

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD

IV

2000

ЖУРНАЛ
ЛЕТ **10** YEARS
THE JOURNAL

МОСКВА

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD**

IV

2000

**ЖУРНАЛУ
10
ЛЕТ 10 YEARS
THE JOURNAL**

МОСКВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 14.12.2000. Подписано в печать 25.12.2000. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 2000-04-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: jour@folium.msk.su, Web-site: <http://www.folium.ru>
Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

ЖУРНАЛУ — 10 ЛЕТ	5
ДЕСЯТЫЙ СЪЕЗД НПА РОССИИ	
Отчетный доклад о деятельности НПА России в 1998 – 2000 гг — Ю. С. Савенко	6
Проблема доверия в психиатрии — Ц. П. Короленко (Новосибирск)	13
Социальная философия доверия и медицина — П. Д. Тищенко	18
Социология и этика доверия в медицинской практике — Б. Г. Юдин	20
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Невроз или шизофрения?	22
НОВЫЕ ПОДХОДЫ	
Обсессивный синдром — Иосиф М. Фейгенберг, Игорь Вайнберг (Израиль).	31
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Характер общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами — — Ю. Н. Аргунова	35
Всегда ли цель оправдывает средства? (оценка законности совместной инструкции Комитета здравоохранения и ГУВД г. Москвы) — Е. И. Цымбал	39
Новое в законодательстве	43
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Психиатрическая эксгумация — В. Батаев	47
125-ЛЕТИЕ ПЕТРА БОРИСОВИЧА ГАННУШКИНА	
П. Б. Ганнушкин по-прежнему наш современник и учитель	49
Об одной из форм нажитой психической инвалидности — П. Б. Ганнушкин	51
100-ЛЕТИЕ БЛЮМЫ ВУЛЬФОВНЫ ЗЕЙГАРНИК	
Горькие воспоминания — Ю. С. Савенко	55
ХРОНИКА	
XIII съезд психиатров России	58
X съезд НПА России.	62
В Государственной Думе (октябрь 2000 года).	63
НОВОСТИ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ	65
ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	67
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
МКБ-10: Материализм и эмпириокритицизм сквозь призму круглого стола (сатирическое резюме о XIII съезде психиатров России) — — И. М. Беккер (Набережные Челны)	68
Баллада о разбитых очках — М. Г.	69
РЕКОМЕНДАЦИИ	70
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ.	71

CONTENTS

10 year anniversary of the Independent Psychiatric Journal	5
X CONGRESS OF THE INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA	
Summary report on the IPA activities in 1998 – 2000 — Yu. S. Savenko	6
Problem of trust in psychiatry — C. P. Korolenko (Novosibirsk)	13
Social philosophy of trust and medicine — P. D. Tischenko.	18
Sociology and ethic of trust in medical practice — B. G. Yudin.	20
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Neurosis or schizophrenia?	22
NEW APPROACHES	
Obsession syndrome — J. Feigenberg, I. Weinberg (Israel)	31
PSYCHIATRY AND LAW	
Character of socially dangerous actions of people with mental disorders — Yu. N. Argunova.	35
Does a goal always justify means? (Evaluation of legality of the joint letter of instructions of the Moscow Health Committee and the Chief Department of Interior Affairs of Moscow) — — E. I. Tsymbal.	39
News in legislation	43
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
So-called “psychiatric exhumation” — V. G. Bataev	47
125 YEAR ANNIVERSARY OF PETER BORISOVITCH GANNUSHKIN	
P. B. Gannushkin is still our contemporary scientist and teacher.	49
On one of the form of acquired mental disability (1926) — P. B. Gannushkin.	51
100 YEAR ANNIVERSARY OF BLIUMA VULFOVNA ZEIGARNIK	
Painful reminiscences — Yu. S. Savenko	55
CHRONICLE	
XIII Congress of psychiatrists of Russia	58
X Congress of the IPA of Russia.	62
In State Duma (October, 2000)	63
THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION'S NEWS.	65
THE MENTAL HEALTH DAY.	67
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Satiric resume on the XIII Congress of psychiatrists of Russia — — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny).	68
Ballad on broken glasses — M. G..	69
RECOMENDATIONS.	70
ABSTRACTS AND TRANSLATIONS.	71

Первый выпуск Независимого психиатрического журнала увидел свет в декабре 1991 г. Это было еще на гребне волны контрреакции на прежнюю неумеренно расширительную диагностику шизофрении, которая в 3 – 6 раз превышала отмечаемую в других странах. — Явление очень неоднозначное и обоюдострое: в 1917 – 1936 гг. спасавшее от расстрелов, в 1960 – 1980 гг. объективно служившее дискредитации и запугиванию правозащитного движения. Эта контрреакция в форме антипсихиатрического движения распространилась на весь мир, сохраняя свою двойственность: гуманизируя психиатрическую службу и в то же время социологизируя и тем самым релятивизируя ее предмет и сея недоверие к психиатрам и самой психиатрии и выставляя психиатрическую нозологию в качестве мифологии. Первый выпуск журнала был посвящен решительному отпору этим деструктивным сторонам антипсихиатрического движения, как все той же политизации психиатрии, сложная проблематика которой требует от правозащитников соответствующего профессионализма, либо тесного сотрудничества с профессионалами.

С тех пор журнал, как и вся деятельность НПА России и тематика ее съездов, поднимали наиболее актуальные и острые проблемы, обсуждали их с полной откровенностью и на должном профессиональном уровне.

Журнал восполнил серьезные и многочисленные пробелы предшествующих периодических изданий: были созданы постоянные рубрики, которых никогда прежде в психиатрических журналах не было. — “Психиатрия и право” и “Юридические консультации”, “Из досье эксперта”, “Документы времени”, “Психопатология и творчество”, “Рекомендации” (интердисциплинарной литературы). Эти рубрики постоянно умножались. Так пять лет назад появились “Клинические разборы”, “Психиатрия и религия”, “Новости Всемирной психиатрической ассоциации”, а затем “Страница прозектора”. Преобразился и ряд традиционных рубрик, прежде всего, “Хроника”. Из формально сухой и стерильно лакированной она превратилась в откровенный показ живой картины происходящего с неравнодушной профессиональной и гражданской позицией — текущая история нашего предмета.

Журнал отказался от цензуры, купюр, возврата работ, написанных с противоположных позиций, ограничиваясь редакционным комментарием.

Предоставляя место всем научным направлениям в психиатрии, журнал занял вполне определенную позицию: возрождения и дальнейшего развития феноменологического направления в психиатрии, которое в высокой мере соответствует всем основным исходным принципам Московской психиатрической школы. Были специально переведены такие фундамен-

тальные классические работы как “Бред ревности” Карла Ясперса и “Религиозная психопатология” Курта Шнайдера. А в разделе “Актуальные проблемы психиатрии” часто обсуждаются теоретические вопросы, и с первых выпусков сразу четко было определено место предмета психиатрии в ряду других наук (1992, №№ I, II), существо феноменологического метода и новой общенаучной парадигмы в психиатрии (1997, № I – 1998, № I), место интуиции (1997, № I), современное понимание социальной психиатрии и социотерапии (1998, № III; 1999, № II). Все это попросту отсутствует в современных отечественных руководствах по психиатрии.

Журнал опубликовал классические экспертизы С. С. Корсакова (2000, № II) и экспертизу В. М. Бехтерева по делу Бейлиса (1998, 1), а также современные экспертные материалы по делу генерала Петро Григоренко (1992, №№ III – IV), делу Платона Обухова (1999, № IV) и делам различных религиозных организаций: АУМ (1995, № II), Свидетелей Иеговы (1999, № I), сайентологов (1999, № III) и др., сделав прозрачной закулисную технологию этих дел, их заказную политическую сущность.

Журнал выступил с критикой психоанализа (1994, № IV; 1997, № III) и Указа Президента РФ о возрождении психоанализа как неподобающего вмешательства в науку, с критикой МКБ-10 и отхода от нозологического принципа, критикой Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах”, обсуждением дополнений и изменений к Закону о психиатрической помощи.

Журнал оживил для своих читателей классические работы не только П. Б. Ганнушкина, Курта Гольдштейна, Н. П. Бруханского, но и ставшие актуальнее прежнего в наше время работы Питирима Сорокина об основной ошибке русской интеллигенции и Эрнста Кассирера о технике политических мифов.

Объявления в журнале впервые заблаговременно открыли для широкого круга коллег информацию о готовящихся международных съездах и конференциях.

С 1996 г. начали выходить Приложения к журналу: пять выпусков посвящены Консторумским чтениям, а два представляют собой методические руководства по судебнопсихиатрической экспертизе и психиатрической прозектуре. Сейчас готовится компьютерная версия журнала.

География авторов публикаций не ограничивается Россией, от Владивостока до Калининграда и Архангельска, и ближним зарубежьем, — это авторы из Германии, Англии, США, Франции, Испании, Израиля, Египта, Чили, Швейцарии, Чехии и т.д.

Журнал добился главного: его полюбили и ждут единомышленники, его читают и ценят оппоненты.

ДЕСЯТЫЙ СЪЕЗД НПА РОССИИ

Отчетный доклад о деятельности НПА России в 1998 – 2000 гг.

Ю. С. Савенко

Уважаемые коллеги!

Позвольте открыть X съезд НПА России. Я приветствую всех членов нашей Ассоциации и ее гостей, всех, кто нашел время прийти сюда сегодня.

Для всех нас очень важно, что съезд уже не первый раз проходит в этом доме, важно, всегда заново, свежо и сильно ощутить происходящее: съезд психиатров в Центре академика Андрея Сахарова. Это выражает уникальное существо нашей Ассоциации — профессиональной правозащитной общественной организации. Более того, мы убеждены, что специфика психиатрии состоит, в частности, в том, что она не смогла бы ни состояться как научная дисциплина, ни продуктивно развиваться, без поступательного движения на пути признания и реального осуществления прав человека для наших больных. Мы все еще находимся в начале этого нелегкого пути. На нем за прошедшие с прошлого съезда два с половиной года мы лишились наших замечательных товарищей — выдающихся членов Ассоциации:

*д-ра Семена Гурвица,
проф. Владимира Григорьевских из Челябинска,
д-ра Станислава Душейко,
д-ра Давида Черняховского.*

Давайте почтим их память.

Стоит начать с того высоко знаменательного для нас факта, что в октябре мы отмечаем **12-летие членства нашей ассоциации в ВПА и 10-летие Независимого психиатрического журнала**. Выражением постоянно растущего авторитета НПА России является введение ее президента в научный комитет предстоящего в 2002 году Всемирного Конгресса по психиатрии в Йокагаме, председательство на двух секциях в Гамбурге. Но более этого мы дорожим другим. Уже предыдущий съезд НПА России, который состоялся 4 апреля 1998 года, впервые собрал в этом зале представителей центральных психиатрических учреждений страны, в частности проф. Краснова и проф. Тиганова. Такому конструктивному взаимодействию послужила сама тема прошлого съезда — «Традиции отечественной психиатрии». Настоящий съезд делает очередной крупный шаг в том же направлении: он намеренно присоединен по времени к XIII съезду психиатров России, который, в противоположность XII съезду 1995 года, на котором НПА была проигнорирована, впервые включил совместное заседание обоих всероссийских психиатрических обществ, причем по наиболее фундаментальной профессиональной проблеме — систематике и классификации психических расстройств, проблеме, где

выработка совместного курса имеет первостепенное значение. **Это конструктивное сотрудничество двух всероссийских психиатрических организаций** составляет особенно обнадеживающее новшество. На протяжении последних двух лет члены НПА стали регулярными активными участниками Президиумов Правления РОП, причем это участие носит очевидным образом продуктивный характер. На XIII съезде члены НПА выступили с 16 докладами.

Я думаю, что наиболее естественным будет построить настоящий отчетный доклад **по приоритетам нашей Ассоциации**, то есть по тому, что составляет ее существо и отличительную особенность. Этих приоритетов три. Они — результат анализа причин, сделавших возможными широкомасштабное использование психиатрии в немедицинских целях.

Первое, это рассмотрение в качестве основной профессиональной ошибки, источника наибольших недоразумений и противоречий, неправильное понимание и использование феноменологического метода в психиатрии. Феноменологический метод — это предваряющая все прочее начальная ступень клинического метода, самая сложная и не менее неисчерпаемая чем все параклинические методы.

Второе, это правовая основа психиатрии, которая состоит не только и не столько в тексте Закона, сколько в правовом менталитете, адекватном понимании и реальном правоприменении.

И третье, это частичное разгосударствление психиатрической службы.

Очень важно рассматривать эти три приоритета не по отдельности, а как систему реальных взаимодействий. Иначе мы останемся на уровне постыдно наивной по-элементной критики ясперсовских критериев реактивных состояний, поучающей великого философа. А ведь это делалось на фоне хорошо известного из кибернетики: устойчивая система нередко состоит из неустойчивых составляющих. То есть, в общем случае, представляет смысл и пользу рассмотрение каждого компонента системы только на фоне взаимодействия с другими.

Итак, обратимся к собственно профессиональной деятельности Ассоциации.

Исполнилось **пять лет ежемесячным открытым клиническим разборам**, проводимым в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице с публикацией их стенограмм в журнале Ассоциации. Можно без преувеличения сказать, что клинические разборы — это стержень профессиональной деятельности психиатра, и это наиболее адекватный непосредственный путь к постепенному пониманию и утверждению феноменологического метода. Отраднo, что разборы посещают не только врачи московских психиатрических больниц, но сотрудники и ординаторы институтов и кафедр психиатрии, а также гости столицы. Некоторые даже специально приезжают из ближайших городов, причем не только Московской области. Показателен опыт Ростовской кафедры психиатрии, начавшей использовать публикации клинических разборов в процессе обучения студентов и сертификации врачей.

В течение последних двух лет отчетного периода мы начали предварять клинические разборы несколькими лекциями, посвященными проблемам социальной психиатрии, социальной реабилитации, социотерапии, семейной психотерапии, социологии и микросоциологии семьи, где лекторами выступают не только психиатры, но также ведущие специалисты соответствующих профессий и проблематики: психотерапевты, психологи, социологи из МГУ, РГГУ и других научных центров. Таким образом, начал осуществляться **постоянно действующий семинар**, посвященный социальной реабилитации, как наиболее актуальной проблеме, где ассоциация выработала четкую позицию по всем затронутым вопросам, заостряя ее различия с позицией тех авторов, которые механически переносят западный опыт, не осмысливая проблему в теоретическом и контекстуальном плане. Мы акцентируем разнообразие существующих методов лечения, коррекции и поддержки и необходимость строить из них индивидуальные реабилитационные системы, максимально использующие свое-

образие местных условий, умение видеть, мыслить и действовать реабилитационно. Предлагаемые нами направления развития социальной реабилитации получили основательную концептуальную разработку в двух обширных публикациях 1998 и 1999 годов: “О предмете социальной психиатрии и социологии психиатрии” (1998, № III, с. 14 – 22) и “Социальная психиатрия, социальная реабилитация и социотерапия” (1999, № II, с. 23 – 28).

Наряду с этим были проведены и традиционные многодневные семинары. Самый крупный из них — Всероссийский к 10-летию Ассоциации “Социальная работа и права психически больных”, 21 – 24 апреля 1999 г. с приглашением руководителей организаций родственников психически больных и социальных работников в психиатрии, собрал почти 90 участников. Новой формой стали многодневные тренинговые семинары, один из которых по использованию приемов психодрамы и гештальт-психотерапии в психиатрической клинике провели ведущие мастера этих методов Екатерина Михайлова и Наталья Кедрова-Хломова.

Были проведены IV и V Консторумские чтения, посвященные, соответственно, “Терапии духовной культурой” и “Клинической психотерапии”. В связи со сложной коллизией, создавшейся в отечественной психотерапии, в связи с несогласованностью позиций Российской психотерапевтической ассоциации и Российской психотерапевтической профессиональной лиги, на Пленумах РОП и на страницах НПЖ мы внесли посильный вклад в снятие, по крайней мере, ряда недоразумений. В апреле 1999 года д-р Б. А. Воскресенский организовал XII Баженовские чтения, представляющие городскую научную студенческую конференцию, а 7 – 12 мая 1999 г. НПА приняла участие в организации VII Международной конференции по разрешению конфликтов.

Крупной новацией явилась **конференция “Вера и болезнь”**, проведенная нами совместно с **Высшей православной Свято-Филаретовской школой**. Это опыт высоко конструктивного сотрудничества медицинской и религиозной организаций в деле помощи психически больным. Той же цели служат проводимые каждые два месяца д-ром Б. А. Воскресенским семинары “Психиатрия и религия”, регулярная и единственная в своем роде рубрика нашего журнала на эту тему, перевод классической монографии Курта Шнайдера “Религиозная психопатология”, издание книги пастора-психотерапевта Йорга Мюллера “Бог — он иной”, консультации представителей разных конфессий и т.д. Все это составляет то позитивное направление, которое противостоит многочисленным фундаменталистским упражнениям на этом поле.

Отмеченные научные и образовательные усилия в области социотерапии, психотерапии и духовной поддержки предпринимались не в альтернативу биологическим методам терапии, в частности психо-

фармакотерапии. Я хотел бы привлечь Ваше внимание к фундаментальной по своей практической значимости работе д-ра С. Г. Зайцева в последнем выпуске нашего журнала (2000, № III, с. 24 – 33), посвященной новому взгляду на, казалось бы, давно известное и рутинное лечение галоперидолом, стелазинном и их сочетанием.

Мы провели также совместный с канадскими коллегами тренинговый семинар по оценке эффективности новых лекарственных средств с выдачей международного сертификата. Следует подчеркнуть, что речь идет о международном центре, не связанном с какой-нибудь фармакологической фирмой, а осуществляющем независимую проверку для всех обращающихся.

Итак, имея перед глазами многочисленные примеры, особенно на Западе, смены биологического редукционизма социологическим, мы с самого начала выступали не только против этих крайностей, но и против вульгарно суммативного подхода к ним, а также **против отрыва психиатрии от медицины**. Выражением этого последнего стало почти повсеместное исчезновение патологоанатомических конференций, бывших традиционной школой клинического мышления. Поэтому мы привлекли известного прозектора, ученика проф. П. Е. Снесарева, доктора мед. наук Акима Исааковича Ойфу к деятельности Ассоциации, открыли в журнале специальную рубрику и издали его методические рекомендации по патологической анатомии мозга.

Наконец, трудно переоценить вклад старейшего члена Ассоциации Бориса Сергеевича Шорникова в проблемы классификации и корректной математической обработки данных психиатрической клиники. Общей бедой самых различных наук является подмена собственно профессионального осмысления добываемых данных их поспешной математизацией, что повсеместно ведет к высоко ученому антуражу, а на деле — квазинаучным результатам. Серьезным претензиям к МКБ-10 и путям их преодоления посвящен последний выпуск нашего журнала (2000, № III, с. 8 – 13) и состоявшийся в рамках XIII Всероссийского съезда психиатров круглый стол двух всероссийских обществ по этой проблеме. Так же и здесь, в проблеме систематики, неадекватное понимание вклада феноменологического направления постоянно заводит эту проблему в тупик. Этот вклад нашел свое выражение в монографии “Философские перспективы психиатрической диагностической классификации” под редакцией наших друзей и единомышленников Джона Садлера, Осборна Виггинса и Майкла Шварца, изданной Университетом Джона Хопкинса в 1994 году. Мы продолжили работу по прояснению проблем систематики психических расстройств и взаимоотношений естественно-научных и феноменологических понятий в своих докладах на Конгрессе ВПА в Гамбурге и конференциях международного движения “Философия и психиатрия” в Ницце и Фло-

ренции. На последней мы концептуализировали идеологию антипсихиатрии, как общественного движения и показали, что непосредственные прямые формы антипсихиатрии даже укрепляют психиатрию, тогда как косвенные, латентные формы разрушают предмет психиатрии руками самих психиатров. Это осуществляется, в основном, посредством процессов релятивизации и редукционизма разного рода.

Итак, среди юбилейных фанфар в честь 50-летия ВПА и наступления нового тысячелетия, и рассмотрения МКБ-10 как крупнейшего достижения, мы пишем и говорим, что МКБ-10 — это выражение кризиса психиатрии, что это троянский конь устаревшей общенаучной парадигмы. Но говорим в момент, когда это уже наверняка должно послужить конструктивному развитию.

Были опубликованы фундаментальные работы трех членов нашего международного редакционного совета по феноменологической психиатрии: “Ролевое поведение и структура идентичности у пациентов, страдающих маниакально-депрессивным расстройством” Альфреда Крауса, “Кризис психиатрии: потеря личности и обретение личности” Майкла Шварца и Осборна Виггинса и “Философские основы этических стандартов в психиатрии” Била Фулфорда, и оригинальная концепция проф. Циркина “О психопатологическом диатезе”.

Успехом НПА России является проведение ее представительной делегацией содержательного симпозиума по социальной реабилитации на гамбургском Конгрессе, а также выступления ее членов в Париже, Тайбее, Родосе, Вене, Дублине и т.д., разнообразные и постоянно развивающиеся связи с ближним и дальним зарубежьем.

Переходя к деятельности Ассоциации по ее **второму приоритету — укреплению правовой основы психиатрии**, мы объединим это рассмотрение с нашей **экспертной деятельностью**. Хотя этой сфере будут посвящены два самостоятельных доклада, необходимо отметить несколько основных моментов.

С непреклонной регулярностью дважды в неделю со времени основания Ассоциации ее общественная приемная ведет бесплатный прием всех, кто неудовлетворен психиатрической службой, не доверяет ей или считает, что его права нарушены. За последние два с половиной года было принято 939 человек. Помимо этого было проведено 183 экспертных комиссии, некоторые из которых — по определению суда. Наконец, члены Ассоциации включались судами по заявлению подэкспертных в состав экспертных комиссий различных других учреждений. Этой важной общепольной деятельности на протяжении отчетного периода начали чиниться все возрастающие препятствия, сходные с трудной эпохой становления. Опять начали возникать перебои с высылкой медицинской документации, причем зачинщиками этого оказываются органы прокуратуры. Опять некоторые экспертные комиссии, в нарушение вынесенных су-

дами постановлений, не извещают нас о сроках проведения экспертиз, в которые включены наши члены. Эта тенденция сопутствует другой, а именно, — очевидному снижению общего уровня экспертных заключений, как по вопросам вменяемости и дееспособности, так и по различным прикладным вопросам. Мы постоянно сталкиваемся с этим, так как часто выступаем рецензентами всевозможных экспертных заключений. Естественно, что снижение уровня экспертных заключений создает дополнительную почву для всевозможных заказных и коррумпированных дел. Перед лицом сложившейся ситуации, мы начали публикацию в журнале наиболее выразительных примеров такого рода.

Курируемое ФСБ дело о шпионаже дипломата Платона Обухова, — хрестоматийный по ясности и яркости случай сюрсимуляции классического фершробен, — было построено на признательных показаниях. Поэтому — как всегда в таких случаях — вменяемость сохраняла честь мундира и выступала диктатом, которому самым неприглядным образом последовали проф. Точиллов и д-р Стяжкин со своими подчиненными. На всю страну ТВ показало судилище над очевидным для всех душевнобольным человеком.

Нельзя не отметить, что уровень экспертных заключений Центра им. Сербского во всех отношениях заметно выше и выигрышно выделяется из основного массива экспертиз. В том же деле Платона Обухова это сказалось как на уровне написания акта, так и на заключении. Первая экспертная комиссия Центра установили шизофрению, вторая — реактивное состояние, возникшее в ходе следствия, а Точиллов и Стяжкин — симуляцию с самого начала. Это не мешало им использовать нейрорепетики, что — как хорошо известно — приравнивается к пытке и является преступлением.

Другая, опубликованная нами экспертиза Экспертного Центра Московской области, демонстрировала, как можно отсудить ребенка у психически здоровой матери. В этом случае мы услышали от члена комиссии “академика” Гульдана обещание физической расправы. Довод вполне в духе нашего времени. Но все-таки никогда не меркнет “идеалистическое убеждение”, что придание всего этого гласности, прозрачность всех этих дел поспособствуют не циничному равнодушию, а противодействию здоровых сил общества.

Оба изложенных дела — невольный естественный пример к нашему отклику на публикацию “Свода этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы” в “Российском психиатрическом журнале” (1999, № IV, с. 65 – 68). Все хорошо в этом Своде, кроме того, что бесконечно далек он от непристойной действительности, обходя полным молчанием хорошо известные технологии всех громких заказных дел.

Наиболее грубо они осуществляются в отношении различных религиозных организаций, которые пыта-

ются запретить под надуманным предлогом вреда психическому здоровью. Мы провели специальные исследования и опубликовали обширные экспертные материалы относительно иеговистов, мунистов, сайентологов и пятидесятников. Не сумев найти по всей стране ни одного доказательного клинического примера такого вреда, прибегли к другой тактике: к принесению вреда приравнивали незаконное использование гипноза. А для заключения об этом довольствуются организуемыми в приказном порядке экспертными заключениями по видеосъемкам с потолка. Эта практика длится до сих пор. В прошлом году мы приняли участие в очень крупном и громком процессе в Магадане, в этом году — в Вятке, и буквально сейчас — два идентичных дела в Костроме. Местные психиатры, по советской привычке в первый момент берутся за них, вместо того, чтобы с полным правом и основанием отказаться, как от недопустимых и с правовой и с профессиональной позиции. Следует с глубоким удовлетворением сказать, что как магаданские, так и вятские коллеги на самих судебных заседаниях дезавуировали свои заключения и вели себя самым достойным образом. Сходный выбор все чаще будут предстоять каждому из нас. Следует помнить, что независимость дает нам наш профессионализм, а извечные попытки властей превратить его в фиговый листок, если этому уступить, девальвируют на деле и нас самих.

Этой теме было посвящено наше открытое письмо в ВПА, которое после очень живого обсуждения на Генеральной ассамблее было направлено в Комитет по расследованию злоупотреблений для отслеживания дальнейших тенденций развития и проведения при необходимости специальных инспекций.

В нашей практике немало и совсем других примеров, когда правозащитные организации под влиянием паранойяльных больных инициируют наши поездки в ПБ принудительного лечения (например, в Сычевскую, Троицкую и др.), где оказывается, что все обстоит вполне адекватно.

Наши ознакомительные поездки по психиатрическим учреждениям Архангельска, Екатеринбурга, Нижнего Тагила обнаружили гораздо больше хорошего.

Переходя непосредственно к **правовой деятельности** Ассоциации, отметим, прежде всего, наши с проф. Красновым выступления в декабре 1998 года на Постоянной Палате по правам человека “О правах человека в психиатрии”, завершившиеся обращением Палаты к региональной и муниципальной власти о катастрофическом положении в психиатрических больницах, не имеющих средств не только лечить, но даже содержать и кормить психически больных. Хотя губернаторы ответили бессодержательными отписками, острота этой проблемы несколько уменьшилась. Очень важен сам факт такого совместного выступления.

Мы приняли активное участие в комиссии Минздрава РФ по внесению дополнений и изменений в Закон о психиатрической помощи. Такого рода деятельность в последние годы постоянно чревата опасностью, что тот или иной закон будет серьезно ухудшен. И действительно, нам дважды пришлось выступать с особым мнением, так как члены комиссии, — а среди них такие мэтры, как проф. И. Я. Гурович, проф. В. П. Котов, проф. В. А. Тихоненко, — устранили из формулировки основания недобровольной госпитализации — “представляет непосредственную опасность” — ключевое определение “непосредственную”, без которого эти основания расширяются на порядок. Таков менталитет ведущих российских психиатров. Разноречия в отношении почти каждого обсуждавшегося Комиссией положения были связаны с отчетливо выраженной, особенно у проф. Котова, прогосударственной позицией. Словно не изменилась с советской поры последовательность записанных в Конституции приоритетов: личность — общество — государство. На выраженное недоумение прозвучало: “Конституцию можно переписать”.

Большое внимание было уделено нами решительной критике Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах”, как чисто полицейского, неграмотного с психиатрической точки зрения, подменяющего борьбу с наркодельцами охотой за потребителями наркотиков (без цели сбыта), заполняющего ими — а это молодежь — тюрьмы и лагеря, что криминализирует новое поколение. Мы отразили в журнале драматическую судьбу попыток отозвать этот Закон, а потом смягчить его.

Решительный отпор мы дали целой серии проектов федеральных законов “Об информационно-психологической безопасности”, “О защите психосферы”, “Об обеспечении энергоинформационного благополучия населения”, показывая сочетание в них дикарского мышления с квазинаучной авантюрой. Представления о гипнозе, биоэнергетике и воздействии чуждых религиозных организаций у Генеральной Прокуратуры и мн. др. ничем не отличаются от веры в колдовство, что позволяет вполне в духе средневековья одновременно решать как идеологические, так и меркантильные проблемы. Мы познакомили читателей с грандиозной авантюрой Минобороны, выделившего 4 млн 600 тыс. долларов на разработку психотронного оружия, и опубликовали доклад Комиссии Академии Наук по этому поводу. Разве не саморазоблачение, что борцы с сектами в этом же лагере и что только эта пестрая публика приглашалась на обсуждение в Государственную Думу. Представленные законы открывают идеальную возможность для обогащения, цензуры и любого произвола. Единственное методическое руководство о религиозных организациях для Генеральной Прокуратуры написано именно в таком псевдонаучном ключе, и сделано это по ее собственному заказу.

Наш журнал в течение 10 лет остается единственным отечественным изданием, имеющим регулярную рубрику “Психиатрия и право”.

Мы также выступили на двух конференциях фонда Сороса “Медицина и право” и “Медицина, этика, религия и право”, где инициировали процесс организации Всероссийской ассоциации медицинского права. Материалы Второй конференции оказались примером грубой провокации в отношении моего доклада*. Он был сокращен в 4 раза, а первые полстраницы из 4-х написаны кем-то в диаметрально противоположном по смыслу ключе, а именно, цитирую: “Тоталитарные секты разрушают психику человека совершенно”. Словом, все было сделано по рецепту из записной книжки В. И. Ленина, опубликованного Юрием Анненковым, — “разложить буржуев следует за их собственные буржуйские деньги”.

Провокаторские приемы давно используются для нейтрализации правозащитного движения. Арсенал средств для этого весьма разнообразен. Например, мало того, что доклад по нарушению прав человека в области психиатрии Уполномоченного по правам человека Государственной Думы был составлен в виде огромного, величиной с диссертацию попури из публикаций нашего журнала и антипсихиатрических данных сайентологов, — в последней редакции его наиболее острые места, в частности, психиатрические преследования инаковерующих, были кем-то изъяты. Недавнее (29.09.2000) объяснение с Уполномоченным закончилось его обещанием совершить в начале будущего года совместную поездку по указанному нами адресу.

Что касается **третьего приоритетного направления деятельности Ассоциации: усилий по частичному разгосударствлению психиатрической службы**, то ситуация здесь, как и во многих других областях общественной жизни, на протяжении последних двух лет пошла вспять.

Тотальное огосударствление как наркологической службы, так и психиатрической службы в целом, давно и по сей день, повсеместно и с редкой однозначностью демонстрирует свою неэффективность, за исключением разве нескольких направлений деятельности. Так советская система социальной реабилитации психически больных достигла впечатляющих успехов, но она была целиком приспособлена к прежним условиям. Поэтому ее разрушение было неизбежным, а реанимация безнадежной.

В нынешних условиях укрепления административной вертикали государственной власти нетрудно предвидеть, что найдется немало ретивых инициаторов механического перенесения этого принципа на все прочее. Однако, то, что хорошо для силовых ведомств, при попытке распространения на другие

* “Медицина, этика, религия и право” (материалы конференции). Ин-т “Открытое Общество. Фонд Содействие”, Программа “Право”, Международный университет (в Москве). — М., 2000. С. 162 – 166.

сферы быстро приведет к упадку. Индивидуализация и творческий дух не терпят солдафонства, конвейера, шаблона. И в конечном счете подтвердится, что “стиль делает политику”.

Огосударвленность отечественной психиатрии нашла отражение в программе XIII съезда психиатров России. Съезд проходил под эгидой Российского общества психиатров, общественной организации *de jure*, но председатель этого общества числился только со-председателем съезда после двух заместителей министра здравоохранения РФ. К чести нынешнего руководства МЗ следует отнести, что присутствовавший на съезде зам. министра Е. Д. Дедков держался подчеркнуто очень скромно. Но на первом пленарном заседании второй доклад, посвященный проблемам наркологии, делал не директор Института наркологии, а главный нарколог Минздрава В. Ф. Егоров. Тот самый Егоров, который вдвоем с руководителем Комитета по Здравоохранению Государственной Думы РФ д-ром Герасименко, пользуясь подковерными методами, лоббировал Закон “О наркотических средствах и психотропных веществах”, который по мнению обоих научных обществ психиатров является неграмотным и чисто полицейским. Он и есть детище МВД. Даже такой крупный деятель фармакокомитета как Э. А. Бабаян в своей докладной записке перечислил 22 грубые несуразицы. Фактически врачам-профессионалам указали их место, место не консультантов-экспертов, а обслуги.

Здесь хорошо видно и другое: в самом ли деле такая практика отвечает государственным интересам? Конечно, нет. Разве что, в сиюминутно-потребительском примитивном образе действия. Это не государственный подход в высоком смысле этого слова. Мы выступаем не против государства и политики, а против их империализма, абсолютизации, доминирования. Когда государство выступает как горилла, демонстрирующая свою силу, важно содействовать процессу ее очеловечивания. Я не думаю, что процедура освящения Минздрава что-то в нем изменила. Намного важнее приглашать на коллегии Минздрава представителей общественных организаций в качестве полноправных членов.

Как справедливо сказал проф. А. О. Бухановский на заключительном заседании XIII съезда психиатров России, психиатрическая и наркологическая службы разрушены, и мы вправе давать оценку государству, взявшему на себя ответственность за ее состояние.

Внутриполитическая ситуация в психиатрии характеризуется решительным изменением расстановки сил: из трех московских государственных центров психиатрии Центр им. Сербского стал в этом смысле слова наиболее сильной структурой, Московский институт психиатрии — наиболее слабой. Исходя из необходимости баланса сил, мы в свое время всемерно поддерживали кандидатуру директора этого Института проф. Краснова на пост председателя РОП. Те же соображения послужили нашим усилиям в прошлом

году, когда только благодаря настоятельной позиции НПА на Президиуме Пленума РОП предварительное решение его руководства поддержать на место зонального представителя ВПА по региону бывшего Советского Союза представителя Белоруссии было изменено. Голосование на Генеральной ассамблее ВПА в Гамбурге по этой зоне носило наиболее драматичный характер, так как впервые мнение стран участниц этой зоны не имело приоритета, а с другой стороны, кандидатуру белорусского представителя лоббировала международная организация “Женевская инициатива в психиатрии”, располагающая большим средствами и связями и являющаяся проводником определенной политической линии западной стороны. Проф. Краснов прошел с перевесом всего в 5 % голосов. Благодаря этой победе укрепились позиции Российского общества психиатров, а это значит — возросла самостоятельность общества как негосударственной структуры.

Это нашло яркое выражение при выборах Председателя РОП на только что завершившемся XIII съезде психиатров России. В результате двухдневного очень напряженного противостояния проф. Краснов получил 209 “за” и 20 “против”, тогда как акад. Дмитриева 85 “за” и 69 “против”. Если учесть, что среди 385 делегатов съезда преобладали администраторы: главные врачи больниц и диспансеров, а рядовых врачей было всего 17 человек, то это отражает закрепление происшедшего фундаментального сдвига самоопределения профессионального сообщества России — в сторону от тотального огосударствления, которое давно воплощает в себе Центр им. Сербского и Т. Б. Дмитриева как недавний министр здравоохранения, остающаяся председателем Ученого Совета МЗ по психиатрии и активно вовлеченная в политику. Ее победа на выборах привела бы к совмещению общественного и государственного руководящих постов.

Отсутствие прежнего монолита отечественной психиатрии, воспринимаемое номенклатурой как симптом кризиса, на самом деле положительный факт, дающий возможность полноценно учитывать своеобразие местных условий, действовать творчески, а не по ранжиру. Наша Ассоциация видит свою силу как раз в своих региональных центрах. Убедительным подтверждением этого является пример Северо-Кавказского центра НПА России в Ростове-на-Дону. Многочисленные успешные новации Ростовской кафедры психиатрии являются следствием реализации принципов, дорогу которым мы проторяем. Масштабная и творческая по духу юбилейная конференция в Ростове-на-Дону в конце прошлого года подействовала и делу всей нашей Ассоциации. Конечно, в первую очередь, это успех талантливого коллектива кафедры, но в немалой мере это еще и следствие конструктивного сотрудничества в лице этого коллектива обоих всероссийских обществ психиатров.

Характерно, что и современное руководство ВПА, как заявил на днях проф. Меззич, пошло по пути децентрализации и повышения роли зональных представителей. Каждое общество получит возможность посылать на образовательные семинары по 2–3 молодых специалиста, пользуясь поддержкой ВПА.

Хотя наши попытки инициировать создание этических комиссий разного уровня и профиля в качестве одной из форм общественного контроля по-прежнему сталкиваются с сопротивлением администраций, не желающих иметь неподотчетный себе орган, и все большим укреплением старой тенденции неуважительного отношения к общественным структурам, наши разработки в этом направлении нашли признание и опубликованы в трудах престижной конференции в Женеве в 1999 г.

Посетители общественной приемной, обширная корреспонденция и другие связи с регионами, а также публикация в журнале хроники событий, документов времени, экспертных заключений и других материалов естественным образом подводят нас к положительным и отрицательным рейтингам конкретных учреждений, их подразделений и конкретных врачей. Неформальный статус, репутация, имидж — это могучий рычаг воздействия, чрезвычайно ответственный, неблагодарный и даже опасный. Однако это то средство, которое может привести все в движение в нужном направлении и процедуру которого следует срочно разработать. Примером поисков решения сходной задачи в отношении самих себя является наше предложение избрать на этом съезде председателем этической комиссии Ассоциации проф. Александра Генриховича Гофмана, как раз в силу того, что он не является членом Ассоциации и имеет репутацию неподкупного и негибкого Робеспьера.

Наряду с внешними формами частичного разгосударствления мы сосредоточили усилия на достижении **“внутреннего разгосударствления”** в профессиональном отечественном менталитете, опубликовав, в частности, две работы Питирима Сорокина, развивающих логику “Вех”: основная ошибка русской интеллигенции — преувеличение роли государственной власти и, в связи с этим, поляризация в отношении к ней. Конечно, успех этих усилий связан с их совпадением с бурными естественными процессами развития: фактически полной потерей доверия и уважения ко всем ветвям государственной власти, утратой надежды на государство.

Мы опубликовали также работу выдающегося мыслителя Эрнста Кассирера “Техника современных политических мифов”, которая позволяет, по крайней мере, понять технологию манипулирования массовым сознанием и укрепиться в толерантности к политике. В этом вопросе позиция обоих всероссийских психиатрических обществ совпадает и противостоит позиции Центра им. Сербского.

Современные попытки властей очередной раз ограничить роль общественных организаций, вер-

нуться к отношению к ним, как чему-то второсортному, сталкиваются с отношением населения к власти как к рэкету. Именно этим, а не успешностью психотехнологий объясняется кажущаяся эффективность последних. Отношение к народу как к малым детям свидетельствует о собственной близорукости и одномерном мышлении.

НПА продолжала тесное сотрудничество с ведущими правозащитными организациями: Институтом прав человека, Постоянной Палатой по правам человека при Президенте РФ, Московской Хельсинкской группой, “Мемориалом”, группой “Общее действие”, “Хельсинки-Вотч”, Фондами “Гласность” и “Защита гласности” и многими другими. Наконец, Ассоциация сама входит в структуру Российского исследовательского центра по правам человека. Это обеспечивает информированность, свободную от опеки политтехнологов, адресную оперативно проводимую помощь в различных горячих ситуациях, взаимное консультирование, интерференцию правозащитных и “наших” сетей по всей стране. Это и есть формирование гражданского общества.

