она и жисть не мила, и светне в радость, и мил друг пустое место.

Теперь-то, Ваня, я чай, отлевету вас на душе-от, полегчает, авось. И што я вам, Ваня, ище скажу. Не читайте вы сочиненне в иноземных разных, сатанинских да кабалистских, не про нашенские это дела писано, нейдет это к нам никак, не годится, да в размах наш необъятный не укладывается. Вы вы себе, Ваня, лучше крест серебряный купили да на грудь повесили, оно легче и станет, вы, чай, без креста ходите-от? Да водицы святой не худо бы вам испить, чертовщина из головы-то и выйдет. И дрожь ваша кончится, и глаза округлять не станете, и бумагу, которая с печатью, в руки благоговейно брать будете. А от книжек этих заморских смущенье одно и сатане радость.

А ить чуется мое сердце, Ваня, што та встреча наша не последняя была. Ой встренемся мы с вами, Ванюша, вновь. Да и как не встренутца, ежели вы мужа мово углядеть все хотите. А ему што, он-то завсегда готовый, ежели какой мушшина обо мне разговор иметь хочет. Вот токмо на руку он, Ваня, быстрый, так и садит, так и садит, иной мушшина и глазом не успевае моргнуть, а уж на землю повержен. Страсть какой ревнивый, не приведи Господь. Так што вы, Ваня, пораскните сперва, каков вам тут резон выходит.

А я давеча, Ванюша, колоду на вас разложила, на рошно новую прикупила. На трефового короля и разложила, ить не червонный же вы, Ваня, и не винновый, а как есть трефа ваша карта. И вышли вам, Ваня, все пустые хлопоты да болезни, да маята бесконечная. А я из-за вас грех на душу приняла, поелнику гаданью-то в пятницу предалась. Попутал ить бес лукавый.

Да вы, Ваня, не печальтесь сильно-то. Может, оно и обойдетца. Приложите-ка лучше свинцовую примочку на головку свою ушибленную да вздремните после обеда. А обо мне и думать забудьте, я, Ваня, навеки не ваша.

М. Б.

КРОКОДИЛ

Михаил Архангельский (Москва)

Я мастер по ремонту крокодилов.
Окончил соответствующий вуз
Хочу пойти в МГИМО, но я боюсь,
что в эту фирму не берут дебилов.

Человек работает во сне,
словно домна, цех или колдун.
Это ничего, что на спине
он лежит и вроде бы уснул.

Александр Еременко

Сразу скажу, что о теории сна, как и о многих других областях сложной науки о бессознательных процессах, протекающих внутри человеческого организма, мне известно гораздо меньше, чем Зигмунду Фрейду.

Но глядеть свои собственные сны мне бывает забавно. Особенно под утро, когда уже раз или два за ночь поднялся по каким-нибудь делам, покурил... Или наоборот, сначала покурил, а потом выпил стопочку коньячку, чтобы жену зря не тревожить, и, закусив яблочком, юркнул снова под теплый бочок.

Вот тут-то и начинается самое интересное, особенно, если перед этим денька три попить, а утром какой-нибудь козел не потревожит телефонным звонком ни свет ни заря.

На днях, как раз все совпало, правда вечером пришел я уже не сильно датый, — все-таки третий день, то есть пора было о сердце, печени, душе и Боге подумать, но так-таки датый изрядно. Дома, конечно, еще слегка приложился, но в меру, так, что даже жена не возражала, а она у меня, замечу, непьющая.

Ночью, как положено, ощущения знакомые: то липкий пот, то руки немеют, то ноги сводит. В общем, все по честному. Ворочался, ворочался, почти до утра, встал, курю и размышляю, элениума что ли принять парочку таблеток...

Нет, думаю, ни фига не поможет, и решил поступить старым казачьим способом: налил полстакана коньяку и махнул разом. На душе потеплело. Сел я на кухоньке еще покурить, а сам чувствую, как меня сон начинает забирать. Не стал терять времени, еще отхлебнул четверть стакана и в люлю...

Уснул, как только мордой до подушки дотронулся, а дальше началось...

Снится мне, что пришел я домой навеселе, но не то чтобы и сам не помню как, а так, что жена мне улыбается и говорит:

— Скоро ты совсем сопьешься, мудила.

А я с ней не спорю, не возражаю, а так осторожно, чтобы не упасть, снимаю ботинки, ем на кухне не помню точно что и в койку. Дальше все как обычно: руки немеют, ноги сводит... Разумеется, просыпаюсь

с мыслью о коньяке. Ощупываю кровать с целью определить, спит или не спит благоверная. А ее, батюшки мои, совсем нет, жены-то.

— Ё-моё, — думаю, — ушла. От меня? И к кому!..

Ну встаю, быстренько одеваюсь и на улицу. Однако при этом не забываю заскочить на кухню и коньячку все-таки махнуть, чтобы не стошнило.

Сначала все было нормально. Вроде бы только что закончился дождь, асфальт мокрый, на улице ни души. Да в общем-то еще и рано, хотя и светло. Только вот город какой-то незнакомый. И не то чтобы совсем чужой, а только непонятно Москва или Питер...

Архитектура старая, но не ясно то ли сталинский классицизм, то ли нормальный. Если сталинский — то Москва и раннее утро. А если нормальный — то Питер и белая ночь. То я про себя думаю, а сам замечаю, что среди луж по улицам крокодилы бегают. Не очень много, штук пять или шесть.

Это, смекаю, после дождя нормально, объяснимо... Стало сыро, вот они и вылезли, видно норы водой позаливало. Скажем, дождевые черви — они тоже после дождя...

Но вот только какие-то они странные... Нет, с колом все более или менее натурально: спина темно-коричневая, фактура, как крышка иностранного чемодана в крупную чешую, бока — зеленые, а ноги, то есть, тьфу, лапы у них, извините, собачьи.

