

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**III**

**2016**

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

---

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ  
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL  
EDITORIAL COUNCIL  
ON PHENOMENOLOGICAL  
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

**Yuri Savenko (Editor-in-Chief)**  
**Yulia Argunova**  
**Mark Burno**  
**Liubov Vinogradova**  
**Boris Voskresenski**  
**Sergey Igumnov**  
**Victor Kagan**  
**Vitaly Kazin**  
**Grigori Kotikov**  
**Vladimir Motov**  
**Boris Piven**  
**Pavel Ponizovskiy**  
**Vladimir Prokudin**

---

Сдано в набор 21.09.2016. Подписано в печать 30.09.2016. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.  
Заказ № 2016-2-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157  
тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: nprz@folium.ru  
Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157  
тел./факс: (499) 258-0828.

---

© НПА России, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

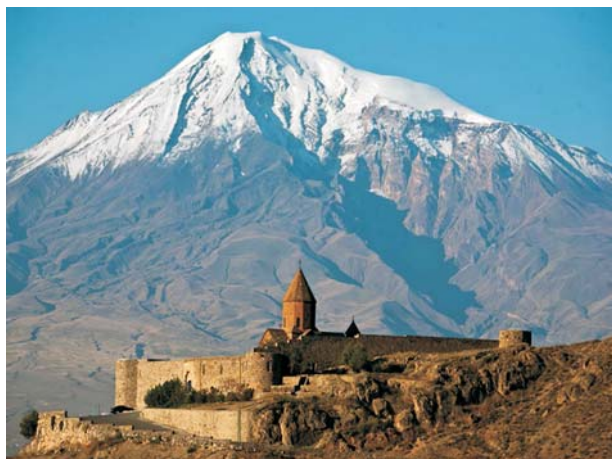
Трагическая годовщина. Геноцид армян 1915 – 1916 гг. . . . .	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Эмиль Крепелин “Формы проявления помешательства” (1920). . . . .	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Дискуссионные заметки о современной психиатрии (методологический аспект) — Е. А. Бобров . . . . .	22
Можно ли исчерпать психопатологию? — Ю. С. Савенко . . . . .	29
Хронобиологическая характеристика структуры обострений и терапии депрессий в условиях северного региона — Т. Л. Кот (Ханты-Мансийск) . . . . .	33
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Сенесто-ипохондрический синдром? А какова нозология? — В. В. Калинин, М. Е. Соловьева . . . . .	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Принцип презумпции психического здоровья гражданина в законе и правоприменительной практике — Ю. Н. Аргунова . . . . .	51
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Вновь использование психиатрии в политических целях. . . . .	54
Анекдотическая эстафета следователя и экспертов . . . . .	55
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ	
Этика, право и права человека: соотношение понятий — Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова. . . . .	58
Очередные предвестники введения единомыслия в России в науке и культуре (Открытые письма) . . . . .	64
ИЗ ПРАКТИКИ	
Особенности организации работы психиатра регионального консультативно-диагностического центра субарктической территории — Л. А. Шаповалова, К. А. Шаповалов (Сыктывкар). . . . .	68
ХРОНИКА	
Семинары для адвокатов — Петрозаводск, Ульяновск, Киров, Мурманск . . . . .	75
Конференция памяти проф. А. О. Бухановского в Ростове-на-Дону. . . . .	79
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Евгений Витковский. Стихотворения “Не понять — не постичь — не сберечь — не увлечь — не помочь”. “Герман Роршах. Десятиклетка. 1914”. . . . .	80
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	82
АННОТАЦИИ . . . . .	83

## CONTENTS

THE TRAGIC ANNIVERSARY. ARMENIAN GENOCIDE OF 1915 – 1916 . . . . .	5
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
<b>Emil Kraepelin “Manifestations of insanity” (1920) . . . . .</b>	<b>7</b>
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<b>Open to discussion notes on modern psychiatry (Methodological aspect) — A. E. Bobrov . . . . .</b>	<b>22</b>
<b>Is it possible to exhaust psychopathology? — Yu. S. Savenko. . . . .</b>	<b>29</b>
<b>Chronobiological characteristics of the structure of exacerbations and therapy of depression in the northern region — T. L. Kot (Khanty-Mansiysk) . . . . .</b>	<b>33</b>
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>Senesto-hypochondriac syndrome. And what is nosology? — V. V. Kalinin, M. E. Solov’eva . . . . .</b>	<b>36</b>
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>The principle of presumption of citizen’s mental health in the law and law enforcements practice — Yu. N. Argunova . . . . .</b>	<b>51</b>
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
<b>Once more the use of psychiatry for political purposes . . . . .</b>	<b>54</b>
<b>Anecdotal relay of investigator and experts . . . . .</b>	<b>55</b>
COMMENTS AND DISCUSSION	
<b>Ethics, the law and human rights — Yu. S. Savenko, L. N. Vinogradova . . . . .</b>	<b>58</b>
<b>Next precursors of administration of unanimity in Russian science and culture (Open letters). . . . .</b>	<b>64</b>
FROM PRACTICE	
<b>Features of work of psychiatrist of Regional consultative diagnostic center of Subarctic Territory — L. A. Shapovalova, K. A. Shapovalov (Syktyvkar). . . . .</b>	<b>68</b>
CHRONICLE	
<b>Seminars for lawyers — Petrozavodsk, Ulyanovsk, Kirov, Murmansk . . . . .</b>	<b>75</b>
<b>Conference in memory of prof. A. O. Buhanovsky in Rostov-on-Don . . . . .</b>	<b>79</b>
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Eugen-Camill Witkowsky. Poems I do not understand — comprehend — not save — do not inspire — not to help. Hermann Rorschach. Desyatikletka. 1914. . . . .</b>	<b>80</b>
RECOMMENDATIONS . . . . .	82
ABSTRACTS . . . . .	83

# ТРАГИЧЕСКАЯ ГОДОВЩИНА

## Геноцид армян 1915 – 1916 гг.



Геноцид — самое чудовищное, зоологически варварское преступление — возникал в древности не раз. Но так ознаменовалось и начало XX века, который, по мнению многих историков, начался в 1914 г., положив конец “эпохе мирного благополучия”, и стал эпохой морального одичания и варварства. Никакие научно-технические достижения не могут искупить и тем более оправдать миллионы замученных людей. В 1915 – 1916 гг. в ходе Первой мировой войны младотурецкие правители, откровенно преследуя цель расширения “жизненного пространства”, торопясь, мол, “больше такой возможности не будет”, с величайшей жестокостью физически уничтожили не менее 642 тысяч армян, прежде всего в восточной области империи, в районе озера Ван — одного из самых древних очагов мировой культуры, единственной области империи, где армяне составляли большинство. Была захвачена священная для христиан гора Арарат, легендарное пристанище Ноева ковчега. Турецкие генералы фотографировались вместе с отрубленными головами духовных лидеров этой древнейшей страны, первой принявшей христианство.

Планы уничтожения армян были приняты еще в 1911 году партией младотурок “Единение и прогресс” (Иттихад ве Теракки), пришедшей к власти в результате революции 1908 г., низложившей султана. В августе 1914 г. по секретному договору с Германией изменение восточных районов Османской империи подразумевало искоренение в них армянского присутствия. До конца марта 1915 г. резня армян но-

сила публичный предупредительный характер, в отличие от последующих массовых убийств.

Особое ожесточение было связано с участием армян в российской армии и поражением от российских войск. 100 тысяч армянских солдат в турецкой армии были разоружены и уничтожены, им перерезали горло или закапывали живьем. У гражданского населения конфисковали оружие, наличие которого преподносилось, как и неудачи на фронте, как “предательство армян”, что повлекло депортацию армян не только пограничных, но и центральных областей в пустыню, где они были обречены на гибель. Министр внутренних дел Талаат-паша заявил, что эти меры проведены для “окончательного решения армянского вопроса”, после поражения под Сарыкамышем и восстания в Ване, который на некоторое время занимала русская армия. Армян топили в Тигре и в море баржами, вырезали, закалывали штыками, вешали, сжигали, не говоря уже о насилиях и мародерстве. В провинции Диарбекира армян называли “опасными микробами”, их распинали на крестах, прибавляли к ногам подковы, на них проводили медицинские эксперименты. Уничтожалось и культурное наследие: взрывали армянские церкви, распахивали кладбища. Вплоть до 1960 г. продолжалось планомерное уничтожение армянских памятников архитектуры.

Узнав о резне армян в мае 1915 г., министры иностранных дел трех государств Антанты (Великобритании, Франции и России) сразу же (24 мая) направили совместное заявление правительству младотурок, пригрозив ему международным судом после войны, если не будет немедленно положен конец преступным действиям, и впервые в истории признали массовые убийства армян преступлением против человечности. Турецкий военный трибунал в 1919 г. под давлением стран-победительниц приговорил руководителей геноцида армян к смертной казни, но они бежали из страны<sup>1</sup>. 29 марта 1919 г. 1-я Мирная конференция сформулировала положение об ответственности тех, кто попирает правила и обычаи ведения

<sup>1</sup> В том же 1919 г. армянская националистическая партия Дашнакцутюн приняла решение уничтожить лидеров младотурок, виновников геноцида. В результате операции “Немезида” главные идеологи и организаторы геноцида армян были убиты: в 1921 г. в Берлине Талаат-паша, в 1922 г. в Тифлисе — Джемаль-паша. Энвер-паша сотрудничал с большевиками, но потом был убит в бою с ними в Средней Азии. Геноцид армян длился до 1923 г.

войн и законы человечности. “Около 150 турецких военных преступников были арестованы и интернированы британским правительством на острове Мальта. Армяне послали делегацию на мирную конференцию в Версале. Они требовали правосудия. Но ... все турецкие военные преступники были освобождены. Я был потрясен, — писал проф. Рафаэль Лемкин, — нация была убита, а виновные в этом люди были освобождены. Почему наказывают отдельную личность, когда один человек убивает другого? Почему убийство миллиона людей должно быть меньшим преступлением, чем убийство одного человека?”. В октябре 1933 г. он предложил наказывать за действия, направленные на уничтожение этнических, религиозных и социальных сообществ, а в 1944 г., проанализировав бесчеловечные действия нацистской Германии и гитлеровские планы уничтожения евреев, цыган и германизации территорий народов оккупированной Европы, он сформулировал понятие геноцида как “уничтожение нации или этнической группы...”. Окончательное определение геноцида впервые прозвучало 18 октября 1945 г. в обвинительном заключении Нюрнбергского суда.