На этом поприще мы встречались с Комиссарами по правам человека при ООН и Совете Европы и дважды с представителями Комитета Совета Европы “По предотвращению пыток и бесчеловечного, унижающего обращения”, последний раз три недели назад. Продуктивность этой встречи была связана еще и с тем, что председатель Комитета — психиатр из Норвегии.

Мы придаем большое значение возможностям масс-медиа и встречались со множеством отечественных и зарубежных корреспондентов, в частности, “Новой газеты”, “Сегодня”, “Общей газеты”, “Известий”, “Русской мысли”, “Труда” и др., выступали по радио и ТВ, хотя — имея богатый отрицательный опыт — нередко отказывались выступать не в прямом эфире. Мы оказали помощь в создании польского фильма о злоупотреблениях в психиатрии. Правильная интонация и акценты во всем этом — сложная и ответственная вещь. Необходимо ставить непременным предварительным условием бесед с журналистами вычитку их текстов накануне публикации. Но и сами психиатры нередко не лучшим образом отвечают на вопросы на пресс-конференциях. Иные коллеги всячески унижают Закон о психиатрической помощи, а другие утверждают, что психиатрия не располагает объективным методом исследования. Это мешает установлению доверия населения к психиатрии. Для развенчания широко популярных мифов относительно опасности, неизлечимости и несостоятельности психически больных мы издали серию буклетов “Что нужно знать о психическом здоровье” по 10 темам для бесплатного распространения в поликлиниках общего профиля и в качестве места основного эксперимента выбрали город Долгопрудный. Отметим также, что наша Ассоциация, при всей ее бедности, проводит

ежегодные благотворительные акции ко дню психического здоровья.

НПА России сама является тестом на тенденции развития общества. Вопреки приходу к власти сотрудников спецслужб, и связанной с этим стилистике в атмосфере общественной жизни, приток в НПА новых членов усилился, есть прецедент вступления психиатров целого региона. Журнал, — а это лицо Ассоциации, ее герольд, — пользуется все большей и большей популярностью, причем даже за рубежом. Близка к завершению электронная версия журнала, отдельные материалы представлены в Интернете энтузиастами. 25 июня 1998 г. Ассоциация прошла перерегистрацию в Минюсте России как всероссийское общественное объединение.

Подводя итоги, можно сказать, что за истекшие два с половиной года — вопреки неблагоприятным условиям и мизерным средствам — Независимая психиатрическая ассоциация России сохранила свои позиции в рамках всех своих приоритетов и даже существенно продвинулась в нескольких наиболее актуальных направлениях.

В пропедевтике и теории предмета, его философских оснований, что позволяет продвигаться в парадигматически новом направлении в любой проблема-

тике, в частности, в такой наиболее практически важной, как социальная реабилитация, где нами заложена новая концептуальная основа, и такой наиболее теоретически важной как систематика психических расстройств.

В оздоровлении экспертной деятельности, ее состязательности, продвижении к полноценной де факто правовой основе психиатрии.

Ассоциация не только с честью оправдала свое наименование, она даже сумела укрепить независимость РОП как общественной организации и придать нашей состязательности характер тесного сотрудничества в соответствии с конкретными ситуациями и проблемами. Ассоциация служит примером организации, которая формирует гражданское общество, само существование которой обеспечивает большие степени свободы всем коллегам, независимо от членства в Ассоциации. Грандиозный переворот в современной социологии связан с признанием огромной роли “человека действующего”, решающей роли активной позиции каждого из нас. Профессиональная корпорация психиатров в силу своей профессии и при условии высокой этики, а это неразрывно с нашим профессионализмом, может очень многое.

Проблема доверия в психиатрии

Ц. П. Короленко (Новосибирск)

Начнем с терминологии. В августе мы обсуждали вопрос о доверии на Конгрессе по виктимологии в Монреале и пришли к заключению, что очень большое значение имеет точность определений. В английском языке есть два слова, соответствующие русскому “доверию”. Первое — trust — подразумевает абсолютную и уверенную способность полагаться на кого-то или на что-то. В процессе полагания — trusting — присутствует не только опыт, не только рациональное доказательство, но и еще что-то. Это что-то является таким базисом, который не поддается вербальному определению. Поэтому в английском языке есть второе обозначение доверия — confidence, которое имеет в виду как раз то доверие, которое опосредуется только через рациональность и полностью выступает на уровень осознания.

Интерес к доверию в нашем предмете, очевидно, связан с теми процессами, которые характерны для современной психиатрии. Мы (люди, которые работают с нами в одном ключе) выделяем обычно холистичность психиатрии: представленность не только биомедицинской, но также социально-психологической и даже религиозной парадигмы (о которой здесь прекрасно говорила г-жа Крахмальникова*), поскольку

* Доклад З. А. Крахмальниковой “Доверие к Богу” будет опубликован в следующем номере журнала.

ку доверие, если мы имеем в виду уровень базисного доверия, выходит на религиозное чувство, на матрицу веры.

Сейчас принято делить общества на традиционные и современные. Что такое традиционное общество? Вкратце, можно выделить несколько основных признаков традиционного общества. Первый признак — наличие прочных интер-генерационных связей, связей между поколениями. Одно поколение передает другому какие-то модели поведения, системы ценностей, профессиональные навыки. Эти вещи оказываются пригодными, поскольку оправдывают себя в будущей жизни на длительный период. Вторым признаком это — стабильность, которая выражается в небольшом количестве изменений в единицу времени. Все происходит, но происходит очень медленно, во многом повторяется, отличаясь лишь небольшими оттенками. Развитие идет, но идет очень долго. В традиционных обществах это непосредственно связано с адаптацией. Наконец, следующий фактор, который можно выделить, это фактор влияния большой семьи наряду с ядерной семьей, эмоциональная поддержка всех членов семьи.

В современном обществе все происходит совершенно по-другому. Современное общество характеризуется значительным ослаблением интер-генера-

онных связей. Родители не имеют возможности передать детям многие модели поведения (я имею в виду ролевое поведение), которые они наработали для того, чтобы адаптироваться в мире, поскольку эти модели ролевого поведения обрекают детей на катастрофу, поражение. Далее. Нет большой семьи. Малая семья существует, но контакты между родителями и детьми достаточно слабы в связи с высокой занятостью родителей, проблемой рабочего графика. И, что очень важно, в современном обществе нарастает количество изменений. Это связано с большим количеством информации, которую следует усваивать, обрабатывать. Нужно принимать большое количество решений в единицу времени. Причем это не какие-то простые решения, это решения — existential — решения сущностного характера, от которых зависят многие вещи в жизни человека.

Россия представляет собой переход от традиционного общества, — поскольку советское общество было тоталитарным, но в какой-то мере традиционным, — к современному. Мы видим в современном российском обществе высокую изменчивость и непредсказуемость. Невозможно предсказать, прежде всего, то, что будет отрицательным, потому что изменения носят в основном негативную нагрузку. Естественно, это приводит к общему напряжению, стрессу. А стресс, в свою очередь, приводит к развитию новых форм патологии. Большинство этих патологических форм поведения не входило и до настоящего времени не входит в официальную классификацию, даже в такой хороший аппарат как DSM-IV, не говоря уже об МКБ-10 в российском варианте.

Какие это формы патологии? В первую очередь — девиантное или отклоняющееся поведение, среди различных форм которого мы выделяем наиболее социально-значимые: антисоциальное, аддиктивное, фанатическое, конформистское, агрессивное, нарцисстическое. Следующая группа расстройств — личностные. Я назову два личностных расстройства, которые мало известны психиатрам, хотя они очень важны, потому что встречаются значительно чаще, чем те расстройства личности, которые известны под названием психопатии. Речь идет о *borderline* — пограничных личностных расстройствах и нарцисстических личностных расстройствах (последние не входят в МКБ-10). Они охватывают большую часть популяции, и их необходимо знать не только психиатру и психологу, но и каждому человеку. Далее идет группа, которая называется — *adjustment disorder*, нарушение приспособления. Это то нарушение, которое возникает под влиянием длительного социально-психологического стрессирования. Если вся популяция находится в состоянии стрессирования, то нарушений приспособления очень много. Можно назвать также посттравматическое стрессовое расстройство и другие.

Названные мною расстройства захватывают очень большие слои популяции. Если сравнить их с теми

расстройствами, которые Вы можете увидеть в учебниках психиатрии: эндогенные психозы, шизофрения и т.п., то последние составляют лишь маленькую долю, а тех расстройств, которые я назвал, очень много, и с ними связано множество проблем. Рассматривать эти расстройства с точки зрения биомедицинской парадигмы невозможно. Если это делается, то делается очень примитивно, и пациенты не получают никакой пользы. Эти расстройства необходимо рассматривать с учетом их многосторонности, то есть, представленности в них психологического, педагогического, культурального, религиозного, экономического, биологического, медицинского, юридического аспекта. Каждый из них требует профессионального подхода. Здесь нельзя выступать в роли человека, который все знает по своему личному опыту, потому что он много видел и много пережил. Здесь требуются профессиональные знания, которыми, к сожалению, часто пренебрегают.

Теперь о доверии. Представьте себе такую схему: кружок, в середине буква Д — доверие и две стрелки вправо и влево. Влево — это то, что касается недоверия, в другую сторону — это то, что касается сверхдоверия, супердоверия. Если с этой точки зрения посмотреть в сторону феномена недоверия, то его можно разделить на несколько уровней. Первый уровень можно назвать недоверчивостью. Следующий уровень — подозрительность. Далее болезненная генерализованная подозрительность. Следующий уровень — сверхценная идея недоверия. Далее — бредовая идея, бредовое недоверие. Самый поверхностный уровень — недоверчивость — локализуется в основном на уровне сознания, осознается и имеет свою психодинамику. Он обычно связан с тем, что у человека был какой-то отрицательный опыт: с ним плохо обращались, предали, нарушили его права — нарушили права те люди, которым он вначале доверял. Во многих случаях такой отрицательный опыт связан с переживаниями детства, травматическими и посттравматическими расстройствами в результате травмы в семье, того, что входит в понятие насилия над ребенком. Но, если мы идем дальше и переходим на уровень генерализованной подозрительности, то здесь, наряду со снижением уровня или отсутствием доверия, присутствует эмоция, которую называют *free floating* — свободно плавающая, свободно плавающая эмоция угрозы. Она не имеет определенного содержания: “Я не знаю, что со мной может произойти, но, вообще, ситуация подозрительная, эти люди могут сделать что-то неприятное для меня. Я не знаю, кто из них, но они могут это сделать. У меня нет основания доверять этим людям.” Эта эмоция может концентрироваться, может происходить конвергенция, в результате чего сформируется сверхценная идея с каким-то содержанием недоверия. И, чем дальше вглубь по уровням, тем в большей степени представлено участие бессознательного. При патологии его влияние нарастает, включается патологическая инту-

иция. Вторая часть доверия — confidence — которая осознается, представлена минимально. И когда мы выходим на уровень бредовой идеи, мы получаем совершенно новый феномен. Здесь уже патологическая интуиция является решающей. Мы можем это анализировать в зависимости от приверженности к той или иной психологической школе. Сторонники юнгианского подхода, например, скажут, что существует архетип недоверия.

Если идти в сторону супер- или сверхдоверия — можно также выделить эти градации. У человека может быть чрезмерная доверчивость, связанная с его легковесием, легким отношением к различным вещам. Это бывает связано с отсутствием опыта, отсутствием воспитания в конвергентном стиле, с чрезмерной дивергентностью. Чрезмерная доверчивость может также быть обусловлена интеллектуальными проблемами, какой-то зависимостью. Если чувство чрезмерной доверчивости углубляется, может возникать абсолютное доверие к кому-то, к каким-то людям, к какой-то организации. Такая динамика может быть суггестирована — это более поверхностный уровень. Здесь абсолютное доверие возникает просто потому, что какой-то манипулятор сознанием отдельного человека или сознанием массы людей внушает эту идею. И, люди начинают верить, что это действительно так, что другого варианта нет вообще. Если идти еще дальше, то развивается концепция не критичной переоценки, которая выходит за пределы рационального мышления. Парадоксом является то, что такая переоценка возможна и у высоко интеллектуальных и профессиональных людей. Существует как бы два человека. Один человек рациональный, понимающий во всех других вопросах, а другой — испытывающий это чувство сверхдоверия. Механизмы такого поведения могут быть связаны с архетипными влияниями, если говорить с точки зрения юнгианских подходов. Здесь включается архетип Old Wise Man — Старого Мудрого Человека или Great Mother — Великой Матери.

В плане бредовых идей недоверия работает архетип alien — чужого. Помните фильм “Чужой”? Там были какие-то чудовища. Психологические исследования показали, что фильм оказывает на людей очень сильное воздействие. Почему? Да потому, что он построен на архетипной основе, образы сделаны с учетом консультации психологов. Или образ Врага с большой буквы.

Попробуем применить это к конкретным формам нарушений, о которых я говорил. Начнем с аддиктивных расстройств. Я могу говорить об аддиктивных расстройствах, поскольку термин аддикции в России — наш термин, мой и профессора Б. Сигала. Мы публиковали эти работы в Нью-Йорке в 1990 г. Мы определяли аддикцию как уход от реальности, который достигается посредством изменения своего психического состояния, с фиксацией на том или ином аддик-

тивном агенте. Последние годы в США пользуются также термином attachment — прилипание.

Аддикции могут быть химическими и нехимическими. Нехимические, это, в частности, очень важная сегодня сексуальная аддикция, скрытый источник СПИДа, ловушка, которая подстроена природой. Это также SSB — аддикции, связанные с поиском острых ощущений. Среди химических аддикций возьмем, например, алкогольную — самую изученную. Одной из основ алкогольного, как, впрочем, и других форм аддиктивного поведения является доверие. Дело в том, что люди с аддиктивным поведением, в данном случае алкогольным, обучились не доверять окружающим. Они доверяют аддиктивному агенту — алкоголю, наркотику, чему-то другому, потому, что аддиктивный агент всегда дает им то, что они хотят, а люди — нет. И в этом их проблема. Они не прогнозируемы в плане эмоциональной поддержки: не в ту фазу попадете, и будет другая реакция, будет еще хуже, чем было раньше. Поэтому сегодня проблема терапии аддикции — это формирование доверия.

Мы сегодня упоминали об анонимных обществах. Там эффект достигается через доверие к Высшей Силе — не в рамках какой-то определенной конфессии: православной, католической, протестантской или какой-то другой, а так, как каждый конкретный человек понимает Высшую Силу. Важно признание связи, помощи этой Высшей Силы. Второй важный момент — доверие к самому этому обществу, доверие между членами общества. Во многих случаях это работает.

В последнее время в США, в Канаде и других странах получают распространение другие общества, например, рационального выздоровления. Признавая важность связи с Высшей Силой, эти общества стараются уйти от чрезмерной пассивности, зависимости друг от друга, поскольку надо выходить в большой мир, нужно искать и реализовывать себя не только здесь, в этой компании. И они ищут и находят людей, с которыми они могут взаимодействовать в мире. К этому примыкает программа, которая называется “Life process program” — Программа жизненного процесса, когда вокруг людей с аддиктивным поведением создается сетка людей и организаций, которым можно доверять.

Имеется опыт предупреждения аддикции у подростков, детей, школьников. В США существуют так называемые модельные школы. Они являются муниципальными, не частными (я подчеркиваю!), то есть, бесплатными для большого количества людей, включая эмигрантов из Вест-Индии, Южной Америки и др. Школа объявляется зоной, свободной от алкоголя и наркотиков, и это контролируется. Вокруг создается сетка домов, куда дети могут спокойно приходить, потому, что там есть родители, которые контролируют ситуацию. Это дома, где дети точно не получают наркотиков. Затем — эффект снежного кома, когда количество таких точек увеличивается. Все держится

на доверии к людям, которые это осуществляют. Доверие создается в процессе психотерапии, с помощью церкви и т.д.

Я не имею времени остановиться на сексуальных и любовных аддикциях. Они описаны в нашем руководстве “Социодинамическая психиатрия”. Скажу лишь несколько слов о личностных расстройствах, поскольку мне задали этот вопрос. Пограничное личностное расстройство – это очень распространенное расстройство, по которому у нас уже сделано множество диссертаций. Сейчас мой сотрудник работает над докторской диссертацией по программе пограничных личностных расстройств в Вене. Мы считаем, что главным в этом расстройстве является нарушение идентичности. Это первый и главный, стержневой признак. Это нарушение возникает очень рано, на довербальном периоде развития ребенка. В раннем детстве чего-то не было, возникла основная недостаточность, и ребенок не обучился доверию к родителям, а отсюда — доверию к другим людям. У ребенка не сформировалась идентичность, не состоялся процесс формирования личности с участием так называемого социо-психологического моратория по Марсиа. В результате такие люди постоянно меняют системы ценностей, у них все время меняется настроение, они импульсивны, периодически уходят в аддикции, в антисоциальные связи и так далее. Вы скажете: “А как же доверие?” — Дело в том, что люди, у которых не сформирована идентичность, стремятся иметь доверительные отношения в основном по типу симбиотических. Они могут создать такие отношения, но, к сожалению, на очень короткий промежуток времени. Они хорошо выбирают людей, у них развита эмпатия, но они слишком чувствительны к настроению других людей. Они знают свою импульсивность, понимают, что могут уйти в сторону и разрушить существующую связь. И, возникает эта подозрительность, которая как радар: “Ты не слушал, что я сейчас сказала!” Это уже причина конфликта со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При нарцисстических расстройствах основная стержневая идея — это грандиозный “Self” — грандиозное большое “Я”, большое и, в то же время, очень хрупкое. Мнение о себе как о великом человеке, очень талантливым и т.д. и подсознательный страх, что на самом деле я ведь не такой. Этот мыльный пузырь очень легко проколоть, и тогда возникает нарцисстическая депрессия. Поэтому люди с нарцисстическими расстройствами не доверяют окружающим. Это недоверие носит генерализованный характер, и по мере жизненного опыта их подозрительность нарастает. В результате они создают себе врагов, поскольку неадекватно реагируют на любые критические замечания. У меня все. Давайте вопросы.

— Вы много работали с подростковой проблематикой. Не кажется ли Вам, что очень многое из того, что Вы сейчас сказали, хорошо укладывается в

структуру подростковой личности? И, не кажется ли Вам, что наше общество в широком смысле этого слова (если еще шире — то советское общество) является точным слепком с подростковой психологии, т.е., имеет абсолютно такую же структуру. Отсюда аддиктивное поведение многих членов нашего общества. Это поведение, свойственное подросткам, и тот же нарциссизм, и мгновенная смена лидеров (в отношении доверия и недоверия), отсутствие временной перспективы, полное недоверие к тому, что будет через два месяца, а нужно прямо сейчас. Недоверие к родителям, к предыдущему поколению, к опыту своей страны в целом. Отсюда бесконечные дурацкие реформы, которые уже проходили раньше, например, совершенно нелепая алкогольная реформа. По-видимому, перспектива нашего общества — это постепенное взросление. И, когда мы пройдем этот пубертатный период, многие проблемы снимутся сами собой. Это был такой длинный вопрос. А теперь ремарка к тому, что Вы сказали о нарциссизме. Это очень похоже на то, что мы наблюдаем при алкогольной зависимости, когда в состоянии алкогольного опьянения люди постоянно говорят о своих достоинствах, но где-то в глубине души они со слезами понимают, что они не те. И это рождает злость. Если им кто-то возражает, они выплескивают все бессознательные комплексы на этого несчастного человека, который, как правило, член семьи.

— Благодарю Вас за интересные вопросы. В первом вопросе Вы развили идею этой концепции в одном направлении. Всякая модель имеет свои положительные и отрицательные стороны. Можно анализировать этот ракурс с точки зрения инфантилизма и, наверное, найти ряд моментов, которые будут доказательными в пользу существования этого явления. Но есть еще и другие вещи, которые также могут иметь значение. Я являюсь специалистом по транскультуральной психиатрии, знакомлюсь с психиатрией разных стран. Многие явления, которые происходят в обществе, могут быть обусловлены определенной предрасположенностью, определенным типом реагирования. И это всегда опасно, потому, что человек предрасположен к глубинно-подсознательному типу реагирования. Это подсознательное может дремать и не проявляться в течение всей жизни, но затем, наступит определенная ситуация, и появятся какие-то люди, которые станут это оживлять. Тогда это развивается и распространяется, как инфекция, потому что это свойственно не только мне или другому человеку, а многим. Люди заражаются этими чувствами и реагируют однонаправлено, рациональность здесь исключается.

Теперь в отношении нарцисстических нарушений. Сходство с алкогольным поведением здесь только внешнее. Дело в том, что для нарциссизма, как расстройства, характерна длительность и постоянство. Люди с нарцисстическими расстройствами обычно алкоголем не злоупотребляют, они боятся этого, боятся испортить свою карьеру. Они делают очень боль-

шой акцент на манипулировании другими людьми. Они выбирают себе друзей, которыми можно манипулировать. Впрочем, эти друзья их часто обманывают, просто хорошо играют свою роль. Это же касается поведения в семейных отношениях.

— *Что нужно делать с людьми, у которых с детства нарушена идентичность и развиваются какие-то нарушения типа пограничных личностных расстройств? Как их можно корригировать?*

— Это очень сложная задача. Начнем с того, что такие пациенты в течение многих лет, например в США, относились к категории тех, кому нельзя помочь психоаналитически. Ничего не получалось, и часто возникали конфликты. Проблема этих людей заключается в том, что вербальная информация не имеет для них большого значения. Они слушают Вас, могут кивать головой, соглашаться, но все это не оставляет у них никакого следа: входит и выходит. Потому, что они с детства привыкли не верить словам, так как их обманывали. Они знают, что словесные формулировки, это — фальсификация. И психоаналитик не будет достигать эффекта при работе с таким пациентом, потому что работа идет, в основном, на вербальном уровне, все основано на интерпретации, на анализе. Однако сегодня есть уже другой анализ. Это очень дорого, но есть такие специалисты, которые работают с людьми почти без слов. Акцент делается на эмпатическом взаимопонимании: “войти в струю”, как иногда говорят, понять пациента, понять его настроение. Самое главное для такого пациента — понимать, что специалист, который с ним работает, относится к нему хорошо, искренне, а не формально. Пациент не является для него только источником получения денег, он принимает в нем дружеское участие. Если пациент это схватывает, это является для него точкой кристаллизации. Слова тут имеют не большое значение, важны оттенки слов, голоса, мимика. Но здесь начинают происходить другие явления: пациенты слишком привязываются к аналитику, он становится для них абсолютно необходимым человеком. Это очень трудно — не перейти грань, не дать развиться симбиотическим отношениям. Когда пациентка звонит Вам и говорит: “Примите меня вне очереди, потому что может случиться что-то ужасное!” или будет поджидать Вас где-то на улице, около такси. Здесь может быть даже шантаж. Но это не истерия.

Я хочу сказать, насколько надо быть осторожным с терминологией. Многие термины сейчас скомпрометировали себя. Я назову некоторые из них: истерия, психопатия, дефектное состояние. Этот вопрос очень остро ставился на Конгрессе Всемирной Федерации психического здоровья. Даже термин “пациент” сегодня перестают употреблять. Выделяют две категории людей: users и nonusers — пользователи или потребители и непользователи. Потребитель — это тот, кто лечится. На Съездах Всемирной Федерации психического здоровья проходят параллельные заседа-

ния потребителей, то есть, больных. Одна специалистка, психолог из Бехтеревского института, которая сейчас живет в Австралии, привезла в Дублин более двадцати больных, которые ранее были диагностированы в Объединенном Королевстве как неизлечимые, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, в основном, шизофренией. Проживая в Австралии, в условиях другого подхода, при наличии домашней и внебольничной терапии, они смогли приехать и выступить. У этих больных была своя конференция, они жили в Хилтоне за счет Австралийского правительства.

— *Цезарь Петрович, расскажите, пожалуйста, о том, как может деформироваться доверие у врача по отношению к больному. Вы рассказали о больных, а как происходит эта деформация у врача?*

— Любой психотерапевтический контакт предполагает два момента. В течение более или менее короткого или длительного периода времени пациент начинает воспринимать врача не только как врача, но как какую-то авторитетную фигуру из прошлого. Это может быть фигура учителя, отца, матери, старшего брата, сестры. В процессе психотерапевтического лечения такой перенос нарастает, что создает совершенно новые ситуации, потому что пациент переносит на врача то, что не имеет к нему никакого отношения. Однако врач тоже не является человеком вне времени и пространства. Существует ловушка, когда врач в свою очередь начинает контр-переносить, начинает видеть перед собой не просто пациента, но кого-то из своих родственников, знакомых и начинает автоматически вести себя по отношению к пациенту по-другому, в рамках какой-то новой ситуации. Психоаналитик таким образом может анализировать свое подсознание, свои эмоции, которые являются реакцией на ассоциации пациента. Тем не менее, это имеет и отрицательную сторону.

Очень многие вещи зависят от культуры данного этноса, данной популяции. Если пользоваться терминологией Эрика Берна: отношения Родитель — Ребенок могут не устраивать пациента, и тогда происходит нарушение трансакции. В западных культурах такие вещи не проходят, вызывают протест. Может быть для людей, живущих в своих культурах, находясь внутри общей культуры страны, например, США, Канады, нужны свои подходы для каждой группы.

— *Прокомментируйте, пожалуйста, в какой степени мы можем говорить о доверии в рамках платной частной медицины, как строить отношения врач — пациент, когда за лечение платят такие огромные деньги?*

— Я думаю, что в самом вопросе уже содержится ответ. В условиях, когда медицина становится платной и даже суперплатной, возникают многие сложные ситуации. Одна из них — престижность. Я обращаюсь к самому дорогому специалисту и говорю об этом всем: “Я лечусь у психоаналитика или у

психиатра, у которого прием стоит двести долларов в час”. Кстати, сегодня есть специалисты, которые берут две тысячи долларов в час. Это вопрос престижности. Второе, это то, что многие люди — и это отражается в средствах массовой информации — не доверяют врачам и возражают против американской модели медицины. Почему? Потому, что американская система медицины суперсовершенная, но и самая дорогая. Она неразумно дорогая. Почему? И это опять вопрос престижа врачей, клиник. Клини-

ка приобретает новый супердорогой прибор, который стоит несколько миллионов долларов, хотя у нее есть прекрасный прибор, который лишь чуть-чуть устарел, но на нем еще можно долго работать. Однако они “должны быть на высоте”. И кроме того, существует так наз. *conspiracy* — заговор врачей, когда один врач отправляет больного к другому делать анализы и исследования, которые абсолютно не нужны. Пациенты это “просекают” и появляется недоверие к врачам.

Социальная философия доверия и медицина

П. Д. Тищенко

Уважаемые коллеги! Я по образованию врач, работаю в Институте философии над проблемами био-медицинской этики и философии медицины. Попробую дать определение доверия, чтобы удовлетворить этот метафизический интерес, тем более, что для меня такое определение имеет некоторое инструментальное значение.

Я полагаю, что доверие — это выражение в индивидуальном или общественном сознании совпадения частного интереса и всеобщего, а также совпадение частных интересов между собой. Говоря о доверии, я имею в виду не только отношение гражданина и власти. В основе большинства наших проблем лежат отношения между гражданами. По своей природе человек — существо общественное, и мы не можем реализовать свою жизнь, не доверяя (это второе значение слова “доверие”) реализацию своих интересов в попечительство другим людям. Мы пользуемся транспортом, которым управляют другие, покупаем продукты питания, которые производят другие, — то есть, мы поневоле реализуем свои интересы через взаимодействие с другими людьми и доверяем им какую-то часть своего существа, своих интересов.

В медицине пациент, вступая в отношения с врачом, доверяет ему свое телесное и психическое благополучие. При этом пациент ожидает, что врач, реализуя в их взаимодействии свою частную цель, будет заботиться, в первую очередь, о его интересах.

Я думаю, что элемент кризиса, который существует в современной медицине, связан с тем, что традиционно интерес пациента в получении помощи как бы находился в монопольном ведении врача. Если Вы посмотрите Клятву врача Российской Федерации, которая была сформулирована во времена работы министром проф. Воробьева, то там совершенно ясно сказано: “Я обязуюсь действовать во благо пациентам, в соответствии с моим пониманием этого блага”. Какие здесь могут быть проблемы? — Они очень просты. Дело в том, что во взаимодействии этих двух людей, врача и пациента, реализуется не только интерес пациента, но и интерес врача. Длительное время у нас

действовала своеобразная моральная норма, которая как бы гарантировала то обстоятельство, что в процессе врачевания все будет ориентировано только на интересы пациента. Это был идеал врача-бессребренника, который за ничтожную плату, работая с утра до ночи и не имея частной жизни, полностью отдает себя в обеспечение интересов своего пациента, так как он это понимает. Сам по себе идеал превосходен, но если он начинает господствовать, то вытесняет те реальные мотивы, те реальные устремления людей, которые включены в систему здравоохранения, в систему оказания помощи. Эти вытесненные мотивы, будучи репрессированными, не получают цивилизованного оформления и обработки.

Я думаю, что российское общество очень болезненно переживает то обстоятельство, что врачи заинтересованы в высоких доходах. С точки зрения нашего идеала, врач не должен к этому стремиться. Дело заключается в том, что существовавший идеал репрессировал этот естественный в социуме интерес врача, и теперь мы видим, как в нашей реальной обстановке эти интересы проявляются весьма варварски, в нецивилизованной форме и, прежде всего, не в форме законного достижения финансового успеха. Чем больше проблем у пациента, тем легче врачу незаконными, не правовыми формами добиваться реализации своего интереса. Проблема заключается в определенном лицемерии, от которого мы все постоянно страдаем. Вместо того, чтобы повернуться лицом к реальному обществу, в котором уже две трети медицинских услуг оплачивается непосредственно из кармана пациента, и задать себе вопрос: “А как мы можем существовать в этом здравоохранении?”, мы опять поворачиваемся лицом к идеалу и говорим об эдакой бессребрянной, безвозмездной, универсальной, бесплатной и т.д. помощи. Если я, как реальный человек в реальном обществе, хочу, чтобы было лучше, то я, прежде всего, должен задать вопрос: “А как оно есть?”. Я не могу мечтать о преобразовании идеальных фикций, я не должен этого делать. К сожалению,

очень многие разговоры о нашем здравоохранении до сих пор находятся на этом уровне.

Вот поставили вопрос: “Как врач, приходя в отделение, может смотреть на голодных пациентов?” Я не думаю, что это вопрос только отношения государства и здравоохранения. Это также проблема отношений внутри здравоохранения. Как распределяется нищенский ресурс в нашем здравоохранении? Мы видим рост дорогостоящих медицинских центров, нафаршированных первоклассной аппаратурой, стоящей огромные деньги. В то же время наблюдаем ситуацию, когда у онкоцентра нет возможности заплатить за лекарства для детей с онкологическими заболеваниями. Чья это проблема? Проблема государственных властей, которые выделили средства, или проблема, в том числе, медицинского сообщества, которое ставит цель как можно больше ресурсов перекачать в здравоохранение из бюджета? Так вопрос не решается. Все может вернуться на круги своя, потому что само здравоохранение предрасположено к тому, что частный интерес, который прячется за личиной всеобщего интереса, действует и добивается своей выгоды.

В философской теории, в политической теории, политологической теории есть традиция, которая именуется такое состояние общества, когда частные интересы конфликтуют непосредственно друг с другом, как естественное состояние общества, или, как говорил Гоббс: “Война всех против всех”. Сильнейший приобретает выгоды, слабейшие теряют и становятся жертвами этой внутренней холодной гражданской войны. Выход, как подсказывает политическая теория, — во власти. Власть, это первейший инструмент ограничения частных интересов. Я думаю, что в обществе, ввергнутом в состояние гражданской холодной войны, доминирует эта внутренняя потребность во власти, как ограничении частных интересов. Поэтому это общество так решительно голосовало за человека и за выборный блок, которые ничего не предлагали, кроме чистой власти. Это первейший внутренний позыв. Так же очевидно, что сама власть понимает этот импульс желания власти и с удовольствием демонстрирует свое присутствие в нашей среде, демонстративно мешая особо сильным частным интересам реализовываться беспрепятственно, ограничивая частные интересы. Но за этим первым позывом к власти должно следовать что-то более серьезное. Как только власть берется сама по себе, общество вновь сталкивается с той же проблемой. Потому, что по отношению к другим людям власть выступает не абстрактно, а в лице человека, представляющего власть. И здесь все опять возвращается на круги своя. Это лицо, представляющее власть, опять может оказаться в нашем обществе носителем своего частного интереса. Мы это много раз видели. Я думаю, что недоверие, которое, как какая-то субстанция, разлито в нашем обществе, является результатом постоянного несовпадения интересов людей, которые вовлечены в

микросоциальные отношения ежедневной жизни. Доверие к Путину или еще к кому-то — это второй вопрос, но внутреннее недоверие, которое каждый из нас испытывает ко многим контрагентам социальных отношений, гораздо опаснее, его преодолеть гораздо труднее. Поэтому возникает вопрос, каким образом в ситуации, когда частные интересы так доминируют, общество все-таки находит ресурс их ограничивать. Это опять же естественное следствие из политических теорий, которое звучит примерно так: если частные лица не могут себя ограничить, то их должно ограничивать нечто безличное, нечто, лишённое внутреннего интереса, и это, прежде всего, Закон. Законность является как бы вторым шагом власти, которая должна все время демонстрировать свое присутствие, но законность как всеобщность и безличность — гарантия власти не приватизированной. Просто законность не является достаточным условием. С точки зрения политической теории законность еще должна быть легитимной. Это означает, что закон должен быть создан с учетом интересов всех, кого он касается. Мы все понимаем, насколько легко всевозможные группы создают законы для себя, для того, чтобы было удобнее реализовывать свои интересы. Например, очень неплохое с точки зрения новации законодательство в области трансплантологии было подготовлено трансплантологами для себя. Там абсолютно не учитывается, как могут быть защищены интересы граждан в отношениях с трансплантологами.

На пути к доверию, кроме власти, которая должна обязательно присутствовать, должна быть еще легальность этой власти. Власть по Закону и легитимность Закона, т.е., отражение в Законе общих интересов. Это такое возвышение в сторону безличного. Но, здесь мы опять оказываемся перед тем же парадоксом, который над нами довлеет. Ведь, и Закон в отношении с каждым гражданином фигурирует не сам по себе (это же не Святой Дух, летающий над нашим сообществом), он всегда олицетворен в действиях конкретного лица, отстаивающего Закон. А тот, кто призван отстаивать эту как бы безличную форму, как личность может отстаивать только свой частный интерес. Какой же тогда выход из этой ситуации? Выход политическая теория уже давно нашла. Он называется — демократия, и означает простую вещь. Власть и защиту Законом всеобщего интереса нужно поручить каждому гражданину. Нужно создать такое законодательство, чтобы гражданин сам мог защищать себя перед лицом любой власти. Смысл примерно такой: действительное доверие в обществе, доверие как совпадение частных интересов, возможно тогда, когда люди, сначала отдав государственным структурам какие-то полномочия, затем забирают их частично себе, выступая полномочными гражданами, которые имеют права и имеют — в Законе и в обществе — ресурсы, чтобы эти права защищать.

В отношении ситуации в здравоохранении, мне кажется, что до тех пор, пока пациенты не будут

иметь право отстаивать свои интересы перед лицом государства, которое не выполняет свои обязательства по финансированию, например, детских учреждений, и перед лицом медицинского учреждения, которое также не выполняет своих обязательств, до тех пор перераспределение ресурсов (например, из военного бюджета в здравоохранение), не даст ничего хорошего. Пациенты должны обладать правами и относиться к врачам, как к полноправным контрагентам нормального гражданского процесса. У врачей свои права, у пациента свои. Спасибо за внимание.

— Не кажется ли Вам, что договорные отношения в медицине не способствуют отношениям доверия?

— Я рассказывал о том, что интерес врача, как частного лица, исходно не совпадает с интересами пациента. Они должны совпасть в результате особого оформления, например, в форме договора на медицинское обслуживание, когда обе стороны формулируют, в чем они заинтересованы, и на каких условиях они вступают в соглашение. Есть специальные правовые механизмы, по которым я, как пациент, могу взыскать с врача, если он не следует своим обязательствам по договору. Доверие не является предпосылкой процесса. Я говорю о тех социальных механизмах, с помощью которых может быть достигнуто совпаде-

ние интересов. Социальное взаимодействие разных интересов — это конфликт. Развитая демократия дает ресурсы для организации этого взаимодействия в определенной форме. Доверие не является результатом, это процесс. Если мы как общество доверяем тем механизмам, с помощью которых мы отстаиваем свои права, если мы доверяем Закону, доверяем суду, если мы доверяем тем процедурам, которые существуют у нас в больницах для отстаивания наших интересов, мы создаем основу движения к совпадению этих интересов, движения к доверию. Безусловно, эти интересы всегда будут расходиться, но главное, чтобы мы доверяли самой процедуре.

— Вы, действительно не разделяете медицинское сообщество с медицинской администрацией?

— Я думаю, что это вопрос концептуальный. Каждый администратор одновременно является членом сообщества. Мы как бы двуликие Янусы. Мы, с одной стороны функционируем в определенных бюрократических структурах, а с другой стороны, как сказал Иммануил Кант: “Мы — универсальные разумные”, мы врачи, мы члены сообщества, которое имеет право судить нас как администраторов. Это своеобразное разделение внутри нашего сознания необходимо.

Социология и этика доверия в медицинской практике

Б. Г. Юдин*

Начну с того, что доверие — это одно из основных человеческих общечеловеческих, взаимоотношений между людьми. Что касается медицинской профессии, то специалисты по истории медицины подчеркивают, что практически во всех медицинских кодексах, которые когда-либо возникали, всегда фигурировали темы, связанные с доверием. Другие темы могли появляться и исчезать, а проблема доверия обсуждалась обязательно.

Я буду различать два уровня доверия применительно к медицинской профессии. Первый — уровень межличностных отношений и, прежде всего, отношений врач-пациент; второй уровень — институциональный.

Я начал говорить о медицинской профессии, и это принципиальный момент. Я употребляю слово “профессия” не случайно. Дело в том, что с социологической точки зрения профессионал — это не только тот, кто получил определенные знания и работает в той или иной области, но еще и тот, кто принимает правила игры и этические нормы, существующие в этой профессии, и берет на себя некоторые этические обязательства.

* И.о. директора Института “Человек” АН РФ, главный редактор журнала “Человек”.

Профессию врача можно сопоставить с профессией юриста или священника. Эти профессии характеризуются тем, что профессионал — юрист, врач, священник имеет дело, соответственно, с клиентом, пациентом, прихожанином, которые раскрывают какие-то сокровенные вещи о себе. При этом каждый из них (клиент, пациент, прихожанин) исходит из того, что, во-первых, это знание не пойдет дальше без его ведома, а во-вторых, не будет использовано ему во вред. И это фундаментальный, базисный аспект темы доверия.

Говоря о доверии на институциональном уровне, я имею в виду то обстоятельство, что отдельные люди и общество в целом могут доверять или не доверять тому или иному социальному институту, доверять ему в большей или меньшей степени. Доверие общества какому-то социальному институту можно понимать как некоторую форму капитала, ресурс. Если этот ресурс растрачивается, то профессии данного социального института в обществе приходится трудно. Когда люди обращаются за медицинской помощью к знахарям и шарлатанам, это свидетельствует о кризисе доверия в обществе по отношению к медицине, как социальному институту.