Иду и рассуждаю: экология, мол, ни к черту, вот и промутировали рептилии, хорошо еще, что Чернобыль их морды не очень исказил. Зубы на месте, глаза желтые, с черной щелью, да и хвост в порядке. Впрочем, что я рассказываю, вы ведь крокодилов в зоопарке видели?

Самое главное, думаю, как я этому гаду, ну, к которому она ушла, морду разобью, а на крокодилов мне вообще плевать... То есть, конечно, не совсем, жалко, все-таки, бездомные, как собаки, и жрать им, видно, совсем нечего. Думаю так, а сам уже подхожу к тому дому, куда она лыжи свои наострила.

Смотрю, навстречу мне мужик идет, прилично одетый, в шляпе и физиономия знакомая, но кто и как звать — не помню. Может быть, выпивали вместе. И

что интересно, несет этот мужик на руках крокодила, небольшого такого, еще щенка.

Я поздоровался. Спрашиваю: — Слушай, зачем тебе крокодил?

А он отвечает:

— Да что ты, гляди, какой ласковый. Видишь, как руку покусывает...

И действительно, вижу, что крокодил, как собака, когда играет, прикусывает плечо мужика, но хотя и шутя, а все-таки зубы — не приведи господь.

— Я, — говорит мне полужнакомый, — его кормить буду, а то вон их сколько развелось.

На этом мы расстались. Он сел в трамвай и уехал куда-то, я, естественно, дальше пошел. Однако замечаю, что от стайки оторвался один из крокодилов и ухлестывает за мной.

Сначала я делал вид, что не обращаю на него внимания, но потом мне стало как-то не по себе. Явно эта зеленобокая тварь, хоть и виляла своим хвостом с острозубым гребнем, но все-таки в ее желтых глазах светилось желание меня укусить, ну может быть, сожрать меня целиком ей было бы и слабо, а откусить руку или ногу она совершенно свободно могла...

Я прибавил шагу, она, то есть он, впрочем, кто их разберет крокодилов, кто из них who is who, как говорится. Хотя, в сущности, разницы нет, кто тебя сожрет, баба или мужик. Одним словом, я побежал, а он за мной.

Бегу и думаю, сейчас добегу до подъезда, открою дверь и пропущу крокодила вперед, а пока он пройдет наполовину, — я его дверью прищемлю пополам и быстренько домой.

Добегаю до подъезда какого-то огромного дома, смутно, но мгновенно сообразив, что это именно дом десять по улице Льва Толстого в Киеве.

Почему теперь в этом доме и в этой квартире живу я, на бегу мне понять не удалось. Главное, вот он знакомый подъезд и спасительная дверь.

Открываю ее и жду, но не тут-то было, крокодил встал как вкопанный, оскалил зубы. Хлещет себя хвостом по бокам и рычит.

Пришлось юркнуть в подъезд первому и захлопнуть дверь. Казалось бы, — вот оно спасение... Черта с два — он своей лапой дверь открывает. Сейчас же быстро бегом к квартире. Заперся. Надо только жену предупредить (позвонить к этому), чтобы она поаккуратней, а то, не дай Бог, съедят.

Взбежав по нескольким маршам лестницы, я почти успокоенно поглядел в глубокий межмаршевый проем, напоминающий колодец.

Помню, что в жизни такой лестничный проем я видел в главном корпусе МВТУ им. Баумана, где я учился, и знаменит этот проем был тем, что в него упал и разбился насмерть зав. Кафедрой физкультуры, известный боксер, кажется чемпион мира, Попенченко. (Простите, Царствие Вам Небесное, инициалов не помню). Ну, поглядел в провал и похолодел. Меня охватил ужас. Я увидел, как крокодил, переска-

кивая через две ступеньки, летит ко мне по лестницам. В голову пришла мысль, что вот сейчас он добежит до меня, а я его пхну ногой, и он полетит вниз и все с ним будет кончено...

И все же, по мере того, как он стремительно приближался, мне казалось, что план мой не очень-то осуществим. Эта сука скорее меня сожрет, чем я ее сброшу.

Я кинулся к двери квартиры и позвонил. Как это ни странно, дверь открыла она. Мгновенно обрадовавшись, я тут же крикнул:

— Закрой дверь. Там крокодил!

Она посмотрела непонимающе и сказала:

— Посмотри, какой миленький. А какой чудесный окрас! Давай пустим. Пусть себе живет. Ребенок рад будет.

— С ума сошла?.. — но, оглянувшись, я увидел, что чудовище виляло хвостом и улыбалось зубастой пастью.

Сомнения охватили меня, но я все-таки помнил, как он рычал у подъезда и, к досаде жены, захлопнул дверь.

В то же мгновение из-за двери раздался рык и нижний угол дверного полотна с хрустом стал крошиться в челюстях злобной твари.

Жена побледнела.

— В комнату, к ребенку, — орал я. — Убегайте через балкон.

Она исчезла мгновенно.

Через секунду, в прогрызенный угол двери, как крыса, прошмыгнул крокодил и засеменил на своих четырех вслед за ней. Ничего не оставалось делать. Я догнал его и подобно Егорию Победоносцу, побивающему Змия, вонзил в спину гадине первый, попавшийся под руку предмет. Кажется, это была рукоять швабры...

... Крокодил перевернулся, и как-то неестественно для зверя его величины и силы, жалобно засучил в воздухе зелеными лапками и начал с легким свистом сдуваться, прикинувшись надувной игрушкой.

Странно, что в процессе истечения газа из чудища оно сокращалось в размерах и превратилось в чучело мелкой ящерицы, которое я видел в зоологическом музее.