22 августа 1939 г. Гитлер, обсуждая с Г. Герингом и другими генералами план нападения на Польшу, отметил, что быстрая победа будет началом нового мира. Успешное строительство государства — для великих людей, милосердие и сострадание — для слабых. Мир помнит лишь сильных, в истории самые жестокие тираны остаются как самые успешные строители государства. История очищает, и это очищение универсально. Он иллюстрировал это, задав вопрос: “Кто еще говорит в настоящее время об уничтожении армян?”.

Если Германия, ценой поражения Третьего Рейха, сумела переродиться и, вопреки неоднократным попыткам правых сил под лозунгами борьбы с терроризмом ввести законы о чрезвычайном положении, удержалась от искушения предпочесть безопасность свободе, что неизбежно ведет к перерождению демократии в автократию, и постоянно обновляет память о Холокосте, то Турция после распада колоссальной Османской империи до сих пор не только не помнит о геноциде армян, а категорически отрицает его.

Эта трагедия оказывает огромное влияние на самосознание армян. Память о геноциде определяет связь поколений и саму идентичность армян, так же как Холокост — идентичность евреев.

Геноцид армян признали США (1916, 1919, 1920), Европарламент (1987, 2000, 2002, 2005, 2015), Парламент Латинской Америки (2015), Россия (1995) и многие другие страны. Европарламент объявил 24 апреля Днем памяти геноцида армян в Османской империи<sup>2</sup>.

Актуальность борьбы с геноцидом в современной мировой цивилизации стала настолько велика, что Генеральным секретарем ООН в 2004 году была введена должность Специального советника по предупреждению геноцида.

Какое отношение все это имеет к психиатрии? Как и Холокост, эти чудовищные, ни с чем не сравнимые по масштабам преступления, эта жестокость показывают, насколько раздута проблема опасности психически больных, насколько опаснее психически здоровые носители тоталитарной идеологии.

После геноцида 1915 – 1916 гг. все содрогнулись, узнав о Холокосте, Гулаге, красных кхмерах, Руанде, но популярность Сталина, Гитлера, Мао, Пиночета не исчезает.

<sup>2</sup> Наиболее полное описание изложенных событий дано в книге Раймонда Кеворкяна “Геноцид армян”, М., 2016, а наиболее взвешенное в ниге Гюнтера Леви “Армянский вопрос в Османской империи: мифы и реальность”, М., 2016.

# ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

## Эмиль Крепелин

### “Формы проявления помешательства”<sup>1</sup> (1920)

Из немецкого научно-исследовательского института психиатрии в Мюнхене

*От редактора.* Благодаря профессиональному энтузиазму нашего коллеги Петра Юрьевича Завитаева, мы получили возможность опубликовать перевод последнего выдающегося труда Эмиля Крепелина, излагающего концепцию регистров. Грандиозный вклад Крепелина в психиатрию его нозологической концепцией, емко и стройно упорядочившей прежнюю переусложненную систематику на основе высокого клинического уровня, очевидного из его руководств по психиатрии, корреспондировал с его редкостной требовательностью к себе, выдающимся примером которой стали его мучительные колебания в отношении выделения инволюционной депрессии. Все это проявилось и в последнем труде. Перед нами возобновляемые до сих пор сомнения в отношении нозологической концепции, часто неточно, чтобы не сказать небрежно, цитируемые. Крепелин, как мы видим, не отказывается от нозологической концепции, а в самой жесткой форме излагает противоположную позицию. Без всякого смягчения он излагает и выяснившуюся несостоятельность представления о специфических симптомах. Мы делаемся соучастниками его размышлений без малейшего выпячивания своих вкладов. Текст до сих высоко информативен. Никто лучше Артура Кронфельда не проанализировал эту работу в его знаменитой статье 1940 г. (См. “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии” // “Становление синдромологии и концепции шизофрении” — М., 2006, с. 37 – 221).



В последнее время неоднократно высказывалась мысль, что клинико-психиатрическое исследование в какой-то мере зашло в тупик. До сих пор применяв-

<sup>1</sup> Emil Kraepelin. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1920, 62, 1 – 29.

шийся метод, состоявший в том, чтобы, принимая во внимание причины, проявления болезни, течение и исход, как и результаты вскрытия, точно определять болезненные формы, будто бы истощил свои силы и более не пригоден; следовало бы идти новыми путями. Такого рода высказываниям нельзя отказать в определенном праве на существование. Когда впервые начали рассматривать срезы тканей с помощью микроскопа, каждый день приносил новые открытия: сегодня здесь можно добиться значительного успеха только с применением самых изощренных технических средств. Равным образом и расширение наших знаний о болезненных формах теперь, когда первоочередные вопросы кажутся более или менее проясненными, уже не осуществимо без труда. Чем глубже мы проникаем, тем значительнее становятся трудности и тем совершеннее должно быть снаряжение, с которым мы работаем. Но, вопреки всему этому, наши успехи становятся скромнее; с этим развитием, которое вполне соответствует повсеместным опытам научного исследования, нам следует смириться.

При таких обстоятельствах, конечно, правильно поднять вопрос, имеются ли новые цели и пути клинической работы, открывающие многообещающие перспективы. Естественно, взгляд обращается здесь от чисто упорядочивающей деятельности разграничения и группировки болезненных форм к, вне всякого сомнения, более высокой и приемлемой задаче — достичь понимания сущности и внутренней связи бо-

лезненных процессов. Сбивающее с толку разнообразие душевных расстройств мы хотели бы не только узнать в его внешних формах, но и познать законы его возникновения, научиться понимать его как результат определенных условий.

Никто не захочет отрицать, что решение таких задач было бы в высшей степени привлекательно и стоило бы благородного пота. Только трудность состоит в том, чтобы найти пути, которые заведомо приведут к этой цели. При группировке болезненных форм мы имели более или менее надежное руководство в требовании, что объединенные в клиническое единство случаи должны совпадать друг с другом во всех существенных чертах их общей характеристики; факты клинического наблюдения дают нам основание для нашего решения. Но какие пути нам открыты, чтобы получить представление о внутренней истории возникновения, “структуре” случая болезни, и какую гарантию мы имеем, что приобретенные таким образом познания соответствуют действительности?

Применяясь к рамкам упомянутых вначале рассуждений, мы хотим при последующих рассмотрении вовсе отказаться от стремлений исследовать соматические основы душевных болезней и ограничиться вопросом о том, в какой мере и при помощи каких клинических средств можно приблизиться к лучшему пониманию форм проявления помешательства. Чрезвычайное разнообразие болезненных картин, которые соответствуют одному и тому же основному недугу, конечно, прямо указывает на то, что условия их возникновения должны быть очень замысловатыми. Даже там, где совершенно определенные внешние повреждения, — к примеру, ранение головы или действия ядовитых веществ, — порождают картину болезни, они наталкиваются на орган, который имеет за собой бесконечно богатое индивидуальное и филогенетическое развитие. Общие устройства (Einrichtungen) нервной ткани, унаследованный осадок из переживания бесчисленных поколений, наконец, личная судьба заболевшего действуют сообща, оказывая значительное влияние на возникшую посредством определенной причины клиническую картину и, в конце концов, равным образом придавая ей свой совершенно индивидуальный отпечаток. Безусловно решающими, естественно, все эти предпосылки являются при тех болезненных формах, которые без участия внешних вредностей вырастают исключительно из состояний данной личности.

Такого рода соображения приводят к пониманию, что внешним причинам помешательства, вероятно, принадлежит вообще только совершенно общее, направляющее влияние на формирование картины болезни, в то время как отдельные черты происходят из своеобразия заболевшего. В самом деле, кажется нелепым предположение, что метасифилис должен вызывать именно представление об обладании миллионами, автомобилями и загородными домами, кокаин

— обман восприятия в виде клещей или вшей и т.д. Более того, в упомянутых идеях величия отражаются общие желания заболевшего, в то время как те обманы чувств получают свое своеобразное содержание только посредством душевной переработки вызванных кокаином расстройств ощущения и зрения. То, что вызывают внешние повреждения, по всей видимости, ограничивается, в основном, разрушением, параличом, раздражением или торможением обширных или ограниченных составных частей мозга. Непосредственным следствием этого были бы выпадение, недостаточность, затруднение или облегчение осуществления тех или иных душевных способностей, явления раздражения, состояния возбуждения или ступора, и к тому же еще изменения настроения различной окраски. Все разнообразие в заполнении этих общих контуров происходит из предпосылок, которые болезнетворное влияние встречает в личности заболевшего.

Если эти воззрения, по крайней мере, в общих чертах правильны, то ключ для понимания болезненных проявлений мы, прежде всего, должны искать в общих и особенных чертах заболевающих персон. В содержании обманов чувств и ошибках восприятия ожидание, вызванное мнимой или действительной обстановкой и предшествующими переживаниями, будет играть решающую роль. Расстройства памяти распространяются, в первую очередь, на слабо усвоенные, чуждые личному кругозору и неприятные следы воспоминаний, которые довольно часто подвергаются значительному вытеснению и преобразованию. Бредообразование находится всецело во власти душевных потребностей и создает впечатление общих и личных опасений, желаний и надежд. Все мышление больных, их переработка жизненных событий в значительной степени определяется теми же влияниями, и, кроме того, естественно, зависит от предрасположения, воспитания и особенно от укорененных в языке общих мыслительных привычек.