В первом этическом кодексе медицинской профессии — клятве Гиппократов — говорится об обязательствах профессионала. Одна из важнейших целей при этом — продемонстрировать обществу, что врачи, связанные этой клятвой, ставят интересы своих пациентов превыше всего. Это одно из оснований построения атмосферы доверия между пациентом и врачом, между обществом и медициной.

Я хотел бы обратить Ваше внимание на один важный момент. Врач времен Гиппократов, как и любой другой профессионал, является личностью автономной. Профессия также автономна. Она вольна брать на себя какие-то обязательства и взаимодействовать с обществом. Доверие является цементом, который связывает профессию с остальным обществом.

С этой точки зрения можно противопоставить профессионала и государственного служащего. Существенным основанием действий последнего являются какие-то инструкции, указания и т.д., идущие сверху, и потому сам климат доверия в такой ситуации не очень возможен. Когда мы говорим о доверии, мы предполагаем автономию профессионала и профессии в целом.

В биомедицинской практике существуют две темы, которые замыкаются на проблеме доверия. Это: правдивое информирование пациента и проблема конфиденциальности.

Правдивое информирование пациента, по этическим нормам с точки зрения Канта, есть некий долг, некая обязанность каждого человека, и медика в том числе, говорить правду другому человеку. Кант был очень категоричен в этом отношении и не принимал никакой лжи во спасение. Почему нельзя обманывать пациента, даже ему во благо? — Потому, что обман пациента, если это становится систематической практикой, разрушает атмосферу доверия, и в этом случае теряется возможность продуктивного контакта между врачом и пациентом.

Что касается проблемы конфиденциальности, врачебной тайны, то соответствующая норма клятвы Гиппократов и сейчас не утратила своей актуальности. Один исследователь произвел подсчет и оказалось, что к данным истории болезни, которые являются конфиденциальными, имели доступ свыше 70 человек.

Тема конфиденциальности очень важна, однако она далеко не всегда привлекает должное внимание. В конце прошлого века русский врач Вячеслав Манассеин организовал широкое обсуждение проблемы врачебной тайны на страницах журнала «Врач», который он издавал в течение нескольких лет. Он рассматривал, например, такой случай. К врачу-окулисту приходит пациент, который работает машинистом паровоза. В процессе обследования оказывается, что этот пациент дальтоник. Врач говорит: «Если Вы не можете различать цвета, то нужно менять профессию». А пациент отвечает, что не может, так как никому другому не обучен. Обсуждая в своей газете этот

пример, Манассеин настаивал на том, что окулист не должен никого информировать без разрешения пациента. Манассеин считал, что даже если у пациента выявляется венерическое заболевание, то нельзя информировать каких-то третьих лиц без согласия пациента. Если пациенты будут знать, что разглашается их тайна, они не будут ходить к врачам, будут продолжать болеть и заражать других людей. Это максимально сильная форма защитного принципа конфиденциальности.

В первые годы советской власти, первый Нарком здравоохранения — Семашко выступал против этой нормы конфиденциальности. Он говорил, что если человек болен, то это не вина его, а беда, и здесь нечего стыдиться. Впрочем, Семашко предупреждал, что пока люди недостаточно созрели, надо сохранять врачебную тайну, но потом мы от нее откажемся. К концу своей жизни, будучи простым врачом, он изменил позицию, и отстаивал принцип врачебной тайны.

В наше время то, что касается врачебной тайны, значимо не только этически, но и юридически. В частности, в отечественном законодательстве этому вопросу посвящены статья 9 Закона о психиатрической помощи и более разработанная статья 61 в Основах законодательства об охране здоровья граждан. Закон об охране здоровья граждан четко оговаривает ситуации, когда конфиденциальные сведения могут быть сообщены третьим сторонам. Перечислены пять ситуаций, когда это возможно.

В заключение я хочу сказать, что доверие между врачом и пациентом имеет особое значение, потому, что, помимо всего прочего, от того, доверяет пациент врачу или нет, зависит сама возможность успешного лечения. Если пациент не доверяет, если он не склонен раскрывать какую-то информацию о себе, это будет влиять и на терапевтические возможности, которыми располагает врач.

Я приветствую такое широкое обсуждение темы доверия, которое задумано организаторами нашего заседания. Большое спасибо.

— *Вправе ли больной читать свою историю болезни? Для сравнения, участник гражданского процесса имеет это право, включая снятие копий с каких-то частей своего дела.*

— Да, по нашему Законодательству, больной вправе читать свою историю болезни.

— *Вы не могли бы дать короткую дефиницию доверия, или это невозможно?*

— Это возможно разве что для того, чтобы ее оспорить.

— *Как Вы относитесь к выражению «ложь во спасение»?*

— Я считаю, что если пациент хочет знать правдивую, достоверную информацию, то врач не вправе ее скрывать. Это очень сложная моральная проблема.

Невроз или шизофрения?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (13 апреля 2000 г.)
Врач-докладчик В. В. Кирпичникова

Вашему вниманию представляется больной С., 1957 г. рожд., поступил в Московскую психиатрическую больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 11.02.2000 г., является инвалидом второй группы по психическому заболеванию.

Анамнез. Больной родился в крестьянской семье, вторым ребенком. Родители развелись, когда пациенту было 15 лет. Матери сейчас 69 лет, добрая, мягкая, спокойная. Отец воевал, был конфликтным, вспыльчивым, злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения становился злобным. Умер в 47 лет от сердечного заболевания. Старший брат здоров. Пациент поддерживает отношения с матерью и братом.

О психических расстройствах у родственников больного не известно. Родился в срок, в раннем детстве развивался нормально. Детские дошкольные учреждения не посещал, воспитывался матерью. По характеру был малообщительным, стеснительным. Перенес детские инфекции, воспаление мочевого пузыря в пятилетнем возрасте. В три года упал с печки, потерял сознание. Мать рассказывала, что после падения он спал трое суток. К врачам не обращались. В последующем состояние было удовлетворительным. В школу пошел с семи лет, адаптировался быстро. С одноклассниками и учителями отношения были равными. Учился на 4 и 5 до пятого класса. Лидером среди сверстников не был. Охотно помогал матери по хозяйству. Приблизительно в 12 лет стал общаться с уличной компанией, прогуливал занятия, перестал учить домашние задания, успеваемость снизилась, и в восьмом классе был оставлен на второй год. Перешел в школу рабочей молодежи, окончил восьмой класс и поступил в ГПТУ, где получил специальность плотника. После ГПТУ работал на стройке и одновременно по направлению военкомата окончил курсы водителей. В армию был призван с 20 лет, т.к. из-за посевных и уборок в деревне получал отсрочки. Служил водителем в войсках радиолокационной службы. Сложностей с адаптацией к службе не было. Через год во время учений повредил оба колена и позвоночник. Три с половиной месяца лечился в госпитале. После выздоровления продолжил службу в стройбате в Москве. В последние месяцы службы познакомился со своей будущей женой. После демобилизации женился и остался жить в Москве. От брака имеет троих

детей: 16, 17 и 19 лет. Отношения в семье натянутые. Считает, что жена к нему плохо относится, что каждый живет своей жизнью. Трудовая деятельность с 17 лет: сначала работал слесарем на стройке, затем водителем.

В возрасте 30-ти лет (1987 г.) впервые без видимой причины во время прогулки с семьей в парке внезапно появился страх за свою жизнь, волнение, головокружение, сердцебиение. Придя домой, вызвал скорую помощь и после инъекции (какой, не знает) почувствовал себя лучше. Артериальное давление было 170/110 мм. рт. ст. Через две недели такое состояние повторилось. В страхе пошел в поликлинику, чувствовал сильную слабость, напряжение мышц ног, головокружение. Потерял сознание, очнулся только в больнице, где находился 22 дня. Из лекарств помнит только беллоид и папаверин. Улучшение было незначительным. После выписки сохранились высокие цифры артериального давления. Часто имел больничные листы. Практически ежедневно повторялись кратковременные приступы с сердцебиением, головокружением, слабостью, вялостью и страхом за жизнь, которые проходили после принятия элениума. Приступы длились от нескольких минут до нескольких часов. В 1988 г. два месяца лечился в клинике неврозов. Значительного улучшения не наступило. После выписки приступил к работе, но через три дня с тем же приступом был госпитализирован в соматическую больницу, откуда был выписан через два дня. Во время одной поездки на автомобиле внезапно перед глазами возникли "туман и мушки", потерял сознание, дальше ничего не помнит. Очнулся, когда приехала бригада скорой помощи, а машина стояла на обочине с заглушенным двигателем. В последующем с приступами головокружения, слабости, чувством страха и паники неоднократно госпитализировался в различные соматические больницы, в которых находился от нескольких дней до нескольких месяцев. В 1989 г. районный невропатолог направил его в психоневрологический диспансер, где ему дали путевку на госпитализацию в нашу больницу. Отмечались нарушение сна, вялость, пониженное настроение, подавленность, вспыльчивость, раздражительность, агрессивность к родным. Два месяца принимал сонапакс, амитриптилин, ноотропил, феназепам. При выписке

говорил о хорошем самочувствии, исчезновении напряженного ожидания приступа. Был поставлен диагноз: “Депрессивное состояние с фобиями”. Дома продолжал принимать амитриптилин, однако, снова стали возникать приблизительно раз в неделю приступы страха, беспокойства, головокружения и сердцебиений, которые купировались, как правило, сердечными и седативными препаратами. В течение последующих шести лет около семи раз стационарировался в различные соматические больницы, преимущественно в кардиологические отделения.

В 1993 г. в гостях у матери получил удар топором по лицу от ее сожителя, который пьянствовал и был неоднократно судим. В 1994 г. на работе ударился головой о балку, была тошнота и головокружение. Был госпитализирован с диагнозом — “Сотрясение головного мозга”, но через два дня отказался от продолжения лечения и был выписан домой. В 1995 г. была повторная травма головы в состоянии алкогольного опьянения, подробностей не помнит. К предыдущим диагнозам присоединилась посттравматическая энцефалопатия. В 1998 г. лечился в больнице по поводу портального цирроза печени. В 1996 г. (39 лет) по комплексу соматических заболеваний была оформлена третья группа инвалидности. Перестал работать, все время проводил дома.

Злоупотреблять алкоголем начал с 1993 г., пил запойми до полутора месяцев, толерантность выросла до одного литра водки в день. По словам жены во время похмелья иногда становился дезориентированным, не узнавал близких, “бредил”. Через несколько минут все проходило. В состоянии опьянения часто заявлял, что жена ему изменяет, придирался к ней, оскорблял, угрожал выбросить из окна. В похмельном состоянии из дома не выходил под предлогом того, что на него все смотрят. Был снова стационарирован в нашу больницу в ноябре 1995 г.

Во время бесед с врачом обвинял жену в изменах, не скрывал пьянства, но старался переключить внимание врача на заболевание сердца. На вопросы отвечал вязко и обстоятельно. Рассказывал, что в состоянии опьянения буянит, а потом ничего не помнит. Продуктивных расстройств не было. В процессе лечения в течение трех недель нормализовались отношения с женой, сожалел о случившемся. После выписки продолжал употреблять алкоголь. Объяснял это тем, что жена якобы забеременела от любовника. Для проверки ходил в женскую консультацию, дома был агрессивен, выбрасывал вещи из шкафа, бил посуду. Жена вынуждена была уйти жить к матери. У больного появилось навязчивое желание покончить с собой, выброситься из окна. Поэтому боялся оставаться дома один. Даже пристегивал себя наручниками к батарее. Продолжал пить, пока не кончились деньги. Затем сам обратился в психоневрологический диспансер и в конце 1995 г. вновь был направлен в нашу больницу. Лечился около месяца, выписан с диагно-

зом: “Алкоголизм”. Через два месяца вновь в связи с пьянством, агрессивным поведением в отношении жены был стационарирован в больницу, а через две недели выписан с улучшением. В дальнейшем продолжал пьянствовать, но в больницу не направлялся.

В течение последних трех лет стал более раздражительным, напряженным, агрессивным к родным, а временами подавленным. К страху высоты (боялся выходить на балкон) присоединился страх большой скорости, не переносил также поездок на метро и эскалаторе: “замирало сердце”.

В 1999 г. поступил из психоневрологического диспансера на трудовую экспертизу по психическому заболеванию. Был осмотрен комиссионно и установлен диагноз: “Шизофрения ипохондрическая на органически неполноценной почве”. Заключение: “нетрудоспособен”. В период экспертизы получал золот, сонапакс, азалептин, радедорм, феназепам, модитен-депо. Выписан с улучшением.

В течение последнего года злоупотребления алкоголем не было, дома практически ничем не занимался, большую часть времени проводил в постели, бездеятелен, пассивен. Сохранялся страх выхода из дома, боялся острых предметов. При виде ножа испытывал страх ударить кого-либо. В последние шесть месяцев постоянно слышит шум в обоих ушах, больше справа. Перед последним стационарированием состояние ухудшилось: появилась бессонница, усилился страх перед выходом из дома, перед острыми предметами; временами отказывался от пищи; чтобы не выброситься с балкона или не ударить себя ножом, пристегивал себя наручниками, освобождался только, когда шел в туалет. Такое состояние продолжалось в течение месяца. Жалоб на прежние приступы головокружения, слабости, сердцебиения не предъявлял. 11 февраля из психоневрологического диспансера направлен на лечение в нашу больницу, где находится по настоящее время.

Соматический статус. Выше среднего роста, правильного телосложения, повышенного питания. Сердечные тоны — ритмичные, приглушены. Пульс — 92 уд. в мин. Артериальное давление при поступлении — 125/85. В процессе лечения артериальное давление — 110/70 мм. рт.ст. Печень выступает на 1 см из под края реберной дуги. По остальным органам — без патологии.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

ЭКГ. Ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца.

Заключение невропатолога. Остаточные явления черепно-мозговой травмы.

ЭЭГ. Выявляются умеренные общемозговые проявления, умеренные изменения в стволово-нижне-срединных отделах мозга. Заинтересованность корковых структур.

Заключение психолога. На момент обследования правильно ориентирован, доступен контакту. Ориен-

Невроз или шизофрения?

тировка в прошлых событиях приближительна, фон настроения снижен, испытуемый озабочен состоянием своего здоровья, материальным положением, фиксирован на конфликте в семье. Жалуется на страхи, связанные с поездками в метро: “Для меня ездить в метро — мучение”. Также отмечает периоды вялости, нежелание что-либо делать, депрессивные состояния. Крайне обстоятелен, увязает при ответах на вопросы на второстепенных фактах, с трудом вычленяет главное, склонен к рассуждательству. Отношение к обследованию — адекватное. Фон настроения в процессе работы — ровный. Инструкции испытуемый усваивает несколько замедленно, работает в среднем темпе. Стремится получше выполнить задание. Если не получается, ссылается на то, что чувствует себя заторможенным. Достаточно критичен к результатам собственной деятельности.

Объективные данные. Объем активного внимания значительно сужен, затруднена его фиксация. Внимание неустойчиво, переключение — тугоподвижное. Выявляется невозможность длительного сосредоточения, выраженная истощаемость функции. Уровень непосредственного запоминания — снижен: 5, 5, 6, 7, 8 из 10. Привносятся лишние слова по типу созвучности со стимулом. Опосредованное запоминание более продуктивно. Из 11 предъявленных понятий испытуемый точно называет — 9. Ассоциативный процесс проходит с некоторыми трудностями, образы адекватны по смыслу. Наряду со стандартными отмечаются отдаленные образы, а также полисемантические по созвучию связи. В графических изображениях присутствуют специфические сосудистые особенности. Мышление характеризуется искажением процесса обобщения в форме расширения объема понятий, отмечается также легкость и актуализация латентных признаков, некоторая расплывчатость и недостаточная структурированность мыслительных процессов. Категориальный способ решения мыслительных задач испытуемому доступен. Суждения последовательны, достаточно логичны, отмечается излишняя обстоятельность, детализация. Испытуемый склонен к рассуждательству, присутствуют элементы резонерства.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется повышенной тревожностью, мнительностью. Проективная диагностика свидетельствует о преобладании пассивно-оборонительной позиции, повышенной ранимости в отношении критических замечаний, уязвимом самолюбии. Актуальна потребность в самоуважении и уважении со стороны окружающих, забота о своем социальном статусе. Самооценка снижена, характерны боязливость, тревожные опасения, связанные с ощущением непреодолимости существующих проблем, эгоцентрическая сосредоточенность на своих огорчениях и обидах. Выявляются шизоидные черты, недостаточное владение реальностью, труд-

ности в сфере контактов, некоторое эмоциональное обеднение.

Таким образом по результатам психологического обследования на первый план выступают шизоидные особенности мышления и эмоционально-личностной сферы на фоне значительного снижения по сосудистому типу. Отмечаются также низкая продуктивность внимания, мнестическое снижение, вязкость, обстоятельность мышления в сочетании с истощаемостью.

Психический статус. При поступлении в приемном покое дежурный врач отмечал галлюцинаторную мимику, а сам больной говорил, что слышит шепот в правом ухе. При осмотре в отделении правильно ориентирован в собственной личности, месте, времени. Фон настроения понижен. Речь неторопливая. В беседе вступает спокойно, охотно отвечает на вопросы. О пьянстве говорит уклончиво, стремится переключиться на соматическое заболевание. Предъявляет жалобы на нарушение сна, ощущение напряжения в теле, невозможность расслабиться, страх, что может потерять контроль над своими поступками, например, кого-то ударить или выброститься с балкона. Во время беседы редко меняет положение тела, мимика бедная, однообразная. Эмоционально уплощен. Складывалось впечатление, что больной к чему-то прислушивается, хотя сам он это отрицал. Мышление последовательное, несколько вязкое. Не сразу переключается с одной темы на другую. Память снижена, плохо ориентируется в событиях, происходивших несколько лет назад. Интеллект не высокий, знания соответствуют полученному образованию. Продуктивных расстройств не обнаруживает, суицидальные мысли отрицает.

В отделении получал этаперазин — 10 мг 3 раза в день, амитриптилин — 25 мг 3 раза в день, кордиамин внутримышечно на ночь № 10, циннаризин — 3 раза в день по 1 таблетке, сонопакс — 25 мг на ночь, имован — 1 таблетку, на ночь. На фоне лечения этаперазином стал жаловаться на дрожь в коленях. По назначению терапевта получал витамин В-1 по 2 мл. № 10, кокарбоксиллазу — 50 мг., внутримышечно № 10, корсил по 1 таблетке 3 раза в день и кордиамин в каплях — от 15 до 30 капель, 2–3 раза в день. На фоне лечения настроение улучшилось, стал активнее, живее, перестал высказывать жалобы на напряженность в теле и боли в области сердца. В отделении малозаметен, режима не нарушает. Общается с сохранными больными. В трудовые процессы включается пассивно. Заинтересован в переосвидетельствовании трудоспособности и продлении 2-й группы инвалидности. Продуктивных расстройств не обнаруживает.

Вопросы к врачу докладчику

— *Поясните, пожалуйста, что значит “шепот” в ушах.*

— Первый раз “шепот” был зафиксирован в 1996 году врачом приемного отделения, всего один раз. При последующих госпитализациях этого не было. При настоящей госпитализации 11 февраля 2000 г. врач приемного отделения заметил галлюцинаторную мимику: пациент к чему-то прислушивался, был насторожен, но на вопросы об этом отвечал уклончиво, уходил от прямых ответов и старался переключиться на другую тему. Врач приемного отделения отметил, что больной слышал шепот в правом ухе. На момент поступления в отделение, когда я первый раз с ним разговаривала, он говорил, что слышит не шепот в ушах, а общий шум, гул.

— У больного есть органические изменения сердца?

— На ЭКГ — органических изменений нет. — Только функциональные? — Да. — Когда это было зафиксировано? — У нас информация, к сожалению, только с его слов, выписок никаких нет. Ему стало очень плохо, было сердцебиение, слабость, отмечалась потеря сознания, и он был доставлен скорой помощью в кардиологическое отделение, лежал в реанимации. Сколько он там находился, не может сказать.

— На какой конкретно терапии было улучшение? И почему соннапакс заменен имованом? — Соннапакс закончился в отделении, потом появились жалобы на горечь во рту. Этаперазин отменили потому, что у него возникла дрожь в коленях. После отмены этаперазина он стал гораздо живее. Сейчас он получает амитриптилин по 25 мг три раза в сутки, имован на ночь, а так же терапию, назначенную терапевтом.

А. Ю. Магалиф. Анамнез должен быть выстроен по канве, согласно диагностической гипотезе. Все должно излагаться последовательно, вытекать одно из другого. А то получается так: сначала идет анамнез детства, потом анамнез службы в армии, потом анамнез трудовой деятельности, потом анамнез соматического заболевания, и потом анамнез психического заболевания. Получается, что каждый раз мы возвращаемся на несколько лет назад, а динамика отсутствует. Например, алкоголизм. Как он увязывается с его паническими атаками? Это должно быть отражено в анамнезе. Вы, допустим, могли отметить, что когда он выпивал, невротические расстройства исчезали, а когда трезвел, возникали обострения. Тогда можно выстроить канву его болезни. Факты Вы все правильно назвали, но теперь нам предстоит увязать их с динамикой его психической патологии.

Беседа с больным

— Проходите пожалуйста. Добрый день. Присаживайтесь. У нас расширенный консилиум. Меня зовут Александр Юрьевич. Вы не против беседы с нами? — Нет. — Сколько времени Вы здесь уже в больнице? — Третий месяц. — Вам лечение помогает? — Да. Помогает. Стало лучше. Меньше внутреннего напряжения, сон восстановился.

— Вы сейчас назвали два расстройства: внутреннее напряжение и сон. Это то, что Вас привело в больницу? — Нет. Это далеко не то. — Значит, это не самое главное? — Это не самое главное. — Тогда назовите самое главное. — Главное, что некоторые страхи беспокоили. — Страх? — Страх. Именно страх. — Чего боитесь? — Боюсь, что не смогу себя контролировать. — Контролировать в чем? — Навязчивая мысль: а вдруг я в окно выпрыгну? Такого характера. — Страх и навязчивая мысль — это одно и то же? — Это можно объединить. Боюсь, что не буду себя контролировать, и страх. — Скажите пожалуйста, этот страх появляется сразу же после пробуждения? — Нет. Бывает, что его и нет. Бывают просветы. — Что такое просветы? Это часы, минуты, дни? — Часы скорее всего. — Когда Вы просыпаетесь утром, у Вас нормальное состояние? — Бывает, что нормальное, а бывает, что нет, я просыпаюсь уже подавленным. — Первое ощущение после пробуждения это — чувство подавленности? — Да. — Расскажите пожалуйста подробнее, как Вы ощущаете подавленность? — Это настроение, это не физическое состояние. — Это плохое настроение? — Это угнетенное состояние. — Чувство тоски Вам знакомо? — Знакомо. — А чувство тревоги? — Очень знакомо. — Можете обрисовать это чувство тревоги? Это тревога в связи с каким-то конкретным событием, действием или что-то непонятное на душе, тревожное? — Бывает, что на душе тревожно. Бывает, что из-за родни, мать старенькая. — Тревога за близких Вам людей? — Да. — Понятно. Вы проснулись, у Вас подавленное настроение. В это время у Вас могут быть навязчивые мысли, о которых Вы говорили. — Могут быть. — А может быть так, что Вы проснулись, и настроение у Вас хорошее? — Тоже может быть. — Еще вопрос к предыдущему: подавленное настроение бывает эпизодически или это каждое утро всю неделю или месяц? — Наверное месяцами, даже годами. Чтобы я проснулся здоровым человеком в хорошем настроении, этого почти что нет. — Уже несколько лет? — Конечно. У меня уже патологические изменения там. — Какие изменения? — Сердце больное. Я на это внимание не обращаю, живу одним днем, день прожил — и ладно. — Страхи, навязчивые опасения, только с утра? — Бывает, что я с ними просыпаюсь, а бывает, что они возникают спонтанно. Прихожу на кухню что-нибудь разогреть, включаю телевизор, а там всякое показывают. — А если Вы увидели кухонный нож на столе, возникает какое-нибудь опасение? — Да. Опасение именно того, что я не смогу себя контролировать. — И, что Вы сделаете? — Кого-нибудь пораню. — Своих близких? Войдет, например, сын или жена и Вы пораните ножом жену? — Это пожалуй самое главное. Или сделаю что-нибудь с собой. — Или себя пораните? — Нет. Я боюсь, что или в окно выпрыгну или... — А себя ножом можете порезать? — Нет. — Другого можно, а себя — нет? — Я боюсь другого порезать. Даже если за столом сидим, десертный нож я не боюсь держать, а вот кухонный — не могу: начинаю хлеб резать, у меня такое внутреннее напряжение возникает. — Сразу все сжимается? — Да. Сковыивает как-то. — Но Вы все-таки можете взять себя в руки и порезать хлеб? — Могу. — Вы говорите окружающим, что у Вас есть этот страх, семья знает? — Да, семья знает. — Как они к этому относятся? — Я бы сказал, что несерьезно. — Они в это не верят? — Они думают, что я не могу такое вообще сделать. — Они Вас как-то утешают, разубеждают? — Я не жалуюсь на такое состояние, ухожу в свою комнату, закрываюсь. — Но ведь Вы даже пристегивали себя на-

Невроз или шизофрения?

ручниками, кажется к батарее? — Нет. — А к чему? — Я в стене в перегородке (она гипсовая) просверлил дырку, взял болт с большой шайбой и маленький тросик, приделал его к болту, причем гайка с той стороны комнаты, мне до нее не добраться и к тросику прикрепляю наручники. Так, что до окна мне не добраться. — А какая длина тросика? — 50 – 60 см. — А рядом стул, кровать или диван? — Я сижу на кушетке. — А где же Вы наручники раздобыли? — А на вернисаже их каких угодно можно добыть. — Вы специально пошли и купили наручники? — Да. — А ключ где Вы храните? — У меня под матрасом. Если со мной будет еще хуже, я могу отшвырнуть его куда-нибудь подальше. — Вы можете дотянуться до ключа, открыть наручники, пойти в туалет или поесть, потом опять себя запереть? — Да. Когда я в наручниках, я немножечко расслабляюсь. — Это только когда Вы один или когда дома Ваши домочадцы? Кто у Вас в семье? — Жена, сын и дочь. — Когда они дома, Вы тоже сидите в наручниках? — Да. — Вы за одну руку пристегиваетесь? — За одну. — А как они относятся к тому, что Вы сидите в наручниках, на тросе? — Сперва я прикрывал тросик, чтобы не заметно было. — А потом Вас посчитали психически больным? — Я объяснил жене, она знает, что я неоднократно лечился в 12-й, 15-й больницах. — Она к этому относиться спокойно? — Даже слишком спокойно, равнодушно. — Вас это огорчает? — Нет. — А как бы Вам хотелось чтобы она реагировала на это? — Она просто не думает, что со мной может что-то случиться, она об этом не беспокоится. — Как Вы еще себя изолируете, кроме наручников? — Запираюсь в комнате, убираю инструменты подальше. — А окна? — Да. Это удивительно, но на 5-м этаже на окне — решетка, правда ее можно легко снять. — Но само наличие решетки Вас успокаивает? — Да. — Но нельзя же всю жизнь прожить в наручниках, бывают же периоды, когда Вы что-то делаете дома, гуляете? — Я мало гуляю. Если гуляю, то с какой-то целью. — В магазин Вы можете пойти? — Могу, но мне тяжело подниматься по лестнице обратно. — Отдышка, сердцебиение? — Да. — Из-за этого Вы не ходите? — Из-за этого и опять-таки боязнь. — Боязнь чего? — Вдруг что-нибудь случится. — А что? — Упаду, например. — Ну, упадете встанете и пойдете. — Я боюсь упасть. Или захожу в метро, а у меня уже рубашка к спине прилипла. — Но все-таки Вы способны проехать хотя бы несколько остановок? — Вполне способен. Когда жду электричку, стою где-нибудь посередине. — Бойтесь к краю подходить? — Да, чтобы не прыгнуть под поезд. — А в метро возникали приступы удушья, сердцебиение, ощущение, что Вы сейчас упадете? — Да, но я стараюсь прислониться к чему-нибудь. — Вы когда-нибудь падали? — Да, было. — Часто? — Было один раз. — Душно было? — Было душно, дышать было нечем, и я на какую-нибудь секунду отключился. — Значит Вы все-таки способны выйти из дома, перейти через дорогу? — Только по переходу. — Никогда не бывает ощущения, что машина на Вас может наехать? — Нет, я сам водитель. — Вы сейчас ездите на машине? — Четыре месяца назад ездил. — Далеко ездили? — Да. Подрабатывал, извозом занимался. — Сколько же часов в день Вы могли просидеть за рулем? — Утром в час пик и вечером. — Эти все опасения исчезали, когда Вы за рулем? — Я отвлекаюсь, смотрю на дорожные знаки, светофоры. — Чувствуете себя хорошо? — Чувствую себя лучше, чем пешком. — А стоит только остановиться, выйти из машины, и опять все накатывает? — Нет, не сразу, но постепенно. — Бывало, что Вы возите ка-

ких-нибудь людей, а они Вам деньги не заплатят? — Нет. Такого не было. Если я везу человека, то я вижу, что он тронется, человек трезвый. А возле какой-то публики наглой я просто не останавливался. — Вы вообще опасаетесь людей, что они могут причинить Вам какой-нибудь вред? Входите, например, в подъезд, там какие-нибудь подростки или подозрительные личности? — Нет. Такого не бывает. — Скажите пожалуйста, время года сказывается на Вашем самочувствии? — Сказывается. — Когда хуже? — Весной и осенью, когда погода то такая, то такая. — Перепады погоды ощущаете? — Очень. — Бывают головные боли? — У меня раньше постоянно были головные боли. — Где болела голова? — Затылок болел. — Еще где? — В висках давило. — Давило на уши? — Когда в висках давит, то немножко на уши тоже. — А на глаза? — Нет. — У Вас никогда не бывало двоения в глазах? — Бывало. — При вставании кружится голова? — Это бывает очень часто, даже к невропатологу по этому поводу обращался. — Вы помните, когда Вы заболели? — Да, это случилось 7 августа 1987 года. — 7 августа 1987 г. началась Ваша болезнь? — Мы гуляли просто, я еще не знал, что это болезнь. 7 августа ко мне впервые приехала скорая помощь. — Все было тогда внезапно: паника, ощущение сердцебиения, тревога? — Не ощущение сердцебиения, а сердцебиение и тревога. Да, я думал, что если я сейчас сяду, то уже не встану. — Страх смерти? — Да, и когда врач приехал, то удивился: “Где здесь больной, что он так бежит?” Сделали мне папаверин с дибазолом, димедрол, как сейчас помню, я поспал немножко. — Вы не можете сказать, что предшествовало этому? — Я после ночной смены был. — Вы утомились в этот день? — Да, немножко. — Вы тогда на машине ездили? — Да. У меня последняя ездка была в г. Жуковск, молоко возили. — Разгружали? — Да. — Это ночью было? — Да, по ночам. — Сколько Вы не спали перед этим? — У меня выезд был в 12.45 дня, я до вечера доработал, всю ночь и только в 11 часов следующего дня я поставил машину, приехал домой и пошел с детьми гулять. — Но это случилось не во время прогулки, это дома было? — Нет, именно во время прогулки у меня открылось непонятное ощущение. И когда мы пришли домой, по телевизору фильм шел “Стрелы Робин Гуда”. — Вы даже помните какой фильм шел по телевизору в тот момент? — Да. — Вы курите? — Да, я курю. — Вы в ту ночь много курили? Может быть кофе много пили или чая? — Нет. — У Вас же еще алкогольные проблемы были? Вы в то время много пили? — Нет. — В 1987 г. Вы больше литра выпивали, опохмелялись? — Нет, где же больше литра? Нет. Пить пил, но я в 12.45 уже выезжаю, а на следующий день только в одиннадцать я ставлю машину, что же я напьюсь, а потом, через ночь выезжать. Столько выпить, ведь качать будет, а мне на работу. — Но, Вы же по несколько дней подряд выпивали, запой были? — Были. — Это тот период? — Нет. Это было значительно позже. Я уже работал в другой организации на автопогрузчике. — Вам удалось самому бросить пить, или Вы лечились? — Я сам бросил пить. — Вы уже давно не пьете? — Сейчас скажу. Тем летом, 13 мая у брата день рождения был. Я приехал в гости к нему, ну и мне хотелось перед бывшими друзьями показаться, что я здоров, не болею, выпил больше полстакана водки, посидели, разошлись, брату пришлось вызвать скорую помощь, меня положили в больницу. — Что с Вами случилось? — Тахикардия, сердцебиение, но не после того, как выпил, прошло часа четыре. — С тех пор Вы перестали пить? — Да. Я и до этого можно сказать не

пил. — Но Вы ведь по несколько дней подряд пили? — *Это другой случай, я рассказываю про прошлое лето.* — Некоторые люди, чтобы избавиться от ощущения тревоги, страха, выпивают, и им становится легче. Вы пробовали так делать? — *Пробовал.* — Становилось легче? — *Нет, наоборот, страх усиливался.* — В опьянении или когда трезвели? — *Я пьяным не был.* — Ну, если стакан водки выпить, опьянение же есть? — *Не такое уж опьянение, но наоборот страх усиливается.* — Значит если Вы выпиваете, пьянеете, то страх усиливается? — *Страх усиливается, сразу спазмы, нечем дышать, недостаток воздуха, тахикардия.* — Вы все-таки выпивали каким-то образом? — *Были семейные неурядицы.* — Вы говорили о том, что когда поступали в больницу, слышался какой-то шепот в ухе. В каком ухе? — *Шипение.* — Не шепот, а шипение? — *Да. В обоих ушах, но с правой стороны сильнее.* — Когда оно у Вас впервые появилось? — *Я за собой стал это замечать месяцев 6–7 назад.* — Не помните после чего? — *Нет, совершенно случайно, думаю, что у меня в ухе шипит? Напротив нас строился торговый центр, я подумал сначала, что у них на стройке стоит компрессор, шум был такого характера. Я ушел на другую сторону дома в другую комнату, закрыл дверь, заткнул уши, все равно шипит.* — Вы испугались? — *Нет.* — А голос не слышали? — *Нет. Такого не было.* — А шипело именно в ушах или где-то внутри? — *Скорее где-то внутри.* — Как Вы избавлялись от этого? — *Никак, у меня это и в данное время есть.* — Вы приспособились уже к этому? — *Я просто привык. Я когда днем с кем-то разговариваю, я это мало замечаю, а когда спать ложусь, то слышу.* — Спать, телевизор смотреть это не мешает? — *Телевизор смотреть не мешает, а когда спать ложусь, то немножко раздражает.* — Шипит, все время? — *Все время.* — А какие-нибудь лекарства спасают от этого? — *Нет. Пробовал я ноотропил, циннаризин, кавинтон, курс церебролизина.* — Никак не влияло? — *Нет, ничего.* — Вы неоднократно лежали в разных больницах, как Вы считаете помогает лечение? — *Когда я сюда поступал, я боялся идти и нанимал машину, чтобы сюда доехать, а когда выписывался, то домой спокойно в общественном транспорте ехал, значит, помогает.* — Только тут помогает? — *Да.* — Вы приходили домой, опять тот же пятый этаж, те же ножи и вилки. — *Первое время, я вроде бы ничего.* — Не замечали? — *Меньше обращал внимание на это.* — А, потом, опять накатывает? — *Да. Сперва небольшой накатик, а потом все больше и больше.* — У Вас есть какие-нибудь защитные приемы, ритуалы, чтобы избавиться от такой напасти? — *Нет.* — Ну, например, постучать, перевернуться, еще что-нибудь? — *Нет. Я иногда прошу домашних, например, кросвордик порешать, чтобы отвлечься как-то.* — А читать можете? — *Я с собой книгу принес — “Подвиг” Чейза. Я ее начинал читать три раза, дочитывал до 30 с небольшим страниц, если меня даже сейчас спросить что я прочитал, я не помню.* — Такая плохая память? — *Просто я читаю, а думаю о чем-то о другом, я не улавливаю смысла.* — О чем Вы думаете? — *Не знаю, просто как-то машинально.* — Вы запоминаете события в нашей стране? — *Естественно.* — Какая у Вас болезнь, как Вы думаете? — *Я не могу сказать.* — Ну все-таки, сейчас много передач по радио, по телевизору, книжки продают по здоровью. Вы не пытались разобраться? — *Я лежал в клинике неврозов, там учили самоуспокоению, а в народные средства я не верю.* — В глаза, порчу? — *Нет, я в это не верю. Жена предлагает к бабушке поехать, но я в это не верю, я не поехал, а жена взяла*

фотокарточку, съездила. — Все-таки с чем связана Ваша болезнь, в чем причина? — *Я не знаю. Я не могу объяснить даже. Зафиксировано у меня сотрясение мозга, но небольшое.* — Неоднократное? — *Зафиксировано один раз.* — А топором когда ударили, сотрясения не было? — *Нет, это поверхностное.* — Вы с детства человек немножко мнительный? — *Вроде бы нет.* — А постарше когда стали, появилась мнительность? — *Не мнительность, я какой-то беспокойный был, когда дети низко к воде подойдут, близко к колодезю или еще куда-нибудь. Мне даже знакомые говорили, что я очень об их пекусь.* — А, например, ушел из дома, запер гараж или не запер? — *Бывает такое.* — Вам это вообще свойственно? — *Свойственно. Я поворачиваюсь домой, проверяю все розетки, проверяю газ, воду.* — Машину поставил, закрыл ее или не закрыл? — *Если я машину поставил, то я аккумулятор домой забирал.* — Все замки проверяли всегда? — *Да, выходил, а мысль такая: “А газ-то выключил?”* — А работе это не мешало? Что-то сделал, а может быть не так сделал, надо переделать? — *Нет. Единственное, что бывало на работе, я всегда ношу с собой таблетки: сердечные, успокоительные и корвалол, и если я забывал их взять, то даже просил у начальника машину чтобы съездить за таблетками.* — Примерно с какого времени Вы стали это делать? — *С начала 1990 г.* — Уже после того, как приступ болезни возник, а до того не было? — *Нет. Я даже не знал в каком состоянии у меня сердце находится.*

Вопросы к больному

— Вы легко сердитесь на кого-нибудь? — *Нет. Меня очень трудно завести. Я как-то в себе все это держу.* — А потом взрываетесь? — *Бывает иногда, но это в домашней среде. Например, дети разбалуются, на них прикрикнешь и все. А на улице таких ситуаций со мной еще не было.* — От чего Вы пришли лечиться сейчас? — *Чувство страха, что не смогу себя контролировать плюс потеря сна.* — После выписки из больницы на какой период времени Вам становилось лучше? — *Месяца на три, на четыре, а потом, я обращаюсь в ПНД, прошу мне выписать такие лекарства, как мезапам.* — А в эти четыре месяца Вы ничего не принимали? — *Принимаю постоянно мезапам или нозепам, меняю лекарства чтобы не было привыкания.* — А сколько таблеток принимали? — *Мезапам — 1 таблетка днем и 1 таблетка на ночь.* — Вам хватает этой дозы на какой-то период? — *Да, чтобы заснуть получше.*

— Какие у Вас к нам вопросы? — *Откуда берется этот страх и как от него избавиться?* — В этом-то и заключается Ваше заболевание. Если правильно подбирается лечение, если следить за этим лечением тщательно, то можно победить болезнь. Обратите внимание, Ваш страх тянется уже 13 лет. За 13 лет Вы только один раз упали, с Вами ничего не случилось страшного. — *Ну, почему же? Был я в реанимации в 36-й больнице.* — Но там же не был поставлен инфаркт, были только временные расстройства. Вас никто не спасал, когда Вы перелезали через перила балкона. — *Нет. Я к нему боюсь подойти.* — За 13 лет ничего этого не случилось? — *Не случилось.* — И никогда не случится. В том-то и дело, что Все Ваши опасения остаются только опасениями. И никогда еще ни с кем (много людей с подобными опасениями) ничего не случилось. Страх этот мучителен, поэтому лечение прекращать нельзя. Те же самые таблетки можно принимать дома. — *Вот я пришел в ПНД, а мне сказали что у меня такое состояние, что мне не нуж-*

ны таблетки. — Когда Вы выписываетесь из больницы, то какой-то период времени (Вы же сами говорили) чувствуете себя прилично. Это состояние компенсации надо просто продолжать, принимая аккуратно лекарства, ходить к врачу. Вас вылечит время, это лечится трудно, но лечится. С Вами никогда ничего не случится. Вы никогда не броситесь в окошко, никогда ни кого не пораните ножом, мы за это отвечаем. — *Даже мост около нашей больницы железнодорожный, я иду со стороны Измайловского парка, я дохожу до моста и останавливаюсь, я боюсь через него идти.* — Почему? — *Я боюсь с него прыгнуть.* — Никогда не прыгнете. — *Если с кем-то из родных, то иду спокойно, а один боюсь.* — Спасибо, мы сейчас подумаем как лучше Вам помочь.