На месте битвы почему-то сидел голый полугодовалый младенец, сжимающий его в своей ладони. Я стоял над младенцем и знал, хотя объяснить не могу почему, что это мальчик. Мне хотелось увидеть его лицо, и улыбку, — ту, которую я впервые видел на лице моего сына в родильном доме, когда нянечка первый раз показала его мне через стекло разделявшей нас двери.

Звякнул телефонный звонок, видение исчезло. Проснулся я, как водится, в липком поту, взял трубку...

Спрашивали ее. Звонок разбудил и жену, я передал ей трубку. Разговор был деловой и короткий.

Затем, повесив трубку, она взглянула на меня.

— Что с тобой?.. Лицо бледное, волосы мокрые...
Плохо?

Я пересказал ей ночное видение, как это можно было сделать с утра, то есть в первом приближении.

Поцеловав меня в лоб, как больного или уже покойного, она сказала:

— Ты все-таки допьешься. Бог знает, что уже мерщится. Ты бы хоть что-нибудь приличное пил.

И уже позже, за завтраком:

— А ты знаешь, твой сон напоминает мне старый анекдот. Не помню дословно, но там к пьяному привязался крокодил и они вместе едут домой. И вот этому крокодилу все плохо; то в трамвае на хвост наступят, то в такси тошнит... ну, в общем что-то в этом роде, — главное концовка. Мужик говорит крокодилу:

— Ты меня достал, я сейчас протрезвею и тебя вообще не будет.

Точно не знаю, что бы по этому поводу сказал Карл Густав Юнг, но кажется похоже.

**50-Й ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ
КЛИНИЧЕСКИЕ УСПЕХИ И ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО
ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБРАЗОВАНИЯ**

2–6 октября 1998 г., Лос-Анжелес, США

Прием заявок на выступления уже закончен.

Регистрационный взнос — US\$275.00 до 4 сентября 1998 г.

325.00 — при регистрации на месте,

для международных членов — US\$150.00 и 200.00 соответственно

Следующий Институт Психиатрических Служб —

— 29 октября – 2 ноября 1999 г. в Новом Орлеане;

и если Вы хотите выступить там с докладом, запросите дополнительную информацию и формы заявок по адресу:

Troy L. Thompson II, M.D., Chairperson

1999 Institute on Psychiatric Services

American Psychiatric Association

1400 K Street, N.W.

Washington, D.C. 20005

USA

Fax: +1 (202) 682-6345

**ПРЕДСТОЯЩИЕ СЪЕЗДЫ
АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ:**

Вашингтон, 15–20 мая 1999 г.

Чикаго, 13–18 мая 2000 г.

Новый Орлеан, 5–10 мая 2001 г.

Филадельфия, 18–23 мая 2002 г.

Сан-Франциско, 17–22 мая 2003 г.

Планируйте свое время!

АГРАЧЕВ Сергей Григорьевич (1952 – 1998)

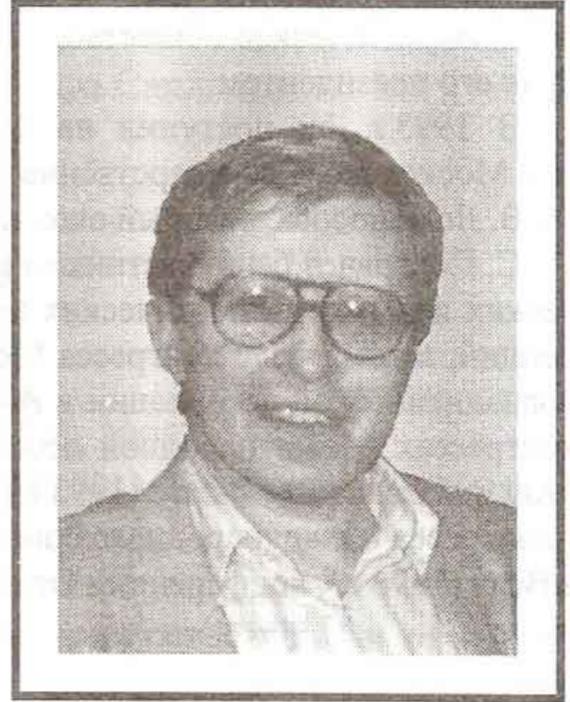
В январе 1998 года скоропостижно скончался психолог-психоаналитик Сергей Григорьевич Аграчев, Президент Московского Психоаналитического Общества.

Сергей Аграчев родился в Москве в 1952 году. Учился в школе, институте. Женился на женщине, с которой встретился, когда она была почти ребенком, и которую с тех пор любил. Работал, растил детей. Умер сорока пяти лет, внезапно перечеркнув ожидавшееся еще долгим будущее. И невероятно трудно объяснить, чем и как было заполнено пространство жизни этого действительно необыкновенного человека. Почему с его уходом в жизни не только близких, но и многих просто соприкасавшихся с ним людей, возник сквозняк. Невозможно описать его очарование, остроумие и благородство — такое домашнее, без малейшей чопорности. Про умерших всегда говорят, что они были особыми, необыкновенными людьми — как докажешь, что Сережа и правда был необыкновенным, что такие ужасно редко встречаются, что этот вовсе не идеализация, а как ни странно, близко к реальности. Его знали и любили многие — это был человек незаурядного ума, глубокой эрудиции и огромного обаяния. Его талант, интеллектуальная честность и неутомимая преданность профессии снискали ему уважение не только “своих”, но и в международном психоаналитическом сообществе, среди очень известных психоаналитиков. Широкий круг российских читателей и телезрителей познакомился с ним в последние годы, в частности, по Листьевской еще “Теме”, публикациям в “Аргументах и фактах”, по передаче “Человек в маске”, где он выступал в качестве эксперта, публикациям в московском психотерапевтическом журнале и т. п. Однако значительная часть его профессиональной деятельности прошла “за кадром” общественного внимания: почти за два десятилетия до Указа Президента России о развитии психоанализа, когда само это слово употреблялось лишь в сочетании со словом “критика”, он посвятил себя психоанализу как профессии, учился, учил, лечил. У него был слишком хороший вкус, чтобы профанировать — он не писал “критик”, он упорно работал “в подполье”. А когда в этом больше не стало необходимости, благодаря тому же свойству избегать фальши, он не стал держаться за прежнюю аутсайдерскую идентификацию, а проявил свои прекрасные организаторские способности и социальность: благодаря ему со товарищи возникла серия клинического психоанализа ассоциации психологов-практиков, впоследствии преобразованная в московское психоаналитическое общество. Он налаживал контакты с коллегами здесь и западными психоаналитиками, делал