Равным образом выступающие в болезни душевные побуждения движутся, в сущности, по тем путям, которые предначертаны жизненными условиями. Тем не менее, не вызывает сомнений, что определенные душевные состояния могут непосредственно производиться болезненными влияниями; примерами этого служат отравления алкоголем, кокаином, опиумом, гашишем. Конечно же, и клинические последствия таких настроений, формы их проявления, их влияние на восприятие, мышление и поступки всецело зависят от данных в заболевшем предпосылок. То же касается волеизъявлений. Яды могут парализовать или возбудить волю, болезненные процессы, в конце концов, разрушить ее, но при любых обстоятельствах оформление действий и движений определяется заранее образованными устройствами, которые развились как орудия нашей воли. Выразительные движения и произвольные действия, которым мы, разумеется, в ко-



нечном счете обязаны всем нашим знанием чужих душевных процессов, возможно, особенно удобны для того, чтобы мы могли сделать заключение о внутренних условиях возникновения клинических болезненных картин.

Чтобы достичь более глубокого понимания болезненных проявлений, имеются, насколько я вижу, прежде всего, два пути. Первый представляет собой то поэтическое сопереживание развертывающихся у наших больных душевных процессов, которое назвали “вчувствованием”. Пытаясь проникнуть в их душу, мы можем добраться до корней их болезненных проявлений, выяснить историю развития их бредаобразований и объяснить скрытые, возможно, восходящие к далекому прошлому движущие силы их необычных поступков. Как известно, психоанализ утверждает, что в этой области достигнуты большие успехи, и если ему можно было бы верить, в значительной степени было бы открыто не только душевное происхождение самых разнообразных “неврозов”, но также на этом пути получили бы новое, неожиданное освещение часто совсем непонятные душевные процессы шизофреников. Но, кроме того, также не было недостатка в попытках, путем особенно тщательного проникновения в целую душевную предысторию заболевания, обнаружить нити, которые определили его развитие.

Очевидно, что такого рода попытки могли привести к сколько-нибудь удовлетворительным результатам только там, где душевные связи между здоровыми и болезненными проявлениями не были прерваны посредством насильственного разрушения. Здесь, стало быть, главным образом принимаются во внимание те патологические развития, при которых вследствие какой-либо недостаточности душевной личности обыденные или необычные жизненные раздражения перерабатываются болезненным способом. Помимо разнообразных срывов у психопатов этот способ рассмотрения будет особенно пригодным для расстройств, вытекающих из душевных причин и, вероятно, также для параноических бредаобразований, поскольку корни такого рода заболеваний и разворачивающиеся при них душевные процессы мы можем, по крайней мере, в виде намека, обнаружить в нашей душе. Я очень сомневаюсь, может ли тот путь привести нас к полезным познаниям также и там, где в развитии болезни принимают участие влияния, которые находятся за пределами душевных процессов. Это встречается не только при формах помешательства, вызванных внешними причинами, но также при обширной группе душевных расстройств, чьи условия возникновения мы с большим или меньшим правом усматриваем во внутренних телесных изменениях. Понятная связь душевного события может при этом смещаться или прерываться столь решительным способом, что становится в высшей степени затруд-

нительно разыскать ее с доступными нам вспомогательными средствами.

Мы, вообще, не имеем права скрывать от себя, что всякая попытка понять чужую душевную жизнь в ее внутреннем механизме изобилует источниками ошибок. Это подтверждается уже при рассмотрении здоровых, однако, в гораздо большей степени, при исследовании патологических личностей. “Вчувствование” — весьма ненадежный метод, который незаменим для человеческого сближения и поэтического воссоздания, но как инструмент исследования он может привести к чудовищным самообманам. Поскольку “вчувствование” в высшей степени зависит от собственных предубеждений и потребностей, оно дает высокую степень очевидной достоверности. Это особенно опасно потому, что у нас нет никакого критерия надежности этого чувства достоверности. Авантюристическая, повсюду выступающая с притязаниями на безусловную значимость система знаний психоаналитиков убедительно демонстрирует нам опасности способа рассмотрения, чья истинность не может быть проверена иными свидетельствами.

Конечно, подходящим пробным камнем, который мог бы защитить нас от такого рода заблуждений, являются высказывания самих больных об их внутренних переживаниях. Этот метод выглядит весьма заманчиво и, вне всякого сомнения, также пригоден для того, чтобы предоставить многие важные сведения. К сожалению, он все же не дает надежной защиты от самообманов. Нам нужно только вспомнить о том, что многие психоаналитические измышления были выведены как раз из высказываний больных. Помимо более или менее произвольного толкования наблюдателем здесь повсюду важную роль играют очень значительные источники ошибок самооценки. Опьянение, конечно, является относительно простой и к тому же общеизвестной формой душевного расстройства. Тем не менее, весьма удивительно, какими превратными и противоречивыми были взгляды даже ученого наблюдателя на разыгрывающиеся в нем душевные изменения, прежде чем их характер и масштаб не были установлены измеряющими опытами. Тот, кто принимает во внимание такого рода опыты, будет иметь мало доверия к тем сведениям, которые душевнобольной в состоянии сообщить нам о происходящих в нем процессах и их внутренних связях. Мы должны быть здесь тем более осторожными, что самовосприятие, воспоминание и суждение наших больных обычно еще замутнены рядом изъянов (Fehlervorgängen), которые у здорового проявляются самое большее намеками. Чтобы взять совершенно обыденный пример, я напому об обычных объяснениях меланхолических больных, что они беспокоятся из-за тех или иных проступков, из-за переезда или из-за экономических причин, что они заболели только из-за тоски по дому, так как их разлучили с близкими, что они вообще не больны, а притворяются. Здесь

представляется удобный случай наблюдать опровержение ложных мнений после выздоровления. Но кто скажет, сколь многим заблуждениям мы подвержены, если соответствующими действительности мы считаем полученные от больных сведения, достоверность которых мы не в состоянии проверить?

Само собой разумеется, несмотря ни на что будут прикладывать усилия, чтобы, по мере возможности, создать из такого рода сообщений научные знания. Мы, однако, попутно осмотримся, нет ли других путей, которые помогли бы нам более глубоко понять историю возникновения болезненных проявлений. Было бы особенно ценным, если бы при этом мы могли получить сведения не только о душевных связях, но и о зависимости болезненных картин от всей предыстории заболевшего. Бирнбаум с полным правом указал на то, что в оформлении клинических проявлений, помимо определяющей “патогенетической” причины болезни, в значительной мере участвуют врожденные и приобретенные качества заболевшего, равно как и всевозможные постоянные или преходящие влияния, короче, все “патопластические” условия, которые способны оказать какое-либо воздействие на телесное и душевное состояние. Именно это обстоятельство объясняет большое разнообразие болезненных картин, вызванных одними и теми же повреждениями. Поэтому мы видим весьма значительное совпадение расстройств, которые производятся однозначными, мощно действующими причинами, как, например, состояний алкогольного опьянения. Но чем больше в развитии болезни сказываются особенности заболевшего, тем многообразнее становятся клинические проявления.

Вспомогательным средством для достижения более глубокого понимания зависимости болезненных проявлений от находящихся в персоне заболевшего предпосылок снабжает нас сравнительная психиатрия. Сопоставляя друг с другом большие серии наблюдений мы можем, в первую очередь, исследовать, в какой мере общие качества человека — пол, возраст, народность — влияют на оформление болезненных картин; затем подобным образом могут быть исследованы значение профессии, климата, общих и частных жизненных условий для особой окраски клинических форм проявлений. Вслед за этим, однако, важнее всего раскрыть ту значительную роль, которая в этом отношении принадлежит личному предрасположению, прежде всего, наследственным влияниям. Предпосылкой этого повсюду является сопоставление вызванных одними и теми же причинами болезненных форм, поскольку дело здесь заключается именно в том, чтобы объяснить моделирующее воздействие указанных обстоятельств на возникающие из единого источника картины состояния. Из этого следует, что точное определение болезненных процессов предшествует всем сравнительным психиатрическим исследованиям и также в будущем должно образовать ос-

нову стремлений, направленных на понимание внутренней структуры душевных расстройств. Всякая попытка разработать такого рода вопросы на основании неравномерно составленного материала наблюдений с необходимостью потерпит неудачу из-за неоднородности результатов, особенно из-за невозможности различить причинные и оформляющие влияния.

Именно эта зависимость от прояснения наших клинических познаний является причиной того, что сравнительная психиатрия представляет собой сегодня еще чрезвычайно молодую, лишь от случая к случаю, мимоходом разрабатываемую науку. Тем не менее, уже сегодня можно назвать ряд опытов в этой области, которые пригодны для того, чтобы пролить свет на возникновение определенных особенностей в образовании болезненных проявлений. Так, обнаруживается различие болезненных картин у обоих полов: в большей частоте эротических и сексуальных бредообразований и в незначительной разработке паралитического бреда величия у женщин, а также в гораздо более выраженном образовании состояний возбуждения и расстройств настроения всякого рода. В этих фактах выражается огромное значение половой жизни для женщины, ограниченность ее положения и устремления в половой жизни и ее несравненно более сильная душевная возбудимость. К этому надо еще добавить частое возникновение истерических расстройств, которые, с одной стороны, говорят о подвижности душевных процессов, а, с другой, о нехватке самообладания и об импульсивности разрядки внутреннего напряжения.

Гораздо многообразнее влияния, которые на формы проявления помешательства оказывает возраст. Известна неяркость душевной картины болезни ювенильного паралича. Затем можно упомянуть об отсылающей к младенческому возрасту частоте рефлекса Бабинского и о нередко наблюдаемом возникновении весьма многочисленных эпилептиформных припадков, которые, конечно, могли бы быть соотнесены с тем фактом, что здесь зачастую можно доказать связь с сифилитическими заболеваниями головного мозга.