Врач-докладчик. В анамнезе каких-либо психопатологических проявлений до 30 лет не выявлялось. Были только неоднократные не резко выраженные черепно-мозговые травмы. Из нарушений восприятия отмечались лишь элементарные слуховые обманы. Это упоминается в истории болезни от 1996 г. (пик его пьянства) и отмечается при настоящей госпитализации. Однако, больной это отрицает и говорит только о наличии шума. В прошлом отмечались кратковременные состояния (также на фоне пьянства), когда больной становился дезориентированным, не узнавал близких, “бредил”. Возможно больной переносил кратковременные психотические эпизоды алкогольной этиологии. Шум в ушах можно считать следствием органического (сосудистого?) поражения головного мозга. В эмоциональной сфере необходимо отметить наличие у больного дисфорий, вспыльчивости, агрессивности (угрожал расправой и выгонял жену из дома, ломал мебель, бил посуду), которые возникали на фоне пьянства. Наряду с этим отмечаются периодическая подавленность настроения, приступы головокружения, слабость, потеря аппетита. Можно предположить, что больной перенес в прошлом эпилептический приступ, т.к. непосредственно перед ним он испытал напряжение в мышцах, видел перед глазами туман, мушек, затем потерял сознание. После приступа были слабость, вялость и сонливость. Описанные нарушения также могут являться следствием органической недостаточности ЦНС. В волевой сфере и сфере влечений можно отметить в последние годы снижение побуждений, активности, наличие психической слабости, апатии, вялости, нежелания чем-либо заниматься, потери интереса к окружающему. В настоящее время в отделении пассивно включается в трудовые процессы и порой просто безучастен к происходящему вокруг него. Эти изменения можно отнести как к экзогенной так и к эндогенной природе. Расстройства мышления. В одной из архивных историй болезни врачи отмечали наличие резонерства, но в данное время можно говорить только о некоторой вязкости мышления.

Бредовые идеи. Был период, когда на фоне массивного пьянства больной высказывал бредовые идеи ревности в отношении своей жены. Ходил в женскую

консультацию, уточнял, от кого она забеременела. В настоящее время идеи ревности к жене не актуальны, хотя критики к ним до сих пор нет. Вероятно можно говорить о бредовых идеях ревности, спровоцированных употреблением алкоголя. Поэтому в последнее время при отказе от употребления алкоголя эти идеи редуцировались. Невротические расстройства: приступы страха смерти, боязнь метро, высоты, острых предметов, опасение кого-либо ударить, покончить с собой. Эти приступы носят многоликий характер. Вначале прослеживается взаимосвязь возникновения их в 30 лет вместе с диагностированием сердечно-сосудистой патологии. Однако в последующем четкой связи не отмечается, и сам больной это также отрицает. Указанную патологию можно рассматривать в рамках навязчивых страхов, т.к. они эмоционально насыщены и тягостны для больного. Интеллектуально-мнестическая сфера. Интеллект больного в целом соответствует полученному образованию. Отмечается незначительное снижение памяти на события прошлых лет. Учитывая сказанное, можно предположить у больного наличие навязчивых фобий на фоне органического поражения головного мозга сложного генеза: черепно-мозговые травмы, алкогольная интоксикация, сосудистая патология.

— Спасибо. Это синдромальная диагностика. А нозология? Он же у Вас инвалидность по шизофрении получает? — *Да. Сейчас у него срок переосвидетельствования.* — Хорошо. Какие вопросы? Нет. Спасибо. Тогда, коллеги, начнем дискуссию.

Обсуждение

В. Ф. Мусиенко. Можно сказать, что у больного “диспсихопатия”, т.к. имеется довольно адекватная критика к заболеванию. Это эндогенный синдром, приступы мало чем отличаются от эндогенных сенестопатических приступов. — *Если это эндогенное заболевание, то можно назвать его вялотекущей шизофренией?* — Вы знаете, я иногда уклоняюсь от таких уточнений. Это эндогенное заболевание, “диспсихопатия”.

А. А. Глухарева. В преморбиде он ананкаст, у него обсессивно-фобические расстройства, в тридцать лет у него появились симпато-адреналовые кризы, по современной диагностике это панические атаки. Где Вы видите здесь эндогенное, где Вы видите схизис?

— Я бы хотел обратить внимание, что у него нет характерных для шизофрении изменений мышления. У него мышление достаточно примитивное, конкретно-ситуационное, нет ни резонерства, ни разорванности. Поэтому я бы поддержал коллегу в том, что это не эндогенное заболевание, не шизофрения. Здесь можно поставить два диагноза: обсессивно-фобическое расстройство с паническими атаками, агорафобией, а также органическое поражение ЦНС сложного генеза. Здесь и травмы, и сосудистое заболевание и алкоголизм. — *По поводу агорафобии. Он не очень*

боится открытых пространств, он боится другого. Он боится прыгнуть с моста, боится прыгнуть с балкона. — Агорафобический синдром понимается шире, — это боязнь остаться одному, боязнь оказаться беспомощным и т.д.

— Эти приступы у него диэнцефальные, то, что раньше называли гипоталамическим синдромом. Они и были началом развития фобий. Скорее всего это диэнцефальные приступы на фоне органики.

— Мне кажется, здесь основной вопрос — в рамках какой нозологии эти расстройства. Если не брать МКБ-10, по которой все можно решить просто, ничего и не решая. Что это? Это вялотекущая шизофрения, ипохондрическая, основанная на тревожно-фобических расстройствах, фобических атаках, или это тревожно-фобические состояния, возникшие у больного на фоне переутомления или какой-то генетической предрасположенности и, в силу его органических и личностных особенностей, закрепившиеся и периодически обостряющиеся? Сейчас это уже образ жизни больного. Это уже, как раньше описывали, невротическое развитие, когда формируется определенный тип личности, и человек в этих рамках живет. Так вот, эта измененная личность уже сформировалась. Возникает вопрос. Какая она — невротическая или шизофреническая? Сказать, что она органическая довольно трудно, потому что он доступен, приветлив, интонен, ищет помощи. Он не истощаем, у него нет нарушений памяти, нет психоорганического синдрома. Это и не шизофренические изменения в результате вялотекущего процесса: при общении с ним этого не видно. Хотя, когда слушаешь анамнез, что-то настораживает в плане эндогенного заболевания: больно образ жизни его оригинален, неадекватен, но четких доказательств этого, для меня, нет. Психологическое обследование в данном случае нам не помогло, там есть указание на шизоидные особенности личности. Я не знаю, что имел в виду психолог под шизоидностью, а в то же время постоянно повторяется: обстоятелен, вязок, рассудительство. И еще одно, он же прямо фиксирует дату начала заболевания. Обычно это бывает, когда у человека до этого было все благополучно, шизофреники обычно так не фиксируют. Доктор правильно сказал, что по-старому это диэнцефальные кризы, он и по виду эндокринопат: одутловатый, телосложение у него не совсем мужское, оплывший. Мне кажется, что здесь невротическое развитие личности у больного с органической недостаточностью.

— Больной лежал и в нашем отделении. В жизни он оказывается беспомощным, кроме небольших промежутков времени, когда, по сведениям жены, он собирается, садится за руль, чуть-чуть поедит и чувствует себя хорошо. Когда он лежал в нашем отделении, мы отпускали его домой. Так вот! Он, такой детина, сидит и ждет, когда за ним придет жена, а один ни за что не пойдет. Мы говорим: “Вам же здесь недалеко, мы Вас проводим, посадим в троллейбус”. Нет, отпра-

вить его домой одного мы ни разу не смогли. Он каждый раз ждал, когда придет жена и на такси отвезет его домой. Это же нелепость! И дома он сидит прикованный наручниками к кровати, и эти его опасения, страхи. Начало заболевания было с катастрофальных реакций, где-то диэнцефальная патология вначале была. Но, вообще, катастрофальные реакции в рамках шизофрении по типу “я умираю” были хорошо описаны у Ротштейна. И потом идет непрерывное течение с небольшими послаблениями.

А. Ю. Магалиф. Давайте подводить итоги. Начнем со статуса. Больной доступен, держится свободно (сказывается опыт общения с врачами), легко поддерживает беседу, отвечает четко, не пускается в длительные рассуждения о причинах своей болезни, не ищет виновных в ней. Словарный запас достаточно хороший, употребляет такие слова, как “спонтанный”, “тахикардия”, “самоуспокоение”, помнит названия многих лекарств, которыми лечился, любит “кроссвордик порешать”, чтобы отвлечься. Другими словами, нарушения памяти, внимания, мышления, выявленные при патопсихологическом обследовании, в клинике не видны. Мы не обнаруживаем также аффективных расстройств, они отчетливо звучат только в анамнезе. Обманы восприятия тоже отсутствуют. Имеется полное сознание болезни, причем за долгие годы трактовка болезненных проявлений не изменилась. Не возникло признаков нозомании, путаных, нелепых объяснений своих ощущений, попыток связать их с неким злым умыслом и пр. Алкогольная патология в статусе представлена лишь снижением критики к пьянству. В тоже время больной не пытается объяснить его “расстройством нервной системы” или условиями жизни, как делают многие алкоголики. Не пытается так, как больные шизофренией, объяснить свои болезненные проявления злоупотреблением алкоголем. Таким образом, опираясь на высказывания больного, на данные анамнеза, а также на данные его обследования, мы можем квалифицировать статус как невротический на фоне церебрально-органической недостаточности. Теперь о главном — о невротических расстройствах. Они — стержень всего заболевания. Обсессивно-фобический синдром представлен причудливым сочетанием навязчивого страха за свое здоровье и навязчивым желанием нанести себе самоповреждения, прыгнуть с балкона, с моста, из окна, броситься под поезд метро. Сюда же следует отнести и навязчивое желание нанести ранения близким. Эти навязчивости следует квалифицировать как контрастные желания. Они весьма распространены. Многие люди, находясь на большой высоте испытывают желание броситься вниз, некоторых тянет шагнуть под поезд, ударить кого-нибудь, пырнуть ножом, выстрелить. Нередко объектом являются, действительно, самые близкие люди. Эти навязчивые желания всегда очень неприятны, вызывают угрызения совести. Однако чаще всего они не стойки,

возникают эпизодически, не дают развития и никогда не реализуются. Опасность их реализации возникает у больных шизофренией, где контрастные желания могут быть компульсивны. Реализация их встречается и у brutальных психопатов с нарушениями в сфере влечений, например, самопорезы, самоожоги и пр. У нашего больного за долгие годы болезни контрастные желания ни разу не реализовывались. Любой сложный невроз порождает защитные действия — ритуалы. И у этого больного были своеобразные ритуалы: решетки на окнах, приковывание себя наручниками к стене. К защитным действиям можно отнести и требование всюду его сопровождать. Боязнь выйти из дома — не агорафобия. Агора — рыночная площадь. Это страх открытых пространств. Он же боится перейти дорогу, спуститься на эскалаторе, боится любого транспорта, кроме собственной машины. Кстати, это весьма распространенный феномен: больные, которые не в состоянии проехать ни одной остановки на общественном транспорте, прекрасно ездят за рулем сами. Наш больной даже занимается извозом, хорошо ладит с пассажирами, что говорит о его сохранившихся коммуникационных способностях.

Теперь о развитии болезни. Определенная скудность данных анамнеза не дает возможность детально оценить все этапы его болезни. Однако известно, что в 3 года больной видимо получил сотрясение мозга, которое не отразилось на дальнейшем развитии. В 37 и 38 лет получил повторные сотрясения мозга и в результате был установлен диагноз: “Травматическая энцефалопатия”. Примерно в то же время начал активно формироваться алкоголизм. По отдельным высказываниям больного можно предполагать у него наличие тревожно-мнительных преморбидных черт. Таким образом к моменту возникновения психической болезни имелась измененная почва. В дальнейшем она усложнилась: добавились печеночная патология, гипертония с акцентом на сосуды мозга (гипертоническая ангиопатия сетчатки). Основное заболевание началось внезапно. Такие больные всегда называют точную дату и даже час начала болезни. Клиническая картина приступа определялась довольно стандартным набором вегетативных и аффективных расстройств. Раньше такие приступы назывались диэнцефальным, гипоталамическим синдромом, симпат-адреналовым кризом, теперь обычно их именуют паническими атаками. Различия в клинике этих приступов, как правило, определяется удельным весом расстройств. Их дальнейшее течение не предсказуемо: они могут появляться эпизодически, в виде невротических реакций, а могут интенсивно прогрессировать, превращаясь уже в состояния. Это произошло и с нашим пациентом. Длительное существование подобных состояний обязательно вызывают довольно характерное развитие личности и социальное снижение вплоть до инвалидизации. Обычно резко суживается круг интересов, больные становятся раздражительными, мнительными, чрезвычайно эгоистичны-

ми, даже деспотичными по отношению к своим близким, требуют от них бросить все дела и ухаживать за ними, сопровождать их всюду. В далеко зашедших случаях такие пациенты в домашней обстановке производят впечатление дефектных процессуальных больных. Я это знаю по опыту работы врачом скорой психиатрической помощи. Представьте себе эту картину: сидит наш пациент, инвалид 2-й группы, на кушетке, прикованный к стене тросом, в наручниках, на окнах 5-го этажа решетки, эмоционально напряжен, говорит, что жена изменяет, он боится порезать родных ножом, боится выброситься из окна. Какой диагноз Вы напишете в путевке? А здесь он производит совсем другое впечатление, и о процессуальных расстройствах можно говорить с большой натяжкой, опираясь лишь на отдельные данные патопсихологического обследования. Интересно соотношение у нашего больного сомато-вегетативных расстройств и алкоголизма. Вообще злоупотребление алкоголем иногда провоцирует возникновение панических атак, особенно на фоне утомления, бессонной ночи, больших доз кофе, сигарет. В то же время алкоголь, как транквилизатор, часто помогает больным адаптироваться, например, при передвижениях на транспорте. По словам же нашего больного алкоголь ухудшал его состояния, поэтому он перестал его употреблять. Алкоголизм к этому времени успел сформироваться полностью, его отличительной особенностью явились измененные формы опьянения с агрессией, характерной для травматиков, и идеи ревности. Слуховые обманы в виде “шепота”, шума скорее всего результат алкогольной интоксикации и церебрально-сосудистой недостаточности. Теперь о депрессии и ее связи с невротическими расстройствами. В анамнезе только при одном стационарировании звучит депрессивное состояние. Отвечая на мои вопросы, больной сообщил о периодическом возникновении тоски и тревоги. Однако сам же сказал, что навязчивости не связаны тесно с настроением. Мы знаем, что депрессия с эндогенным радикалом часто входит в структуру аналогичного фобического синдрома. В дифференциальном плане нам важно, что первоначально невроз возник на спокойном эмоциональном фоне, а депрессивные расстройства присоединились потом и не были ведущими в клинической картине болезни. Таким образом диагноз можно сформулировать так: “Выраженный обсессивно-фобический невроз на фоне церебрально-органической недостаточности сложного генеза (травматической, сосудистой, токсической) с психопатизацией личности и социально-трудовой дезадаптацией”. Терапия больного должна быть продолжительной и комплексной. Требуется сочетание специальной психотерапии, включая функциональную тренировку, навыки предотвращения вегетативных приступов, а также динамичной фармакотерапии (антидепрессанты, антиконвульсанты, бета-блокаторы, дегидратационные средства, небольшие дозы нейролептиков и транквилизаторов).

Обсессивный синдром

Иосиф М. Фейгенберг, Игорь Вайнберг (Израиль)

В практике психиатра и психотерапевта-психолога заметное место занимают больные с обсессивным синдромом. Обсессия может наблюдаться у больных с неврозом, у больных с психическим процессом — приобретая в каждом случае черты, характерные для имеющейся нозологии.

Английское слово *obsession* означает навязчивую идею, одержимость. Оно восходит к латинскому *obses* — заложник, ответчик, и *obsessio* — осада, блокада. Больной оказывается заложником, пленником в блокаде тревожных сомнений. Болезненные сомнения мучают пациента, выводят из душевного равновесия, снижают умственную работоспособность. Запер ли я квартиру, выходя из дома? Выключил ли газ? Погасил ли свет? Написал ли адрес на конверте важного письма? Больной вынужден вернуться домой, чтобы проверить, заперта ли квартира. Но мучительные сомнения не покидают его, и он снова возвращается для проверки. Он понимает, что вероятность того, что квартира осталась незапертой, очень мала. Но ведь он не помнит точно, как он запирает квартиру — значит, остается тревожное сомнение, остается необходимость еще раз пойти проверить. Больному надо как-то вырваться из этого мучительного состояния, надо уверенно запомнить, что он запер квартиру. И больной иногда находит способ сделать это. Заперев квартиру, он делает некое необычное (и, казалось бы, бессмысленное) действие — например, символически рисует рукой какой-то необычный знак на двери. И это помогает: он теперь помнит, что символический “рисунок” сделан — следовательно, дверь заперта. Но проходит некоторое время, и символическое действие перестает помогать. Пациент уже не помнит точно ни того, запер ли он дверь, ни того, сделал ли он это спасительное символическое действие. Снова тревожное сомнение, снова необходимость вернуться для проверки.

Что же лежит в основе этого нарушения? Первое предположение — не лежит ли в основе обсессии **тревожность**? Действительно, у больных обсессивным неврозом тревожность выражена достаточно отчетливо. Но есть больные с очень резко выраженной тревожностью, но без явлений обсессии. Кроме того, исследования показывают, что обсессивный невроз отличается от остальных тревожных расстройств (Summerfeldt and Endler, 1998). Значит, тревожность сама

по себе недостаточна, чтобы возникла картина обсессивного невроза.

Не виновно ли в этом **нарушение памяти**? Ведь больной не помнит, как он сегодня запирает дверь, а если бы помнил ясно — не было бы тягостного сомнения. Гипотеза, связывающая обсессивный невроз с нарушениями памяти, имеет широкий круг последователей. Еще Фрейд (1913) и Жане (1903) описали нарушения памяти, характерные для больных обсессивным неврозом, а Рапопорт (1989) предположила нарушения, связанные с “эпистемологическим чувством”.

Исследования показывают, что больные обсессивным неврозом страдают от нарушений памяти. Например, экспериментальные работы Шер и ее коллег (Sher et al., 1983, 1989, 1984) показали наличие нарушений памяти среди больных с синдромальной и субсиндромальной компульсией проверки (“Checkers”). У испытуемых проверялись различные виды памяти (семантическая, эпизодическая и т.д.). Однако, наиболее существенным результатом оказались нарушения памяти действий. По сравнению с контрольной группой, обсессивные больные хуже помнили, выполняли ли они различные действия или нет. Этот результат получил дополнительное подтверждение в эксперименте, проведенном Рубенштейн и ее коллегами (1993). Испытуемым зачитывались предложения, описывающие действия. Для каждого действия испытуемые получали специальные указания: (1) выполнить действия или (2) посмотреть на экспериментатора, выполняющего эти действия, или (3) написать названия действия на листе бумаги. Всего испытуемым зачитывали 90 описаний действий. На следующей стадии эксперимента испытуемым предлагалось восстановить по памяти этот список и указать, какие действия были выполнены на самом деле, какие записаны и какие действия наблюдались со стороны. Как и предполагалось, больные с компульсией проверки действия запоминали хуже здоровых. Эти исследования явились основой для теории, предполагающей, что в основе компульсивных и ритуальных действий лежит неспособность припомнить, выполнялось ли действие. Поэтому больной прибегает к проверочным действиям (Tallis, 1997). Эта теория предполагает, что больные обсессивным неврозом:

- 1) страдают нарушением памяти, и

2) эти нарушения приводят к компульсивным действиям.

Оба положения этой теории, однако, не объясняют результатов исследований. Начнем с причинно-следственной зависимости. Наиболее серьезной проблемой этой гипотезы является то, что в большинстве экспериментов не была показана корреляционная связь между нарушениями памяти и компульсиями. Таким образом, нельзя предположить и причинно-следственную связь. С другой стороны, психотерапевтические мероприятия, позволяющие больному лучше запомнить выполнение простых действий (например, специально сконцентрироваться на запоминании выполнения действия) приводят к стойкому улучшению состояния пациента (Tallis, 1993). Следовательно, нарушения памяти не являются причиной обсессивного состояния, в то время как улучшение памяти не устраняет причину обсессивного невроза, а лишь создает удачную компенсацию. Этот вывод еще раз подтверждает необходимость понять суть нарушений памяти, которые характерны, согласно этой гипотезе, для обсессивных больных.

Нарушения памяти, найденные у обсессивных больных, противоречат результатам следующих экспериментов и клиническим фактам.

1. Обсессивный синдром не связан с нарушением эпизодической памяти (Wilhelm et al., 1997). Так как запоминание прошлых действий связано с эпизодической памятью, то не ясно, как этот результат может быть объяснен теорией, предполагающей нарушения памяти у больных обсессией.

2. Эксперимент, проведенный MacDonald и коллегами (1997), явно противоречит вышеуказанной гипотезе. В этом эксперименте было показано, что обсессивные больные не страдают снижением памяти. С другой стороны, было показано, что обсессивные больные, в отличие от не обсессивных, не уверены в своей памяти. Таким образом, то, что нарушено при обсессивном неврозе — это не сама память, а скорее уверенность в ее надежности. Поэтому любые действия психотерапевта, направленные на повышение уверенности больного в своей памяти, приводят к клиническому улучшению.

3. Кроме того, есть больные с явно выраженным нарушением памяти (например, с корсаковским синдромом), но это не приводит к выраженной обсессии. Значит, нарушением памяти объяснить обессию нельзя. Видимо, есть еще какой-то существенный фактор.

* * *

Что же тогда приводит к обсессивному неврозу? Как объяснить, что не запоминаются только рутинные, часто и многократно повторяющиеся действия? Больной обсессивным неврозом, как уже говорилось выше, страдает от того, что не помнит, запер ли он сегодня дверь и вынужден проверять это (иногда много-

кратно). Он ищет пути запомнить, что дверь заперта. Ну, а здоровый человек, у которого нет обсессивных нарушений, хорошо ли он помнит, как он сегодня запирает дверь? Похоже, что нет, не помнит. В самом деле, уходя из квартиры вместе с женой и оставаясь спокойно уверенным, что дверь заперта, человек может не помнить, кто запирает дверь в этот раз — он или жена. Или то, каким ключом он запирает дверь — тем ли, который в одной связке с ключом автомобиля, или отдельным ключом. Не помнит, но сомнения в том, что дверь заперта, нет!

Значит, обсессивный больной отличается от здорового человека не тем, что первый не помнит сделанного им действия, а второй — якобы помнит. Почему же у здорового человека не возникает обсессивных нарушений, несмотря на то, что он тоже не помнит, как он запирает сегодня дверь?

Для ответа на этот вопрос обратимся к нашей модели памяти, способной осуществлять вероятностное прогнозирование на основе хранимого ею прошлого опыта (Feigenberg, 1972, 2000).

Согласно этой модели произошедшее событие (в том числе собственное действие человека) фиксируется в памяти тем интенсивнее, чем более неожиданным было это событие, точнее — чем ниже была вероятность этого события согласно **вероятностному прогнозированию**. Чем больше рассогласование (несоответствие) между произошедшим событием и вероятностью, с которой это событие прогнозировалось человеком, тем основательнее фиксируется это событие памятью. Событие, которое прогнозировалось (на основании прошлого опыта) с очень высокой вероятностью, фиксируется в памяти с низким весовым коэффициентом. Если произошедшее событие прогнозировалось с вероятностью, очень близкой к единице (т.е. была априорная “уверенность”, что это событие должно произойти), то оно может и совсем не фиксироваться в памяти. Таким образом, обычные, многократно повторяющиеся в определенных условиях события не фиксируются памятью. Это — недостаток памяти, а рациональная экономичность ее работы.

В. Лаврик провела недавно по нашей просьбе исследование памяти на группе здоровых молодых людей (31 человек). Испытуемым на короткое время (10–15 с) предъявлялся лист, на котором было 14–19 четких рисунков. Затем лист убирался и испытуемых просили перечислить, какие рисунки этого листа они запомнили. Были использованы три варианта листов с рисунками:

1. На одном листе из 18 рисунков на 17 были изображены животные (и среди них — коза, гусь), а на одном — мотоциклист;

2. На другом листе из 14 рисунков на 13 были изображены спортсмены (и среди них — мотоциклист), а на одном — коза;

3. На третьем листе из 19 рисунков на 18 были изображены овощи, а на одном — гусь.

Таким образом, на каждом листе был один “неожиданный” рисунок, не соответствующий “обычным” рисункам этого листа, выпадающий из общего ряда.

Всех рисунков на листе не запомнил ни один из 31 испытуемых. “Обычные” рисунки запомнили в среднем половина испытуемых (для листа с животными — в среднем 54 %, со спортсменами — 52 %, с овощами — 44 %). “Необычные” рисунки запоминались в значительно большем числе случаев: гуся на листе с овощами запомнили 84 % испытуемых (а на листе с животными — 45 %), мотоциклиста на листе с животными запомнили 74 % (а на листе со спортсменами — 26 %). Козу на листе со спортсменами запомнили 61 % (а на листе с животными — 48 %).

Таким образом, “обычные” события запоминаются здоровыми людьми хуже. В самом деле, уверенно вспомнить вечером, не встречался ли мне сегодня юноша-брюнет в белой рубашке, довольно трудно (если, конечно, в этом событии не было чего-то необычного). А на вопрос, не встречался ли мне человек с седой бородой ниже пояса, последует уверенный ответ — будь он положительным или отрицательным.

Итак, здоровые люди плохо запоминают “обычные” события, входящие в привычный поток, в стандартную последовательность событий. Но это не вызывает у них дискомфорта, неуверенности, сомнений. Они опираются не на память, а на высокую вероятность обычной последовательности событий. Если я сел за стол завтракать, значит, я помыл руки — и мне не нужно ясно помнить, что именно сегодня я мыл руки (это “автоматическое” действие). Если я ушел из дома, значит, я запер дверь и погасил свет (так было всегда, значит, так было и сегодня, хоть я и не помню, каким ключом я сегодня запираю ее). Если в прошлом человек всегда (с вероятностью близкой к единице) запирает дверь, уходя из дома, то ему и не требуется помнить, что и сегодня он запер дверь. Вероятность того, что он этого не сделал, очень мала. И этой ничтожно маловероятной возможностью он пренебрегает.

Вот эта опора на вероятностную структуру прошлого опыта и нарушена у больных обсессивным неврозом. В отличие от здоровых они не могут пренебречь крайне маловероятными событиями. А реального воспоминания о событии у них (как и у здорового!) нет. В сочетании со свойственной этим пациентам тревожностью это и порождает болезненные сомнения и соответствующее поведение.

* * *

Мы полагаем, что при обсессивном неврозе больные используют память в компенсаторных целях. Больной не полагается на обычно происходящий процесс реконструкции прошлых событий на основа-

нии прошлого опыта (см. Rotenberg and Weinberg, 1999) — процесс, использующий **вероятностное прогнозирование**. Вместо этого больные обсессивным неврозом прибегают к стратегиям, которые должны компенсировать отсутствие использования реконструктивной способности памяти. При подробном обсуждении различных случаев обсессивного невроза нас поразило сходство между различными компульсивными ритуалами и закономерностями запоминания. Исходя из этого сходства мы предположили, что компульсивные действия позволяют **компенсировать недостаток реконструктивной способности вероятностного прогнозирования**.

Таким образом, мы разделили компульсивные действия на три группы — в соответствии с используемой стратегией.

1. Повторные действия. К этой группе относятся компульсивные действия, связанные с повторением определенного действия, например, повторное мытье (группа “washers”). Многочисленный повтор должен создать уверенность, что действие было совершено. Вместо этого используется стратегия, используемая в семантической памяти — запоминание, связанное с повторением. Действительно, повторение семантического материала приводит к лучшему запоминанию (Linton, 1972). Однако, в случае систематически повторяемых действий (например, мытье рук) работает обратный закон: чем чаще событие повторяется, тем меньше оно регистрируется в эпизодической памяти (Linton, 1982). Тем самым, повторение не улучшает, а скорее даже ухудшает эпизодическую память. В результате повторения приводят к повышенному беспокойству и пониженной способности доверять собственной памяти. Так создается замкнутый круг, усугубляющий компульсию.

2. Проверочные действия (“checkers”). Для этой группы больных характерно многократное выполнение определенных действий (проверка — “запер ли я дверь?”). В этом случае, больной не доверяет памяти настолько, что предпочитает видеть своими глазами то, что люди, не страдающие обсессивным неврозом, могут восстановить по вероятностному прогнозу. Эта стратегия напоминает использование “узлов” для запоминания: чтобы вспомнить определенный факт, человек использует конкретный предмет — узелок.

3. Сложные ритуалы. Подобные ритуалы были подробно описаны в литературе (например, Фрейд, 1916/1989, лекция XVII). Мы остановимся здесь лишь на механизме образования сложных ритуальных компульсий. Для борьбы с мучительными сомнениями больной ищет (чаще на неосознаваемом уровне) способ запомнить свое действие. Как известно, необычные, редкие действия запоминаются особенно хорошо (Wagenaar, 1986). Мы полагаем, что сложные ритуалы основываются на этом принципе. Больной совершает необычное сложное действие (“ритуал”),

целью которого является улучшение запоминания действия, совершенного непосредственно до и после ритуала. Например, чтобы запомнить, что он запер дверь, он делает какое-то необычное действие (не совсем правильно его называют иногда “символическим”, “ритуальным”) — например, рисует рукой какую-то необычную фигуру на двери или прыгает три раза на одной ноге. И это помогает — теперь уже больной помнит, что запер дверь, и тревога утихает. Так как повторение ритуала превращает его в знакомый и, следовательно, в хуже запоминаемый, то больной постоянно привносит изменения в ритуал. В силу этого обстоятельства, ритуалы становятся все более сложными и длинными. Тем же обстоятельством можно объяснить изменчивость ритуалов (например, добавление новых действий или выполнение действий иначе) — когда ритуал повторяется много раз, и “символическое” действие становится обычным, входит в ежедневный порядок, оно перестает запоминаться. И тревога возникает вновь. Чтобы снова уменьшить тревогу, нужно придумать какое-то новое необычное действие.

* * *

Итак, в генезе обсессивного невроза существенной является комбинация нарушения опоры на вероятностную структуру прошлого опыта (когда потеряна способность пренебречь очень маловероятными событиями) и тревожности. Здесь может возникать и “порочный круг”: неспособность пренебречь крайне маловероятными событиями усиливает уже имеющуюся тревожность — и болезненные явления усиливаются.

И в заключение — несколько слов о тактике психотерапевта по отношению к больному обсессивным неврозом. Необычные действия, которые совершает больной для устранения тревоги, следует рассматривать не как вредную привычку, не как связанный с бредом “ритуал”. Эти действия — **компенсация**, призванная с помощью лучшего запоминания восполнить то, что у здоровых людей не нуждается в запоминании, а у больного вызывает тяжелое для него чувст-

во тревоги. Для облегчения этого тяжелого чувства полезно сделать этот механизм компенсации осознанным и сознательно управляемым самим больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фейгенберг И. М.* Память и вероятностное прогнозирование // И. М. Фейгенберг. Мозг, психика, здоровье. — М.: Наука, 1972, С. 59 – 74.
2. *Feigenberg J. M.* Ein Gedachtnismodell auf der Basis der Wahrscheinlichkeitsprognostizierung // J. M. Feigenberg. Wahrscheinlichkeitsprognostizierung im System der zielgerichteten Aktivitat. — AFRA-Verlag, 2000. S. 32 – 51.
3. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. — М.: Наука, 1916/1989.
4. *Linton M.* Transformation of memory in everyday life // Memory observed / Neisser U. — San Francisco, 1982.
5. *MacDonald P. A., Antony M. M., Macleod C. M., Richter M. A.* Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls // Behav. Res. Ther. 1997. V. 6. P. 497 – 505.
6. *Rapoport J. L.* The boy who couldn't stop washing: The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder. — New York: E. D. Dutton.
7. *Rotenberg V. S., Weinberg I.* Human memory, cerebral hemispheres, and the limbic system // Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr. 1999. V. 125. P. 45 – 70.
8. *Rubenstein C. S., Peynircioglu Z. F., Chambless D. L., Pigott T. A.* Memory in sub-clinical obsessive-compulsive checkers // Behav. Res. Ther. 1993. V. 31. P. 759 – 765.
9. *Sher K. J., Frost R. O., Otto R.* Cognitive deficits in compulsive checkers // Behav. Res. Ther. 1983. V. 4. P. 357 – 363.
10. *Sher K. J., Frost R. O., Kushner M., Crews T. M., Alexander J. E.* Memory deficits in compulsive checkers // Behav. Res. Ther. 1989. V. 27. P. 65 – 69.
11. *Sher K. J., Mann B., Frost R. O.* Cognitive dysfunction in compulsive checkers // Behav. Res. Ther. 1984. V. 22. P. 493 – 502.
12. *Summerfeld L. J., Endler N. S.* Examining the evidence for anxiety-related cognitive biases in obsessive-compulsive disorder // J. Anxiety Disord. 1998. V. 12. P. 579 – 598.
13. *Tallis F.* Doubt reduction using distinctive stimuli as a treatment for compulsive checking // Clin. Psychol. Psychother. 1993. V. 1. P. 45 – 52.
14. *Tallis F.* The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder // Br. J. Clin. Psychol. 1997. V. 36. P. 3 – 20.
15. *Wagenaar W. A.* My memory: A study of autobiographical memory over six years // Cogn. Psychol. 1986. V. 18. P. 225 – 252.
16. *Wilhelm S., McNally R. J., Baer L., Florin I.* Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder // Br. J. Clin. Psychol. 1997. V. 36. P. 21 – 31.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В НОВОМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ

ХIII международная конференция Психиатрического общества Пакистана

25 – 28 января 2001 г., Исламабад

Тел.: +92 (51) 929-0299;

факс: +92 (51) 429-606;

E-mail: malikh@isb.paknet.com.pk

Характер общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами

Ю. Н. Аргунова

По данным статистики Минюста России, наряду с ежегодным увеличением количества осужденных растет и число лиц, признанных в отношении инкриминированных им деяний невменяемыми и направленных судом на принудительное лечение в психиатрический стационар.

В структуре осужденных наблюдается значительный рост количества лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключая вменяемости (так называемых ограниченно вменяемых), которым суд наряду с наказанием назначил амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (см. табл. 1). Число таких лиц в 1999 г. по сравнению с 1997 г. утроилось.

Сравнительный анализ трех указанных категорий лиц выявил заметные отличия в их социально-демографической и уголовно-правовой характеристике.

Если в общей массе осужденных доля женщин ежегодно составляет 11,6 – 11,8 %, то среди ограниченно вменяемых она не превышает 6,7 %, а в 1998 г.

составляла даже 5,4 %¹ (см. табл. 2). Чуть меньше женщин и среди невменяемых (10,4 %).

Некоторые особенности наблюдаются и в возрастной характеристике. В группе ограниченно вменяемых удельный вес несовершеннолетних более чем в 2 раза выше, чем среди осужденных в целом, а также в контингенте невменяемых. Причем этот процент из года в год увеличивается: в 1997 г., когда вступил в силу новый УК РФ и была введена норма об ограниченной вменяемости, удельный вес несовершеннолетних среди ограниченно вменяемых осужденных был равен 17,4 %, в 1998 г. он составлял уже 22,2 %, а в 1999 г. достиг 27,5 %. Причины такой динамики заслуживают специального исследования.

Интерес представляет степень криминальной активности лиц указанных групп. Если среди всех осужденных неснятую или непогашенную судимость имеет каждый четвертый – пятый, то среди ограниченно

¹ См. Аргунова Ю. Н. Вопросы принудительного лечения ограниченно вменяемых лиц // Независимый психиатрический журнал. 1999. № IV. С. 40 – 43.

Таблица 1. Сравнительные данные в целом по России

	1997	1998	1999		
			Абсолютное число	Прирост в % к	
				1997 г.	1998 г.
Общее количество осужденных	1 013 431	1 070 336	1 223 255	+20,7	+14,3
из них лиц с психическим расстройством, не исключая вменяемости, которым суд наряду с наказанием назначил амбулаторное принудительное лечение	293	663	912	+ в 3,1 раза	+37,6
Количество невменяемых, направленных судом на принудительное лечение	8 667	9 585	10 136	+16,9	+5,7

Таблица 2. Сравнительные данные о личности (1999 г.)

	Абсолютное количество и удельный вес в общем числе:		
	осужденных	осужденных с психическими расстройствами, не исключая вменяемости, которым суд назначил принудительное лечение	невменяемых, направленных на принудительное лечение
Женщин	144 247 (11,8)*	61 (6,7)	1 059 (10,4)
Несовершеннолетних	146 698 (12,0)	251 (27,5)	1 294 (12,8)
Лиц с неснятыми или непогашенными судимостями	275 736 (22,5)	295 (32,3)	937 (9,2)

* Здесь и далее в скобках приводятся показатели в процентах.

вменяемых осужденных — каждый третий, в то время как среди невменяемых — лишь каждый десятый.

О более высокой общественной опасности деяний, совершенных лицами с психическими расстройствами, по сравнению с общей массой осужденных свидетельствуют данные, приведенные в табл. 3 – 5.

Самый высокий процент лиц, совершивших тяжкие и особо тяжкие деяния, — среди ограниченно вменяемых (81%), что значительно превосходит аналогичный показатель в общей массе осужденных (60,7%). Причем этот процент по сравнению с предыдущими годами имеет устойчивую тенденцию к росту (в 1997 и 1998 гг. он соответственно составлял 72,3 и 76,7%). Удельный вес ограниченно вменяемых, осужденных за особо тяжкие преступления, в 3,6 раза превышает долю лиц, совершивших такие преступления, в общем числе осужденных. Доля преступлений средней и небольшой тяжести в структуре преступности ограниченно вменяемых заметно сократилась и составила в 1999 г. соответственно 14,1 и 4,9%. Одним из возможных объяснений данных соотношений может служить предположение, что как психиатры-эксперты, так и суд постепенно приводят свою практику в соответствие с правилами ч. 2 ст. 97 УК РФ, согласно которой принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психическое расстройство лица связано с возможностью причинения им иного суще-

ственного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

В структуре невменяемых, направленных на принудление, лица, которым были инкриминированы тяжкие и особо тяжкие деяния, составляют 70,7%, что на 10% ниже соответствующего показателя среди ограниченно вменяемых, но на 10% выше данного показателя у осужденных. Отличие от осужденных преступников прослеживается здесь за счет трехкратно более высокого удельного веса невменяемых, совершивших особо тяжкие ООД. Лиц, совершивших ООД средней и небольшой тяжести, среди невменяемых заметно больше по сравнению с ограниченно вменяемыми и меньше по сравнению с осужденными.