все, чтобы к нашему энтузиазму и таланту прибавились профессионализм и школа, чтобы российские аналитики в перспективе стали отвечать международным критериям этой странной, очень требовательной и к теоретическому багажу и к клинической практике, в общем-то элитарной профессии.

Благодаря таким, как он, в России, где Фрейд воспринимали то ли как диссидента, то ли как оракула, создавалось сообщество профессионалов, воссоздавалась прерванная традиция, постигался современный психоанализ, очень изменившийся со времен родоначальника, “догонялся” уровень, достигнутый на Западе за десятилетия — психоанализ из эзотерического учения, подлежащего то ли анафеме, то ли поклонению, превращался в интересную и полезную работу. Сергей умел сам и помогал другим балансировать между Сциллой нахального профанства и Харибдой униженности. Умел быть в позиции и равного, и учителя, и ученика и не терять достоинства. Вообще — умел быть.

Он ужасно торопился, любопытство его было ненасытно, в жизнь каким-то чудесным образом укладывалось несовместимое: работа с раннего утра до позднего вечера и дружеские пирушки; усидчивость Акакия Акакиевича и страсть к путешествиям; дотошность и авантюра; аскетизм и бонвиванство; въедливость исследователя и легкость поэта; общественный темперамент и поразительная способность всегда сохранять честное, приватное, независимое. За свои 45 лет Сергей успел столько, сколько кому-то и на две жизни хватило бы: получить два высших (техническое и психологическое) образования, выучить японский, прочесть горы книг, стать первопроходцем, воспитать замечательных дочек, взрастить учеников, любить и быть любимым. Это утрата не только для семьи, друзей, коллег, но и для многочисленных его пациентов, чья жизнь благодаря его усилиям стала светлее.



Марина Арутюнян

Сергей Григорьевич Аграчев родился в 1952 г. в Москве. В 1970 г. поступил в Московский институт электронного машиностроения, который окончил в 1975 г. С 1977 по 1987 г. проходил аналитическую терапию и обучался психоанализу у Б. Г. Кравцова. В 1981 г. начал частную психоаналитическую практику. В 1989 г. вступил в члены секции психоанализа Ассоциации психологов-практиков. В 1993 г. был избран председателем этой секции. Когда в 1995 г. на базе секции психоанализа было образовано Московское психоаналитическое общество, С. Г. Аграчев был избран его президентом.

В 1993 г. он поступил на Факультет психологии Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова, который окончил в 1996 г.

С. Г. Аграчев был участником ряда психоаналитических и психотерапевтических конгрессов и конференций, в том числе конгресса Международной психоаналитической ассоциации в Амстердаме (1993 г.), конгрессах Международной ассоциации аналитической психологии в Чикаго (1993 г.) и Цюрихе (1995 г.), I конгресса Международного совета по психотерапии в Вене (1996 г.), конференции Отделения психоанали-

за Американской психологической ассоциации в Филадельфии (1992 г.), Вашингтоне (1994 г.) и Лос-Анджелесе (1995 г.). Он также читал лекции и проводил семинары в различных научных учреждениях Европы и США, в том числе во Франкфуртском университете в 1993 г., в Лондонском институте психиатрии в 1993 г., в Гарвардском университете (Кембридж, США) в 1994 г., университете Тафтс (Бостон, США) в 1994 г.

С. Г. Аграчев был членом НПА России и участником ее первых съездов.

Публикации

1. К вопросу о месте и роли психоанализа в современной культуре // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 2.
2. La figure du trait dans la conscience et dans l'inconscient // Topique. Revue freudienne. 1991. № 47 (на франц. яз.).
3. Analytical psychology in Moscow // Harvest. 1993. Vol. 39 (на англ. яз.).
4. Zwyciezcy w zatobie // Psychoterapia. 1993. T. 4. № 87 (на польск. яз.).
5. Psychological consequences of the abrupt changes in the national identity / 16th International Congress of Psychotherapy. August 21 – 25, 1994, Seoul, Korea. Abstracts (на англ. яз.).

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

Секция эпидемиологии и здравоохранения

ОТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1–4 августа 1999 г., Турку, Финляндия

Официальный язык Конгресса: английский.

Основные темы Конгресса:

1. Эпидемиология и охрана психического здоровья;
2. Раннее выявление и лечение;
3. От эпидемиологических открытий к развитию психиатрической службы.

Подача заявок: на симпозиумы — до 31 мая 1998 г.
на отдельные доклады — до 28 февраля 1999 г.

Регистрационный взнос: US\$300.00 до 30 апреля 1999 г.,
350.00 после 30 апреля 1999 г.,
400.00 на месте.

Вы еще успеете подготовить доклад — запросите формы заявок!

Purkko Kuorehjarvi
STAKES
P. O. Box 220
FIN-00531 Helsinki
FINLAND
Fax: +358 (9) 3967 2030;

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ж.-П. Сартр. — Идиот в семье. Гюстав Флобер от 1821 до 1857 г. — СПб., 1998.