Равным образом клинические проявления начинающейся в детстве dementia praecox, особенно образующие завязку “пфропфгебфрений”, — обычно очень скудные, простые, тупые слабоумия, порой с импульсивными возбуждениями, — указывают на то, что здесь, как при параличе, болезненные процессы ничуть не находят в душевной жизни таких же возможностей формирования и влияния, как у взрослых. То, что, помимо всего остального, разрушительные мозговые заболевания действуют в юном мозге, с одной стороны, опустошительно, поскольку они уничтожают зачатки развития, но все-таки, с другой стороны, находят благоприятные условия для компенсации, не нуждается в дальнейшей разработке. Зачастую в этом возрасте, порой вплоть до конца второго десятилетия, мы наблюдаем яркие проявления

некоторых первозданных инстинктивных побуждений, которые, в виде исключения, могут сохраняться в течение всей жизни. Сюда относится, прежде всего, опирающееся на животное стремление к свободе влечение к прогулам, бродяжничеству и странствиям, затем тяга к авантюрам, которая заставляет детей, вооружившись до зубов, предпринять поездку в дальние страны, и склонность представлять себя в нереальных жизненных обстоятельствах, приукрашивать, выдумывать. Равным образом столь частое у детей влечение таскать еду и воровать, по-видимому, имеет свои корни в естественных порывах алчности. Возможно, подобное толкование допускают и другие болезненные инстинктивные уклоны.

Годы развития накладывают на возникающие в эту пору картины болезни, в общем и целом, отпечаток бурных возбуждений и расстройств настроения, которые, едва обозначаясь, сопровождают появление здоровых половых побуждений. Это проявление имеет криминальное соответствие в виде значительного увеличения в том же периоде жизни хулиганских деяний и преступлений, совершенных на сексуальной почве. Вопрос о том, должны ли мы в столь часто наблюдаемом здесь дурашливом слабоумии, как полагал Геккер, видеть окрашивание клинической формы своеобразной рассогласованностью начинающегося полового созревания, следует оставить открытым. Но, в любом случае, возрастает частота истерических расстройств, что обусловлено бурностью и импульсивностью душевных процессов при еще непрочном господстве воли. Особенная, простодушно-зловещая окраска истерических сумеречных состояний напоминает о тех формах кинодраматургии, к которым этот возраст так сильно привязан. Маниакально-депрессивное помешательство сравнительно часто принимает форму мании. В сфере влечений господствующую роль играют половые процессы. Переход от асексуальности через связанные с неприятием другого пола гомосексуальность и бисексуальность к нормальному половому влечению сопряжен с опасностью стойкого сдвига половой цели, подготовка к которому происходит, прежде всего, путем онанизма. Так возникает остановка на одной из промежуточных ступеней, соскальзывание на второстепенные сопутствующие обстоятельства в фетишизме и, наконец, садизм и мазохизм, возможно, как последствия древних, происходящих из борьбы полов инстинктивных побуждений.

Следующие десятилетия отмечены, прежде всего, частотой и изобилием бредообразований, которые выступают преимущественно во внутренне переработанной, подчиняющей духовную жизнь форме, в то время прежде они обычно были более скоротечными и бессвязными. Эта живая духовная переработка жизненных отношений встречается нам в различных болезненных формах среднего возраста — при маниакально-депрессивном помешательстве и при

параличе, как и при dementia praecox и особенно при прямо-таки типичной для этих лет паранойе. Мы, вероятно, можем найти в этом склонность зрелого возраста занимать определенную позицию по отношению к окружающему миру, формировать мировоззрение и взгляды на жизнь. Бурная независимость и ответственность при самостоятельном ведении борьбы за существование сама по себе принуждает к тому, чтобы оценивать воздействия окружения в их значении для собственных радостей и горестей, и это направление мыслей, по-видимому, равным образом проступает в бредообразованиях, ложных воспоминаниях и обманах чувств; желания, опасения и надежды принимают осязаемую форму. В противоположность этому волевые расстройства, свойственные dementia praecox, выступают преимущественно на заднем плане, возможно, из-за того, что основные черты волевого устройства уже давно устоялись и застыли. В формах проявления маниакально-депрессивного помешательства меланхолические состояния постепенно все более удлиняются, соответственно угасанию юношеских надежд и жажды деятельности, становящемуся суровым и мрачным восприятию жизни и общему возрастанию частоты самоубийств с увеличением возраста.

Такое изменение расположения духа значительно усиливается в годы собственно обратного развития, особенно у женщин с резким ограничением половой жизни. Бредообразования, которые здесь также часто встречаются при самых различных болезненных формах, обнаруживают преимущественно депрессивное содержание. Нередкая у женского пола эротическая или сексуальная окраска напоминает о всплеске половых побуждений у стареющих женщин. Затем постепенно все больше и больше, по-видимому, чувство несостоятельности, беспомощности, физической недостаточности дает знать о себе в болезненных размышлениях, в несвойственном юности бреде обнищания, в нигилистических и ипохондрических представлениях. То, что, наряду с этим, болезненные картины во все большем масштабе оказываются во власти последствий разрушительных процессов, здесь достаточно лишь обозначить.

Почти еще совершенно не выяснены в настоящее время связи между народностью и оформлением помешательства, хотя здесь, безусловно, заструились бы обильные источники познания. Правда, уже неоднократно указывали на то, что болезненные картины, возникающие у евреев, особенно с Востока, нередко обнаруживают отклоняющиеся, “дегенеративные” и истерические черты, однако, более точное изображение этих особенностей пока что не представляется возможным. Кроме того, не вызывает сомнений, что в поведении душевнобольных из разных стран и племен могут наблюдаться известные различия, однако, здесь тоже еще напрочь отсутствуют более глубокое исследование, которое равным образом представляет

значительные трудности из-за разнородного состава обитателей больниц. Мы, правда, кое-что знаем об особенных душевных болезненных формах, которые наблюдаются то тут, то там и, вероятно, по большей части принадлежат области истерических расстройств, но ровно ничего о связи таких проявлений с душевным своеобразием соответствующих народов. Между тем, сравнительная психиатрия может привести к важным результатам, что показали мне мои опыты на Яве. Очень необычным явился для меня факт, что там, среди туземных больных, казалось, совсем не было меланхолий, в то время как маниакальные состояния я наблюдал в немалом количестве. Кроме того, с этим совпадает наблюдение, что самоубийства у тамошних больных почти не случаются. Само собой разумеется, равным образом нет никакого бреда греховности, который, безусловно, имеет свои корни в религиозных представлениях; вообще, я не мог обнаружить никаких побуждений, которые соответствовали бы нашему ярко выраженному чувству долга и ответственности. *Dementia praecox*, неизменно образующая основную массу болезненных форм, протекает, как мне представляется, под картиной спутанных состояний возбуждения, в то время как столь частый у нас негативистический ступор едва можно было обнаружить. Слуховые обманы целиком отступили на задний план, возможно, из-за незначительной роли, которую речь играет в мышлении у тамошних больных. Бредообразования тоже казались более редкими и скудными, чем у нас, предположительно из-за того, что менее выражена потребность во всеобъемлющей духовной переработке жизненных опытов.

Вероятно, оформление картин болезни, по крайней мере, у нас, в гораздо большей степени находится под влиянием личного своеобразия заболевших. Бесконечное разнообразие предрасположения и жизненных судеб накладывает на всякого определенный, только ему присущий душевный отпечаток, который, естественно, дает знать о себе и в болезненных проявлениях. В самом первом приближении это обнаруживается уже в том, что всякое бредовое содержание, разумеется, имеет свой исток в мире представлений заболевшего, однако, и характер его душевных побуждений и его волевых проявлений коренится, в конечном счете, в данной до болезни личности, пусть даже недуг несет с собой разрушения, сдвиги и перевороты.

Исходя из этого, ясно, что надежда на понимание болезненных проявлений в первую очередь связана с исследованием наследственности. Об этом, в особенности, свидетельствует часто поразительное совпадение болезненных картин близких родственников, братьев и сестер, родителей и детей. Но если мы стремимся к более глубокому пониманию этих связей, то, очевидно, необходимо проследить наследственность гораздо дальше, чем это чаще всего происходит и является возможным. Не следует ожидать, что именно в

немногих конечных звеньях бесконечного ряда обнаружатся те формирующие влияния, которые внесли свой вклад в оформление данной личности. В нашем телесном и душевном устройстве мы все-таки найдем явные следы ступеней развития, которые остались в необозримой дали. Оправданным кажется предположение, что значительная часть неясных и неоднозначных болезненных картин, вероятно, найдет разъяснение во вмешательстве наследственности, которая вносит своеобразные черты в соответствующие школьным требованиям рамки. Так, многообразие паралитических картин, как предполагает Рюдин, могло бы иметь своей причиной то, что разрушительный процесс развертывается на основе, обладающей, в одном случае, маниакально-депрессивным предрасположением, а в другом — кататоническим влиянием. Равным образом столь частая шизофреническая окраска маниакально-депрессивных заболеваний, и, напротив, возникновение маниакальных картин у эпилептиков, и всякого рода иные необычные, трудно поддающиеся истолкованию клинические опыты могли бы, пожалуй, найти осуществление на этом пути. Во всяком случае, здесь мы имеем перед собой полезную постановку вопроса, которая обеспечивает побуждениями и перспективами для новых познаний.

Само собой разумеется, помимо наследственности на формирование душевной личности могут равным образом оказывать воздействие всевозможные другие влияния, начиная от повреждений зародыша и заболеваний первых лет жизни вплоть до изменений, которые вызываются воспитанием и образованием, окружающей средой и судьбой. Все эти влияния могут дать знать о себе при клиническом оформлении болезненных картин в том или ином направлении, даже если в деталях мы еще очень мало знаем об этом. Ярким примером этого являются половые извращения, в особенности, фетишизм, при котором мы часто можем проследить своеобразное развитие в связи с определенными, производящими большое впечатление переживаниями при пробуждении полового влечения. Следующие болезненные картины, которые получают свою своеобразную форму благодаря определенным жизненным обстоятельствам, — это тюремные психозы, а также кверулянтский бред. Проявления вытеснения у подследственных заключенных опираются на естественное стремление всех обвиняемых, по возможности, избежать тягостного расследования и доказать собственную невиновность. Одинаковая окраска вызываемых совершенно различными болезненными процессами тюремных психозов уже многократно отмечалась; она обусловлена всеобъемлющим, чудовищным давлением лишения свободы и бессильным подчинением государственной власти. Подобное имеет силу при возникающем у старых заключенных бреде невиновности и помилования, в котором находит выражение стремление убежать от невыносимых жизненных обстоя-

тельств. Кверулянтский бред, наконец, в совершенно тех же формах мы видим возникающим у сутяг, заключенных и у охотников за пенсией, всегда из-за горячего желания любой ценой осуществить мнимые правовые претензии.