По сравнению с общей массой осужденных вдвое чаще среди ограниченно вменяемых и в 2,7 раза среди невменяемых выявляются лица, совершившие деяния против жизни и здоровья. И хотя, как уже указывалось, по степени тяжести деяния невменяемых характеризуются чуть меньшей опасностью, чем ограниченно вменяемых, процент посягательств на жизнь и здоровье граждан намного выше у невменяемых (27,6%).

Среди невменяемых несколько более часты ООД против общественной безопасности и общественного порядка (10,7%) и менее распространены — против собственности (50,9%).

Среди лиц с психическими расстройствами как в группе ограниченно вменяемых, так и невменяемых

Таблица 3. Сравнительные данные по категориям преступлений (общественно опасных действий) за 1999 г.

	Абсолютное количество и удельный вес в общем числе:		
	осужденных	осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, которым суд назначил принудление	невменяемых, направленных на принудление
Особо тяжкие	71 521 (5,8)	192 (21,1)	1 794 (17,7)
Тяжкие	672 164 (54,9)	546 (59,9)	5 373 (53,0)
Средней тяжести	279 466 (22,8)	129 (14,1)	1 684 (16,6)
Небольшой тяжести	200 104 (16,4)	45 (4,9)	1 285 (12,7)
из них по делам частного обвинения (ст. 115, 116, 129 ч. 1, 130 УК РФ)	29 449 (14,7)	8 (17,8)	382 (29,7)
Неосторожные	19 346 (1,6)	3 (0,3)	52 (0,5)

Таблица 4. Сравнительные данные по основным группам преступлений (общественно опасных действий) за 1999 г.

	Абсолютное количество и удельный вес в общем числе:		
	осужденных	осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, которым суд назначил принудление	невменяемых, направленных на принудление
Против жизни и здоровья	125 894 (10,3)	192 (21,1)	2 797 (27,6)
Против половой неприкосновенности и половой свободы личности	9 880 (0,8)	27 (3,0)	227 (2,2)
Против собственности	763 809 (62,4)	542 (59,4)	5 163 (50,9)
Против общественной безопасности и общественного порядка	93 444 (7,6)	55 (6,0)	1 083 (10,7)
Другие	230 238 (18,9)	96 (10,5)	866 (8,6)

Характер общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами

Таблица 5. Сравнительные данные по видам преступлений (общественно опасных действий) за 1999 г.

	Абсолютное количество и удельный вес в общем числе:		
	осужденных	осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, которым суд назначил принудление	невменяемых, направленных на принудление
Убийство (ч. 1 ст. 105 УК РФ)	12 769 (1,0)	59 (6,5)	889 (8,8)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 105 УК РФ)	5 977 (0,5)	34 (3,7)	177 (1,7)
Иные посягательства на жизнь человека (ст. 106 – 110 УК РФ)	3 572 (0,3)	7 (0,8)	40 (0,4)
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 1 ст. 111 УК РФ)	17 673 (1,4)	26 (2,9)	464 (4,6)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 – 4 ст. 111 УК РФ)	14 260 (1,2)	29 (3,2)	351 (3,5)
Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112 УК РФ)	15 544 (1,3)	9 (1,0)	195 (1,9)
Иное причинение тяжкого и средней тяжести вреда здоровью (ст. 113, 114, 118 УК РФ)	3 765 (0,3)	2 (0,2)	13 (0,1)
Истязание (ст. 117 УК РФ)	2 943 (0,2)	3 (0,3)	57 (0,6)
Умышленное причинение легкого вреда здоровью и побои (ст. 115, 116 УК РФ)	28 097 (2,3)	8 (0,9)	363 (3,6)
Изнасилование (ч. 1 ст. 131 УК РФ)	1 514 (0,1)	4 (0,4)	38 (0,4)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 131 УК РФ)	4 955 (0,4)	8 (0,9)	78 (0,8)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 131 УК РФ)	358 (0,0)	3 (0,3)	10 (0,1)
Насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ)	2 585 (0,2)	11 (1,2)	81 (0,8)
Вовлечение несовершеннолетнего в совершение преступления и антиобщественных действий (ст. 150, 151 УК РФ)	2 658 (0,2)	3 (0,3)	10 (0,1)
Злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей и родителей (ст. 157 УК РФ)	24 238 (2,0)	1 (0,1)	21 (0,2)
Кража (ч. 1 ст. 158 УК РФ)	89 387 (7,3)	20 (2,2)	341 (3,4)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 158 УК РФ)	478 540 (39,1)	360 (39,5)	3 384 (33,4)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 157 УК РФ)	23 640 (1,9)	22 (2,4)	96 (0,9)
Мошенничество (ч. 1 ст. 159 УК РФ)	5 558 (0,5)	2 (0,2)	15 (0,1)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 159 УК РФ)	9 622 (0,8)	2 (0,2)	42 (0,4)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 159 УК РФ)	2 367 (0,2)	1 (0,1)	17 (0,2)
Присвоение или растрата (ст. 160 УК РФ)	13 899 (1,0)	0	25 (0,2)
Грабеж (ч. 1 ст. 161 УК РФ)	6 724 (0,5)	7 (0,8)	80 (0,8)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 161 УК РФ)	54 623 (4,5)	50 (5,5)	462 (4,6)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 161 УК РФ)	2 938 (0,2)	4 (0,4)	14 (0,1)
Разбой (ч. 1 ст. 162 УК РФ)	1 278 (0,1)	3 (0,3)	19 (0,2)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 – 3 ст. 162 УК РФ)	25 518 (2,1)	42 (4,6)	307 (3,0)
Вымогательство (ч. 1 ст. 163 УК РФ)	665 (0,1)	0	7 (0,1)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 163 УК РФ)	6 535 (0,5)	5 (0,5)	19 (0,2)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 163 УК РФ)	978 (0,1)	0	11 (0,1)

Таблица 5. (окончание)

	Абсолютное количество и удельный вес в общем числе:		
	осужденных	осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, которым суд назначил принудление	невменяемых, направленных на принудление
Неправомерное завладение транспортным средством без цели хищения (ч. 1 ст. 166 УК РФ)	6 040 (0,5)	3 (0,3)	67 (0,7)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 – 4 ст. 166 УК РФ)	15 938 (1,3)	16 (1,8)	67 (0,7)
Умышленное уничтожение или повреждение имущества (ч. 1 ст. 167 УК РФ)	2 468 (0,2)	1 (0,1)	47 (0,5)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 167 УК РФ)	1 443 (0,1)	3 (0,3)	123 (1,2)
Обман потребителей (ст. 200 УК РФ)	26 462 (2,2)	1 (0,1)	23 (0,2)
Хулиганство (ч. 1 ст. 213 УК РФ)	28 704 (2,3)	6 (0,7)	361 (3,6)
То же при отягчающих обстоятельствах (ч. 2 ст. 213 УК РФ)	26 579 (2,2)	11 (1,2)	148 (1,5)
То же при особо отягчающих обстоятельствах (ч. 3 ст. 213 УК РФ)	8 844 (0,7)	22 (2,4)	342 (3,4)
Незаконный оборот оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств (ст. 222 – 226 УК РФ)	28 237 (2,3)	14 (1,5)	205 (2,0)
Незаконный оборот наркотиков (ст. 228 – 233 УК РФ)	108 290 (8,9)	71 (7,8)	570 (5,6)
Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (ст. 264 УК РФ)	15 454 (1,3)	2 (0,2)	24 (0,2)

более заметны посягательства на половую неприкосновенность личности (3,0 и 2,2 %), нежели среди осужденных (0,8 %).

Различия прослеживаются и по видам совершенных деяний. Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, обеих групп удельный вес убийц и лиц, совершивших иные посягательства на жизнь человека, в 6 раз больше, чем среди всех осужденных (11 % против 1,8 %).

Среди невменяемых наиболее высокий процент лиц, причинивших тяжкий вред здоровью (8,1 %), что в 3,1 раза больше доли таких лиц среди всех осужденных и в 2,3 раза больше по сравнению с их удельным весом среди ограниченно вменяемых.

Среди невменяемых в 3 раза, а среди ограниченно вменяемых в 4 раза выше процент лиц, совершивших изнасилования и насильственные действия сексуаль-

ного характера по сравнению с аналогичным показателем в общей массе осужденных.

В структуре ООД против собственности у лиц с психическими расстройствами отмечается крен в сторону корыстно-насильственных посягательств: если среди них процент лиц, совершивших кражи, ниже соответствующего показателя среди всех осужденных, то удельный вес участников грабежей и разбоев — выше, особенно совершенных ограниченно вменяемыми и при отягчающих обстоятельствах.

Хулиганские действия в 2 раза чаще совершаются невменяемыми (8,5 %), чем ограниченно вменяемыми (4,3 %) при среднем показателе для всех осужденных в 5,2 %.

Эти и другие данные судебной статистики могут быть использованы при дальнейших исследованиях преступлений и ООД лиц с психическими расстройствами.

Всегда ли цель оправдывает средства?

(оценка законности совместной инструкции
Комитета здравоохранения и ГУВД г. Москвы)

Е. И. Цымбал¹

2 февраля 1999 г. Комитетом здравоохранения г. Москвы и ГУВД г. Москвы была утверждена инструкция “Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел г. Москвы по профилактике наркоманий, токсикоманий и алкоголизма и связанных с ними правонарушений”. Название Инструкции не соответствует ее содержанию, поскольку в Инструкции фактически устанавливается порядок медицинского наблюдения и учета за указанной категорией больных, а также порядок обмена информацией об этих больных между органами здравоохранения и внутренних дел. Согласно ст. 56 Федерального закона “О наркотических средствах и психотропных веществах” порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией устанавливается федеральными органами исполнительной власти. В настоящее время такой нормативный акт отсутствует, поэтому, утвердив Инструкцию, органы исполнительной власти г. Москвы вышли за пределы своей компетенции. Федеральный закон “О милиции” (п. 22 ч. 1 ст. 10 в редакции ФЗ № 68 от 31.03.99) возлагает на милицию обязанность “обеспечивать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, установленном законодательством Российской Федерации, наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией, представляющими опасность для окружающих, в целях профилактики правонарушений”. Данная норма позволяет сделать следующие выводы:

- порядок взаимодействия между органами внутренних дел и здравоохранения при наблюдении за наркологическими больными определяется федеральным законодательством;
- основанием для наблюдения за данной категорией больных со стороны органов внутренних дел является не только наличие наркологического диагноза, но и опасность этих больных для окружающих;
- целью наблюдения за наркологическими больными со стороны органов внутренних дел является профилактика правонарушений.

ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах” определяет порядок медицинского наблюдения и учета только для больных наркоманией. Инструкция необоснованно устанавливает единое нормативное регулирование медицинского наблюде-

ния и учета для больных наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом. Поскольку токсикомании и алкоголизм отнесены МКБ-10 к психическим расстройствам и расстройствам поведения, порядок медицинского наблюдения и учета этих больных должен определяться Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Таким образом, все положения Инструкции, относящиеся к больным алкоголизмом и токсикоманией, противоречат действующему законодательству.

Инструкцию в целом отличает ориентация не на действующее законодательство, а на принятые ранее ведомственные нормативные акты. Так, Инструкция воспроизводит многие ошибочные положения, содержащиеся в приказе МЗ РФ и МВД РФ № 133/269 от 30.04.97, который определяет порядок взаимодействия органов внутренних дел и здравоохранения для предупреждения общественно опасных деяний душевнобольных. Это обстоятельство отчетливо проявляется в использованном в Инструкции понятийном аппарате. Действующее законодательство оперирует следующими понятиями:

- медицинская помощь без согласия граждан или их законных представителей (ст. 34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), которая осуществляется в следующих формах: медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция;
- лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством (Закон о психиатрической помощи). Оно может осуществляться в двух формах: психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или согласия его законного представителя (ст. 24) и госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст. 29);
- обязательное лечение в местах лишения свободы (ч. 4 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса РФ). Возложение судом обязанности пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании или венерического заболевания при условном осуждении (ч. 5 ст. 73 УК) или условно-досрочном освобождении (ч. 2 ст. 79 УК);
- принудительные меры медицинского характера (гл. 15 УК РФ), включающие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и принудительное лечение в психиатрических стационарах различного типа (ст. 99 УК РФ).

¹ Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ.

Закон о психиатрической помощи устанавливает два вида амбулаторной психиатрической помощи, назначаемых исключительно по медицинским показаниям (ст. 26):

- консультативно-лечебную, которая оказывается только по просьбе гражданина или его законного представителя;
- диспансерное наблюдение, которое может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя.

Таким образом, применяющиеся в Инструкции понятия: активное диспансерное наблюдение и лечение, недобровольное лечение и наблюдение, конфиденциальное лечение или конфиденциальный учет (профилактическое диспансерное наблюдение) не могут использоваться на практике, поскольку не имеют определенного федеральным законодательством содержания.

Ряд положений Инструкции грубо нарушает права и охраняемые законом интересы больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. В первую очередь это относится к постановке на наркологический учет и передаче сведений о больных из наркологических диспансеров в органы внутренних дел. Инструкция ограничивает права и свободы больных наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом только на основании имеющегося у них диагноза и факта нахождения под диспансерным наблюдением. Согласно ч. 3 ст. 5 Закона о психиатрической помощи такая практика является недопустимой, а должностные лица, виновные в подобных нарушениях несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок установления и снятия диспансерного наблюдения за больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией определен Инструкцией схематично и не включает ряда положений, содержащихся в ст. 27 (диспансерное наблюдение) Закона о психиатрической помощи. Так, инструкция не предусматривает для больного или его законного представителя возможности и порядка обжалования решения о постановке на активное диспансерное наблюдение. В Инструкции не указывается влечет ли снятие больного с активного диспансерного наблюдения перевод его в группу профилактического наблюдения, не определен порядок этого перевода. Инструкция устанавливает, что при принятии решения о снятии больного с активного диспансерного наблюдения клинико-экспертная комиссия руководствуется результатами освидетельствования, данными медицинской документации и сведениями, полученными из органов внутренних дел. Таким образом, решение о форме оказания медицинской помощи принимается с учетом немедицинских, неклинических критериев, что противоречит действующему законодательству. Из этого же следует неправомочность перевода больных

из группы конфиденциального учета в группу активного диспансерного наблюдения и лечения по социально-поведенческим критериям (добровольность обращения, первое в жизни обращение, совершение противоправных действий). Поскольку ст. 40 Закона о наркотических средствах запрещает потребление наркотиков без назначения врача, любой больной наркоманией является правонарушителем и не имеет права на конфиденциальное лечение.

Точное установление в Инструкции частоты посещения больными, входящими в группу активного диспансерного наблюдения и лечения, врача психиатра-нарколога представляется необоснованным и незаконным. Так, согласно ч. 3 ст. 26 Закона о психиатрической помощи наблюдение за состоянием здоровья лица, находящегося под диспансерным наблюдением, осуществляется путем регулярных осмотров врачом-психиатром, частота таких осмотров при этом не устанавливается. Вероятно, частота осмотров больного врачом должна определяться особенностями состояния пациента, следовательно, она должна быть индивидуальной и не может строго регламентироваться.

Статья 9 Закона о психиатрической помощи относит сведения о наличии у гражданина психиатрического расстройства, факт обращения его за медицинской помощью, а также иные сведения о состоянии психического здоровья к врачебной тайне, охраняемой законом. Основания для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя перечислены в ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. В правоохранительные органы эти сведения могут передаваться только в двух случаях:

- по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Передача сведений о факте обращения в наркологический диспансер или стационар, кроме перечисленных выше случаев, является грубым нарушением действующего законодательства. Постановка лица на "активное диспансерное наблюдение и лечение", если оно устанавливается по медицинским показаниям, не может быть основанием для передачи сведений об этом лице в органы внутренних дел.

Инструкция необоснованно устанавливает единый режим передачи информации в органы внутренних дел для больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении и лечении, и больных, находящихся на принудительном амбулаторном наблюдении и лечении по приговору суда. Для последней категории лиц порядок передачи информации, составляющей врачебную тайну, в органы внутренних дел

или уголовно-исполнительные инспекции должен регламентироваться Уголовно-исполнительным кодексом. В отношении всех остальных больных передача сведений, составляющих врачебную тайну, определяется ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Требование Инструкции сообщать в органы внутренних дел сведения об изменении места жительства, длительном отсутствии по месту регистрации таких лиц следует считать сбором и передачей информации о частной жизни лица без его согласия, что запрещено ст. 24 Конституции России.

В свою очередь, органы внутренних дел имеют право запрашивать информацию из наркологических учреждений о лицах, состоящих в них на учете, только в связи с проведением расследования. Положение п. 4 ч. 1 ст. 11 Закона о милиции о том, что милиция имеет право “получать от граждан и должностных лиц необходимые объяснения, сведения, справки, документы и копии с них” не может применяться в этом случае, поскольку п. 30 ч. 1 ст. 11 данного Закона ограничивает это право милиции теми случаями, когда законом не “установлен специальный порядок получения соответствующей информации”. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой возможно только в специально установленных законом случаях.

Инструкция содержит целый ряд других положений, противоречащих действующему законодательству, а также просто нелепых положений. Например, в качестве одного из оснований для постановки на активное диспансерное наблюдение называется “освобождение от уголовной или административной ответственности с применением принудительных мер медицинского характера” (п. 1.3.1 Инструкции). Однако уголовное и административное право не знают такого института как “освобождение от уголовной или административной ответственности с применением принудительных мер медицинского характера”. Предлагаемый в п. 1.6 порядок прекращения принудительного стационарного лечения противоречит ст. 412 УПК РСФСР, поскольку представление в суд о прекращении принудительного лечения делает не клинико-экспертная комиссия, а главный психиатр органа здравоохранения, которому подчинено медицинское учреждение². Формулировка Инструкции “по окончании принудительного лечения” лишена юридического смысла. Принудительное лечение не устанавливается судом на какой-либо определенный период. Основа-

нием для прекращения принудительной меры медицинского характера по закону является такое изменение состояния лица, при котором отпадает необходимость ее дальнейшего применения. Пункт 1.8 Инструкции обязывает сотрудников милиции оказывать медицинским работникам “содействие в задержании лиц, подлежащих недобровольной госпитализации”, хотя медицинские работники не имеют права “задерживать лицо”. В п. 2.1.1 Инструкции используется лишенное юридического смысла понятие — “общественно опасное правонарушение”. Общественная опасность — это способность деяния причинять вред общественным отношениям. Та или иная степень общественной опасности присуща любому правонарушению, т.к. при этом нарушается запрет, установленный законом, что влечет применение соответствующей санкции.

Пункт 2.3.5 Инструкции предписывает органам внутренних дел в случае уклонения от наблюдения и лечения больных наркологического профиля, находящихся на активном диспансерном наблюдении и лечении, “принимать меры к исполнению предписаний врача психиатра-нарколога”. Указанное требование является грубейшим нарушением действующего законодательства и существенно ущемляет права и охраняемые законом интересы больных. Пункт 2.3.9 Инструкции возлагает на органы внутренних дел обязанность охранять специализированные отделения для принудительного лечения больных наркологических профиля. Согласно действующему законодательству (п. “г” ч. 1 ст. 97 и ч. 2 ст. 99 УК РФ) принудительное лечение от алкоголизма или наркомании осуществляется только амбулаторно либо по месту жительства (при назначении наказания, не связанного с лишением свободы), либо в местах лишения свободы. Таким образом, специализированных отделений для принудительного лечения не существует и быть не может.

С момента утверждения Инструкции прошло более года, поэтому проверка, проведенная в мае 2000 г. прокуратурой г. Москвы, позволяет подвести некоторые итоги практики применения этого нормативного акта. С сожалением приходится констатировать, что эффективное взаимодействие между органами внутренних дел и наркологической службой отсутствует, хотя наркологические диспансеры регулярно передают сведения о состоящих на учете больных в территориальные отделы внутренних дел. Около 90 % больных наркоманией, которым судами было назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у наркологов, уклоняются от этого лечения. Медицинские учреждения информируют обо всех таких больных органы внутренних дел, но никакой помощи от них не получают. Территориальные отделения внутренних дел также регулярно получают из наркологических диспансеров сведения о больных наркоманией, имеющих малолетних детей, однако не ис-

² Здесь следует отметить, что согласно ч. 1 ст. 102 УК прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение.

пользуют эту информацию для решения вопроса о целесообразности лишения таких больных родительских прав.

Основным стационаром, осуществляющим лечение больных наркоманией в Москве, является НБ № 17. Охрана территории больницы осуществляется частным охранным предприятием и не может обеспечить необходимый для лечения больных наркоманией режим. Органы внутренних дел никаких мероприятий, направленных на пресечение незаконного проникновения наркотиков в специализированные отделения больницы, не проводят. Более того, нередко случаи, когда сотрудники милиции, встречаясь с пациентами специализированных отделений под предлогом проведения оперативно-розыскных действий, дают им наркотики в обмен за необходимую информацию.

После утверждения Инструкции в Закон о милиции были внесены изменения и дополнения (ФЗ № 68 от 31.03.99), в которых четко определены случаи, когда сотрудники милиции могут в принудительном порядке доставлять в медицинские учреждения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Закон дает право милиции:

1) задерживать и доставлять в специальные учреждения лиц, уклоняющихся от назначенных им в установленном законом порядке принудительных мер медицинского характера (п. 9 ч. 1 ст. 11);

2) доставлять в медицинские учреждения лиц, находящихся в общественных местах в состоянии опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться или ориентироваться в окружающей обстановке либо могущих причинить вред окружающим или себе; а находящихся в жилище — по письменному заявлению проживающих там граждан, если есть основания полагать, что поведение указанных лиц представляет опасность для их здоровья, жизни и имущества (п. 11 ч. 1 ст. 11);

3) в установленном законом порядке направлять или доставлять в медицинские учреждения лиц, подозреваемых в совершении преступления или административного правонарушения³, если результаты медицинского освидетельствования необходимы для подтверждения или опровержения факта правонару-

³ Вопрос правового регулирования установления факта опьянения заслуживает специального рассмотрения. Здесь отметим только неточность использованных формулировок. Согласно ст. 52 УПК РСФСР подозреваемым является лицо, задержанное по подозрению в совершении преступления на 3 суток, либо лицо, к которому на 10 суток применена мера пресечения до предъявления обвинения. Круг таких лиц ограничен и четко определен законом (ст. 90 и 122 УПК). Административное право не знает понятия “подозреваемый”, поскольку подозревать в нарушении правил дорожного движения или правил регистрации можно любого гражданина, находящегося на улице. Речь может идти только об административном задержании (ст. 239 – 242 КоАП РСФСР) или о лице, привлекаемом к административной ответственности (ст. 247 КоАП).

шения или объективного рассмотрения дела о правонарушении (п. 19 ч. 1 ст. 11);

4) осуществлять для оказания медицинской помощи привод больных, представляющих непосредственную опасность для себя или для окружающих либо совершивших общественно опасное деяние, если они уклоняются от явки к врачу по вызову. Такой привод осуществляется на основании санкционированного судом представления медицинского учреждения (п. 22 ч. 1 ст. 10).

Очевидно, что после внесения изменений и дополнений в Закон о милиции, Инструкцию необходимо было пересмотреть. Однако этого не произошло, что свидетельствует о пренебрежительном отношении авторов Инструкции к требованиям закона.

Все выше сказанное позволяет сделать вывод, что Инструкция, содержащая многочисленные грубые нарушения законодательства, якобы необходимые “для пользы дела”, не позволила обеспечить должное взаимодействие между учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел. Задача противодействия незаконному обороту наркотиков и распространению наркомании не может быть решена усилиями какого-то одного ведомства, организация межведомственного взаимодействия является чрезвычайно актуальной задачей. Однако, решая эту задачу, не следует забывать, что благая цель не может быть достигнута незаконными средствами или в интересах одного ведомства. Нарушения законодательства порождают только беззаконие и произвол, инструкция “Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел г. Москвы по профилактике наркоманий, токсикоманий и алкоголизма и связанных с ними правонарушений” является ярким доказательством этого.

Злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами, психотропными и одурманивающими веществами в современной России является одной из самых болезненных социальных проблем. Однако справиться с ней государство пытается, прежде всего, с помощью уголовных репрессий, административных запретов и ограничений в отношении потребителей наркотиков, не уделяя необходимого внимания вопросам лечения этих лиц. Принятие в 1992 г. Закона о психиатрической помощи, в котором не были прямо упомянуты наркологические заболевания, привело к фактическому разрушению правовой базы оказания наркологической помощи. Вместо внесения незначительных изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи, что позволило бы распространить на больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией доказавшие свою эффективность правовые нормы организации лечения лиц с психическими расстройствами, законодатель пошел по пути разработки самостоятельного закона “О наркотических средствах и психотропных веществах”. Такое решение нельзя признать оправданным по следующим причинам:

было регламентировано лечение только больных наркоманией; за рамками закона остались такие принципиальные вопросы, как организация наркологического учета и освидетельствование для установления факта опьянения; наркологическая служба при лечении больных наркоманией должна руководствоваться одними правовыми нормами, а при лечении больных алкоголизмом и токсикоманией — другими. Вопрос о правовом регулировании оказания наркологической помощи не снят с повестки дня, однако решать его

надо путем внесения изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи. Разработка самостоятельных правовых актов обречена на неудачу, поскольку нарушает сложившуюся систему законодательства в области здравоохранения⁴.

⁴ Вопрос правового регулирования оказания наркологической помощи подробно рассмотрен в работе: Дьяченко А., Цымбал Е. Совершенствование законодательства о предупреждении злоупотребления психоактивными веществами // Уголовное право. 2000. № 1. С. 100 – 107.

Новое в законодательстве

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 21 июля 2000 г. № 546 О внесении изменений и дополнений в Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности*

Правительство Российской Федерации постановляет:

Внести в раздел “Медицинские психиатрические противопоказания для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности в условиях повышенной опасности” Перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденного постановлением Совета Министров — Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. № 377 (Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 1993, № 18, ст. 1602; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 22, ст. 2459; № 32, ст. 3910), следующие изменения и дополнения:

1) в позиции “Работники военизированной охраны, служб спецсвязи аппарата инкассации, работники системы Центрального банка Российской Федерации и других ведомств и служб, которым разрешено ношение и применение огнестрельного оружия” слова: “(работники ВОХР МПС проходят предварительные и периодические медицинские осмотры в соответствии с приказом МПС СССР от 07.07.87 г. № 23Ц)” исключить;

2) дополнить раздел перед позицией “Другие виды профессиональной деятельности и категории должностей” следующей позицией:

“Работы, непосредственно связанные с движением поездов:

работники профессий и должностей согласно перечню профессий и должностей работников, обеспечивающих движение поездов, подлежащих обязательным предварительным, при поступлении на работу, и периодическим медицинским осмотрам, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 8 сентября 1999 г. № 1020, за исключением работников группы машинистов, водителей и их помощников;

работники, связанные с выходом на действующие железнодорожные пути, за исключением водителей транспортных средств;

Умственная отсталость в степени дебильности, ограниченная умственная отсталость, задержки умственного развития

Расстройства личности (психопатии) и невротические расстройства в стадии декомпенсации

Эпилепсия и синкопальные состояния

Наркомания, токсикомания, алкоголизм (допускаются при стойкой ремиссии в течение не менее 3 лет и отсутствии деградации личности)

Эпилепсия и синкопальные состояния

* Российская газета, 2000, 27 июля.

работники группы машинистов, водителей и их помощников, предусмотренные указанным перечнем, водители других транспортных средств, связанные с выходом на действующие железнодорожные пути

Умственная отсталость в степени дебильности, ограниченная умственная отсталость, задержки умственного развития

Расстройства личности (психопатии) и невротические расстройства в стадии декомпенсации

Эпилепсия и синкопальные состояния

Наркомания, токсикомания, алкоголизм (допускаются при стойкой ремиссии в течение не менее 3 лет и отсутствии деградации личности)

Переосвидетельствование через 3 года”;

3) в абзаце одиннадцатом позиции “Другие виды профессиональной деятельности и категории должностей” слова: “проводники пассажирских вагонов поездов дальнего следования” исключить;

4) примечание 2 исключить.

**Председатель Правительства
Российской Федерации
М. Касьянов**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
от 8 сентября 2000 г. № 696
О внесении изменений и дополнений
в Положение о военно-врачебной экспертизе**

Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые изменения и дополнения, вносимые в Положение о военно-врачебной экспертизе, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. № 390 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 19, ст. 1758, № 45, ст. 4334, 1997, № 51, ст. 5803; 1998, № 44, ст. 5464).

**Председатель Правительства
Российской Федерации
М. КАСЬЯНОВ**

**Изменения и дополнения,
вносимые в Положение о военно-врачебной экспертизе,
утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации
от 20 апреля 1995 г. № 390**

1. Пункт 10 дополнить абзацами следующего содержания:

“Медицинские учреждения независимо от организационно-правовой формы в 2-недельный срок по запросам военных комиссариатов (кадровых органов федеральных органов исполнительной власти, в которых законодательством предусмотрена военная служба (служба), обязаны сообщать медицинские сведения о гражданах, состоящих на учете (наблюдении) по поводу психических расстройств, наркомании, алкоголизма, токсикомании, злоупотребления наркотическими средствами, психотропными веществами, их прекурсорами, а также токсическими веществами, ВИЧ-инфицирования, состоящих на диспансерном

наблюдении по поводу других заболеваний, с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение), а также представлять медицинские карты амбулаторных больных и при необходимости — другие медицинские документы (медицинские карты стационарных больных, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования и т.п.), характеризующие состояние здоровья граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, призыву на военную службу, не проходящих военную службу и поступающих на военную службу (службу) по контракту, в военно-учебные (учебные) заведения, училища, а также пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, Федеральной службы безо-

пасности Российской Федерации и Службы внешней разведки Российской Федерации.

Лица, ознакомленные со сведениями, составляющими врачебную тайну, несут ответственность за разглашение указанных сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

По окончании освидетельствования военные комиссариаты (кадровые органы федеральных органов исполнительной власти, в которых законодательством предусмотрена военная служба (служба), в 2-недельный срок возвращают медицинские документы в соответствующие медицинские учреждения”.

2. Пункт 15 исключить.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 сентября 2000 г. № 344

Зарегистрирован в Минюсте РФ 10 октября 2000 г.
Регистрационный № 2415

О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия

В соответствии с Федеральным законом от 13.12.96 № 150 “Об оружии” постановлением Правительства Российской Федерации от 21.07.98 № 814 “О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации” были регламентированы медицинские противопоказания при выдаче лицензии на приобретение оружия.

Как свидетельствуют многочисленные обращения органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации, граждан Российской Федерации, имеют место нарушения правил и порядка выдачи медицинских заключений по результатам освидетельствования граждан для получения лицензии на приобретение оружия.

В целях упорядочения деятельности лечебно-профилактических учреждений в этом направлении работы **приказывают:**

1. Ввести с 1 декабря 2000 года в лечебно-профилактических учреждениях, осуществляющих амбулаторно-поликлинический прием, учетную форму № 046-1 “Медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина для выдачи лицензии на право приобретения оружия” (приложение).

2. Установить следующий порядок медицинского освидетельствования граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия:

Медицинское освидетельствование осуществляется в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь гражданину на постоянной основе (по месту жительства либо работы, или по договору обязательного медицинского страхования).

В освидетельствовании принимают участие врач-терапевт участковый с привлечением имеющейся медицинской документации, а также специалисты — психиатр, нарколог, окулист. В случае отсутствия специалистов в данном медицинском учреждении привлечение их осуществляется на договорной основе.

Заключение специалистов утверждается клинико-экспертной комиссией медицинского учреждения и скрепляется печатью.

3. Считать утратившим силу п. 7 Приложения 2 приказа Минздрава России от 14.03.96 № 90 “О порядке проведения предварительных и периодических осмотров” (приказ в госрегистрации не нуждается, письмо Минюста России от 30.12.96 № 07-02-1376-96).

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А. И. Вялкова.

Министр Ю. ШЕВЧЕНКО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

код формы по ОКУД
код формы по ОКПО

наименование учреждения

Медицинская документация форма № 046-1
Утверждена Министерством здравоохранения
Российской Федерации от 11.09.2000 № 344

**Медицинское заключение
по результатам освидетельствования гражданина
для получения лицензии на приобретение оружия**

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Специалист	Наличие противопоказаний (подчеркнуть)	Дата (число, месяц, год)	Фамилия врача (подпись)
1. Врач-психиатр	выявлено не выявлено		
2. Врач-психиатр нарколог	выявлено не выявлено		
3. Врач-офтальмолог	выявлено не выявлено		
4. Врач-терапевт участковый	выявлено не выявлено		

Заключение клинико-экспертной комиссии

печать ЛПУ

ПРИМЕЧАНИЕ: в графе "Наличие противопоказаний" подчеркивается слово "выявлено" или "не выявлено", что означает наличие или отсутствие заболеваний, указанных в постановлении Правительства Российской Федерации от 21.07.98 № 814.

Психиатрическая эксгумация

В. Батаев

Изучая акты судебно-психиатрических экспертиз, представляемых нам для рецензирования, поражаешься откровенной недобросовестности некоторых из них, явному характеру заказанности экспертиз. В особенности это касается посмертных экспертиз, где поле для словоблудия обильно и незасеяно.

Возьмем, к примеру, хотя бы вот этот.

Акт № 10/з от 03.02.2000 г. из ГНЦССП им. В. П. Сербского на испытуемую покойную Т. в гражданском деле о признании завещания недействительным.

(в изложении):

Т. в 1972 и 1984 гг. перенесла мелкоочаговый инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения. неоднократно стационарировалась в больницу в связи с приступами стенокардии, высокими цифрами артериального давления до 240/140 мм рт.ст.

В 1994 г. при очередном стационарировании, в числе прочего, диагностирован сахарный диабет тяжелой формы, диабетическая энцефалопатия, атеросклероз сосудов мозга, расстройства речи.

15.05.96 г. Т. была доставлена по "03" в 33-ю гор. больницу г. Москвы. Отмечались расстройства речи такой выраженности, что невозможно было собрать анамнез.

По записям в истории болезни от 23.06.96 г. отмечалось, что она крайне негативно относится к лечению, отказывается от приема лекарств. Невропатолог отметил, что она не предъявляет жалоб из-за речевых нарушений.

По показаниям свидетелей, навещавших Т. в мае 1996 г.: понять ее было невозможно, она мычала, не узнавала навещавших ее лиц; перед ней был букварь, но самостоятельно читать она не могла.

25.06.96 г. Т. в стационаре оформила завещание на свою квартиру медсестре.

26.06.96 г. имеется запись в истории болезни, что контакт с больной затруднен вследствие сенсорно-моторной афазии.

15.07.96 г. она умерла.

Итак, Т. при жизни страдала такими заболеваниями, как сахарный диабет, диабетической энцефалопатией, гипертонической болезнью тяжелой степени, перенесла нарушение мозгового кровообращения.

А главное у нее были выраженные расстройства речи в виде моторной и сенсорной афазии.

Указанное физическое и психическое состояние Т. облегчило для выгодоприобретателя подавление ее свободной воли и "натаскивание" на составление завещания. Этот вывод лежит на поверхности, и остается лишь сожалеть, что его не сделали уважаемые эксперты ГНЦССП им. Сербского. "Однако отсутствие в меддокументации объективных сведений с описанием психического состояния Т., а также противоречивые свидетельские показания в деле не позволяют решить вопрос о ее психическом состоянии, возможности понимать значение своих действий и руководить ими в период оформления завещания 25.06.96 г.", — пишут они в заключительной части акта.

Это какие же противоречивые свидетельские показания имеются в виду? Известно какие — медсестры, получившей по завещанию квартиру беспомощной старухи, и нотариуса, который свидетельствовал о дееспособности завещательницы.

А каких описаний психического состояния завещательницы им не хватало? Не думаю, что прошла мимо их ученого взора статья James E. Spar and Andrew S. Iar. J. D. (Los Angeles) "Как оценить способность выразить в завещании свою волю", опубликованная в "Обзоре современной психиатрии" (Изд. фонда "Женевская инициатива в психиатрии" № 4 за 1999 г.) Об этой способности авторы прямо пишут: "1. Психическое состояние наследователя в целом; 2. Определенные стороны психической деятельности, которые играют самую значительную роль при оценке завещательной дееспособности (все виды ориентировки, память на события ближайшего и отдаленного прошлого, **понимание и выразительность речи**, адекватное восприятие реальности, критичность и способность к рассуждениям; понимание природы завещания, память и понимание в отношении родственников и имущества)".

Эксперты этих очевидных признаков завещательной дееспособности как бы не заметили. И вот в этом тумане, пущенном ими, и сгущаемом судьями придется маяться родственникам умершей, пока не найдутся другие эксперты и не назовут очевидные вещи своими именами.

Если здесь эксперты ссылались на отсутствие описания психического состояния испытуемой для дачи заключения, то в нижеописываемом случае они такие описания имели, но так их исказили, что акт принял вид фальшивки, что для судей, возможно, было бы и незаметно, ведь для них важны выводы: дееспособен – недееспособен.

Итак акт № 2697 от 03.08.99 г. амбулаторной по- смертной судебно-психиатрической экспертизы, про- веденной в ТМОП-2 г. С.-Петербурга на испытуемую О. о признании завещания недействительным.

(в изложении):

О. при жизни наблюдалась психиатрами с 1952 по 1988 г. В 1988 г. она была снята с психиатрического наблюдения с диагнозом: “Умеренные изменения личности в результате атеросклероза”.

Этот диагноз полностью соответствует описаниям наблюдавших ее психиатров. на протяжении всего указанного периода у нее наблюдалась “мерцающая” симптоматика с субдепрессивными, астеническими, невротоподобными, ипохондрическими и истериче- скими проявлениями. Все эти проявления были столь незначительны, что в психиатрическую больницу ее не приняли.

Отмечалось заострение черт характера в виде кон- фликтности, непримиримости к несправедливости.

Все сказанное вполне соответствует клинической картине ранней (I) стадии церебрального атероскле- роза так, как она выглядит в психиатрической прак- тике и в многочисленных описаниях в специальной литературе (*Авербух Е. С.* Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. — Л.: Медицина, 1969; *Авербух Е. С.* Психика и гипертоническая болезнь. — Л.: Медицина, 1965; *Штернберг Э. Я.* Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977; Судебная психиатрия. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988 и др.).

В этой стадии больные признаются вполне дееспособными.

Не так произошло с нашей испытуемой.

В записях наблюдавших ее психиатров от 24.09.87 г.:

“В последние годы предъявляла невротоподобные жалобы, обнаруживала изменения личности по сосу- дистому типу”, а эксперты в заключительной части акта пишут “выраженные изменения личности”. Пси- хиатры описывают период конфликтов больной с со- седями, которые возникали на реальной почве, а экс- перты квалифицируют это как “сутяжную деятель- ность”. далее психиатры отмечают, что у О. отсутст- вовали нарушение памяти и интеллекта, а эксперты с потолка пишут: “выраженное снижение памяти, ин- теллекта, критических способностей”. Далее запись ВКК от 03.02.88 г.: “Последние годы продуктивной симптоматики не обнаруживает, выявляются умерен- ные изменения личности без явлений слабоумия по сосудистому типу. Несколько обстоятельна. память умеренно снижена. Адекватно оценивает свою жиз- ненную ситуацию и сознает свои интересы. Заклю- чение: “Умеренные изменения личности в результате атеросклероза”, в наблюдении психиатра не нуждается. Снята с психиатрического учета”.