М. Л. Спивак. — Андрей Белый: посмертная диагностика гениальности... // Минувшее. 1998. № 23. С. 448 – 532.

* * *

“Конечный и бесконечный анализ” Зигмунда Фрейда. Под ред. Джозефа Сандлера. — М., 1998.

Джон Алан. — Ландшафт детской души. — СПб – Минск, 1997.

А. А. Брудный. — Психологическая герменевтика. — М., 1998.

В. П. Эфроимсон. — Гениальность и генетика. — М., 1998.

Теория социальной работы. Под ред. Е. И. Холостовой. — М., 1998.

* * *

А. Ф. Зотов, Ю. К. Мельвиль. — Западная философия XX века. — М., 1998.

Произведенное и названное. (Философские чтения, посвященные М. К. Мамардашвили 1995). — М., 1998.

Умберто Эко. — Пять эссе на темы этики. — СПб, 1998.

Э. Ласло. — Пути, ведущие в грядущее тысячелетие // Вопросы истории естествозн. и техн. 1998. № 1. С. 121 – 151.

Серж Московичи. — Машина, творящая богов. — М., 1998.

* * *

Лоуренс Ньюман. — Значение методологии: три основных подхода // Социол. исслед. 1998. № 3. С. 122 – 134.

Карл Густав Гемпель. — Логика объяснения. — М., 1998.

Социальная антропология как учебная и научная дисциплина (круглый стол) // *Ibid.* С. 81 – 92.

А. В. Соболев. — О персоналистической гносеологии // Вопросы философ. 1998. № 4. С. 121 – 137.

Е. Н. Князева. — Сложные системы и нелинейная динамика в природе и обществе // *Ibid.* С. 138 – 143.

* * *

Личность и власть: интеркультурный диалог. — М., 1998.

В. М. Зверев. — Социологическое прочтение философских идей России XVIII века. Контент-анализ. — СПб, 1998.

* * *

Григорий Померанц. — Записки гадкого утенка. — М., 1998.

В. И. Вернадский. — Дневники 1921 – 1925 гг. — М., 1998.

М. Е. Сорокина. — Week-end в Болшево, или еще раз “вольные” письма акад. В. И. Вернадского // Минувшее. 1998. № 23. С. 295 – 344.

Флора Литвинова. — Записки об Анатолии Марченко // Знамя. 1998. № 1. С. 146 – 164.

* * *

Франсуа Фюре. — Прошлое одной иллюзии. — М., 1998.

Л. А. Коган. — Вспоминая Великую Отечественную // Вопросы филос. 1998. № 4. С. 64 – 74.

А. Нежный. — Допрос Патриарха. — М., 1997.

Эрлен Бернштейн. — Советы главнокомандующему перед строем. Без разрушения Госплана нельзя упразднить Собес, без ликвидации Собеса нельзя похоронить Госплан // Новое время. 1998. № 21. С. 21 – 20.

The development of psychiatric care in Russia

B. Kazakovtsev

The author describes the panorama of the state of affairs and perspectives of development of psychiatric care in Russia in the eyes of the Chief Psychiatrist of Russian Health Ministry. He gives the latest statistical data and shows 40% increase of both hard and border-line mental patients with primary invalidation in the period of 1991 – 1997. Number of cases of narcomania has increased by seven times, the number of the mentally ill with criminal record, by more than two times, completed suicides by more than one and a half time. The latter indicator has

exceeded the crucial level by two times. The number of cases of alcoholism and mental retardation has grown up by 25%. Meanwhile the number of employed patients and working places for the mentally ill has fallen down by 45%. The author points out the necessity of transition to a new principle of financing medicine: paying for concrete services instead of maintaining the establishments — and the priority of out-patient link of psychiatric care which is maximum close to general medical service.

Demand for psychiatric care and problems of its system and efficiency.

The American experience and possible perspectives of reforms of the Russian psychiatry

L. Dragounskaia

Psychiatry is a fragile social institution, having been easily affected by abuse (as an instrument for human rights violation) and misuse (as an instrument for avoiding one's duties, both social and personal). The social role of psychiatry, and the system of psychiatric care as well, are determined by legal culture of a given society. As an example, the author examines some features of the current American system of psychiatric care.

The system and efficiency of psychiatric care is defined by a demand — either social, or a personal demand

of a patient. The author supposes that, reforming the Russian psychiatry, it is necessary to cut down state-sponsored free psychiatric care (concurrently developing the private one), to transform part of existing hospitals into social rehabilitation centers, and to redefine the role of the psychiatrist in the reformed system of psychiatric care. Psychiatry, being not only a branch of medicine, but a special social technology, its reform shouldn't be an exclusive domain of psychiatrists. Participation of psychologists, lawyers, and NGO representatives is necessary.

Critical review of own candidate's thesis

V. Skavysh

The author analyses the unfoundedness of one third of conclusions in his candidate's thesis, which was defended in 1993 on the subject "Clinico-psychopathological evaluation of neuro-psychic disorders of persons, who

participated in liquidation of consequences of Chernobyl accident in 1986 – 1987." Such an example represents Pirogov tradition of Russian medicine which is still alive: to admit own mistakes openly.

The philosophical basis of ethics standards in psychiatry: opening up the Russian Doll

K. W. M. Fulford (Oxford, UK)

The philosophical basis of psychiatric ethics has turned out to be a large subject at each of the four levels of our Russian Doll. *Clinical ethics*: it was found, that ethical problems in psychiatry, although similar in form, are both more persuasive and more difficult than those arising in other areas of medicine. Involuntary treatment, in particular, raises uniquely difficult ethical problems in psychiatry. *Bioethics*: the problem could be understood as one of balancing medical paternalism and patient autonomy. But in the case of vignette's study it was found that bioethical approach wholly failed to account for the central place of psychotic disorder in involuntary psychiatric treatment. *Philosophy*: through the series of case histories the author added to traditional descriptive psychopathology philosophical value theory, phenomenology and the philosophy of mind. And this

has brought him back to the deepest level of russian doll: *Practical*.