Уже этот беглый обзор условий возникновения проявлений помешательства учит нас, как детально разъяснил Бирнбаум, что мы должны всегда, наряду с обусловленными непосредственной причиной болезнями “основными расстройствами”, принимать в расчет “формы проявления”, в которых находят выражение врожденные особенности, равно как и приобретенные состояния заболевшей личности. Разделение этих двух компонентов клинических картин, возможно, в общем и целом осуществимо с той точки зрения, что при одном и том же болезненном процессе мы наблюдаем неизменно повторяющиеся расстройства как непосредственные результаты лежащих в основании причин, в то время как непостоянные, то существующие в той или иной форме, то отсутствующие проявления сводились бы к лежащим в персоне заболевшего особым условиям. Тем самым разъяснилось бы также исключительное значение для познания определенных болезненных процессов столь многих соматических симптомов, поскольку они, по большей части, находятся в гораздо более тесных отношениях с причинными влияниями, чем душевные расстройства.

Между тем развиваемое здесь, в настоящий момент само собой напрашивающееся воззрение все-таки нуждается в важных оговорках. С одной стороны, ясно, что непосредственно вызванные болезненной причиной основные расстройства в зависимости от силы, темпа и распространения болезнетворных влияний должны подвергаться значительным градациям и колебаниям. Но гораздо большее значение имеет то, что, с другой стороны, многочисленные формы проявления помешательства благодаря заранее сформированным устройствам человеческого организма раз и навсегда установлены и поэтому развертываются одним и тем же способом везде, где для этого имеются предпосылки. Наряду с чисто личными особенностями основное значение причитается именно общечеловеческим качествам заболевших. Нам, стало быть, следует полагать, что значительная часть форм проявления при одних и тех же болезненных процессах по этой причине всегда повторяется, ибо она представляет собой естественный ответ человеческой машины на болезнетворное вмешательство.

Правда, происхождение такого рода болезненных проявлений из заранее сформированных устройств часто обнаруживается в том обстоятельстве, что они не ограничены определенным болезненным процессом, но в одной и той же форме могут вызываться разнообразными болезнетворными воздействиями. Здесь, вероятно, находятся наиважнейшие источники бесконечных, почти непреодолимых

трудностей, с которыми распознавание болезненных процессов на основе клинических признаков должно было бороться с давних пор до нынешнего времени. Если бы мы имели дело только с причинно определенными основными расстройствами, пусть даже в изменчивой силе, распространении и характере развития, то наши задачи были бы сравнительно легко разрешимы. Равным образом чисто личные примеси в болезненных картинах, в связи с их зыбкостью, хаотичностью и многообразием, не слишком затруднили бы нас. Напротив, использование болезненных проявлений для распознавания лежащих в их основе процессов становится почти невозможным, если мы, большей частью, должны видеть в них только, некоторым образом, общие характерные тона (Eigentöne), которыми человек отвечает на самые различные повреждения. При этих обстоятельствах мы вынуждены предельно ограничить допущение, что то или иное расстройство является типичным для определенного болезненного процесса. Тем не менее, болезненные проявления будут сохранять для нас определенную объясняющую ценность. Если даже их особенности определяются решающим образом не причинами болезни, а, в основном, устройствами нашего организма, то все-таки их неодинаковость должна находиться в какой-то зависимости от способа воздействия и распространения болезненных процессов. Всякая болезнь, однако, в этом отношении будет иметь свои особенности. Мы, стало быть, все-таки можем допустить, что определенному недугу соответствуют, в общем, определенные формы выражения, не оттого, что болезненные процессы непосредственно приводят к их возникновению, а оттого, что они, как показывает опыт, создают условия, которые особенно благоприятны для осуществления этих проявлений. Наряду с этим, однако, всегда будут обнаруживаться случаи, в которых, благодаря смещению этих условий, будут вмешиваться или даже брать верх другие формы выражения.

Из этих объяснений вытекает, что мы должны, насколько возможно, предпринять попытку ознакомления с теми формами выражения помешательства, которые мы вправе объяснять игрой заранее сформированных устройств нашего организма, и которые, сообразно этому, сходным образом повторяются при различных болезнях, пусть даже с весьма изменчивыми частотой и выражением. Само собой разумеется, речь здесь идет о чрезвычайно тяжелой задаче, для решения которой в нашем распоряжении имеется лишь скудное подспорье. Определенное основание дает нам сравнение болезненных проявлений с опытами, которые мы делаем у детей, неразвитых человеческих рас и, наконец, даже у животных; при этом выясняется, что у наших больных возникают расстройства, которые в аналогичной форме можно встретить на более низких уровнях душевного развития и которые, тем самым, обнаруживают связи с об-

щими особенностями нашего внутреннего механизма. Если мы встанем на почву теории развития, которая становится очевидной для нас, прежде всего, конечно, благодаря личной истории возникновения отдельной душевной жизни, то склонимся к предположению, что находящиеся в распоряжении взрослого душевные орудия представляют собой осадок бесчисленных ступеней прогрессирующего усовершенствования. Кроме того, от этого развития, вне всякого сомнения, сохранились многочисленные остатки, которые болезнетворные раздражители вновь побуждают к их давно уже подавленной деятельности. С другой стороны, благодаря разрушению и параличу вышестоящих устройств, изначальные орудия, которые у здорового обычно находятся под их властью и управлением, могут получить нежелательную независимость и оказывать значительное влияние на картину болезни. В любом случае может произойти, конечно, часто искаженное и скрытое чужеродными примесями, сближение болезненных форм выражения с проявлениями неразвитой душевной жизни.

Мы в очень малой степени сегодня, при нехватке сравнительной психиатрии, способны углубляться в эти вопросы, однако, мы хотим предпринять попытку вкратце рассмотреть некоторые из наиболее распространенных форм выражения помешательства, чтобы, тем самым, дать разъяснение развитым здесь воззрениям и побудить к их дальнейшему совершенствованию.

В первую очередь мы хотели бы вспомнить подробно обсуждавшийся Бонхёффером факт, что ряд проникающих извне в кору головного мозга повреждений, особенно отравлений и инфекций, порождает болезненные картины, которые обнаруживают многие общие черты. Пусть будет позволено говорить здесь о делириантных формах выражения помешательства. Они проявляются, главным образом, более или менее значительным помрачением сознания с затруднением понимания, неопределенностью, обманами чувств, — преимущественно зрения, но также и слуха, — сновидными бредовыми переживаниями, бессвязностью мышления, переменчивым, чаще всего, тревожным, но также приподнятым или раздраженным настроением, наконец, состояниями возбуждения или упадком волевых проявлений. Несомненно, оформление этих болезненных картин находится в теснейшей зависимости от причинных повреждений, чей характер, как при алкогольном делирии, подчас можно распознать по известным отдельным чертам. Тем не менее, мне представляется неоспоримым, что болезненные проявления разыгрываются в формах, чьи предпосылки находятся в общих качествах душевной жизни. В подтверждение этого следует, прежде всего, указать на переживания сновидения, значительное совпадение которых с делириями очевидно. Мы можем сказать, что на ряд разнообразных, пре-

имущественно внешних повреждений наш мозг соразмерно отвечает привычной формой сновидения, с вариациями, которые обуславливаются отсутствием обычно сопутствующего сновидению сна и известными особенностями причинных влияний.

Можно было бы, правда, возразить, что упомянутое совпадение обуславливается не общим происхождением из данных душевных предпосылок, а схожестью причин, которые вызывают сновидение и делирии. Поскольку при возникновении делириев яды, даже такие, которые происходят из обмена веществ, играют исключительную роль, можно было бы обратить внимание на то, что, вероятно, сон и сновидение также вызываются сходными, хотя и гораздо слабее действующими продуктами обмена веществ. Этому можно противопоставить то, что для возникновения сна, с одной стороны, и делириантного помрачения сознания, с другой, можно было бы, пожалуй, допустить такое соображение, что сновидение представляет собой, вероятно, все-таки только продолжение душевной жизни в особенных условиях сна, но вряд ли его можно считать непосредственным продуктом снотворных влияний; все-таки самые яркие сновидения мы видим тогда, когда сон еще или уже едва ощутим. Но прежде всего, нужно указать на тот факт, что весьма схожие делириантные состояния могут возникать при самых разнообразных условиях, не только при отравлениях и инфекциях, при лихорадке, при повреждениях мозга, но и у эпилептиков, паралитиков, при маниакально-депрессивном помешательстве, при *dementia graecorum*, при старческом слабоумии, конечно, также при истерии и в гипнозе.

Эти опыты со всей определенностью свидетельствуют о том, что делирии относятся к тем формам выражения помешательства, чьи основания даны в изначальных особенностях душевной жизни. Они занимают место упорядоченного, ясно сознающего мышления, как только сознание помрачается под влиянием каких-либо болезненных процессов. То, что при этом в особенном оформлении делирия, кроме личной предыстории заболевшего, может также принимать участие своеобразие причинного болезненного процесса, не кажется удивительным.

Вторая группа клинических форм проявления характеризуется параноидной переработкой жизненных опытов. Мы встречаем ее, прежде всего, в паранойе, но затем также у различных кверулянтов, при тюремных психозах, при бредообразующих алкогольных и кокаиновых душевных расстройствах, и в особенности также при *dementia graecorum* и при парафрениях, далее, часто при маниакально-депрессивном помешательстве и при старческом слабоумии. Общую основу параноидного образа мыслей следует искать в сильном влиянии на ход мышления душевных потребностей и, вместе с тем, в личной окраске жизненных воззрений. Всякое существо для своего утверждения в борьбе за существование нуждается в доверии к себе

самому и в недоверии к, может стать, враждебному окружению. Из этого развивается естественная склонность переоценивать собственную персону и держать себя с посторонними негативно или даже неприязненно, затем повсюду усматривать связь внешних событий с собственными радостями и горестями. Сюда же, наконец, относится еще наивная уверенность неразвитого мышления, которая, не зная сомнений, запросто принимает каждое возникающее предположение за выражение реальности. Только зрелый опыт мало-помалу предоставляет верные критерии для оценки соотношения между собственной персоне и окружающим миром. Значение первой уменьшается по мере того как расширяется кругозор, и внешние события утрачивают свои тесные связи с ней. На место чисто личного восприятия выходит объективная оценка, которая все больше и больше старается выйти из-под влияния душевных потребностей. Наконец, из опосредованного таким образом разоблачения заблуждений развивается движущая сила всего прогрессивного познания — сомнение, которое не знает никакой уверенности без неустанной проверки при помощи все более совершенных средств исследования.