В 1993 г. О. приватизировала свою квартиру. В 1996 г. завещала эту квартиру правнучке. В том же году она умерла.

Итак, начальные проявления атеросклероза сосу- дов мозга. Как же их квалифицируют эксперты?

“По своей глубине и выраженности достигали сте- пени хронического психического заболевания, что лишало ее способности правильно понимать значение своих действий и руководить ими в момент оформле- ния завещания”.

Так вот взятое с потолка заключение экспертов, конечно же заказанное (они не взяли даже труда при- вести в соответствие описательную часть акта с за- ключительной) приняло для суда желательный вер- дикт (ведь командовал парадом сам вице-адмирал флота).

Хочется повторить за Остапом Бендером: Скучно, девушки!

ЕВРОПЕЙСКИЙ ДИАЛОГ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

7 – 9 марта 2001 г., Роттердам, Нидерланды

Тел.: +32 (2) 280-0468;

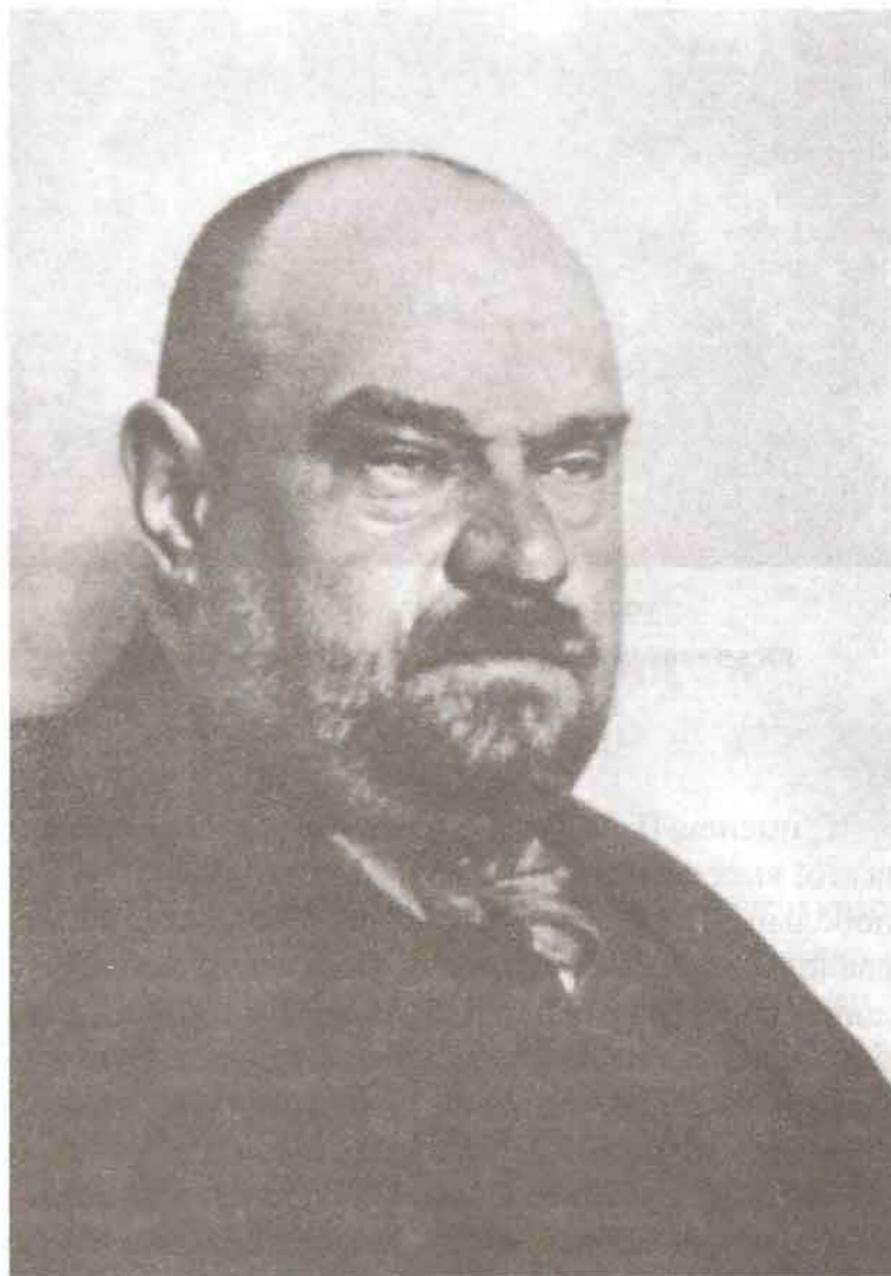
факс: +32 (2) 280-1604;

E-mail: info@mhe-sme.org

П. Б. Ганнушкин по-прежнему наш современник и учитель

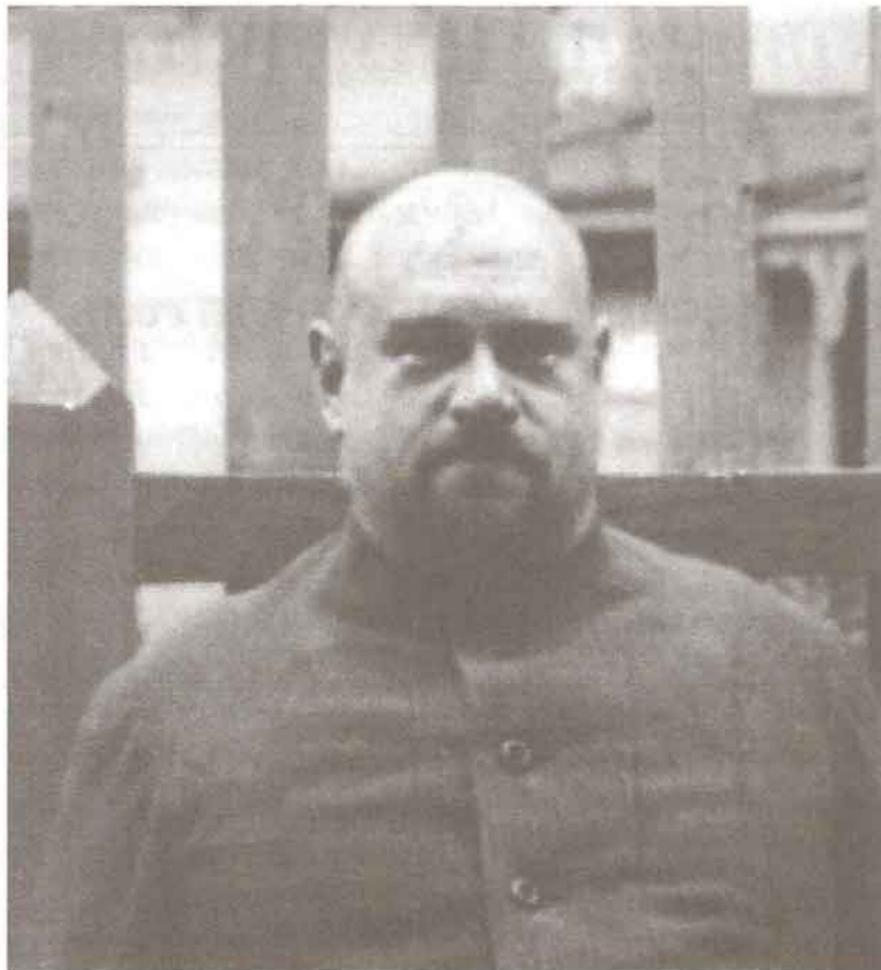
Петр Борисович Ганнушкин (Рязань, 1875 – Москва, 1933) был не просто характернейшим представителем Московской психиатрической школы, он был ее воплощением и, вслед за С. С. Корсаковым (1890 – 1900) и В. П. Сербским (1900 – 1911), со-создателем в самое трудное время (1918 – 1933). Главной отличительной особенностью этой школы является безусловный примат клиницизма и, в самом деле, высокий клиницизм. А это и составляет существо феноменологического подхода в психиатрии, активно избавляющегося от всякого рода “метафизики”, психологизации, физиологизации, социологизации. Петр Борисович и был, прежде всего, замечательным клиницистом, которому острота взгляда и тонкая нюансированность никогда не мешали трезвой реалистичности картины целого. Поэтому ему и оказалась по плечу самая трудная, запутанная и тонкая область — пограничная психиатрия. Вклад его здесь огромен, и не случайно его имя стоит в одном ряду с Куртом Шнайдером.

Наивно звучит ставшая традиционной критика со стороны даже его почитателей. Например, выделение антисоциальных психопатов и конституционально глупых. Смысл, который вкладывался им в эти понятия, во многих отношениях совершенно иной, чем современное употребление этих терминов или их номинальное определение. Один из моих учителей проф. И. А. Мизрухин рассказывал, как он, молодой ординатор, показывая Петру Борисовичу больного, поставил усложненный четырехэтажный диагноз. П. Б. задумчиво-укоризненно посмотрел на него и сказал: “Да это просто дурак”. **“Конституционально глупые” по П. Б. Ганнушкину, если адекватно переводить на язык МКБ-10, — это люди с “зависимым расстройством личности”.** Это выражено им так ясно, с такой рельефностью, что понять критиков, по крайней мере его эпохи, можно, только зная, как и почему с 1935 года из советской психологической литературы исчезло само понятие “ума”. Впоследствии понятие ума, интеллекта становилось все более интеллектуалистическим, все дальше уходя от классического целостного представления Вильяма Штерна, которое было чуждо такой узости и тех разнообразных издержек, которыми это обернулось впоследствии. С другой стороны, “зависимое поведение” в высокой степени связано со слабостью абстрактного критического мышления. Без наличия этого последнего нет никаких оснований отождествлять астенических психопатов



Петр Борисович Ганнушкин (1875 – 1933)

тов с “зависимым расстройством личности”, что, тем не менее, произошло в МКБ-10. На давление и попытки манипулирования астеники отвечают достаточно разнообразно: не менее часто пассивной и активной защитой (толерантностью или негативизмом), чем конформными реакциями. “Конституционально глупые” или “зависимые личности” нередко оказываются приспособленнее так наз. умных людей. Однако критика П. Б. Ганнушкина обычно диктовалась вовсе не научными соображениями. Суцая травля была развернута против него после публикации пионерской работы “Об одной из форм нажитой психической инвалидности” (1926), которая не была помещена в сборник его избранных трудов даже в 1964 г. Между тем, в ней запечатлен чрезвычайно важный для психиатрии и всей медицины клинический факт.



1926 год. П. Б. Ганнушкин
в санатории-лечебнице “Петровский парк”
(публикуется впервые)

С именем П. Б. Ганнушкина связывается, прежде всего, высокий клиницизм, то, как он любил душевнобольных, любил общаться с ними и общался как равнодушный со-беседник: “...смеялся, сожалел, сердился, сопереживал”, порой приходя в клинику даже по вечерам, а особенно любил первичный амбулаторный прием. Присутствовать при этом было захватывающей и лучшей из возможных школ для молодых врачей и не случайно именно П. Б. Ганнушкин создал наиболее многочисленную школу, объединившую многие яркие индивидуальности.

Масштабы научного вклада Петра Борисовича определяются современным звучанием его работ, сохраняющейся актуальностью поднятых им проблем. Он стоит у истоков целых разделов и направлений психиатрии и ее важных проблем: “малой психиатрии”, социальной психиатрии, внебольничной психиатрической помощи, раннего атеросклероза, психопатологии религии и многого другого.

Масштабы его личности трудно переоценить, особенно, если помнить, в какое страшное время он работал. Красноречивым свидетельством является его отношение к своему Учителю, С. С. Корсакову, через личность и творчество которого он, — обсуждая возможные варианты, — предпочитал строить вступительную лекцию по психиатрии для студентов. То, что он выделяет в личности и творчестве С. С. Корсакова, как основное, лучше всего обнаруживает нам его самого. Петр Борисович выделяет в качестве цент-

ральных два направления деятельности Корсакова: борьбу за права душевнобольных и борьбу за психиатрию как самостоятельный предмет и специальность. Он пишет в отношении первого: *“За право душевнобольного быть больным, таким же больным, как другие больные; за то, что душевнобольного надо лечить, нужно, если это вызывается необходимостью данного случая, класть в больницу, а не “сажать”;* *а еще и теперь, даже в нашу клинику, уже не говоря о больницах, “сажают”, а не кладут”** (1925). Говорить такое во вступительной лекции студентам в те годы было актом гражданского мужества, не считающегося с личным интересом. Он был таким всегда: и в 1907 году, когда ушел из клиники в знак протеста против чрезмерно жесткой принципиальности В. П. Сербского, и в 1911 году, когда активно поддержал В. П. Сербского в ответ на репрессии министра Кассо, и в 1917 году, когда прочел свою вдохновенную знаменитую вступительную лекцию студентам на смерть В. П. Сербского. Эту лекцию следовало бы всегда повторять всем студентам-медикам, ввести во все антологии и пропедевтики.

“Работа и вся жизнь психиатра постоянно связана самым интимным образом с общественной, социальной жизнью... Это всегдашняя, постоянная работа общественного деятеля... Из целого ряда общественных задач, которые выпадают на долю психиатров... есть одна, над постоянным решением которой всегда трудились психиатры разных стран и народов: это — **всегдашняя защита прав душевнобольного человека.** Этим поистине может гордиться психиатрия и русская, и общечеловеческая с самых давних времен... Пинель (не только) в 1792 году первый снял цепи с умалишенных..., он известен тем, что **систематически отказывался выдавать революционному трибуналу всех тех, кто по случаю душевного заболевания находился у него в больнице.** (Он не побоялся при этом самого Кутона, друга Робеспьера, того самого, который казнил не только людей, но и здания...)”. В августе 1906 года В. П. Сербский в ответ на предписание всесильного тогда градоначальника Рейнбота — предписание, которое полагалось исполнять немедленно и беспрекословно, — осмотреть все лечебные учреждения города Москвы, помещения для больных, произвести опрос служащих, сличить больных с фотографией разыскиваемого преступника — ответил категорическим отказом, а получив полчаса на размышление с угрозой насильственного осмотра, все равно не уступил, и “душевнобольные не были отданы на издевательство полиции”.

Эта славная традиция Московской школы, начиная с С. С. Корсакова, не испугавшегося угроз ректора, и продолжавшего отдавать дань публичного уважения Ф. Ф. Эрисману после его изгнания охранным отделением (1896), и В. П. Сербского, неоднократно вступавшего в конфликт с полицейским ведомством. Петр Борисович продлил ее в намного более опасных

* Здесь и далее выделения сделаны редакцией.

условиях, на нем она на таком уровне и пресеклась. Но не среди его многочисленных учеников. Достаточно указать на экспертизу генерала П. Г. Григоренко, проведенную проф. Ф. Ф. Детенгофом в Ташкенте (1969).

Трудно переоценить роль для российской общественной психиатрии созданного П. Б. в 1910 году журнала "Современная психиатрия". "Это был боевой орган радикально настроенных психиатров и в своей "Хронике" ярко отражал как общий ход психиатрического дела в стране, так и развитие психиатрической общественной мысли".

Целая тема — лекции П. Б. Ганнушкина. Соединявшие яркую образность, глубину и свободу мысли, они собирали аудиторию не только студентов разных факультетов, но и врачей, едва вмещавшихся в залы.

То немногое, что он положил на бумагу, написано с необыкновенным для ученого литературным талан-

том, что указывает на родственный источник художественного и клинического постижения действительности, особенно в такой сфере, как характерология.

Петр Борисович не любил ничего показного, напыщенного, фальшивого, наукоподобного, его острый критический взгляд был толерантен к моде. Он предостерегал "от неумеренного, неумелого, почти преступного применения фрейдовского метода", он предупреждал о "вреде для общества распространения превратных представлений о всемогуществе гипнотического внушения".

Все это и очень многое другое не просто остается актуальным, а стало еще актуальнее. Да и могло ли быть иначе, если в самом главном в нашей профессии — разборе больных — мы продвинулись вовсе не вперед.

Ю. С. Савенко

Об одной из форм нажитой психической инвалидности*

П. Б. Ганнушкин

Настоящая небольшая работа имеет своей целью обратить внимание врачей — не только врачей психиатров, но и невропатологов и терапевтов — на группу случаев, которая в настоящее время в силу целого ряда условий, видимо встречается чаще, чем встречалась раньше. Это сообщение является — мы бы хотели это подчеркнуть — сугубо предварительным, и если мы все же решаемся с ним выступить в печати теперь же, когда в нашем распоряжении еще нет ни количественно достаточного, ни качественно хорошо обработанного и прослеженного материала, — то лишь затем, чтобы привлечь к этой группе явлений внимание других наблюдателей.

Дело идет о группе случаев, когда молодые еще люди в возрасте 20 – 25 – 30 лет становятся в психическом отношении инвалидами, при чем эта нажитая инвалидность, это стойкое ослабление психики, совершенно не заключающая в себе специфических черт, свойственных шизофрении и эпилепсии, по своей клинической картине ближе всего подходит к той психической несостоятельности, которую мы видим в начальном периоде артериосклеротического изменения головного мозга; другими словами, эта нажитая уже в молодом возрасте психическая инвалидность носит на себе определенную печать органического заболевания.

* Труды психиатрической клиники (Девичье поле). вып. 2. — М.: Изд. Сабашниковых, 1926. С. 52 – 59 (выделения в тексте — ред.).

То обстоятельство, что эта группа случаев, о которой сейчас идет речь, обращает на себя внимание и требует выделения, как что-то своеобразное, объясняется, думается нам, двумя факторами: во-первых, условиями жизни и темпом настоящего времени (о чем придется подробнее говорить позднее, когда мы будем касаться вопроса об этиологии этой формы болезни); во-вторых, тем, что психиатрическая точка зрения, психиатрический критерий находит себе признание и применение в гораздо большей мере, чем раньше; психиатры являются не только больничными врачами, но привлекаются к работе в контрольных и отборочных комиссиях, в санаториях, в общих поликлиниках и амбулаториях; разрабатываются вопросы малой психиатрии, и тот клинический материал, который по существу принадлежит психиатрам и который к ним никогда не попадал, ибо не попадал в психиатрические больницы, получает новое и, думается нам, более правильное толкование и оценку.

Наше изложение мы начнем с этиологии этих случаев, при чем нужно сказать, что именно этой этиологией, главным образом, и определяется их особенность, их, если угодно, даже известная специфичность. Прежде всего, во избежание недоразумений, нужно сказать, что дело идет о работниках, главным образом, умственного труда (конечно, в широком смысле слова). Основным этиологическим моментом является чрезмерная нагрузка и психическая, и общесоматическая, в результате чего получается прежде-

временная изношенность, истрепанность всего организма и прежде всего его центральной нервной системы, его головного мозга; и это тем более, что перегружается и умственно, и эмоционально, и физически незрелый, не вполне сложившийся организм, а организм, находящийся в периоде созревания и физического, и в частности полового. Остановимся подробнее на этих факторах. Факторы физического и психического переутомления взаимно переплетаются. Люди — молодые несозревшие, неподготовленные — заняты напряженным и ответственным умственным трудом часов по 14 — 16 даже 18 в день; и это изо дня в день, из месяца в месяц, из года в год. Три, четыре года такой работы без перерыва, без отпусков — не редкость среди нашего материала. Материальные условия жизни — прежде всего питание и жилище — также сплошь и рядом ниже всяких допустимых требований. Единственный перерыв в работе дается инфекционными заболеваниями (тифом, имевшим поголовное распространение среди населения), а в женской половине, кроме того, эпизодами половой жизни пациентки (родами, а еще чаще многочисленными абортными), причем этот перерыв дает не отдых, не восстановление здоровья организма, а напротив — еще большее расстройство его функций, ибо, как общее правило, а не как редкое исключение, пациент продолжает работу даже при высокой температуре, прекращает работу лишь при расстройстве сознания или при ужасающей слабости, опять начиная ее, далеко не оправившись. Сплошь и рядом, как мы уже это отметили, но мы бы хотели это особо подчеркнуть, люди, призванные в силу необходимости к тяжелому умственному труду, по самой организации своей неспособны к нему и это, конечно, страшно увеличивает нагрузку, напряжение, переутомление. Наряду с чисто интеллектуальным переутомлением рука об руку с ним — но, быть может, как фактор еще более серьезный — идет нагрузка эмоциональная, аффективная, нагрузка — **да простят мне это старое слово — моральная**: сознание колоссальной ответственности, эмоциональное напряжение — по интенсивности и по длительности — ни с чем несравнимое, аффективные переживания, волнения, страхи за свою жизнь и за жизнь близких, страхи за поругание чести, переживания, связанные с потерей старых связей и с боязнью не удержать и новых. Те переживания, о которых рассказывали наши пациенты, едва ли найдут себе что-нибудь аналогичное — в своей сгущенности, своей интенсивности, своей длительности, в затяжном характере; и эти переживания — точно так же, как и умственный труд — длились не минуты, не часы и не дни, а иногда годы, то поднимаясь на короткий срок до катастрофической остроты, то — на остальное время опускаясь до уровня постоянного наличия аффекта напряженности, аффекта страха.

Мы не хотели бы конкретизировать этих общих положений и слов примерами, но все же мы должны

дать два, три штриха. Мы видели молодых людей лет 17 — 18, в течение нескольких лет исполнявших обязанности секретарей ответнейших организаций, справляющихся со своими обязанностями великолепно, забывших про свою молодость и про свои юные интересы и забавы, вызывавших своею работой и усердием восторг и удивление старших; эта работа заканчивалась фиаско и провалом и приводила к общей потере работоспособности. Мы видели молодых энтузиастов, годами работавших на границах и фронтах республики, изо дня в день совершавших исключительные подвиги, десятками раз бывших на волос от смерти, привыкших к мысли о близости и неизбежности плена, пыток, позора. Мы видели молодых девушек, прямо с гимназической скамьи бросившихся с жаром юности в борьбу с бандитизмом, с врагами республики и в течение двух, трех лет такой напряженной борьбы не выдержавших этой жизни и потерявших свой жизненный тонус. Мы видели девушек-женщин 19 — 20 лет, к этому сроку уже бывших матерями, имевших не один аборт, выдержавших весь ужас пыток, издевательств, неоднократных насилий, работавших на самых ответственных постах, учившихся и служивших в одно и то же время и по истечении двух-трех лет такой жизни утративших и силу, и красоту, и яркие краски своей психики.

Жизнь не идет изолированно, и к этому основному, играющему главную роль моменту присоединяются добавочные, второстепенные. Этих добавочных моментов несколько: 1) травмы, контузии головы, 2) различные инфекции, чаще всего тифы — один или несколько и 3) интоксикация — алкоголь и кокаин. Каждый из этих трех только что названных факторов (особенно первые два) — даже в отдельности взятый — может в зависимости от силы и времени его действия быть достаточным для того, чтобы вызвать серьезное органическое поражение головного мозга с глубоким слабоумием (*dementia organica*); но в данной категории случаев, как это само собой разумеется, мы имеем в виду лишь легкие травмы, легкие контузии, легкие инфекции и интоксикации, не дающие грубо-органических, особенно очаговых поражений головного мозга; эти добавочные моменты все же ослабляют организм и, конечно, нарушают функционирование тех или других частей нервной системы. Отдельно должна быть поставлена туберкулезная инфекция, так пагубно влияющая на весь организм и на его нервную систему в частности.

Таким образом, этиологический фактор оказывается и многообразным, и расплывчатым, и даже несколько неопределенным, но в то же время он очень определен в том отношении, что все точки, все моменты его приложения концентрируются на одном — на истощении, на изнашивании, на трепке, трепке длительной и интенсивной несформировавшегося организма.

При этом чрезвычайно интересно отметить, что утомление, требующее (закон защитного механизма) соответствующего отдыха, в этих случаях пересиливается колоссальным напряжением воли, и это усилие — иногда столь нужное и выгодное — здесь, в конце концов, дает обратную сторону медали за счет основного фонда организма.

Чтобы не усложнять и не загромождать изложения, мы умышленно не касались конституционального фактора; разбираемое заболевание — сугубо экзогенное, но эндогенный момент и здесь, как и везде, тоже налицо; его мы коротенько коснемся, когда будем говорить о клинической картине и патогенезе болезни.

Клиническая картина тех случаев, которые мы видели и которые мы относим к описываемой форме, определяется стойким понижением умственной работоспособности, стойким — качественным и количественным — понижением психического уровня, падает сила, высота интеллекта и вместе с тем падают и его рабочие запасы; сокращается и время полезной работы, и ее продуктивность. Память теряет в силе, остроте и диапазоне; сила усвоения ослабевает; прежде легко усваивавшиеся вещи даются с трудом и требуют большей затраты времени; интересы, умственный кругозор суживаются. Дело не доходит до настоящего слабоумия, но во всяком случае об ослаблении умственной деятельности говорить приходится определенно. Рука об руку с этими стойкими явлениями упадка наблюдаются два рядом идущие симптома, столь характерные для “ограниченной, артериосклеротической неврастении”, это — утомляемость и раздражительность. Что касается до так называемого изменения “личности”, “характера” пациента, о котором так любили говорить в прежнее время, то мы его в наших случаях не наблюдали, по крайней мере оно не бросалось в глаза.

Таков основной фон патогенетического значения; на этом фоне — узоры, рисунки, патопластика. Пестрота и сложность клинической картины определяется: во-первых, различными в разных случаях добавочными экзогенными моментами и, во-вторых, фактором конституциональным. При дебюте любого органического заболевания, еще не достигшего большой интенсивности, наблюдается усиление, более резкое выявление врожденных качеств личности пациента, выявление его “характера”; это как раз и наблюдается в наших случаях.

Наиболее частыми клиническими возможностями оказываются следующие:

1. Часто наблюдается очень большая возбудимость и раздражительность, иногда доходящая до эксцессов и выходящая далеко за пределы астенической раздражительности. Этот симптом объясняется или наличием у пациента (до заболевания) эпилептоидной психопатии (в таких случаях дифференциальный диагноз от генуинной эпилепсии может быть

очень затруднителен), или имеющейся в анамнезе травмой головы, или, наконец, в некоторых случаях — просто соответствующими условиями жизни, крайне понижающими порог раздражения.

2. Еще более частым, быть может, симптомом оказываются приступы депрессии или более длительные и менее острые, или более короткие и более интенсивные. Появление депрессий обуславливается или наличием соответствующей конституционной основы (циклотимическая конституция в широком смысле слова), или естественной реакцией на заболевание (пациент прекрасно сознает свою деградацию), или, наконец, реакцией на то или иное тягостное переживание, имеющееся в богатом прошлом и время от времени с большей или меньшей неизжитой остротой всплывающее в сознании больного.

3. Наконец, самое частое осложнение клинической картины заключается в различного рода психогениях, в “истерических” проявлениях. Эти симптомы объясняются, с одной стороны, наличием психических травм, травм в свое время не отреагированных, и, с другой, наличием соответствующей психопатической конституции (разного типа).

Со стороны соматической отметим присутствие головных болей — иногда упорных и интенсивных, головокружений, даже обмороков.

Болезнь развивается в течение двух, трех, четырех лет и приводит к стойкому, неизлечимому ослаблению интеллектуальной деятельности. Дальнейшее течение стационарное. Люди, бывшие способными до болезни к самой ответственной, напряженной, высокого калибра работе, теперь могут справляться лишь с работой гораздо более низшего уровня — технической, механической; начавшие с большим успехом учиться в высших учебных заведениях, через два — три года обнаруживают свое бессилие и вынуждены идти на рядовую работу и т.д. и т.д.

Дифференциально-диагностические соображения не сложны. От нажитой функциональной неврастении отличает течение болезни, во-первых, и, во-вторых, тот факт, что отдых, даже длительный и полный, не помогает. От шизофрении — наличие доступности, естественности, эмотивности и отсутствие апатии и парадоксальных реакций. От генуинной эпилепсии — отсутствие нажитого качественного “изменения личности” и отсутствие характерных эпилептических черт. В некоторых случаях — при наличии психической травмы — можно было бы думать, что дело идет не о стойком, а о временном, преходящем заболевании, именно о “бегстве в болезнь”, но это предположение опровергается всей картиной и всей жизненной ситуацией: не говоря о качестве симптомокомплекса, не говоря о его стойкости, приходится обращать внимание на то, что наши пациенты не уходят из жизни, а все время борются с ней, все время пытаются стать на работу, не мирятся с болезнью и не культивируют сознания болезни.

Лечение только профилактическое.

Самое трудное — говорить о патогенезе этих случаев; по вполне понятным причинам можно высказать лишь некоторые предположения, при этом самые общие. Это заболевание — хроническое, неизлечимое, и первое, что определяет его существо, это — его несомненная органическая основа; заболевание должно быть отнесено в большую группу органических поражений головного мозга (*affectio organica cerebri*). Второе, более частное, положение заключается в том, что эта органическая база, надо думать, состоит в изменении, в склерозе сосудов головного мозга; наконец, третье, еще более частное, положение, — что поражение (таковы данные клиники) не очаговое, а разлитое, что поражаются не только крупные, а и мелкие сосуды головного мозга. В связи с этим уменьшается, конечно, и полезная площадь мозговой коры. Рассматриваемое заболевание должно третироваться, как разлитое, но не далеко зашедшее (ибо степень ослабления психики не велика) поражение головного мозга и прежде всего его коры.

Переутомление физическое, а в данном случае интеллектуальное, еще более аффективное, моральное — в этом существо дела — производит целый ряд изменений в функциях организма: происходит расстройство обмена веществ, нарушается сердечно-сосудистая деятельность, неправильно функционирует вегетативная нервная система и система желез внутренней секреции; в результате всех этих длительных и интенсивных нарушений развиваются прежде всего стойкие изменения, изнашивание, склероз всей сосудистой системы. Деструктивное значение факторов переутомления и особенно длительных психических травм до сих пор определенно недооценивалось; считалось, что психические травмы, как бы длительны и сильны они не были, изживаются бесследно, без последующих изъязнов; в настоящее время накапливается достаточно фактов (в этом отношении особенно много сделано изучением эндокринной системы и вегетативной нервной системы), доказывающих, что длительные и интенсивные нравственные потрясения

не проходят без результата для организма, что они оставляют после себя совершенно определенные следы и изъязны. Эти вопросы намечены, поставлены и частью уже решены. Клинический материал, о котором идет речь в этой работе, должен быть истолкован только в этом же смысле¹.

Нужен ли для этой нажитой психической инвалидности, помимо экзогенного фактора (повторяем, это заболевание — сугубо экзогенное) и фактор эндогенный? — вероятно, да; и этот эндогенный фактор должен быть понимаем в том смысле, что организм от рождения в соответствующих отношениях является слабым, излишне ранимым, мало способным сопротивляться вредным влияниям.

Говоря о патогенезе этих случаев, мы хотели бы подчеркнуть, что процесс выделения их из наблюдавшегося материала шел по указанному Краепелин'ом пути (понятие об исходных состояниях). Первым этапом было то обстоятельство, что в сфере наблюдения оказались случаи нажитой инвалидности (исходные состояния), которые не укладывались в рамки уже существующих очерченных форм, это и заставило тщательнее проверять их происхождение, их прошлое, их этиологию.

В заключение, на вопрос, что в описываемой форме нового, мы определенно хотели бы ответить: очень мало, а, может быть, и ничего. Сгущение изнашивающих факторов переживаемого времени сделало выпуклым, ярким, частым то, что без этого бывало в виде исключения и, как исключение, не привлекало внимания наблюдателей.

¹ Чрезвычайно интересен в этом отношении сделанный недавно в Крепелиновском исследовательском институте доклад Neubürgera — О значении функциональных сосудистых расстройств и патологии. *Centralbl. für die ges. N. u. P.* 1926. 15 April. В следующих сочинениях собраны относящиеся к этому вопросу факты и соображения: 1) Hess. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. *Neurol. u. psych. Abhandlungen aus dem Schweizer Archiv v. Monakow* 1924. 2) Schwarz. *Psychogenese*. Wien. Springer. 1925. 3) Dide. *Psychogenesè*. Paris. Masson. 1926.

Первый мировой конгресс ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

27 – 31 марта, Берлин

Факс: +49 (9131) 853-6592;

E-mail: m.lanczik@uni.de

Горькие воспоминания

Устоявшийся жанр юбилейных публикаций иной раз вызывает особенный протест — парадный глянец покрывает все, что угодно, процедуре покрытия лаком предшествуют стесывание любых шероховатостей и поэтапная шлифовка. В результате — обезличенные, одинаково румяно-блестящие портреты, подчас рядом — хищников и их жертв. Блюма Вульфовна Зейгарник — из тех, кому это совершенно не нужно. Ничего внешне высоко значительного — просто добрая, умная, очень милая в общении миниатюрная женщина, которой не были чужды многие человеческие слабости. Отличительной была всегда сопровождавшая ее очень неформальная, по хорошему домашняя атмосфера. Не правда, что не сердилась, что всегда угадывала людей, хотя дар этот был несомненным и, как все в ней, настолько естественным, что не вызывал никакого удивления. Это было вполне в духе интуитивного усмотрения сущности феноменологического направления, которому она принадлежала не теоретически, а всем своим существом и профессиональным опытом. Это был впитанный с молодости дух Берлинской школы гештальт-психологии. Надо понимать, что такое для психологии Макс Вертгаймер, Курт Левин, Эдуард Шпрангер, вручавшие ей диплом об окончании Берлинского университета, чтобы пережить изумление и трепет от возможности соприкоснуться с ними через Блюму Вульфовну. Но этот вполне феноменологический гештальтистский шарм был у нее словно придымлен и остро надломлен характерным тиком — подмигиванием с вздергом и поворотом головы через плечо — резкая экспрессионистская нота, словно осколок осмысленной реакции, оставшейся у нее, беременной, после ареста в 1938 г. мужа, навсегда исчезнувшего “без права переписки”.

Мне посчастливилось работать с Блюмой Вульфовой в ее лаборатории в течение 11 лет, в начале в качестве аспиранта, которого она консультировала, и кончая докторской диссертацией (1974), официальным консультантом которой она была. Я пришел в лабораторию Блюмы Вульфовны в 1963 г., в очередной трудный для нее период — время, когда ее, родоначальницу отечественной патопсихологии, автора классического труда по патологии мышления, открывшего дорогу экспериментальной верификации шизофрении в соразмерном клинике масштабе, создательницу уникальной лаборатории, успешно внедрявшей новое клинично-экспериментальное направление психодиагностической работы и готовившей кадры, как база



Блюма Вульфовна Зейгарник

Московского Университета, выдавливали на пенсию, не считаясь со всем этим. Это был упорный прессинг Минздрава, тупо-формально “по возрасту”, на деле еще беспартийности и национальности, чтобы приблизить процент “еврейского засилья” в Институте к разнарядке. Этому противостоял психологический факультет МГУ, где Блюма Вульфовна была профессором кафедры нейро- и патопсихологии, наряду с А. Р. Лурия. Директором Института психиатрии МЗ РСФСР стал в этот период проф. Д. Д. Федотов, только что замененный на посту директора Института психиатрии АМН СССР проф. А. В. Снежневским. Федотов был высоко гуманным, на редкость доброжелательным человеком. Ему претили министерские разнарядки. Он постоянно стремился собирать, а не разбазаривать достойные кадры, и как мог тормозил этот процесс. Тем не менее, именно ему выпало выполнить это распоряжение. К чести Блюмы Вульфовой, она всегда отзывалась о Федотове наилучшим образом. Незадолго до этого финала основного этапа



Блюма Вульфовна Зейгарник

жизни лаборатории меня, только полгода как защитившего кандидатскую диссертацию, выполнявшуюся частично с участием Блюмы Вульфовны, пригласило руководство Института (Д. Д. Федотов, Н. Ф. Шахматов и др.), настоятельно предлагая, вопреки моим отказам, место Блюмы Вульфовны. Я поехал к ней домой, предоставив решение этого вопроса на ее усмотрение. Единственным доводом, который я выставил тогда в пользу этого шокирующего по контрастности предложения, была моя всегдашняя сверхценная преданность гештальт-школе, — выразителю феноменологического движения в психологии. Сама Блюма Вульфовна не раз повторяла, что я в большей мере последователь К. Левина, чем она сама. Тем не менее, Блюма Вульфовна не посоветовала мне соглашаться на это искусительное предложение. А вскоре Блюму Вульфовну сменил на посту зав. лаборатории проф. Борис Моисеевич Сегал, тогдашний серый кардинал директора, ученый секретарь Института, человек универсальной одаренности, но совершенно иной, чем Блюма Вульфовна, и не имевший до того к психологии никакого отношения. Спустя полгода Д. Д. Федотов провел меня по конкурсу старшим научным сотрудником в психологическую лабораторию. Блюма Вульфовна еще долго оставалась ее научным консультантом, часто бывала в лаборатории и приезжала на все внутрелабораторные конференции. Здесь ее чти-

ли, но нельзя было не видеть очередного, мучительного для нее и объективно драматичного поворота событий: если и раньше иные ее ученики, как Ю. Ф. Поляков, создавали другое, свое направление, то теперь созданная ею лаборатория фактически стала совершенно другой по проблематике, характеру деятельности, а постепенно и по духу. Жизнь лаборатории начала двигаться в русле общенаучного тогда в мире движения: вместе с психологической лабораторией Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (И. М. Тонконогий) она возглавила ренессанс тестологии в отечественной психиатрии. Терновый венец былых преследований и запретов психотехники, психоанализа, даже статистики содействовал энтузиазму в отношении нередко архаических, тупиковых и малопродуктивных направлений развития. После 35-летнего воздержания прорыв идеологической плотины был неизбежно чреват всеми детскими болезнями. Сейчас, спустя еще 30 лет, хорошо видна наивность этой очередной одномерности, в результате которой клинический подход в психологии, превращавший на первый взгляд незамысловатые приемы в настоящий высокоинформативный эксперимент, то есть то, что внесла Блюма Вульфовна, и что составляло основную силу лаборатории, был вытеснен формально тестологическим, который со временем свелся к использованию всевозможных анкетных и бланковых методик, упрощенных, сокращенных, ускоренных приемов, уместных для массовых, групповых, а не индивидуальных исследований. Фактически статистические опросники подменили психологический эксперимент. Восторжествовала вульгарная «экономия мышления». Феноменологический дух лаборатории, которая и до того была небольшим островком, быстро иссякал. Многих гипнотизировал высокоученый статистический антураж без понимания, как легко он может скрывать худосочие реального содержания. Горький упрек, что в этот решительный момент можно было предотвратить случившееся конструктивным решением на математическом поле, на самом деле некому адресовать. Не было фигур, равных Максиму Вертгаймеру, Вольфгангу Келеру, Курту Коффке, Курту Левину, людям не только с психологическим, но также глубоким философским и физико-математическим образованием. И не могло быть: тоталитарные режимы не выносят неуправляемой непрогнозируемой творческой самобытности. Все четверо вынуждены были бежать в США, где даже они, подчас самым драматическим образом, потонули в чуждом бихевиористском менталитете.

Но еще драматичнее, в духе вульгарного гротеска, сложилась судьба лаборатории Блюмы Вульфовны. В начале 70-х годов в результате жесткой подковерной борьбы вынужден был уйти с поста директора Д. Д. Федотов и эмигрировал Б. М. Сегал. Новый директор Института А. А. Портнов — человек с натурой отца Карамазовых, сделавший карьеру на публичном

антисемитском доносе в 1950 году (см. НПЖ, 1996, № IV, с. 64 – 65), активно сокращая и упрощая структуру Института, поставил во главе лаборатории сомнительную личность — полковника Зухаря, который успешно выполнил роль дезорганизатора Виктора Корчного в матче в Багио и не менее успешно погубил лабораторию Блюмы Вульфовны.