Psychiatry is a challenging subject indeed. According to the bioethical model, psychiatry is following, sometimes falteringly (because it is much more difficult than other areas of medicine), in the steps of scientific medicine. Far from following in the scientific footsteps of physical medicine, then, psychiatry is the intellectual vanguard! For the problems we are tuckling in psychiatry are really problems for the whole of medicine. Psychiatry should thus be understood as offering window on good practice in medicine generally. In restoring the patient as a person to the heart of medicine — a person with values, with experiences and with the power of agency — that philosophy will contribute to the basis of ethics standards in psychiatry, and hence to the basis of ethics standards in medicine in the whole.

Modern problems of protection of mental health of children and teenagers

N. Iovchuk, A. Severny, Yu. Shevchenko

The existing system of psychiatric help to children and teenagers needs improvement. The following proposals for solving key questions of reorganization of psychiatric care to children and teenagers are listed bellow:

1) restoration of specialties of children and teenagers psychiatrists as well as introducing the specialties of children and teenagers narcologists, psychiatrists for infants and children medical psychologists;

2) carrying out the reform of children-teenagers psychiatric service singling it out as an independent structure having equal rights with general psychiatry;

3) preservation and widening of specialized out-patient teenagers care and teenagers mental hospitals in the system of children psychiatric care;

4) legislative and public rehabilitation of children psychiatry which had substantially suffered from anti-psychiatric campaign;

5) professionally organized systematic training of specialists of medical and non-medical profile, parents and population as a whole in the field of psychohygienic, psychiatric and psychotherapeutic knowledge;

6) interdepartmental integration and interaction of state services related to mental health of younger generation;

7) establishment of regional psychoprophylactic interdisciplinary centers for children and teenagers.

IX Congress of the IPA of Russia — — ninth anniversary of the Association

On April 4, 1998 in the Academician Andrei Sakharov Public Center the IX Congress of the IPA was held and it was significant that it took place within the premises of that Center. The theme of the Congress "The traditions of Russian psychiatry" had keenly interested and attracted the representatives of all leading trends of psychiatry.

In the message of greetings the General Secretary of the World Psychiatric Association Prof. Joan Mezzich (New York) stated in particular the following: "It is a pleasure for me to convey to you the greetings of the President and the Executive Committee of the World Psychiatric Association (WPA) and to express best wishes for scientific, humanistic and social success in the proceedings of the IX Congress of the Independent Psychiatric Association of Russia. The WPA has involved into a large and strong organization encompassing now 108 Member Societies; seven of these Societies are located in Eastern Europe and one of the most active in this important part of the world is the Independent Psychiatric Association of Russia. We have always appreciated its genuine commitment to a high level of professional and institutional life, as well as its consistent interest on the humanities, so fundamental to the depth of our field. In the program of the IX Congress we admire first its focus on the Traditions of Russian Psychiatry, which we believe is wise and visionary. As the Mexican novelist Carlos Fuentes put it, "there is no creation without tradition." We are also impressed with the participation in the program of distinguished representatives of the Russian Society of Psychiatrists and other important Russian institutions. This spirit of collegial inter-institutional cooperation promises well for further progress in psychiatry and mental health in Russia, Eastern Europe, and across the world..."

The Chairman of the Human Rights Chamber at the RF President V. V. Borschov wrote in his message of greetings:

"With great respect and gratitude, appreciating the activities of the Independent Psychiatric Association of Russia, I greet the participants of the Congress. The IPA has done a lot for developing and reforming Russian psychiatry and for getting rid of shameful heritage of punitive medicine.

But today simultaneously with positive changes the regress to impermissible use of psychiatry for political and ideological purposes takes place.

Extremely acute is a question of psychiatric persecutions of people of different faith according to the same scenario and the same methods as it had been in the Soviet years. For instance, Christian religious associations

with hundreds of thousand followers in Russia (in particular Evangelists) are being accused of using hypnosis and driving believers into a state of ecstasy and in this way doing harm to psychic health. Wide use by some professional psychiatrists of such concepts as "zombing," "control over mind" in regard to religious activists, not recognized by the academic science, can't but arouse alarm too.

The problem of anti-religious psychiatry is far from being the sole one. In the capacity of deputy and human rights activist I come across many cases of rude violations of medical ethics on the part of practicing psychiatrists and this demands the adequate response of the community of doctors, which must not tolerate all cases of using by specialists a condition of helpless patients for doing harm to them or for mercenary ends.

The organization of psychiatric help to children, first of all in special boarding houses for mentally retarded children, whom the State actually refuse treatment, striking them out of life and regarding them as invalids for life, needs principal changes..."

The same concern was expressed in the message of greetings of Friedrich Weinberger, the President of Deutsche Vereinigung gegen politischen Missbrauch der Psychiatrie named after Water von Bayer and by many others.

The special feature of the Congress has been wide enlisting by the IPA of opponents and the most ardent critics.

The summary report on the activities of the IPA has been published in this issue. Special reports were devoted to expert-consultative and control activities of the IPA (V. Bataev, N. Spiridonova), to legal activities of the IPA (Yu. Argunova). The Executive Director of the IPA L. Vinogradova and the representative of the Auditing Commission (I. Leschinskaya) delivered their reports.

The scope of the IPA activities had been to a large measure limited by its modest financial means in the last year (16,284,7000 rubles was transferred to the Association's account during a year). However, as the summary report demonstrates, the volume of the work done again and again confirms that the resources of non-governmental organizations are not limited by rubles. From the received funds 51% was spent for the publishing activities, 18% for the remuneration and taxes, 13% for the mail, telephone, fax and E-mail expenses, 6% for the rent of premises, 5% for the business trips and seminars, 4% for the professional literature and stationary and 2% for the WPA membership fees.