Совпадение некоторых форм бреда, наблюдавшихся у наших больных, с верой в демонов и колдовство неразвитых народов является очевидным. Другие больше напоминают воздушные замки будущего величия и высоких достижений, свойственные юношеским возрастным группам, иные — враждебное недоверие по отношению к чужакам, которое обычно демонстрируют дикие народности и маленькие дети. Сюда, кроме того, часто еще присоединяется влияние на восприятие и духовную переработку расположения духа и истолкования жизненных опытов в смысле господствующих надежд и опасений. Неожиданным, в виду этих обстоятельств, может показаться то, что у детей и, по-видимому, также у духовно неразвитых народов мы не очень часто встречаем зрелые параноидные формы выражения помешательства. Причина этого может заключаться в том, что более поверхностное и более эмоциональное осуществление жизненных событий в меньшей мере благоприятствует их бредовой переработке; последняя, кажется, предполагает скорее образование более широкого и более или менее связного жизненного воззрения, из которого черпаются критерии и побуждения для бредовой оценки и реализации опытов.

Пожалуй, наиболее широко распространенные формы проявления помешательства образуют болезненные выражения чувств. Они преобладают в картине болезни при маниакально-депрессивном помешательстве и при истерии, а также играют большую роль при параличе и при dementia praecox, равно как и у многих психопатов, и могут иногда выходить на передний план при всех прочих душевных расстройствах. Необходимо добавить, что болезненные на-

строения, как уже упоминалось, могут непосредственно порождаться определенными причинами, прежде всего, ядами. Их душевные излучения и разряды, однако, вращаются по заранее сформированным орбитам и, поэтому, всегда повторяются одинаковым образом, совершенно независимо от причины, которая вызвала душевное движение. Так возникают, прежде всего, известные выразительные движения в позе, чертах лица и жестах, которые сопровождают печаль и заботу, страх, гнев, радость и озорство. К ним присоединяются вызванные душевными движениями действия, высказывания и рукописи, попытки защиты, нападения и сближения, акты насилия, самоубийство, религиозные защитные действия. Но в дальнейшем сюда присоединяется соответствующее влияние на понимание, сознание, ход мыслей и содержание представлений непонятливости, рассеянности и неопределенности, прилипания отдельных или напора многочисленных представлений, радужной или мрачной оценки прошлого, настоящего и будущего. Значительная часть наблюдаемых нами бредообразований, несомненно, происходит из душевных влияний; быть может, в самом общем смысле это верно даже для всех бредообразований. Мы способны, возможно, отделить возникающие из более мимолетных душевных колебаний “кататимные” бредообразования, как это уже случалось прежде, от параноидных, укорененных в постоянных душевных потребностях. Здесь расположена точка соприкосновения между параноидными и “эмоциональными” формами выражения помешательства.

Своеобразное влияние содержание представлений получает благодаря опасениям, которые берут свое происхождение из общей угрозы жизни и здоровью, из отношений людей между собой и из высоконравственного чувства ответственности, вызванного религиозным воспитанием, обычаем и законом. Они, как известно, могут превратиться в невыносимое принуждение, которое оказывает значительное влияние на поступки. Очевидно, что все эти навязчивые опасения возникают из источников, которые уже существовали и теперь в нежелательной степени наводняют душевную жизнь.

Эмоциональные формы выражения находятся в близком родстве с истерическими болезненными проявлениями. Душевные движения разряжаются не только в волевых проявлениях, но и в воздействии на такие процессы, которые постоянно или же обычно лишены непосредственного влияния воли. Мускулатура зрачка, желудка и кишечника, волос, сосудов, биение сердца, дыхание, деятельность слезных и потовых желез, возможно, также печень и почки могут быть вовлечены в беду благодаря душевным напряжениям и потрясениям. Сюда еще относятся затруднения в выполнении произвольных движений, дрожание, слабость, неуверенность, оцепенения, затем судороги, наконец, выход из строя чувств и помраче-

ние сознания с делириантой спутанностью. Все эти формы разрядки душевных движений, которые у здоровых, как правило, проступают только намеком и легко поддаются управлению, получают при истерии самое яркое выражение. Как уже говорилось в другом месте, их, вероятно, можно рассматривать как остаток изначальных охранительных и оборонительных устройств, которые принадлежат пройденной ступени развития. Они тем самым в какой-то мере формируют ответвление эмоциональных форм выражения помешательства, которое затем вступает в силу, когда или душевные потрясения получают значительный перевес и, поэтому, также распространяют свое действие на в другом случае едва ли проходимые пути, или когда волевое управление душевными движениями недостаточно, как у детей, женщин, дегенератов, пьяниц.

Равным образом в более глубокий пласт волевого развития ведет нас группа инстинктивных форм выражения помешательства. Мы понимаем под этим те ярко эмоционально окрашенные побуждения воли, которые без рационально постижимого мотива принуждают к выполнению определенных действий. В инстинктах мы имеем перед собой изначальные формы воления, при которых цель предписывается не взвешенным размышлением, а непосредственными, с большой силой заявляющими о себе потребностями. Многочисленные инстинкты, возможно, в ходе филогенеза возникали и вновь отмирали. У нас инстинктивная жизнь почти полностью ограничивается инстинктом сохранения рода и различными формами инстинкта самосохранения. Во всех остальных пунктах инстинктивные побуждения были оттеснены на задний план вышестоящими, целенаправленными волевыми действиями. В пораженных болезнью областях, тем не менее, подавленные инстинкты могут обрести новую силу. Так, мы видим половой инстинкт, который обычно дремлет вплоть до переходного возраста, но у олигофренов и психопатов, при определенных обстоятельствах, пробуждается очень рано; с этим, к тому же, связана опасность срывов в поведении. То, что мазохистические и садистические извращения, возможно, соотносятся с давно преодоленными инстинктивными побуждениями, уже было отмечено. Также было упомянуто, что в высшей степени развитое у животных и более или менее укрощенное благодаря воспитанию чувства долга стремление к свободе еще воплощается в детском бродяжничестве и в известных формах влечения к скитаниям. Естественную инстинктивную склонность ребенка присваивать то, что ему нравится, при слабом развитии воли мы видим приводящей к преступлениям против собственности, с неискоренимым рецидивированием. Сходным образом детская тяга к игровому вымыслу и переодеванию, — правда, путем инстинктивного созревания личности, в опасно развившихся формах, — сохраняется у прирожденных обманщи-

ков и лжецов. Вопрос о том, обладает ли также филогенетическими корнями наблюдаемое порой влечение к поджигательству, пусть остается открытым; об этом могли бы свидетельствовать связи с “тоской по родине”. В любом случае я хотел бы считать, что столь часто наблюдаемые у психопатов и эпилептиков “расстройства настроения”, схожие с тоской по родине, по сути, можно толковать как смутные инстинктивные побуждения. Они, конечно, тоже довольно часто ведут к импульсивным действиям, особенно к бесцельным путешествиям и пьянству.

Если при обсуждавшихся до сих пор формах выражения помешательства речь часто шла об остатке более ранних ступеней развития, которые выступали более ярко потому, что не были подчинены более совершенным устройствам, то равным образом, благодаря нарушению деятельности более высокого уровня, низшие орудия душевной жизни могут получить роковую самостоятельность. Эта точка зрения, возможно, пригодна для того, чтобы открыть нам, прежде всего, понимание тех расстройств, которые мы обозначаем как шизофренические, поскольку при dementia praecox они обычно лучше всего сформированы. Речь здесь, в первую очередь, может идти об уничтожении целенаправленной воли, что становится очевидным в угасании активности, стремления и в утрате внутренней связи волевых проявлений. Эта потеря управления ведет к импульсивности действий; внезапно возникающие волевые побуждения не подавляются планомерным размышлением и не направляются по верным путям, а бесцеремонно утверждаются по мере своего возникновения; но также они самыми разнообразными способами расстраивают протекание действий, так что осуществляются все те странности, которые мы называем манерами. Но, сверх того, решающее влияние приобретают определенные изначальные основные направления воли, которые обычно управляются целостной личностью и служат ее целям. Это наиболее очевидно при стереотипии. Склонность к однообразному повторению одного и того же действия является общей особенностью орудий воли, которая обычно очень отчетливо выделяется у детей, но, кроме того, главным образом, выражается в решающем значении ритма для всех видов человеческой деятельности. Однако, аналогичным образом можно также истолковать автоматическую подчиняемость и негативизм. Напрашивается предположение, что при развитии воли в первую очередь формируются два противоположных основных стремления: отдача внешним влияниям и отказ. Выбор между двумя этими возможностями в начале представляется инстинктивным, пока более зрелый опыт и руководимая им целенаправленная воля не научили отделять благоприятные воздействия от враждебных. Как только последнее из двух исключается, как в гипнозе, мы видим легкое возникновение кон-



триггры жесткого противодействия и безвольной отдачи.

В выразительных движениях больных, их словах, жестах, рукописях, рисунках, мимике в самых разнообразных формах предстают стереотипия и манерность. Но, кроме того, мы также часто встречаем безудержное новообразование средств выражения, которые полностью отмежевались от регулирующих влияний общепринятых символов. Пожалуй, мы вправе полагать, что такого рода игровое новотворчество, кроме того, должно обладать предпосылкой для образования средства общения. Оно представляло собой, — подобно тому, что мы наблюдали у наших детей, — сырье, из которого мало-помалу образовались общие, более прочные связи с определенными душевными процессами, так что передача сообщения стала возможной.