Сейчас, когда исчерпал себя позитивистский подход, и начался ренессанс феноменологического движения, вклад Блюмы Вульфовны и ее судьба все яснее, поучительнее и актуальнее для нас, чем прежде. Актуальным является также пример Блюмы Вульфовны — учиться у ведущего психолога, хотя бы за границей. Все четверо студентов Курта Левина из России — Г. Биренбаум, Т. Дембо, Б. Зейгарник и М. Овсянкина — стали выдающимися психологами. Поучительна недалекость попыток оторвать Блюму Вульфовну от Курта Левина. Всемирно известный “эф-

фект Зейгарник” приобретает настоящую значимость только в контексте концепции Курта Левина.

Поучительно грандиозное значение “психологического поля”, “психологической атмосферы”, “стиля руководства”, постоянно, на самых разнородных примерах демонстрирующих, что “фон” не менее значим, чем “фигура”, и неразрывно с ней связан. Поучительно, что “незаконченные действия” не только лучше помнятся, как — в частности — наш долг перед наследием Блюмы Вульфовны, но и обладают собственным энергетическим устремлением завершить эти действия — продлить дело Блюмы Вульфовны и, притом, сделать это прегнанным образом — то есть, наиболее адекватным, в самом деле в ее духе, воссоздавая ту самую атмосферу.

Ю. С. Савенко

ЖЕНЩИНЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

IX Панарабский Конгресс по психиатрии

31 мая – 2 июня 2001 г., Тунис

Тел.: +216 (1) 600-154; **факс:** +216 (1) 750-103;

E-mail: saida.douki@gnet.tn

IV Конгресс Европейской Ассоциации семейной терапии

27 – 30 июня 2001 г., Будапешт

E-mail: familyth@matavnet.hu

УМ ОДИССЕЯ. НАУКА И ПОМОЩЬ

Европейский региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации Королевский колледж психиатров

9 – 13 июля 2001 г., Лондон

Тел.: +44 (20) 7235-2351; **факс:** +44 (20) 7259-6507;

E-mail: mkerby@rcpsych.ac.uk

ХІІІ съезд психиатров России

4-х дневный ХІІІ съезд психиатров России, состоявшийся в Москве 10 – 13 октября 2000 г., ознаменовался рядом знаковых событий.

Во-первых, интеграцией усилий обоих всероссийских психиатрических обществ. В противоположность предыдущему съезду 1995 г., который, называя себя съездом психиатров России, игнорировал НПА России, на ХІІІ съезде одним из центральных событий стал круглый стол обоих обществ посвященный фундаментальной теме — систематике психических расстройств и отношению к МКБ-10. Кураторы В. Н. Краснов, Ю. С. Савенко, А. С. Тиганов достигли принципиального согласия в отношении, — хотя и в разной мере, — но критического отношения к МКБ-10 и необходимости нозологического диагноза.

Во-вторых, дальнейшим укреплением и ростом сдвига в умонастроении психиатрического истеблишмента, вопреки внутривластной обстановке, в сторону разгосударствления и деполитизации. Это нашло выражение в результатах голосования при выборах председателя РОП из альтернативы: В. Н. Краснов (209 — “за”, 20 — “против”, 65 воздержались) — Т. Б. Дмитриева (85 — “за”, 69 — “против”, 90 воздержались)*. В результате на редкость драматичной, растянувшейся на два дня процедуры, где был даже свой “матрос Железняк”, в лице проф. В. Г. Косенко, захватившего явочным порядком трибуну и пытавшегося через голову президиума манипулировать залом, проф. Краснов получил в два с половиной раза больше голосов. Причем из 385 делегатов было всего 17 простых врачей. В 1995 году В. Н. Краснов получил 130 голосов, Т. В. Дмитриева — 33, В. Н. Козырев — 31.

Видимо, эти два взаимосвязанные обстоятельства послужили причиной резкого недовольства, выраженного первым заместителем министра здравоохранения А. И. Вялковым, председателем оргкомитета съезда. Ни разу не побывав на съезде, он тем не менее бросил фразу, которая тут же стала всем известна: “Съезд провалился!”. Высказанная на второй день съезда, она вызвала у всех только недоумение: съезд проходил с таким же размахом, как предыдущие, собрав более полутора тысяч участников и множество

зарубежных гостей. Что значит “провалился”? Научная часть съезда характеризовалась более взвешенными, реалистичными и научно корректными выступлениями, чем на ХІІ съезде 1995 г., на котором, например, заявлялось, что существо новой общенаучной парадигмы состоит в уходе от нозологии. Значительно лучше был издан сборник материалов съезда. На заседании руководителей психиатрических обществ стран СНГ — Азербайджана, Армении, Грузии, Казахстана, Белоруссии, и особенно многочисленной делегации Украины проф. В. Н. Краснов впервые выступал в роли представителя ВПА всей зоны Восточной Европы и стран СНГ и снискал искренние поздравления с победой на выборах от всех стран-участниц. Присутствовавшие на этом заседании генеральный секретарь Всемирной психиатрической ассоциации проф. Хуан Меззич и медицинский директор Американской психиатрической ассоциации д-р Стивен Мирин высоко оценили уровень проведения съезда, а это люди, лучше всех прочих знающие в этом деле толк. Наконец, психиатрический отдел Минздрава делал свое дело хорошо, насколько это возможно на скудные средства, выделяемые на психиатрию. Исключение составляют лишь подробно освещавшиеся в нашем журнале истории с Федеральным законом “О наркотических средствах и психотропных веществах”, детищем МВД, и рассылкой совместного с МВД инструктивного письма о вредном для психического здоровья влиянии религиозных организаций, чуждых Московской Патриархии. Но в обоих этих случаях субъектом действия был не отдел психиатрии. Это были политические, а не профессиональные решения. Таким образом, не содержательная сторона дела вызвала недовольство министерского начальства. Откровенному стилю начальственного окрика



Результаты голосования за пост Председателя РОП.

* Т. Б. Дмитриева — государственный и политик не только по убеждению, она председатель секции Ученого Совета МЗ РФ по психиатрии, т.е., ей отчитываются институты психиатрии МЗ, с другой стороны, она член Политсовета “Отечества”.

лишь *post factum* было придано подобие какого-то смысла: оказывается дело в том, что оба отчетных доклада должны были быть от Минздрава, не только по наркологии (В. Ф. Егоров), но и по организации психиатрической помощи и психическому здоровью населения России (его сделал проф. И. Я. Гурович). Когда на заключительном заседании подводились итоги и оценивался уровень обсуждения затронутых проблем, самые высокие оценки поставили своим секциям В. Ф. Егоров, В. М. Шкловский и Т. Б. Дмитриева. Можно согласиться с проф. А. Г. Гофманом, что 13-й съезд прошел интереснее и содержательнее 12-ого. “Бесспорна положительная оценка”.

Обращаясь к заслушанным пленарным докладам, следует признать, что в них прозвучала суровая правда о трудностях, переживаемых отечественной психиатрией и ее критическом положении, хотя следовало бы добавить к этому всевозможные спекуляции с понятием безопасности в отношении психического здоровья, которому якобы угрожают “тоталитарные секты” и “продажная пресса”, проблему пыток, коррупцию, научное поденчество и другие, казалось бы, ушедшие советские реалии. Только акад. Т. Б. Дмитриева акцентировала успехи психиатрии.

К сожалению, многочисленные статистические выкладки обоих отчетных докладов не дают оснований для такого оптимизма. Например, согласно докладу И. Я. Гуровича, никто не занимается социальной реабилитацией даже стационарных больных, тогда как почти четверть из них содержатся более года. Возлагая надежды на общества родственников психически больных, проф. Гурович, тем не менее, говорил о них в патерналистском стиле. Национальная безопасность в отношении психиатрии — это прежде всего проблема наркомании, но даже здесь финансирование, согласно В. Ф. Егорову, покрывает лишь 20–40 % минимальной потребности службы, хотя это на порядок завышенный расчет. Напомним, что в США на это тратится сумма, превышающая весь бюджет России. Здесь также остается надеяться на активность различных общественных и религиозных организаций. Между тем, вместо режима наибольшего благоприятствования их деятельности выстраивается множество препятствий как МВД, так и Государственной Думой. Что касается наркологических диспансеров, то “они превратились в карательно-репрессивный орган” и теперь “архисложная” задача — изменить их имидж. Поэтому понятно, что обращаемость в Москве 1:7, тогда как потребление наркотиков распространилось уже на 16 % старшеклассников. Было упомянуто и о “необоснованных требованиях” анализов на ВИЧ и гепатит из платных поликлиник и о важности полноценной подготовки кадров и мн. др., кроме главного: каковы позитивные результаты Закона “О наркотических средствах и психотропных веществах”, который лоббировал докладчик? Катастрофические результаты этого общеизвестны.

Из выступлений на съезде выделялись яркие доклады генерального секретаря ВПА проф. Х. Меззича (“Будущее психиатрического диагноза”) и председателя РОП В. Н. Краснова (“Границы психиатрии и направления ее развития”). На широком историческом сравнительном материале, начиная с культуры древних ацтеков, проф. Хуан Меззич показал, что соревнование феноменологического и этиологического принципов постоянно сохраняется, как и несогласованность даже в отношении синдромов; что социальное функционирование превратилось в новый важный критерий психических расстройств, что возобладали многоосевые определения психических заболеваний. Из этого следует необходимость сочетать все три измерения и, таким образом, следующие принципы: феноменологический и причинный, холистический и локальный, идеографический (индивидуализирующий) и стандартизации.

Проф. Краснов обратился к фундаментальной и чрезвычайно острой теме границ психиатрии. Отталкиваясь от тех же реалий, что и мы (“необычная для других медицинских дисциплин стремительность развития”; “глобальное реформаторство”; переход деменции, эпилепсии, синдрома гиперактивности у детей к невропатологам, а тикозных расстройств и даже ряда депрессий к интернистам; последовательность смены представлений о гомосексуализме как преступлении — болезни — норме; многочисленные изменения профессиональной деятельности в психиатрии), В. Н. Краснов делает вывод, что мы переходим от психиатрии как клинической дисциплины к психиатрии как дисциплине о психическом здоровье, к медико-социальной патологии. С нашей точки зрения, нарисованная картина действительно отражает происходящую социологизацию предмета психиатрии, но представляет удаление от модуса должного, от той идеальной модели, которая в большей мере соответствует истине, и на пути к которой нас может ожидать успех. Направление движения на определенном отрезке истории не является критерием истины. Если границы психиатрии сужаются на основании социальных последствий психиатрического диагноза, то борьба со стигматизацией может упразднить весь предмет. Разве это решение проблемы для общества? Проф. А. С. Тиганов также не согласился с уступчивостью в отношении клинической психиатрии. В самом деле, какой смысл вкладывает проф. В. Н. Краснов в это понятие? Видимо, узкобиологический, но это никогда не отвечало широкой реальной практике такого словоупотребления и понимания. Для нас клиническая психиатрия — это та целостная и динамичная действительность, с которой имеет дело психиатр, включая собственную профессиональную деятельность. Современное социологизирование повторяет “научную моду” 20-х годов и уже идет к закату. Проф. Н. Н. Иванец имел все основания отметить в отношении, казалось бы, “наиболее социальной” проблемы

алкоголизма фундаментальную роль в недалеком будущем геномной инженерии. Поэтому неуместно сводить реабилитацию к психотерапии, без лекарственных и других биологических воздействий, как и не замечать социологического фактора кадрового состава наркологов. Внедрение большой группы реаниматологов, использующих большие дозы барбитуратов и транквилизаторов, привело к возрастанию резистентных форм.

Проф. М. М. Кабанов сообщил интересные данные исследования об источниках мотивации дискриминации психически больных.

Проф. Т. Б. Дмитриева поделилась опытом Центра им. Сербского заключать договора с различными министерствами, показала насколько расширяется предметная сфера судебно-психиатрической экспертизы, уделила большое внимание новациям в правовых вопросах психиатрии, в частности, в проектах новых законов (повышение юридических стандартов деятельности судебных экспертов, защита прав экспертов и др.).

Проф. В. Я. Семке на примере данных транскультуральной психиатрии предложил гомеостатическое представление о психическом здоровье как оптимальном уровне взаимодействия со своей средой. Отдельный пленарный доклад был посвящен патофизиологическим механизмам психических расстройств (Г. Н. Крыжановский), в частности, моделям насильственных действий и кататонии у животных. Наконец, доклад по детской психиатрии О. Д. Сосюкало с соавторами (едва не снятый, как и в 1995 году), Ю. С. Шевченко начал с напоминания о ликвидации номенклатуры детского психиатра, и приведя мрачную статистику в отношении “будущего нации” (почти 10 % детей до трех лет имеют психические расстройства, накануне школы их 45 %, а в школе — до 80 %), охарактеризовал это как дискриминацию детской психиатрии и предложил РОП создание журнала детской и подростковой психиатрии и психотерапии.

Отчетный доклад председателя РОП носил — как тому и следует быть — обобщенно-аналитический характер, и проф. Краснов дал решительную отповедь требованию отчета по выполненным мероприятиям. Он подчеркнул, что провал Федеральной программы по психиатрии, как и структурных реформ, связан, прежде всего, с грубым недофинансированием. Самым главным в деятельности психиатрической службы он назвал местный уровень. Особо отметив установление конструктивного диалога и сотрудничества с НПА России (“ее критика воспринимается теперь как естественная, профессиональная”) и выразив признательность руководству ассоциации, проф. Краснов горько посетовал на mass media (“они не наши союзники, скорее противники”).

В вопросах и горячих прениях прозвучали разные позиции. От проф. Б. Н. Пивня: “за 20 лет 12 попыток реорганизации психиатрической службы в крае сры-

вались недофинансированием, среди ее руководства постоянно преобладали не психиатры, а злоупотребления остаются безнаказанными” — до проф. В. Г. Косенко: “Что говорить о малых народах, если 80 % русских деградирует” и Л. П. Рубиной: “В С.-Петербурге 522 правозащитные организации, влазят в нашу деятельность, ничего не понимая, и мы им это разрешаем”. Однако в отношении, например, одного из самых острых вопросов доминировала определенность: церковь отделена от государства, “да” — пасторской психотерапии и “нет” — “церковной психотерапии”.

Опытом работы Американской психиатрической ассоциации, объединяющей 40 тыс. членов, поделился медицинский директор АПА профессор Гарвардского психиатрического колледжа Стивин Мирин, который подчеркнул сходство наших трудностей: стигматизацию, развитие и распространение стандартов, развитие нозологии и диагностического инструментария, подготовку специалистов, петиции к правительству выделять больше средств. В качестве стратегических приоритетов он назвал защиту прав меньшинств, внедрение научных достижений, необходимость тесного сотрудничества психиатров с первичным звеном общемедицинской помощи и его просвещение — “от этого зависит 50 % успеха”, “угроза качеству психиатрической помощи исходит от безосновательного расширения многими психиатрами круга своей деятельности”, а также обновление классификации психических расстройств и обновление собственной структуры. Д-р Мирин дал несколько выверенных советов: “приходите к политикам как целители, с вылеченным больным и его родственниками, приводите данные о рентабельности лечения, непрерывно давите на тех, кто финансирует”. “В борьбе с наркоманиями мы не достигли успеха, хотя тратим на реабилитацию наркоманов 275 млрд долларов. Так что эффективность лечения зависит не от уровня финансирования. Что нас ждет в будущем? — Потребность в психиатрической службе будет возрастать, и она все больше будет интегрироваться в общемедицинскую практику. Членство в психиатрической ассоциации привлекательно не столько преимуществами, сколько отстаиванием прав своих членов. Психиатрия в США находится в осаде, как и здесь.”

Громадный бюджет АПА в значительной мере тратится на судебные иски к ее членам. Российская ассоциация не имеет ни финансовых возможностей, ни опыта для такой защиты. Председатель ревизионной комиссии Д. Д. Федотов сообщил, что “если 10 лет назад 15 региональных обществ переводили средства РОП, то сейчас только 10 – 12”.

В рамках съезда было проведено юбилейное заседание, посвященное столетию Б. В. Зейгарник, собравшее очень большую аудиторию. Создательница отечественной патопсихологии, привлекавшая клинический метод и понятие патопсихологических синдромов, ученица двух великих психологов — Курта

Левина и Льва Выготского сыграла крупную роль в отечественной психиатрии. Созданная ею экспериментальная лаборатория обогатила клинику адекватными ей методами. Из прозвучавших здесь воспоминаний, прежде всего, проф. В. В. Николаевой, в зал дохнуло всамделишной атмосферой лаборатории Блюмы Вульфовны.

Но еще более, до предела переполненным зал “Юпитер” оказался при проведении круглого стола по систематике и классификации психических расстройств, ставшего — по словам проф. А. О. Бухановского — центральным событием съезда. Хотя обсуждение выявило большое разнообразие мнений, доминировала и наиболее убедительно аргументировалась позиция, которая давно объединила большинство ведущих отечественных психиатров: к МКБ-10 следует относиться как к вспомогательному статистическому инструменту, не допуская подмены ею научной классификации, как самого остова психиатрии, определяющего структуру нашей науки. Резкость критики НПА России была сообразована с моментом, когда она уже не могла носить деструктивного характера, а только побудить не удовлетворяться одной шифровкой по МКБ-10. Как перефразировал д-р Савенко “МКБ-10 — это, быть может, необходимый шаг назад, чтобы потом сделать два шага вперед”.

На заседании “Актуальные проблемы развития психотерапии как профессии” проф. В. Зенф (Германия), президент Международной федерации психотерапии, одной из трех (как засвидетельствовал проф. Б. Д. Карвасарский) европейских психотерапевтических ассоциаций, резко выступил против идеи европейского психотерапевтического сертификата. На этой почве произошло столкновение с проф. В. В. Макаровым, президентом Европейской профессиональной психотерапевтической лиги. В. Зенф, Б. Д. Карвасарский и председательствовавшая А. Б. Холмогорова высказались за приоритет национального сертификата, который только и позволяет учитывать особенности своей страны.

На заключительном заседании (под председательством проф. М. М. Кабанова, проф. В. Н. Краснова и проф. Б. Н. Пивня) после позитивной оценки работы съезда представителями всех секций проф. Бухановский, представлявший психиатров более чем 30-миллионного юга России, с неожиданной, непривычной для многих свободой, сформулировал простую, лежащую на поверхности, но все еще не всеми из-за инерции прошлого постигнутую истину: **это мы должны дать оценку государству за состояние психиатрической и наркологической службы, которые разрушены, и оценка эта — “неудовлетворительно”!** Проф. М. М. Решетников отметил, что “фактически ничего не было сказано о кризисных моментах психиатрии, тогда как ничего не улучшилось”. Д-р Н. А.

Корнетов, известный своими антинозологическими выступлениями, обратился к проф. В. Н. Краснову в популярно-некорректном стиле резкой альтернативы: “Д-р Савенко заявил, что МКБ-10 — шаг назад, что это симптом кризиса. Вы согласны с этим: да или нет? Ведь есть приказ министра о переходе на МКБ-10”. В. Н. Краснов: психиатрия не в кризисе! В кризисе только психиатрическая служба... и психопатология.

В завершение съезда разыгралась знаменательная сценка, очень показательная для всех действующих лиц. В ходе выборов 45 членов президиума РОП началась кооптация дополнительных кандидатур. От Центра им. Сербского были выдвинуты А. А. Чуркин и В. Д. Стяжкин. Тогда д-р Савенко предложил снять последнюю кандидатуру: “В “Независимом психиатрическом журнале” документировано, как в экспертизах по делу генерала Петра Григоренко и в деле Платона Обухова д-р Стяжкин вел себя как флюгер”. К микрофону выбежали два профессора Центра им. Сербского. В. П. Котов: “Это решение суда. Совесть Стяжкина чиста”. В. Ф. Кондратьев: “Как мы можем слушать этого человека? Савенко в Гамбурге требовал всех нас, всех нас исключить из ВПА”. Раньше говорили — “провокационный прием”, теперь это — “военная хитрость”. Важно сбить эффект отвода. Проф. Краснов удостоверил ложь, но не внял предложениям проголосовать эту кандидатуру.

Все дни у здания “Космоса” пикетировали члены Центра Хаббарда с антипсихиатрическими плакатами, обращениями, листовками и книжкой Прокопенко “Безумная психиатрия”. Листовками были засыпаны все кресла в зале пленарного заседания.

Тем не менее, адекватнее кончить на другой ноте. Превосходно, что были предусмотрены средства на премирование 10 молодых ученых. Первую премию получил Виктор Солдаткин из Ростова-на-Дону, вторую — Алла Зимица из Новосибирска и третью — Янина Сорокина из С.-Петербурга. Символично, что съезд начался в день психического здоровья, и что напомнила и поздравила всех с этим представительница НПА России Л. Н. Виноградова.

Подводя итог, можно сказать — **в третьих, чем ознаменовался XIII съезд психиатров России**, — что вопреки многочисленным объективным трудностям он оказался не только масштабным (3 пленарных и 20 тематических заседаний, совещание психиатрических обществ Восточной Европы и стран СНГ и круглый стол двух всероссийских психиатрических обществ, совещание главных специалистов по психиатрии и логопедии, 9 сателлитных симпозиумов 9-ти фармакофирм), но и **значительным шагом вперед от 1995 года.**

Ю. С. Савенко

Х съезд НПА России

Проведение X съезда НПА России было специально приурочено к XIII съезду психиатров России, организованному Российским обществом психиатров, чтобы на нем смогли побывать представители дальних регионов. Съезды сильно контрастировали: размах 4-х дневного многолюдного в 4-х залах роскошной гостиницы “Космос” съезда РОП и однодневный в небольшом зале общественного Центра им. акад. Андрея Сахарова съезд НПА России, бурные столкновения позиций на съезде РОП и единодушие членов НПА России, многотемье одного и монотемность другого, но — как всегда — тема, выбранная наиболее актуальным образом. На этот раз этой темой было доверие, “Психология и психопатология доверия”.

Тема была раскрыта интердисциплинарно, много шире своего наименования. Сам феномен доверия, его сущность, его многообразные аспекты вскрылись благодаря этому очевидным для всех образом. За то, что это получилось, следует благодарить участников этого заседания, многие из которых выступали вдохновенно и сумели раскрыть проблему доверия глубоко и нестандартно. В эпоху грандиозного по масштабам и глубине кризиса доверия в нашем обществе прояснение существа этого фундаментального взаимоотношения человека и мира невозможно переоценить. Научная часть съезда включала следующие выступления:

Права человека в России и проблема доверия — **В. В. Борщев**, *председатель Постоянной Палаты по правам человека при Президенте РФ*;

Социология и этика доверия в медицинской практике — **Б. Г. Юдин**, *директор Института человека РАН*;

Социальная философия доверия и медицина — **П. Д. Тищенко**, *Институт философии РАН, отдел междисциплинарных исследований*;

Доверие к Богу — **З. А. Крахмальникова**, *религиозный и общественный деятель, писатель*;

Психология доверия — **В. П. Зинченко**, *проф., зав. каф. психологии Международного университета “Дубна”, зав. кафедрой эргономики МИРЭА*;

Проблема доверия в психиатрии — **Ц. П. Короленко**, *зав. каф. психиатрии Новосибирской медицинской академии, чл.-корр. СО РАМН*.

Все эти выступления публикуются в настоящем и следующем выпусках журнала.

Отчетно-перевыборная часть съезда также ознаменовалась рядом важных новаций. Если президент был переизбран, то тремя новыми вице-президентами НПА России стали: проф. Цезарь Петрович Короленко, более 30 лет возглавляющий кафедру психиатрии Новосибирской медицинской академии, проф. Борис Николаевич Пивень, заведующий кафедрой психиатрии Алтайской медицинской академии (Барнаул) и Александр Яковлевич Перехов, доцент Ростовского

медицинского университета, руководитель Северо-Кавказского регионального центра НПА России. Председателем этического комитета НПА России был избран проф. Александр Генрихович Гофман, руководитель отдела наркологии МНИИ психиатрии. Общий отчетный доклад о деятельности Ассоциации за 2,5 года публикуется в настоящем выпуске журнала. Отдельные отчетные доклады были сделаны В. Г. Батаевым и Н. В. Спиридоновой по экспертно-консультативной деятельности Ассоциации, Ю. Н. Аргуновой по правовой деятельности. С финансовым отчетом выступила Л. Н. Виноградова.

Особое положение темы доверия — фундаментально сущностной и в то же время злободневной — приглашало к доверию в дискуссии, откровенности, открытости, прямоте, непосредственности. Поэтому все присутствовавшие в зале, кто пришел в него, — а пришли даже представители разных полярных убеждений и позиций, — образовали очень неравнодушную среду, чувствительную даже к неочевидным оттенкам смысла. Отдельные тезисы докладов П. Д. Тищенко, В. П. Зинченко и Ц. П. Короленко стали предметом живых, эмоциональных реакций. Даже М. Е. Бурно обнаружил нерастраченный дар тонкого юмора иронии.

Доверие как несамостоятельность, слабость?...

Доверие как безоглядная любовь без всякой здравости?...

Доверие как выверенный расчет?... “Быть может это проблема дураков, а не доверия?” (В. П. Зинченко).

Цитата из А. А. Ухтомского об “оловянных глазах психиатра” вызвала как протест (А. И. Апенянский), так и понимание: “Оловянные глаза, когда не знаешь, что делать” (Т. Н. Дудко)...

Многообразие позиций, их глубокая эмоциональная подпочва, а вернее, многогранность самой проблемы, явственно обнаружили связь понимания и доверия и, таким образом, “необходимость доверия двух обществ друг другу и нашего доверия между собой к друг другу” (Ю. П. Бойко).

Значение съезда и поднятой им темы, пожалуй, лучше всего проявилось в том, что на него пришли и выступили оба наших непримиримых оппонента — проф. Ф. В. Конратьев и проф. Ю. И. Полищук. Первый по обыкновению хвалил себя, свою доброту, ласково напоминал, как должен быть ему благодарен д-р Савенко, тактично опуская свои дрящисые уголовно-политические доносы на него, — достойный описания казус в проблеме доверия, пример провоцирования доверия лаской. Второй, высказывая свое глубокое убеждение, что “психиатр не может и не должен быть вне политики”, тем не менее, оценил наш съезд как “достойное продолжение XIII съезда психиатров России”.

Ю. С. Савенко

В Государственной Думе

(октябрь 2000 года)

Верховный Суд РФ внес проект федерального конституционного закона **“О федеральных административных судах в Российской Федерации”**.

Инициаторы проекта играют на том, что защищать российский суд в его нынешнем виде желающих найдется немного. Суды работают столь плохо, что необходимость каких-то решительных изменений напрашивается сама собой. И тут предлагаются какие-то изменения, якобы в лучшую сторону, якобы для повышения независимости суда... На самом же деле все не так.

Дело касается не создания судов по административным правонарушениям. Под вывеской административных судов будут скрываться специальные суды по особо важным делам со специально отобранными судьями. Цель этой реформы: изъять из обычных судов дела, решение по которым должно быть заранее известно центральной власти. Все это прикрывается рассуждениями о существующей зависимости судов от регионального начальства, финансировании судов и судей местными руководителями. Конечно, все это так. И, конечно, хорошо освободить суды от губернаторской опеки. Только делать это путем создания особых судов для “правильного” рассмотрения дел, путем создания параллельной специальной судебной вертикали по делам государственной важности ни в коем случае нельзя.

Почему дела, связанные с государственной тайной (т.е., как правило, уголовные дела), переводятся в разряд “административных”? Почему становятся административными дела о ликвидации общественных объединений, а не об обжаловании действий и решений должностных лиц? Почему дела по обжалованию выборов, в том числе и на федеральном уровне, должны рассматриваться каким-то специализированным (т.е. правильно ориентированным) судом?

Очевидно, что в данном случае имеет место открытая политизация правосудия. Суд, подчиненный политическим интересам, перестает быть судом.

Недаром на первом этапе внедрения административных судов, будут, как говорится в пояснительной записке, образовываться специальные “тройки” в региональных судах.

Проект федерального закона **“Об альтернативной гражданской службе”** (АГС), предложенный депутатом Юлием Рыбаковым, рассмотрен Советом Государственной Думы и считается теперь внесенным. Ответственным за подготовку закона назначен Комитет по законодательству (председатель — П. В. Крашенинников), соисполнителем — Комитет по обороне (председатель — А. И. Николаев).

В основу проекта положена редакция, подготовленная под руководством Валерия Борщева в 1998 году. При этом уточнена сфера применения АГС (только в системе МЧС, социальной сфере и здравоохранении), исключен “компромиссный” переходный период, добавленный в прежнюю редакцию закона под давлением

оборонного лобби (предусматривалась возможность направления половины “альтернативщиков” для прохождения службы на гражданских должностях в Вооруженных Силах).

Срок АГС составляет, по проекту, 36 месяцев, для имеющих высшее образование — 18 месяцев. В случае прохождения гражданской службы за пределами территории субъекта РФ, в котором гражданин проживает, срок составляет соответственно 30 и 15 месяцев.

Замечания и предложения можно посылать для рабочей группы по адресу levlev@rinet.ru или kovalev_sa@duma.gov.ru.

Правительством РФ внесен проект закона **“Об основах государственной системы предупреждения преступлений”**. Проект вызывает возражения как нарушающий гарантии презумпции невиновности и противоречащий основам уголовного законодательства. Предлагается установление системы принуждения в отношении невиновных лиц, рассматриваемых в качестве потенциальных преступников.

Профилактика преступности является, безусловно, важнейшей составляющей государственной правовой политики, и требует специальных и значительных материальных вложений. Для этого государственные ресурсы, особенно при постоянном российском бюджетном дефиците, должны быть перераспределены в пользу профилактики за счет снижения стоимости карательной машинерии. В предлагаемом же законопроекте “система предупреждения преступлений” служит не развитию социальных институтов, а лишь “развязыванию рук” карательным органам, получающим дополнительные карательные возможности. Показательно, что, согласно пояснительной записке, “предупреждение преступлений” не потребует никакого дополнительного финансирования. Очевидно, что такое “предупреждение”, обреченное на самофинансирование, неэффективно и опасно для общества.

Законопроектом вводится псевдоправовой инструментарий (“лица с противоправным поведением”, “возникновение угрозы совершения преступления”, “возможность совершения лицом преступления”, и даже “наличие в деянии лица состава преступления при отсутствии оснований для возбуждения уголовного дела”), что приводит к признанию невиновных виновными, а предупреждение приравнивает к пресечению реального преступления. Как сказано в проекте, “применение мер предупреждения преступлений должно соответствовать характеру и степени общественной опасности противоправного деяния лица”.

Госсоветом Республики Татарстан внесен проект закона **“О внесении изменений в статьи 16, 33 Федерального закона “О рекламе”**, предусматривающий полный запрет рекламы табака и табачных изделий.

Обзор подготовил Лев Левинсон

НОВОСТИ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

- Подготовлен новый буклет о ВПА, ее основных структурах и направлениях деятельности; планируется использовать его в качестве инструмента для новой кампании по привлечению индивидуальных членов;
 - ВПА целиком обновляет свою страничку в Интернет и дает возможность всем обществам-членам разместить информацию о себе;
 - После некоторых недоразумений в отношениях между ВПА и Американской психиатрической ассоциацией (АПА) устанавливается новый уровень сотрудничества, при этом АПА после расформирования своего Отдела международных дел (Эллен Мерсер) создала структуру, имеющую более высокий статус — Комиссию по международной психиатрии;
 - Исполком ВПА выразил обеспокоенность по поводу массовой миграции психиатров из развивающихся в развитые страны;
 - Избранный президент ВПА проф. Ахмед Окаша недавно получил в Египте престижную премию за “Творчество в медицине”; эта премия вручается психиатру впервые;
 - Этический комитет продолжает работу по подготовке новых этических рекомендаций в определенных областях; подготовлен новый вариант этических рекомендаций по психотерапии;
 - Исполком утвердил рабочую группу по пересмотру предложения по гомосексуализму, внесенного АПА на последней Генеральной Ассамблее в Гамбурге. Рабочую группу возглавит проф. Ахмед Окаша, а ее членами станут 6 человек, двое из которых — сопредседатели секции “Сексуальность человека”;
 - Исполком рассмотрел письмо Маргарет Нейр, Президента психиатрического общества Южной Африки, в котором выражена обеспокоенность в связи с кампанией психологов Южной Африки обеспечить себе право выписывать лекарства. Исполком выразил свою поддержку и послал информацию о том, как различные Общества решают этот вопрос;
 - Исполком обсудил письмо проф. Донны Стюарт, председателя секции “Психическое здоровье женщин” относительно необходимости уделять большее внимание гендерным вопросам в политике принятия решений и согласился с ее предложениями. Генеральный секретарь информирует об этом все структуры ВПА, а в обновленные правила присуждения премии Жана Делея теперь включен призыв предлагать кандидатов обоего пола;
 - Создана и утверждена Исполкомом в статусе ad hoc Секция “Суицидология”;
 - Секция “Превентивная психиатрия” готовит заявление согласия для принятия всеми обществами-членами, а Секция “Психическое здоровье в больших городах” подготовила и распространила международный опросник по этой проблеме;
 - Активизируется работа в зонах, некоторые из которых начали выпускать на регулярной основе зональные газеты, в том числе электронные;
 - Расширяется сотрудничество между различными секциями ВПА. Хорошим примером стала встреча, организованная Секцией “СМИ и Психическое здоровье”, в сотрудничестве с другими секциями в Нью-Йорке 17 – 19 ноября 2000;
- Стремясь к максимальной финансовой прозрачности, ВПА постоянно знакомит всех своих членов с принципами, которыми она руководствуется в финансовой деятельности. Знание этих принципов позволяет убедиться в том, что ВПА осуществляет свою деятельность в строгом соответствии с принятыми целями и задачами и независимо от источника финансирования. Принцип “Кто платит, тот заказывает музыку” в данном случае не применим, в чем Вы можете убедиться, ознакомившись с предлагаемой Вашему вниманию информацией.*
- В настоящее время имеется 5 источников доходов ВПА:
- 1) членские взносы членов-обществ — это наиболее стабильная категория доходов. Начиная с 2000 г. Решением Генеральной Ассамблеи введено 4 категории членских взносов, в соответствии с оценкой уровня развития страны мировым банком.
 - 2) доходы от проведения Конгрессов ВПА, в частности всемирных конгрессов по психиатрии — основной источник доходов ВПА;
 - 3) корпоративные спонсоры — в соответствии с положением, одобренным в 1999 г. Генеральной Ассамблеей могут обеспечивать неограниченную общую поддержку ВПА в соответствии с правилами для внешнего спонсорства;
 - 4) целевая поддержка образовательных и институциональных программ ВПА (сейчас составляет 13 % бюджета каждой программы);
 - 5) доходы из других источников: продажа изданий ВПА, вклады Образовательного Фонда ВПА, различные пожертвования, небольшие разнообразные доходы.
- Финансовая деятельность ВПА проходит ежегодную независимую аудиторскую проверку, результаты которой утверждаются Генеральной Ассамблеей один раз в три года. В 1999 г. Генеральная Ассамблея в Гамбурге приняла новые принципы, регулирующие получение финансовой поддержки из внешних источников. Публикуем перевод этого документа с некоторыми сокращениями.

**Руководящие принципы
относительно поддержки деятельности
Всемирной психиатрической ассоциации
из внешних источников**

Преамбула.

В соответствии с Уставом, ВПА строит свою деятельность на основе высоких этических стандартов и содействует их повсеместному внедрению.

Исходя из этого, организация внешнего спонсорства для деятельности ВПА должна соответствовать следующим принципам:

- ВПА может получать поддержку для научного, образовательного и других направлений деятельности, направленной на осуществление мандата ВПА, как это определено Уставом;
- Условия, при которых получают поддержку, должны быть известны обществам-членам ВПА, и они могут в любое время по своему запросу получить доступ к контрактам и другим документам, касающимся полученной поддержки;
- Расходы полученных средств проходят ту же аудиторскую проверку, что и другие средства, потраченные ВПА.

Поддержка, оказываемая ВПА, не дает донору право планировать или осуществлять деятельность, которая может препятствовать достижениям ВПА или запланированной деятельности ВПА. (Следовательно, донор не может, например, организовать прием участников съезда ВПА одновременно с научной программой съезда или организовать какие-то другие мероприятия во время сессий без предварительного согласования с организаторами съезда ВПА).

Контракты, касающиеся поддержки, получаемой ВПА, должны быть сформулированы с учетом юридических требований той страны, в которой осуществляется данная деятельность.

Некоторые доноры могут быть назначены Корпоративными спонсорами, как это определено Уставом ВПА (9 раздел).

Виды финансовых вкладов.

А. Вклады в организацию научных съездов ВПА:

- а) пожертвования на конкретные статьи бюджета съезда (например, издание материалов съезда);
- б) гранты на проведение образовательных симпозиумов;
- в) вклады в организацию программ стипендий для участия в съезде или конгрессе;
- г) вклады, связанные с организацией спутниковых симпозиумов или какого-то другого мероприятия;
- д) пожертвования на культурную программу;
- е) пожертвования на общие расходы по управлению, связанные с проведением съезда или конгресса ВПА;

Б. Вклады в другую деятельность ВПА:

- а) финансирование образовательных программ ВПА;
- б) финансирование деятельности рабочих групп; поддержка деятельности основных комитетов, занимающихся организацией деятельности ВПА (Standing or Operational);
- в) пожертвования на публикации ВПА;

г) поддержка деятельности зональных представителей ВПА;

д) поддержка деятельности Секций ВПА;

е) вклады в премии;

ж) поддержка психиатрических библиотек в развивающихся странах;

з) пожертвования на другую специальную деятельность ВПА.

В. Нецелевые вклады.

Поддержка деятельности ВПА в целом.

Утверждение и подписание соглашений

Контракты со спонсорами должны быть одобрены исполнительным Комитетом и подписаны Президентом ВПА или его полномочным представителем. Финансовый секретарь должен иметь информацию обо всех внешних спонсорах деятельности ВПА и представлять соответствующий доклад Генеральной Ассамблее ВПА.

Далее даются подробные разъяснения условий получения всех названных выше видов внешней поддержки. Приводим информацию по некоторым из них — то, что может быть интересно нашим читателям.

Гранты на образовательные симпозиумы.

В этом случае за содержание программы симпозиума отвечает научный комитет съезда. Программа симпозиума обычно составляется до того, как обращаются с просьбой о финансовой поддержке. Внешний источник может оплатить регистрационные взносы, гостиницу и транспортные расходы участников симпозиума (докладчиков и председательствующих), а также может выделить специальный грант на расходы по проведению съезда. Грант упоминается в предварительной и окончательной программе. При открытии и во время проведения симпозиума никакой рекламы спонсора не допускается. Тезисы выступлений могут распространяться при входе, однако авторские права на научные материалы, представленные на симпозиуме, принадлежат авторам, с которыми должна быть согласована возможность публикации. Приглашенные докладчики не получают вознаграждения за свое участие в съезде, но им могут быть возмещены расходы на подготовку материалов для симпозиума (слайды, печатные материалы и т.п.).

Вклады для организации стипендий для участия в съездах.

Внешние источники могут полностью или частично финансировать присутствие определенной категории участников съезда. Правила выделения стипендий должны быть объявлены заранее вместе с составом Комитета по стипендиям. Внешние источники должны обеспечить дополнительные средства на оплату деятельности этого комитета. Стипендии и спонсоры упоминаются в предварительной и заключительной программах и во время сессии съезда.

Вклады, связанные с организацией спутниковых симпозиумов или других событий.

Спутниковые научные конференции или симпозиумы организуются в связи, но не во время съездов ВПА. Внешние источники, организующие спутниковый сим-

позиум, должны внести фиксированную плату, установленную организаторами съезда. Секретарь ВПА должен одобрить научную программу сателлитного симпозиума. Все расходы по организации сателлитного симпозиума несут спонсоры. Сателлитные симпозиумы упоминаются в предварительной и окончательной программе съезда.