The discussion of additions and changes in the IPA Charter touched upon even the name of the Association,

which in view of some new members of the Association was irritating. The President of the Independent Association of Children Psychiatrists and Psychologists A. A. Severny pointed out that his Association at its recent Congress had deleted the word independent from its name. However most of the participants of the Congress took the opposite view: the concept of independence had to be clearly indicated in the Charter and, possibly, — by proposal of Dr. Kozlovski, — on the cover of each issue of the Journal of the Association.

Why are we convinced that the Association should remain independent and hence be called independent? The work of a psychiatrist and any psychiatric institution (establishment, society, association) depends on tasks, which reflect service to the patient and science. The aspiration for attaining this ideal taking the form of independence from political conjuncture, ideological and financial pressure and bureaucratic paternalism is at present the strategic line of the Association in no less degree than it was at the time of its founding. Independence, to our mind, doesn't mean any personal or organizational confrontation. On the contrary, it is the foundation of cooperation with people and organizations on the basis of parity. During discussion of the question of the Association's name Dr. V. Kagan has recollected the words of outstanding Russian philosopher Merab Mamardashvili: "Freedom is something when the freedom of one person depends on freedom of another one and has the latter as its condition." And for a doctor and a lawyer "another one" is always the patient/client, but not the empty talk on "spiritual and moral health of nation" or "universal justice." Behind the talk of this kind an individual usually can't be seen: "In the days of construction and fire does one notice a tiny love?" (poet A. Voznesenski). Hence the Association considers as its high responsibility to remain free and independent. One can hardly cure the allergy to the word "independence" by crossing out this word from titles and texts.

The changes in the Charter have to a large degree consisted in its widening and greater differentiation in accordance with legal acts and typical charters of non-governmental organizations adopted in recent years. In this respect is characteristic the speech of the leader of the North-Caucasian regional center of the IPA Prof. A. Bukhanovski, who having highly appreciated the activities of the Association, regretted the absence in the Charter of collective membership. However namely that form of membership makes the participation in the work of the Association indefinite and amorphous and free from responsibility of personal choice. That's why the membership in the IPA remains individual. It was decided from now on to hold Congresses not annually as now, but "once in not less than 3 years": each meeting requires financial means, which in present situation are more useful

to contribute to real active work and not to its discussion. Moreover such a discussion in the conditions of democratization and widening access to the means of communication may be done in many flexible, various and constantly acting forms.

The psychiatrists from Yuzhno-Sakhalinsk and Blagoveshchensk, who took part in the Congress, joined the IPA.

The governing bodies of the IPA have been re-elected unchanged. The Association has been often reproached for, as they say, not frequent replacement of governing bodies. However, the fact that in most non-governmental associations existing now the situation doesn't principally differ, makes one to think that behind this there are reasons connected not only with the IPA. To our mind one of the most obvious reasons is that persistent instability and unpredictability of Russian life in combination with frequent changes in leadership of non-governmental organizations can simply paralyze the life of the latter ones. Besides in a more stable conditions abroad (inside a country or on the international level) in professional and public life leadership is elected either for a sufficiently long period or changes are made in part retaining stability of the main core and the staff of governing bodies, which is secured by possibility of payment for their work. (In this connection let us remind that monthly expenses of the IPA for remuneration of labor and taxes amount to only 2442705 in the rate of a ruble in 1997 and any greater allotments are not in store for us so far).

The problem raised at the Congress have evoked unusually lively response. Putting forward the theme of traditions was not only timely but it was ripe a long time ago. The more so looked the manner of its presentation: without rosy colors and celebrations, side by side with noble traditions, negative traditions, distorted traditions, broken traditions and absence of traditions had been discussed.

The most acute discussion had developed on the problem of nosological tradition between Prof. A. Hofman and Prof. V. Krasnov (both from the Moscow Research Institute of Psychiatry) and later on between Prof. A. Tiganov and Prof. V. Krasnov who unexpectedly took the position of unconditional defense of ICD-10 against "double accounting" although earlier he had supported the idea of necessity of using parallel classification by ICD-10 and by one of traditional scientific classifications.

The General Director of the Scientific Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Sciences Prof. A. Tiganov in his report "The School of A. Snezhnevski" stressed groundlessness of setting off general psychopathology against clinicism and convincingly demonstrated the importance of contribution of that school. One cannot but admit that irrespective of subsequent distortions the Snezhnevski school had upheld

the psychopathological approach in the epoch of total physiologization. Quasiphysiological mythology of Ivanov-Smolenski bounces back from the Snezhnevski concept as husks.

Prof. Yu. Polischuk (the Moscow Research Institute of Psychiatry) highly appreciated turning to the problem of traditions by the IPA in the epoch of their distortion and methodological chaos in contrast to former clear cut philosophic concepts. In his view the substantial shortcoming and not advantage of the ICD-10 is the absence of theory in it.

Prof. A. Neduva (the Moscow Research Institute of Psychiatry) traced the traditions of biological therapy in Russian psychiatry which had always corresponded to the most modern international standards. For instance A. Kronfeld and E. Sternberg organized insulin treatment already in a year after its description by Sakel. The same related to many other methods of therapy, there were many other innovations and the traditional priority of clinicizm and subtle psychopathological differentiation made it possible to attain greater effectiveness of treatment.

The President of the Association of Children Psychiatrists and Psychologists A. Severny pointed out remarkable achievements of national children psychiatry in contrast to absence of psychosomatic service in children establishments, underdeveloped character of children psychiatric service (not more than 16% of children can get help in state establishments) as well as of its legal foundations ("children are placed on the some footing as incapable").