Шизофренические формы выражения ни в коем случае не ограничиваются *dementia praecox*. Мы снова находим их, прежде всего, более или менее выраженными при некоторых болезненных процессах с обширными разрушениями нервной ткани, как при параличе и при старческом слабоумии, иногда также при описанных, в особенности, травматических заболеваниях мозга. Тем не менее, не вызывает сомнений, что шизофренические проявления равным образом могут осуществляться без разрушения мозговой ткани. Об этом, даже если мы закроем глаза на опыты гипноза, свидетельствует в первую очередь тот факт, что все те формы выражения мы вновь находим у ребенка: инстинктивный отказ, безвольная покорность, импульсивность волевых проявлений, склонность к однообразному повторению, к игровому изменению движений, а также, в особенности, к неологизмам, которые обычно служат вступлением в речевую деятельность. Следующее основание дает нам тот факт, что язык сновидений с его неологизмами, витиеватостью, речевыми и мыслительными соскальзываниями до мельчайших подробностей соответствует шизофренической речевой спутанности. Простое выключение душевной деятельности более высокого уровня, стало быть, влечет за собой в этой области те же самые последствия, что и разрушительный процесс *dementia praecox*. Эта констатация имеет большое значение, поскольку она указывает нам на возможность того, что и другие, излечимые заболевания при известных условиях могут принимать шизофренические формы проявления.

В определенном, детально пока что неясном отношении к шизофренической форме, кажется, находится рече-галлюцинаторная форма проявления помешательства, возникновение слуховых обманов в форме речи и диалога. Этот симптом, как известно, чаще всего встречается при шизофренических и, по крайней мере, близкородственных им парафренических заболеваниях, однако, в очень схожей форме мы находим его при алкогольном галлюцинозе, при кокаиновом по-

мешательстве и при некоторых сифилитических мозговых недугах, иногда при параличе, затем при бреде преследования тугоухих и заключенных. Вопрос о том, тождественны ли с ним наблюдаемые порой при маниакально-депрессивном помешательстве слуховые обманы, я пока что хотел бы оставить открытым. Естественно, будут считать, что названными заболеваниями вызываются явления раздражения в служащих речи областях мозга, однако, особенная форма и содержание этих обманов все-таки проистекает из сложившихся душевных предпосылок. Сходство слуховых обманов при совершенно различных заболеваниях свидетельствует о влиянии на них всеобщих человеческих опасений и желаний. Их содержание, с одной стороны, — ругающее, подстрекающее, угрожающее, с другой стороны, — утешающее, ободряющее, дарующее счастье, гораздо реже безразличное или бессмысленное; говорят невидимые преследователи, дьявол или небесные силы, ангелы-хранители, тайные возлюбленные, высокие покровители. Как правило, существуют тесные связи с параноидными ходами мыслей.

В большей степени разрушительные болезненные процессы, в первую очередь артериосклероз, сифилис мозга, паралич, энцефалит, естественно, порождают главным образом выпадения душевной деятельности, даже если наряду с этим довольно часто присутствуют явления раздражения, состояния возбуждения, судороги; то, что, сверх того, часто наблюдаются болезненные картины, которые напоминают маниакально-депрессивные или кататонические, можно было бы связать с различного рода распространением болезненных изменений, которое, смотря по обстоятельствам, высвобождает также эмоциональные или шизофренические формы выражения. Повышенная готовность к реакции в том или ином направлении на основе личного предрасположения могла бы играть при этом решающую роль. Наконец, при этих ослабумливающих процессах имеется, однако, еще ряд часто повторяющихся расстройств, в которых проявляется независимая деятельность подчиненных, лишенных своего управления душевных орудий; мы объединяем их как энцефалопатические формы выражения помешательства. Сюда относятся заполнение пробелов памяти заурядными, заимствованными из житейских привычек вымыслами, что мы также встречаем у детей, застревание на некогда возникших мыслях, словах и действиях, логоклония, ритмичная тряска рук, насильственный ритмичный плач и смех, восходящий к самому раннему детству сосательный рефлекс, возможно, также напоминающий об игровых движениях пальцами маленьких детей атетоз. Затем, аналогичным образом можно рассматривать парапраксические и парафазические соскальзывания. Они во многом соответствуют первым попыткам действовать и говорить ребенка, которому еще недостает управления посредством готовой

формулы действия и говорения; это неупорядоченные проявления орудий воли, которые в дальнейшем постепенно оказываются во власти сознательной личности. Они, таким образом, образовали бы эквивалент для некоторых неврологических симптомов, которые мы обычно объясняем прекращением влияния коры головного мозга: для усиления сухожильного рефлекса, для возникновения рефлекса Бабинского, для образования спастических контрактур, для непроизвольного опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Можно соглашаться или нет с этими попытками объяснения в деталях, но мне все-таки представляется несомненным, что часть болезненных проявлений при обширных разрушениях коры головного мозга вызывается не непосредственно этими последними, а обязана своим возникновением ставшей неуправляемой деятельности подчиненных душевных орудий. Эти выражения часто указывают на пройденную еще раньше, чем шизофренические проявления, ступень развития. Таким образом, наблюдаемые здесь болезненные процессы, кажется, более глубоко проникают в слоистую структуру душевных основ, чем шизофренические; и они, в конце концов, все-таки нередко уничтожают самые первоначальные возможности выражения.

В близком родстве с этими сопутствующими явлениями разрушительных процессов находится следующая группа, которая связана с душевными задержками развития, и которую мы поэтому можем обозначить как олигофренические формы выражения. Здесь мы равным образом имеем дело с разрушительными воздействиями, но они поражают еще несформировавшийся мозг и, следовательно, в большей или меньшей степени вызывают задержку развития его зачатков. Здесь поэтому еще более наглядно, чем при предыдущей форме, игра подчиненных устройств обладает возможностью самостоятельно осуществлять свою деятельность и накапливать свою печать на картину болезни. Прежде всего, сохраняются детские черты, которые обычно преодолеваются вмешательством развившейся личности. Здесь можно было бы упомянуть недостаточный контроль за прямой кишкой и мочевым пузырем, неуклюжесть движений, затем лепет, косноязычие, недостаточность речевого развития. Только благодаря работе сознательной воли эти способности мало-помалу приноравливаются к прогрессирующим потребностям и улучшаются. Если это не происходит, сохраняются формы проявления более низкой ступени развития. К этому присоединяется множество импульсивных действий, которые напоминают о древних, животных привычках, но отчасти, особенно благодаря их ритмичному протеканию, указывают на самостоятельную деятельность предварительно сформированных орудий. Сюда относятся, во-первых, грызение ногтей, тербление, щелкание зубами, разрывание, затем подсакивание, прыжки, раскачивание, виляние, щел-

канье, рукоплескание, покачивание головой, биение, вытирание, скрежетание зубами. Примечательно, что некоторые из этих болезненных выражений вновь встречаются нам при других тяжелых слабоумиях, при этом скрежетание зубами — в последних стадиях паралича, ритмичные движения, тербление, щелкание зубами, разрывание — при шизофрении. Также благодаря этому становится ясно, что здесь мы имеем дело не с непосредственными болезненными выражениями, а с высвобождением изначальных побуждений путем разрушения волевых влияний более высокого уровня. Разумеется, само собой возникает подозрение, что как раз так называемые идиотические движения (*Idiotenbewegungen*) у олигофренов часто можно принять за выражение рано начавшейся *dementia praecox*.

В заключение нам нужно еще вкратце упомянуть о группе описанных болезненных выражений, в которых нам навстречу выступает, по-видимому, также вызываемая самыми разнообразными влияниями последовательность определенным образом установленной формы движения — я имею в виду epileptoidные судорожные проявления. Именно при этой “спастической” форме выражения отчетливо обнаруживается, что клиническое проявление в значительной мере не зависит от сущности болезненного процесса. Судорожный припадок может разыгаться совершенно одинаковым образом, будет ли его причиной инфекция, отравление или обширное заболевание головного мозга, имеем ли мы дело с мозговым сифилисом, уремией, тяжелым алкоголизмом, туберозным склерозом, генуинной эпилепсией; конечно, мы не сомневаемся в том, что душевные движения и сознательная симуляция равным образом вызывают ту же самую картину. Только распространение причинного повреждения обладает существенным влиянием на образование судорог. Но, кроме того, мы знаем мягкие формы, в которых то судорожные проявления, то сопутствующая потеря сознания могут быть ослаблены или упразднены, наконец, импульсивные действия и сумеречные состояния, которые объединяются с судорогами или замещают их. Эти последние, несмотря на некоторые различия, все-таки имеют общее сходство с вызываемыми душевными движениями истерическими формами выражения, в то время как присущие *epilepsia procursiva* и *rotatoria* импульсивные действия могут напоминать кататонические расстройства. Наибольшее разнообразие болезненных выражений обнаруживается, прежде всего, при генуинной эпилепсии. Здесь будут вынуждены предположить, что это изменение форм проявления зависит от того, глубже или менее глубоко отдельный болезненный припадок вторгается в механизм душевной структуры. Расстройства настроения и возбуждения, преходящая потеря сознания и сумеречные состояния держатся в рамках тех расстройств, которые равным образом могут порождаться душевными воздействия-

ми, в то время как судорожные проявления берут свой исток в областях, которые только в виде исключения, при аффект-эпилепсии и при привычной эпилепсии пьюниц, являются открытыми такого рода влиянием. Между обеими формами располагаются импульсивные действия, даже если они, вероятно, никоим образом не принадлежат той же линии развития. При прочих формах эпилепсии судорожные проявления обычно преобладают, однако, мы обнаруживаем — при dementia praecox, порой также при параличе — их связь с шизофреническими и эмоциональными расстройствами. Заслуживает внимания частота судорожных проявлений в детском возрасте; здесь, кажется, компетентные устройства более открыты и восприимчивы по отношению к самым разнообразным раздражениям, чем после созревания служащих более высоким проявлениям воли областей мозга.