Пожертвования на участие в съездах докладчиков и делегатов.

ВПА побуждает внешние источники обеспечивать финансовую поддержку делегатов научных съездов, особенно из развивающихся стран.

Финансовая поддержка рабочих групп ВПА.

ВПА создает специальные рабочие группы для рассмотрения важных проблематичных и актуальных тем. Эти группы работают ограниченное время и имеют особые задачи. Некоторые из них, например, те, что имеют дело с психиатрическими нарушениями или стигматизацией пациентов психиатрической службы, могут представлять интерес для фармацевтической промышленности или официальных представителей здравоохранения. В таких случаях ВПА может обеспечить научную и профессиональную независимость путем широкой международной экспертизы.

Членов рабочей группы назначает Президент ВПА по рекомендации Исполкома. Спонсоры деятельности рабочей группы упоминаются в заключительном докладе, в "Новостях ВПА" и других публикациях ВПА, и о спонсорстве, как положено, Исполком сообщает всем структурам ВПА.

За создание рабочей группы и определение программы ее работы отвечает Президент ВПА. Отчет рабочей группы представляется на утверждение Исполкому.

Пожертвования на издательскую деятельность ВПА.

В публикациях называется источник поддержки. За установление контактов и соглашения по этому вопросу отвечает Секретарь по издательской деятельности.

Поддержка деятельности зональных представителей ВПА.

Зональные представители способствуют выполнению целей ВПА во всех регионах мира. Гранты на поддержку деятельности зональных представителей могут быть получены из внешних источников и должны быть упомянуты в отчетах зональных представителей и в отчетах Исполкома.

Ответственность за инициативу и определение деятельности, которая может быть поддержана по этому пункту, лежит на Генеральном Секретаре ВПА, который докладывает об этом Исполкому.

Поддержка деятельности Секций ВПА.

ВПА имеет более 50 секций, работающих по различным аспектам психиатрии и психического здоровья. Секции организуют симпозиумы на научных конгрессах, а некоторые имеют собственные издания. Гранты на поддержку деятельности этих секций могут быть получены из внешних источников, и они должны быть названы в отчетах секции, а также в отдельных мероприятиях или публикациях.

За инициирование и разработку планов спонсорской деятельности отвечает председатель секции. Председатель информирует Секретаря ВПА по секциям и Финансового Секретаря о полученной поддержке.

Вклады на премии.

Внешние источники могут учредить или поддержать премии, присуждаемые на каком-либо съезде и, особенно, во время Всемирного Конгресса. Правила присуждения этих премий должны быть одобрены Исполкомом ВПА. Премии упоминаются в объявлениях съезда, в "Новостях ВПА" и других публикациях ВПА. Исполком сообщает о премиях всем структурам ВПА, как положено, и затем премии представляются во время церемонии открытия научного съезда или Всемирного конгресса.

Инициатива и разработка соглашений относительно этого пункта является компетенцией Президента ВПА, который действует с согласия Исполкома.

Коммерческие договоренности.

1. Аренда помещения для выставки во время научного съезда.

Внешние источники могут арендовать место для выставочных павильонов на съездах ВПА. Организаторы определяют цену за 1 м². Список представителей выставки появляется в окончательной программе.

Ответственность за заключение соглашения и подписание соглашений по содержанию этого пункта лежит на профессиональных организаторах съезда или конгресса или председателе организационного комитета, который информирует Секретаря ВПА по съездам.

2. Реклама в публикациях и соответствующих материалах ВПА.

За деятельность по этому пункту отвечает издательство, которое информирует Секретаря ВПА по издательской деятельности или председателя организационного комитета.

3. Реклама в программах съездов и соответствующих печатных и иных материалах.

Ответственность за деятельность по этому пункту лежит на профессиональных организаторах конгресса или председателе организационного комитета, который информирует Секретаря по издательской деятельности."

*Составитель и переводчик
Л. Н. Виноградова*

7 апреля 2001 г. — Всемирный день психического здоровья

Непрерывный рост удельного веса психических расстройств и наркологических заболеваний в общей картине здоровья населения планеты, а также их отрицательное влияние на усилия по искоренению нищеты, отмечаемые в докладах ВОЗ, начиная с 1996 года, привели к принятию решения объявить 2001 год — первый год нового тысячелетия — **годом психического здоровья**. Цель такого решения — заложить основы долговременной стратегии в области психического здоровья населения планеты, включающей повышение уровня осведомленности и широкую пропагандистскую деятельность.

Для привлечения внимания к проблемам психического здоровья Всемирная организация здравоохранения планирует в 2001 году:

- посвятить ежегодный Всемирный день здоровья психическому здоровью;
- провести Всемирную Ассамблею по проблемам психического здоровья;
- подготовить Доклад о здоровье населения планеты с акцентом на психическом здоровье.

Всемирный день здоровья нацелен на развенчание традиционных мифов о психических расстройствах (в первую очередь, об их неизлечимости) и сокращение стигматизации и дискриминации психически больных. В этот день планируется предоставить населению разных стран широкую информацию о психическом здоровье на понятном каждому языке, а также сделать соответствующие обращения к правительствам, специалистам в области здравоохранения, ООН, неправительственным организациям и частному сектору.

Всемирная Ассамблея здоровья — специальная сессия со всесторонним обсуждением вопросов психического здоровья, которая даст возможность обратиться к правительствам и нацелить министерства здравоохранения на продуманные решения в области психического здоровья, обеспечение доступности помощи и справедливости законодательства.

Всемирный доклад о состоянии здоровья имеет целью проинформировать правительства, научную общественность и медицинскую промышленность о новых достижениях в области психического здоровья и нейронаук, обеспечить точные данные о потребностях и препятствиях на пути успешного лечения пациентов.

Итак, Всемирная организация здравоохранения обращается к правительствам и общественным организациям, профессионалам и населению всех стран мира с призывом принять активное участие в проведении

Всемирного Дня здоровья, который состоится 7 апреля 2001 года и посвящен проблемам психического здоровья.

Усилия ВОЗ направлены, в первую очередь, на проведение первичной профилактики, на сокращение распространенности тех расстройств, по поводу которых в некоторых странах не проводится никакого лечения (депрессивных расстройств, шизофрении, болезни Альцгеймера, эпилепсии, наркотической зависимости, умственной отсталости), на обеспечение психического благополучия в течение всей жизни. Необходимо преодолеть нежелание многих стран серьезно заниматься проблемами психического здоровья населения, невнимание к повсеместному распространению стигматизации и дискриминации психически больных, устаревшему характеру психиатрических учреждений. Существенный прогресс, достигнутый в научных знаниях о причинности, взаимосвязи, лечении и профилактике психических расстройств, должен быть осущитим всеми слоями населения, особенно непривилегированными.

День психического здоровья — 7 апреля 2000 г. — должен стать уникальной возможностью открыть двери и создать новые отношения между людьми, способствовать формированию благоприятного эмоционального климата и повышению толерантности к людям с психическими расстройствами. Этот День должен стать объединяющим, способным вызвать энтузиазм.

Основой проведения Дня психического здоровья должны стать следующие положения, сформулированные ВОЗ:

1. Ни одно общество не защищено от проблем психического здоровья, они наносят реальный и весьма ощутимый вред, при этом большое количество людей, страдающих психическими расстройствами, остаются без медицинской помощи. Стигматизация и дискриминация еще больше усиливают страдания людей и ставят препятствия на пути получения помощи и достижения реинтеграции в общество. Ни один человек не застрахован от психического расстройства в какой-то период своей жизни.

2. В результате плодотворных исследований стало действительно возможным эффективное лечение психических расстройств.

3. Необходимо обеспечить доступность соответствующей эффективной помощи для всех слоев населения. Каждый несет ответственность за то, чтобы страдающие психическими расстройствами, могли вести лучшую и более продуктивную жизнь.

Что Вы готовы сделать в этом направлении?

МКБ-10: Материализм и эмпириокритицизм сквозь призму круглого стола

(Сатирическое резюме о XIII съезде психиатров России)

Солидный, чем-то неуловимо напоминающий экс-премьера Черномырдина, профессор с южных рубежей нашей Родины рубленными фразами пророчил гибель отечественной психиатрии, если мы немедленно не вытолкаем взащей явно шпионскую проамериканскую классификацию. Еще вчера, по его мнению, все мы были здоровы... После шквала аплодисментов зал выплеснул на сцену следующего оратора, усмотревшего угрозу национальной безопасности в четких рубриках МКБ-10: “Или мы победим МКБесовскую вошь, или она победит весь наш перестроившийся социализм”. И тут “круглый стол” вытянулся прямоугольником, высунулся рогом изумленных психиатров в коридор межгалактического зала, когда на сцену взлетел длинноволосый Конфуций-2. На белоснежном поле чудес замелькали десятки цитат и афоризмов всех времен и народов, имеющих самое прямое отношение к обсуждаемому вопросу. Тут все мы, атеистически испорченные старики, напряглись, пытаясь вставить цитату о первичности материи, главном выводе главного труда вождя народов, но Сенека был неумолим! Он обрушил в зал ощущения всех своих органов, в которых ему никак не давалась обычная для всех нас материя. Оказалось, что науки вовсе нет, нет психиатрии, нет болезней, нет диагнозов и прочих там синдромов, и вообще, “я — не я и лошадь не моя!”

Это гегелевское отрицание всех отрицаний взбудоражило весь психиатрический люд и гнев возмущенного народа выдохнул Президент НПА, бросив в глаза нового Иммануила Канта “жестокий стих, облитый горечью”: “А вы видали живых больных, а ваши кто родители, и вообще, чем они занимались до 17-го года?” Только нашего Конфуция мы и видели. Его смыло со сцены волной народного гнева. Пытаясь вспомнить, о чем же это шла речь в сим благородном собрании, наш оголодавшийся психиатрический народ, презрев всякие там солипсирующие эмпириокритицизмы, бросился на штурм очередного фуршета, засовывая на ходу под мышки и под коленки бесконечные таблицы шкал тревог и депрессий, диаграммы блестящего эффекта всех без исключения забугорных сероквелей и серотонинов. Поедая халявные бутерброды, запивая их кофе “Маккони”, мы вспоминали минувшие дни и битвы, где вместе рубились они — наши психиатрические метры. С чувством глубокого удовлетворения мы покидали мигающий в ночи “Космос”, одержав зримую победу нашего торжествующего материализма над прогнившим буржуазным сознанием, с его проимпериалистической МКБ-10.

И. М. Беккер
(Набережные Челны)

Региональная конференция ВПА

24 – 28 апреля 2001 г., Анталия, Турция

Факс: +90 (212) 631-2400;
E-mail: rtukel@super.online.com

Баллада о разбитых очках

Вот стою я в аптеке
и себе подбираю очки,
Очки для моих близоруких,
с детства косящих глаз.
И зачем-то с черным стеклом
очки предлагают мне,
Хоть смотрел я на солнце
не так уж и много раз.

И весь мир покрыла
сразу же серая мгла.
Я возвращаю очки:
я в них не различаю цвета.
И мне предлагают очки
из красного, как кровь, стекла.
Но красный цвет
неприятен для моих глаз.

В этих очках стало солнце,
как кровь, и как кровь, земля.
И, глядишь, судный день
как будто уже на дворе.
В этих очках
болит у меня голова,
Мысли мелькают и сразу сгорают в огне.

И другие очки, подобные зеркалу,
я примеряю себе.
Но я не хочу
видеть лишь собственный нос.
В этих очках
ощущенье "не то" в голове,
И так не люблю я
дурацкое это лицо!

И с разными стеклами
кто-то очки мне дает.
Левый глаз в них на Запад глядит,
правый косит на Урал.

Но раздвоенье подобное
вовсе мне не идет.
И очки, извиняясь,
я возвращаю назад.

И вот мне дают
очки с разноцветным стеклом,
Стеклом в кусочках цветных.
Похоже оно на витраж.
И фантастический мир
тогда закипел предо мной.
Я очки возвращаю:
в них запросто шею сломать!

Кончен день. За окошком
уже зажглись фонари.
Наконец, из аптеки меня
выгоняют прочь.
Сунув мне наспех
разбитые вдребезги очки.
Говорят мне: до дому
ты как-нибудь в них добредешь.

* * *

Что за странный аптекарь?
Где был я и куда я попал?
Что за нелепая жизнь,
когда не в порядке глаза?
Но на этом кончается
странная песня моя.
Такая смешная баллада
о вдребезги разбитых очках.

М.Г., VIII-99.

РЕДУКЦИЯ СТИГМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

20 – 23 июня 2001 г., Лейпциг

Факс: +49 (341) 972-4539;

E-mail: schb@medizin.uni-leipzig.de

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Гадамер Ганс Георг. Диалектическая этика Платона. — СПб., 2000.
Башляр Гастон. Новый рационализм. — М., 2000.
Бодрийяр Жан. Забыть Фуко. — СПб., 2000.
Мангейм Карл. Избранное. Социология культуры. — М. – СПб., 2000.
Жиран Рене. Насилие и священное. — М., 2000.
Сартр Жан-Поль. Бытие и Ничто. — М., 2000.
Деррида Жак. Письмо и различие. — М., 2000.
Левинас Эмманюэль. Избранное. Тотальность и бесконечность. — М. – СПб., 2000.
Зенкин А. А. Новый подход к анализу проблемы парадоксов // Вопр. филос. 2000. № 10. С. 79 – 90.

* * *

- Кемеров В. Е. О философской моде в России // Вопр. филос. 2000. № 11. С. 3 – 11.
Лагутина Ирина. Символическая реальность Гете. — М., 2000.
Юрьева Зоя. Творимый космос Андрея Белого. — СПб., 2000.
Усманова Альмира. Умберто Эко: парадоксы интерпретации. — Минск, 2000.
Плотников Николай. “Deutschland? Aber wo liegt es?” Заметки о философии немецкой жизни — М., 2000.

* * *

- Сорокин Питирим. О русской общественной мысли. — СПб., 2000.
Масарик Т. Г. Россия и Европа // Вопр. филос. 2000. № 11. С. 76 – 96.
Дюверже Морис. Политические партии. — М., 2000.
Аржоманд С. А. Журнал вступает в новое тысячелетие. Глобальное сообщество социологов и вызов периферии // Социол. исслед. 2000. № 10. С. 10 – 13.
Шило И. Н. Конфликт как предмет социологии организации // Социол. исслед. 2000. № 10. С. 27 – 30.

* * *

- Равен Джон. Педагогическое тестирование. — М., 1999.
Вайкль Бернд. О пении и прочем умении. — М., 2000.

* * *

- Руткевич А. М. Научный статус психоанализа // Вопр. филос. 2000. № 10. С. 9 – 14.
Жеребин А. И. О прошлом и будущем одной иллюзии // Вопр. филос. 2000. № 10. С. 52 – 57.
Бурно Марк. Клиническая психотерапия. — М., 2000.
Вайнтрауб Марк. Эпилепсия как хронические дизритмии мозга. — М., 2000.

* * *

- Бунин И. А. Публицистика 1918 – 1953 годов. — М., 2000 (впервые полностью).
Чегодаева Мария. Два лика времени (1939: один год сталинской эпохи). — М., 2001.
Рабинович Елена. Риторика повседневности. — СПб., 2000.

* * *

- Гобри Иван. Лютер. — М., 2000.
Гамсун Туре. Кнут Гамсун — мой отец. — М., 1999.
Моруа Андре. В поисках Марселя Пруста. — СПб., 2000.
Бессараб Майя. Формула счастья Ландау. — М., 1999.
Голдман Альберт. Джон Леннон. — М., 2000.
Бергман Ингмар. Исповедальные беседы. — М., 2000.

* * *

- Льюис Клайв Стейплз. Собрание сочинений. Т. 8. Письма Баламута. — М., 2000.
Грин Джеральд. Холокост. — М., 2000 (роман, запрещенный в СССР).

ABSTRACTS AND TRANSLATIONS

XIII CONGRESS OF PSYCHIATRISTS OF RUSSIA

The four day XIII Congress of Psychiatrists of Russia held in Moscow on October 10 – 13 was marked by a number of symbolic events.

First, by **integration of efforts of both All-Russian psychiatric societies**. Contrary to the previous Congress in 1995 which had ignored the IPA of Russia, although it had called itself as the Congress of Psychiatrists of Russia, at the XIII Congress one of the central events became the round table of both societies devoted to the fundamental theme — systematization of mental disorders and the attitude to ICD-10, curators of which V. N. Krasnov, Yu. S. Savenko and A. S. Tiganov have reached agreement in principle, although in different measure, in regard to ICD-10 and necessity of nosological diagnosis.

Secondly, by **further strengthening and greater progress in mentality of the psychiatric establishment, despite internal political situation, in the direction of removing from state control and de-politicization**. It was demonstrated by the results of voting at the elections of the RSP President. V. N. Krasnov got 209 votes — for, 20 — against, 65 — abstained. T. B. Dmitrieva got 85 votes — for, 69 — against and 90 — abstained.* As a result Prof. Krasnov got 2.5 times more votes in a dramatic two day procedure, where there was own “Seaman Zhelezhnyak”** in the person of Prof. V. G. Kosenko.

As a result Prof. Krasnov got 2.5 times more votes in a dramatic two days procedure, where there was own “seaman Zhelezhnyak” in the person of Prof. Kosenko, who had occupied the rostrum without permission of the Presidium and tried to manipulate the audience. There were only 17 ordinary doctors out of 385 delegates. In 1995 V. N. Krasnov got 130 votes, T. B. Dmitrieva — 33 and V. N. Kozyrev — 31.

Perhaps, these two interconnected events caused sharp dissatisfaction, expressed by the First Deputy of the Minister of Health A. I. Vyalkov, the Chairman of the Congress Organizing Committee. Not a single time he visited the Congress, but nevertheless he blurted out the phrase, which at once became known to everyone: “The Congress failed!” Stated in the second day of the Congress this

* T. B. Dmitrieva is a supporter of state and a politician not only by her convictions. She is a Chairwoman of a Psychiatric Section of Scientific Council of the RF Ministry of Health, that is she control institutes of psychiatry of the Ministry of Health. And on the other hand she is a member of the “Otechestvo” Political Council.

** The leader of the Red Army detachment which had carried out breaking up of the Constituent Assembly in 1917.

phrase caused surprise: the Congress was being held with the same magnitude as the previous ones, the number of participants was over one thousand and a half and there were many guests from abroad. What does “failed” mean? The scientific part of the Congress was characterized by more considered, realistic and scientifically correct reports, that at the XII Congress in 1995, where, for instance, it had been said that the essence of the new general scientific paradigm consisted in retreat from nosology. Collected materials of the Congress were issued in a far better way. At the meeting of leaders of psychiatric societies of CIS countries — Azerbaijan, Armenia, Georgia, Kazakhstan, Byelorussia and especially numerous delegation of the Ukraine Prof. Krasnov for the first time acted as the WPA zonal representative of the zone of Eastern Europe and CIS countries and received sincere congratulations of all participant countries on his victory at the elections. Present at that meeting the Secretary General of the WPA Prof. Juan Mezzich and the Medical Director of the American Psychiatric Association Dr. Steven Mirin highly appreciated the level of holding of the Congress. And they are better judges of such things than others. Finally, the psychiatric department of the Ministry of Health was doing a good job in spite of meager funds allocated for psychiatry. The only exceptions, covered in detail in our Journal, related to proceedings connected with the Federal Law “On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances,” brain-child of the Interior Ministry and to distribution together with that Ministry of a letter of instructions on damage to mental health by religious organizations, which are out of favor of the Moscow Patriarchy. But in both cases the subject of action was not psychiatry department. They were political, but not professional decisions. Thus, the dissatisfaction of ministerial chiefs was not caused by the essence of the problem. The commanding outcry was somehow explained post factum: it appeared that the case was that both summary reports had been supposed to be delivered by the Ministry of Health, not only on narcology (V. F. Egorov), but on organization of psychiatric care and on mental health of the population of Russia. But it was delivered by Prof. I. Ya. Gurovitch. As a result, at the final sitting summing up and assessment of the level of discussion of problems was made. The highest marks to their sections were put by V. F. Egorov, V. M. Shklovsky and T. B. Dmitrieva. One can agree with Prof. Hoffman that the XIII Congress was more interesting and substantial than the XII. A positive assessment is indisputable.”

Turning to the delivered plenary reports, one should admit that they reflected severe truth about hardships experienced by national psychiatry and its critical situation. However, there were various speculations on the concept of security regarding mental health, supposedly endangered by "totalitarian sects" and "corrupt press." The problem of torture, corruption, scientific slavery and other realities of, it seems, far gone Soviet epoch were also dealt with. Only Academician T. B. Dmitrieva made accent on successes of psychiatry.

Unfortunately, numerous statistical data in both summary reports don't present basis for such optimism. For instance, according to the report of Prof. I. Ya. Gurovitch, nobody is dealing with social rehabilitation of in-patients even, while almost a quarter of them have been institutionalized for more than a year. Placing hopes in societies of relatives of the mentally ill, Prof. Gurovitch, nevertheless spoke of them in paternalistic style. National security in regard to psychiatry is first of all problem of drug addiction, but even here, according to Dr. Egorov, budget financing covers only 20 – 40% of minimal needs of the service, although this calculation is 10 times higher. Let us remind you that the USA spends for this purpose the sum, which exceeds all the budget of Russia. It remains to hope on activities of various non-governmental and religious organizations. Meanwhile, instead of regime of the most favored treatment of their activities the Interior Ministry and the State Duma put various obstacles. As for narcological out-patient centers, they "have been converted into punitive repressive organs" and now it is extremely difficult to change their image. That's why it is understandable that the proportion of drug addicts receiving treatment in out-patient centers to those who don't apply for help is equal to 1:7.16% of senior class students already use narcotics. "Unfounded requests" for analysis of AIDS and hepatitis in commercial polyclinics, the importance of thorough training of personnel and so on have been mentioned. Apart from the main thing: what are positive results of the Law "On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances," which had been lobbied by the speaker. The catastrophic results of this are generally known.

The most outstanding at the Congress were brilliant reports by the WPA Secretary General Prof. J. Mezzich ("Future of Psychiatric Diagnosis") and the RSP Chairman Prof. V. Krasnov ("Borders of Psychiatry and Directions of Its Development"). Using wide historic comparative material, beginning with culture of ancient Aztecs Prof. Mezzich has shown that competition of the phenomenological and etiological principles always continues, as well as disagreement even in regard to syndromes, that social functioning has been converted into a new important criterion of mental disorders, that multi-axis definitions of mental disorders have prevailed. It follows that it is necessary to combine all three dimen-

sions and hence the following principles: phenomenological and causative, holistic and local, ideographic (individualizing) and standardization.

Prof. Krasnov considered a fundamental and extremely acute theme — borders of psychiatry. Starting from the same realities which we also recognize ("unusual for other medical disciplines swiftness of development"; "global reformatory actions," transfer of diagnoses of dementia, epilepsy, hyperactivity of children to neuropathologists and tick-disorders and even a number of depressions to internists; sequence of changing notions about homosexuality as crime — disease — norm; numerous changes of professional activities in psychiatry), Prof. Krasnov comes to the conclusion that we pass on from psychiatry as a clinical discipline to psychiatry as a discipline about mental health, to medico-social pathology. From our point of view the presented picture actually reflects current sociologization of the subject of psychiatry, but it is a retreat from the modus of due, from that ideal model, which in a greater degree corresponds to the truth, on the way to which we can find success. Direction of movement on a certain stage of history is not a criterion of truth. If the borders of psychiatry are getting narrower on the ground of social consequences of psychiatric diagnosis, the fight against stigma could abolish the whole subject. Is it a solution of the problem for society? Prof. Tiganov also did not agree with such compliance with respect to clinical psychiatry. Indeed, what sense Prof. Krasnov put into this concept? It seems — narrow biological sense, but that never corresponded to wide real practice of such word-use and understanding. For us clinical psychiatry is a wholesome and dynamic reality that psychiatrist deals with, including his own professional activities. Modern sociologization repeats "scientific fashion" of the 20-ies and is nearing decline. Prof. N. N. Ivanets had all the reasons to point out in regard to "the most social" problem of alcoholism the fundamental role of genetic engineering in the near future. That is why it is out of place to reduce rehabilitation to psychotherapy without medicines and other biological means and not to notice sociological factor of narcological personnel. Introduction of a great group of reanimatologists, who use large doses of barbiturates and tranquilizers, has led to increase of resistant forms.

Prof. M. M. Kabanov informed the Congress about interesting data of research on sources of motivation of discrimination of the mentally ill.

Acad. T. B. Dmitrieva shared the experience of the Serbsky Center in concluding contracts with various ministries, demonstrated how the subject sphere of forensic psychiatric evaluation widened. She paid great attention to innovations in legal questions of psychiatry, in particular, in the drafts of new laws (raising juridical standards of the work of forensic experts, protection of rights of experts and so on).

Prof. V. Ya. Semke, citing as an example of transcultural psychiatry, proposed homeostatic notion of mental health as an optimum level of interaction with its environment. A separate plenary report was devoted to pathophysiological mechanisms of mental disorders (G. N. Kryzhanovsky), in particular, to models of forcible actions and catatonia of animals. Finally, report on child psychiatry by O. D. Sosyukalo together with co-authors (it was nearly removed from the agenda as it had been in 1995) Dr. Yu. S. Schevchenko began with reminding about liquidation of the nomenclature of children psychiatrist and listed gloomy statistical data regarding "future of the nation" (nearly 10% of children up to 3 years of age have mental disorders, on the eve of school education — 45% and in school — about 80%). He characterized it as a discrimination of child psychiatry and proposed to the RSP to publish a journal of child and adolescent psychiatry and psychotherapy.

The summary report of the RSP Chairman, as it should, was of generalized and analytical character and Prof. Krasnov gave a decisive rebuff to a demand to account on implemented measures. He stressed that failure of the Federal program of psychiatry and the structural reforms is connected, first of all, with serious lack of funds. He called the local level as the main link in the work of the psychiatric service. Having pointed out especially establishing of a constructive dialogue and cooperation with the IPA of Russia ("criticizm of it is considered now as natural, "professional") and having expressed gratitude to the leadership of the Association Prof. Krasnov bitterly complained of the mass media ("they are not our allies, rather opponents").

During heated debates and question time different attitudes were expressed. For instance, Prof. B. N. Piven: "during 20 years 12 attempts of reorganization of the psychiatric service in the region failed due to under-financing, among its leaders prevailed not psychiatrists and abuses remain unpunished." Prof. V. G. Kosenko: "what does it mean, to speak of small people, when 80% of Russian are degrading." L. P. Rubina: "in St. Petersburg there are 522 human rights organizations, they interfere with our activities, not understanding anything and we permit them to do it. However, for instance, in regard to one of the most acute questions certainty domineered: Church was separated from the state, "yes" — to pastor psychotherapy and "no" — "church psychotherapy."

Dr. Steven Mirin, the Medical Director of the American Psychiatric Association, with its membership of 40 thousand, shared with the audience the experience of the APA. He stressed similarity of our difficulties: stigmatization, development and distribution of standards, development of nosology and diagnostic instruments, training of specialists and petitions to government to allocate more funds. As strategic priorities he listed protection of minorities rights, introducing scientific achievements, necessity

of close cooperation of psychiatrists with the primary link of general medical care and its education — "50% of success depends on it." He went on: "the threat to quality of medical care stems from groundless widening of the sphere of their activities by many psychiatrists." Dr. Mirin advocated a renewal of classification of mental disorders and a renewal of the APA structure. He gave a tested piece of advice: "come to politicians as healers with a recovered patient and his relatives, present data on profitability of treatment, constantly press on financing bodies." And he added: "But in the struggle with drug addiction we have not succeeded, although we spend on rehabilitation of drug addicts 275 billion dollars a year. So, the effectiveness of treatment does not depend on a level of financing. What lies for us in future? The need for psychiatric service will grow, and it will be more integrated into the general medical practice. The membership in a psychiatric association is attractive not so much by advantages, but as much as protection of rights of its members. Psychiatry in the USA is in a siege too."

Huge budget of the APA has been spent to a considerable extent on bringing civil actions against its members. A Russian Association has neither finance means, nor experience for such defense. The Chairman of the Auditing Commission Dr. D. D. Fedotov informed the delegates that "10 years ago only 15 regional societies transferred funds to the RSP, but now — only 10 – 12."

In a framework of the Congress the jubilee session dedicated to 100 anniversary of B. V. Zeigarnik was held in a crowded audience. The founder of Russian pathopsychology, initiator of clinical method and of concept of pathopsychological syndromes, follower of two great psychologists — Kurt Levin and Lev Vygotsky, she had played a great role in Russian psychiatry. The experimental laboratory, set up by her had enriched clinics with adequate methods. The reminiscences of delegates, first of all of Prof. V. V. Nikolaeva, resurrected the real atmosphere of her laboratory.

But even more crowded, packed to the limit became hall "Yupiter," where the round table on systematization and classification of mental disorders was held. According to Prof. A. O. Bukhanovsky, it became the central event of the Congress. Although discussion had demonstrated great variety of opinions, domineering and more convincing was the attitude which since long times has been uniting most of the leading Russian psychiatrists: ICD-10 should be treated as an auxiliary statistical instrument, "preventing substitution by it scientific classification as the core of psychiatry itself determining the structure of our science. The sharpness of our rhetoric took into account the current moment, when it could not have a destructive character, but might provoke dissatisfaction with enciphering by ICD-10 only. According to Dr. Yu. S. Savenko "May be ICD-10 is a necessary step back in order to make two steps forward later."

At the session "Urgent problems of development of psychotherapy as profession" Prof. V. Zenf (Germany), President of International Federation of Psychotherapy, one of three (according to Prof. B. D. Karvasarsky) European psychotherapeutic associations, sharply criticized the idea of the European psychotherapeutic certificate. It was the ground of conflict with Prof. V. V. Makarov, the President of the European professional Psychotherapeutic League. Prof. V. Zenf, Prof. Karvasarsky and Chairwoman A. B. Kholmogorova advocated priority of a national certificate, which only makes it possible to take into account peculiarities of own country.

At the closing session (under chairmanship of Prof. Kabanov, Prof. Krasnov and Prof. Piven') after positive assessment of the work of the Congress by representatives of all sessions, Prof. Bukhanovsky, who represented psychiatrists from the South of Russia with its 30 mln. population, with unexpected freedom had formulated a simple, obvious truth, not understandable for everybody: **"We are the ones, who must put a mark to the state for condition of psychiatric and narcological services, which had been destroyed, and this mark is — "unsatisfactory."** Prof. M. M. Reshetnikov pointed out that "actually nothing had been said about crisis moments of psychiatry, while there were no improvements." Dr. N. A. Kornetov, known by his antinosological statements, addressed Prof. Krasnov in a tactless style of a sharp alternative: "Dr. Savenko said, that ICD-10 had been a step back and that it had been a symptom of crisis. Do you agree with it? Yes or no? You know, there is an order of the Ministry on transition to ICD-10." V. N. Krasnov: "Psychiatry is not in a crisis! Only the psychiatric service... and psychopathology are in crisis."

At the final stage of the Congress a significant scene was made, which was demonstrative of all the characters in it. In the process of elections of 45 members of the RSP Presidium co-optation of additional candidates had began. The Serbsky center nominated A. A. Churkin and V. D. Styazhkin. Then Dr. Savenko proposed to withdraw the nomination of the latter. He said: "According to documents published in the Independnet Psychiatric Journal

and expert evaluations in case of general Petro Grigorenko and Platon Obukhov Dr. Styazhkin behaved like a weathercock." Then two professors of the Serbsky center ran to the microphone. V. P. Kotov said: "That was a court ruling. Styazhkin conscience is clear." V. F. Kondratyev shouted: "Should we listen to this man? In Hamburg Savenko demanded to expel all of us, all of us from the WPA." Before they used to say — "a provocateur's trick," now — it is a "war stratagem." It is important to bring down the effect of withdrawal. Prof. Krasnov certified the lie of Prof. Kondratyev, but did not heed a proposal to vote for the withdrawal of nomination of Dr. Styazhkin.

During all those days members of the Habbard Center were picketing in front of "Cosmos" Hotel with anti-psychiatric slogans, appeals, leaflets and the book by Prokopenko "Insane Psychiatry." All the chairs in the hall of plenary session had been covered by their anti-psychiatric leaflets.

But still it is more proper to end on another note. It is excellent that funds have been allocated for prizes for 10 young scientists. The first prize got Victor Soldatkin from Rostov-on-Don, the second was given to Alla Zimina from Novosibirsk and the third — to Yanina Sorokina from St. Petersburg. It is symbolic that the Congress began on the World Mental Health Day and that the representative of the IPA of Russia L. N. Vinogradova congratulated everybody on that occasion.

Summing up, it can be stated — **thirdly, the XIII Congress of psychiatrists of Russia was marked** by the fact that in spite of numerous objective difficulties it became not only the Congress on a large scale (3 plenary and 20 sessions on various themes, conference of psychiatric societies of Eastern Europe and CIS countries, round table of two All-Russian psychiatric societies, conference of chief experts on psychiatry and logopedia, 9 satellite symposia of 9 farmacosfirms), but **a significant step forward from situation in 1995.**

Yu. S. Savenko

THE X CONGRESS OF THE IPA OF RUSSIA

The X Congress of the IPA of Russia was especially timed to the XIII Congress of Psychiatrists of Russia, organized by the Russian Society of Psychiatrists so that it could be attended by representatives of distant regions. The Congress were in great contrast to each other: the magnitude of 4-day the RSP Congress in 4 halls of stylish hotel "Cosmos" and one day the IPA Congress in a small hall of the Academician Andrey Sakharov Public Center, the fierce collisions of attitudes at the RSP Congress and the unanimity of members of the IPA of Russia, many subjects under discussion at one, and a sole subject at another, but, as usual, chosen in a most proper way. That time the subject was trust, "Psychology and Psychopathology of Trust."

The subject of trust was shown in an interdisciplinary way, much wider than its title. The phenomenon of trust, its essence, its various aspects have been demonstrated due to that in the obvious way. The success of this should be attributed to participants of this session. Many of them spoke with emotion and managed to throw the light on the problem of trust deeply and unconventionally. In the epoch of crisis of trust, grandiose in its magnitude and depth in our society, revealing the essence of this fundamental interrelation of person and the world is impossible to overestimate. The scientific part of the Congress included the following reports:

Human rights in Russia and problem of trust — **V. V. Borschev**, *Chairman of Permanent Chamber for Human Rights at the RF President*;

Sociology and ethics of trust in medical practice — **B. G. Yudin**, *Director of the Institute of Human Being of the Russian Academy of Sciences*;

Social philosophy of trust and medicine — **P. D. Tischenko**, *Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, department of interdisciplinary research*;

Trust to God — **Z. A. Krahmal'nikova**, *religious and public activist, author*;

Psychology of trust — **V. P. Zinchenko**, *Chief of Psychology Chair of the International University "Dubna"*;

The problem of trust in psychiatry — **C. P. Korolenko**, *Chief of psychiatry Chair of the Novosibirsk Medical Academy, Corresponding member of the Russian Academy of medical Sciences*.

All these report are being published in this and the next issues of the Journal.

The meeting held to hear summary reports and elect new officials has been marked by a number of important events. Dr. Yuri Savenko was re-elected as the President, three new Vice-Presidents of the IPA of Russia became:

Prof. Caesar Korolenko, who has been heading the Psychiatry Chair of Novosibirsk Medical Academy for 30 years, Prof. Boris Piven', Chief of Psychiatry Chair of the Altay Medical Academy (Barnaul) and Dr. Alexander Perekhov, senior lecturer of the Rostov-on-Don Medical University, leader of the North-Caucasian regional center of the IPA of Russia. Prof. Alexander Hoffman, head of narcological department of the Moscow Research Institute of Psychiatry was elected as Chairman of the IPA of Russia Ethical Committee. The general summary report on the activities of the association for two and a half years is published in this issue of the Journal. Separate summary reports were made by V. G. Bataev and N. V. Spiridonova on expert-consultative activities of the Association and by Yu. N. Argunova on legal aspects. L. N. Vinogradova delivered financial report.

Special importance of the theme of trust — fundamentally essential and at the same time urgent — invited delegates to trust in discussion, openness and fairness. Because of that the audience of representatives of different convictions and attitudes represented very sensitive environment. Some points of reports of P. D. Tischenko, V. P. Zinchenko and C. P. Korolenko became the subjects of lively emotional reactions.

Trust as lack of independence and weakness?...

Trust as blind love without any sense?...

Trust as adjusted calculation?... "May be this is a problem of fools, and not of trust?" (V. P. Zinchenko).

The quotation from a work of A. A. Ukhtomsky about "eyes of a psychiatrists like tin" evoked as protest (A. I. Apelyansky), as well as understanding: "Eyes like tin, when you don't know what to do" (T. N. Dudko).

Multitude of attitudes, their deep emotional background and more correct, versatile character of the problem itself have clearly displayed connection between understanding and trust and, thus, "necessity of trust of two Russian psychiatric societies to each other and our trust — as members — to each other" (Yu. P. Boiko, Moscow Chief Psychotherapist).

The significance of the Congress and the theme raised by it best of all was demonstrated by the fact that two our unappeasable opponents — Prof. V. F. Kondratyev and Prof. Yu. I. Polischuk had attended the Congress and delivered reports. The latter one appreciated our Congress as "a deserving continuation of the XIII Congress of Psychiatrists of Russia."

Yu. S. Savenko

OBSESSION SYNDROME

J. Feigenberg, I. Weinberg (Israel)

Obsession can be explained neither by memory disorders nor by anxiety complex of patients. The patient checks his actions again and again not because he — unlike the healthy person — does not remember if he locked the door. The healthy people also do not remember this fact. But a healthy person does not need it. It is enough for

him to relate on the probabilistic structure of his past experience (probabilistic prognosis). By the patient with the obsessive syndrome the relation is disturbed, so, unlike the healthy person, he needs to remember his usual and ordinary actions. To fulfill this task he must invent special methods to compensate this defect.

СЕДЬМОЙ ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

1 – 6 июля 2001 г., Берлин

Тел: +49 (30) 300-6690; Fax: +49 (30) 305-7391

E-mail: berlin@cpo-hanser.de

http://www.biol-psychiat-berlin.de

Внимание! - Новый адрес

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

первичный прием (общественная приемная):

понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 18 час.

Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922. М. «Арбатская», напротив «Дома книги»

Экспертная комиссия (по предварительному назначению):

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

Телефон для справок: (095) 291-9081; факс: 291-8469; E-mail: ipar@aha.ru

Почтовый адрес: 103982, Москва, Лучников пер. 4, подъезд 3

Российский исследовательский центр по правам человека.

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

“Что нужно знать о психическом здоровье”

по следующим темам:

Когда нужен психиатр?

Душевнобольной в семье

Психическое здоровье пожилых людей

Расстройства пищевого поведения

Шизофрения

Маниакально-депрессивные расстройства

Депрессия

Фобии

Панические расстройства

Посттравматические стрессовые расстройства

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,
развенчать мифы об особой опасности,
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)

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»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных; на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Обывательские комплексы психиатрического мышления — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: Эрих Вульф о бреде — Феноменологические аспекты меланхолии.
- 1994, III: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О клинической диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Эрих Вульф об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психиатрия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс — Бред ревности — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — Психотерапия и психоанализ.
- 1996, IV: Ясперс — Бред ревности — Конгресс ВПА в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева и Григоренко — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии
- 1999, II: Шнайдер. Религиозная психопатология — Социальная психиатрия — Психотерапия
- 1999, III: Шнайдер. Религиозная психопатология — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (095) 291-9081, факс (095) 291-8469

Москва, Новоарбатский пр., 11-1922

Адрес для корреспонденции: Москва 103982, Лучников пер., 4, подъезд 3.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России