The reports of the heads of departments of the Russian State Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Science S. Enikolopov "Traditions of interaction of psychology and psychiatry" and especially of S. Tsirkin "Development of concepts of psychopathological diathesis" contained a number of interesting innova-

tions. The representative of the Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry Dr. L. Perezhugin made the instructive comparative analysis of criminal legislation on mental illnesses in Russia in the pre-revolutionary and modern periods. In the discussion took the floor Dr. Kozlovski (out-patient center No. 4), Dr. V. Rotstein (the Russian State Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Science), Dr. Bezzubova (the Russian State Medical University), Dr. N. Shaposhnikov (the Institute of Medico-Biological Problems), Dr. L. Dragunskaya (the Russian State Humanitarian University), Prof. A. Hofman (the Moscow Institute of Psychiatry).

In conclusion Dr. Yu. Savenko, summing up different complicated processes in development of Russian psychiatry has demonstrated that they totally correspond to the special features of the history of Russian science as a whole, the analysis of which was published by V. Vernadski for the first time only in 1997.

Among the negative traditions, which were determined by not so much the Russian science itself as a whole and psychiatry in particular as by the social-historical conditions under which those traditions had been forming and developing, V. Vernadski pointed out "the police tradition," which meant the state and ideological protectionism in favor of particular scientific schools to the detriment of others, forcible interruptions in maintaining scientific continuity and so on. "The tradition" to keep in the background dramatizm of conditions of development of psychiatry in our country and to describe its development in the pink color of the "victories and tops" only draws a veil over its real achievements and their importance for the scientific and civil life of Russia. Dr. Savenko emphasized that from this point of view, the discussion on traditions of Russian psychiatry should be continued and the Congress' debate was the first stage of this process.

Карманная

ПСИХИАТРИЯ

Леннарта Веттерберга

Упсала, 1997

Профессор психиатрии Каролинского института в Стокгольме,
член Нобелевского комитета.

6-ое издание (с 1989 г.), вместившее в себя не только основные данные по психиатрии,
но и национальную специфику.

Включена таблица соответствия ICD-10 и DSM-IV.

Продается в «Медицинской книге» на Комсомольском проспекте

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 паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А.В.Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории 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

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

В Ы Ш Л И

Е. BLEULER — РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ

Репринт 1920 г., 550 с. с илл., в твердом переплете,
с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева
на последние расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.
Неповторимым достоинством книги является ясность и четкость изложения пропедевтики,
клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь этот классический учебник по психиатрии.

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

32 с., с аналитическим предисловием.

Предназначена для массового читателя.

АРТУР КРОНФЕЛЬД — ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ

Репринт 1942 г., лидеры III Рейха глазами психиатра.

Рассчитана на массового читателя.

КАРЛ ЯСПЕРС — ФИЛОСОФСКАЯ АВТОБИОГРАФИЯ

М., 1995. С. 128.

С приложением статьи Курта Колле: Карл Ясперс как психопатолог.

Н А Ч А Л И В Ы Х О Д И Т Ь

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков - «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-ые Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрессирующей шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клиничко-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-ые Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

№ 1, 1991

Устав НПА. Антипсихиатрия сегодня.
Обывательские комплексы психиатрического мышления. О психической заразительности.

№ 1 - 2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии.
Начальное бредообразование. Затухание бреда.
Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.

№ 3-4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии.
Дело генерала Петра Григоренко.

№ 1-2, 1993

Интрацепция и ипохондрия.
Проблема идентификации.
Практика и техника психоанализа.

№ 3-4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века.
Границы шизофрении.

№ 1, 1994

Нелекарственная терапия психических заболеваний.
Выбор приоритетов. Типология деперсонализации.

№ 2, 1994

Эрих Вульф о бреде.
Феноменологические аспекты меланхолии.

№ 3, 1994

Деятельность НПА за 1989-1993 годы.
Ответственность за незаконное стационарирование.
Врачебная тайна. О школе Столбуна.

№ 4, 1994

Психоанализ в противоречиях.
Биографический метод. Терапия смыслоутраты.

№ 1, 1995

Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении.
Иорг Фроммер о клинической диагностике.
Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.

№ 2, 1995

Жан Эйм об институциональной психотерапии.
Виктор Каган о границах психотерапии.
Эрих Вульф об этнопсихиатрии. Дело АУМ.

№ 3, 1995

DSM-IV.

Бенедетти о психотерапии шизофрении.
Психология свидетельских показаний.

№ 4, 1995

Психоонкология в гематологической клинике.
Психохирургия в современной медицине.
Представительство интересов психически больных.
VII съезд НПА и XII съезд РОП.

№ 1, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Психиатрия и права человека.
О мышлении по аналогии.

№ 2, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Психиатрия и нейрофизиология.
Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России.
Обращение в Думу и Правительство.

№ 3, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Клинический разбор.
Образ человека и мозг.
Правовые казусы.
Психотерапия и психоанализ.

№ 4, 1996

Ясперс — Бред ревности.
Конгресс ВПА в Мадриде.
Психиатрия и религия.
Памятка для пациентов об их правах.

№ 1, 1997

Интуиция в психиатрии.
Новая парадигма — I.
Ответ д-ру С. Глузману.

№ 2, 1997

Предложения к Закону.
Метод идеальных типов.
Новая парадигма — II.
Психиатрический ГУЛАГ.

№ 3, 1997

Сто лет психоанализа.
Новая парадигма — III.
Психиатрия и религия.

№ 4, 1997

Гуссерль и Ясперс.
Новая парадигма — IV.
Юбилей В. Бехтерева и П. Григоренко.
Патографии Ленина и Хрущева

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

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

103982, Москва, Лучников пер., 4