Приведенные здесь рассуждения имеют долгую историю. Они опираются на развитие Гисленом (Guislan) представление, что различные этапы течения душевных расстройств связаны с постепенным распространением болезненных процессов на все новые части мозга. Шюле тоже развивал сходные мысли, проводя различие между “психоневрозами” и “церебросихозами”; в первом случае недуг должен был оставаться в сфере функциональных расстройств, во втором — распространяться на органическое. Затем Вернике рассматривал локализацию и распространение болезненных процессов, в сопоставлении с причинными влияниями, как безусловно решающее для оформления клинических картин. Во всяком случае, воззрение, что формы проявления помешательства в очень значительной степени определяются содействием задатков, возникших филогенетически или в персональном наследовании, пригодно для того, чтобы открыть нам понимание сбивающего с толку факта, что, с одной стороны, одни и те же расстройства повторяются при совершенно различных заболеваниях, а с другой стороны, клинические картины одного и того же недуга могут быть подвержены многократному изменению. Мы вправе сопоставить болезненные проявления с различными регистрами органа, которые приводятся в действие в зависимости от силы или распространения болезненных изменений и придают выражениям недуга особенную окраску, совершенно независимо от того, какие воздействия вызвали их игру. Возникшие таким образом расстройства, следовательно, могут быть не характерными для определенного процесса, самое большее в той степени, что этот процесс, как показывает опыт, обычно предпочитает тот или иной регистр или вовсе ограничивается им. Если мы, несмотря на все трудности, фактически очень часто можем распознать характер болезненного процесса по формам проявления, то этот опыт свидетельствует только о том, что, в общем и целом, один и тот же недуг одним и тем же спосо-

бом и в одном и том же объеме вовлекает в беду одни и те же области.

Если мы еще раз взглянем назад, то окажется, что нам удалось выделить примерно три главные группы форм выражения, регистров, помешательства. Первая образуется делирантной, параноидной, эмоциональной, истерической и инстинктивной формой, последняя — энцефалопатической, олигофренической и спастической формой, в то время как посередине располагается шизофреническая, возможно, также рече-галлюцинаторная форма. Если наши воззрения верны, то можно было бы ожидать, что менее глубокие расстройства первой группы хотя и объединяются, в общем и целом, между собой и, самое большее, еще с таковыми второй, однако, не с расстройствами третьей группы, в то время как формы проявления двух последних групп часто или регулярно равным образом сопровождаются таковыми первой. Наконец, при второй группе мы вправе иногда ожидать примесей как из первой, так и из третьей группы. Фактически при заболеваниях, которые вращаются в формах выражения, названных первыми, мы обычно не наблюдаем симптомов глубоких мозговых недугов, в то время как, напротив, недуги, принадлежащие третьей группе, часто сопровождаются расстройствами первого рода, и шизофрения в этом отношении занимает центральное положение, с ее делирантными, параноидными, эмоциональными, истерическими и инстинктивными проявлениями, с одной стороны, и с ее судорожными припадками, ее ритмическими движениями и ее речевой спутанностью, с другой. Но, само собой разумеется, болезненные процессы равным образом могут захватывать исключительно третью сферу расстройств, не вовлекая более высокие приобретения (Leistungen) в беду иначе, нежели посредством выпадений.

Точка зрения, согласно которой значительная часть болезненных выражений проистекает из самостоятельной игры предварительно сформированных устройств нашей телесной и душевной личности, кажется мне особенно плодотворной для понимания эпилептических и истерических расстройств. Бесконечно прикладывали усилия, чтобы обе, по их сущности в корне различные, болезни отделить друг от друга на основании клинических проявлений. Они привели к уродливому понятию болезни — истеро-эпилепсии — и должны были потерпеть неудачу, поскольку ключевые и общепризнанные отличительные признаки для кажущегося наиболее важным симптома, припадков, невозможно было обнаружить. Если предположить, что род припадков сам по себе не дает нам никакого достоверного разъяснения сущности недуга, а только характеризует сферу нашего нервного механизма, в которой разыгрываются расстройства, то становится понятно, что при обеих болезнях одновременно могут возникать эпилептические и истерические проявления. Решение о сущности данного

болезненного процесса, следовательно, должно приниматься на основании других признаков, в данном случае, предварительно, лучше всего, исходя из душевной картины в целом; само собой разумеется, можно также еще принять во внимание другие отправные точки, в особенности, причины, иногда, быть может, характер обмена веществ и некоторые другие отклонения, лежащие на поверхности основополагающих болезненных процессов. То, что, благодаря такого рода рассмотрению, равным образом освобождается путь для разграничения таких эпилептических и истерических расстройств, которые возникают как сопутствующие явления совсем других болезней, достаточно, вероятно, только обозначить.

Быть может, в дальнейшем, двигаясь подобным путем, удастся уменьшить трудности, которые все еще противятся надежному различению маниакально-депрессивного помешательства и dementia praecox. Имеющий опыт не будет отрицать, что с неутешительной частотой встречаются случаи, в которых, несмотря на самое тщательное наблюдение, невозможно придти к достоверному заключению. Опыт, что число ошибочных диагнозов не удается решающим образом сократить, парализующее действует на клинический трудовой энтузиазм и является, пожалуй, одной из основных причин распространяющегося мнения о том, что продолжение наших прежних усилий бесполезно. Даже если я полагаю, что эти сетования справедливы только отчасти и что путем углубления исследования и улучшения наших до сих пор весьма недостаточных вспомогательных средств можно достичь еще многих успехов, то все-таки все более отчетливо выступающая невозможность удовлетворительно провести разграничение обеих обсуждавшихся болезней должна вызвать подозрение, что наша постановка вопроса ошибочна: Тем не менее, как я полагаю, мы обязательно должны будем придерживаться принципиального отличия болезненных процессов. Огромная масса, с одной стороны, безвозвратно ослабумливающих, тяжелых корковых разрушений и, с другой стороны, вновь и вновь восстанавливающих структуру своей личности больных говорит слишком красноречиво для того, чтобы здесь мы могли бы допустить действительные переходы, тем более что также чрезвычайно часто удается предсказать это течение, исходя из болезненных проявлений.

В противовес этому подлежит серьезному рассмотрению вопрос, насколько симптомы, на которых мы обычно основываем наше заключение, действительно позволяют нам создать представление о сущности данного болезненного процесса. С тем, что это, в общем и целом, соответствует действительности, должны будут согласиться. Но, очевидно, имеется все-таки довольно обширная область, в которой те симптомы обнаруживают свою несостоятельность: или оттого, что они выражены не ярко, или оттого,

что они оказываются недостоверными. Этот опыт стал бы вполне понятным, если мы допускаем, что эмоциональные и шизофренические формы выражения помешательства, как таковые, представляют собой не выражение определенных болезненных процессов, а лишь указывают на сферы нашей личности, в которых они разыгрываются. Их основное значение состояло бы в таком случае только в том, что, как правило, шизофренические заболевания захватывают другие части нашего внутреннего механизма, нежели маниакально-депрессивное помешательство. Но если истерия может порой вторгаться в эпилептические формы выражения, и истерические расстройства у эпилептиков случаются отнюдь не редко, то было бы возможно, что эти заболевания тоже выходят за рамки подобающих им обычно болезненных проявлений.

То, что при несомненно шизофренических заболеваниях мимолетно, а порой в течение значительного времени могут возникать маниакальные и меланхолические картины, которые мы просто не в состоянии отличить от циркулярных форм, является повседневным опытом. Во всяком случае, отчетливые шизофренические симптомы в течение маниакально-депрессивного помешательства развиваются гораздо реже. Мы найдем это понятным, если подумаем о том, что разрушительный болезненный процесс, помимо всего прочего, может также оказывать тормозящие и возбуждающие воздействия всякого рода, в то время как полностью сглаживающееся расстройство будет только в виде исключения когда-нибудь вмешиваться в душевный механизм более глубоко. При этом нужно еще принять во внимание, что типическое значение шизофренических расстройств, даже если мы закроем глаза на возможность смешения со схожими, но иного рода проявлениями, очень различно. От автоматической подчиняемости через манерность и импульсивность ряд ведет к стереотипии и негативизму, по которым все отчетливее может распознаваться шизофреническая сущность недуга. Ни один из симптомов и даже их объединение не позволяют нам с безусловной достоверностью вынести заключение о характере лежащего в основе болезненного процесса. Самое убедительное доказательство этого предоставляет нам паралич. Но также при многих других формах помешательства, особенно при инфекционных и травматических заболеваниях, равно как и при энцефалитах, мы встречаем порой единичные или скудные болезненные проявления, которые мы совершенно не в состоянии отличить от обусловленных шизофренией. Несомненно, быстро приводящие к смертельному исходу, своеобразные психозы периода инволюции прямо-таки озаменованы смешением тревожно-меланхолических и кататонических расстройств. Кроме того, недавно я еще видел случай тетании после удаления зуба со смертельным исходом, при котором последовательно развились болезнен-

ные картины совершенно маниакального и кататонического вида.

Таким образом, нам следует свыкнуться с мыслью, что используемые нами до сих пор симптомы недостаточны для того, чтобы при любых обстоятельствах обеспечить нам надежное отграничение маниакально-депрессивного помешательства от шизофрении, что, более того, в этой области случаются пересечения, которые зиждутся на происхождении болезненных проявлений из сложившихся предпосылок. Вопрос, имеют ли при этом решающее значение только общие устройства человеческой личности и, вместе с тем, распространение болезненных изменений, или наследственность, которая делает определенные области более открытыми и восприимчивыми по отношению к болезненным раздражениям, следует оставить нерешенным. Если это понимание правильно, то в трудных случаях мы пошли бы другими путями, чтобы достичь ясности. Если мы остановимся на обсужденном выше примере эпилепсии и истерии, то в качестве таковых в первую очередь открываются наблюдение течения и исхода, равно как и оценка целостной личности заболевшего, а затем причинные связи, которые в данном случае пока что могут быть, в основном, сведены к изучению наследственных отношений. То, что все эти пути являются торными и могут продолжать вести нас, не вызывает сомнений. Какие трудности при этом нужно преодолеть и где расположены границы прогресса, здесь не подлежит обсуждению. При только что названных недугах существовала, в конце концов, обоснованная перспектива, что изучение их соматических основ в жизни и после смерти могло бы предоставить нам дополнительные разъяснения; оправданна ли эта надежда также по отношению к маниакально-депрессивному по-

мешательству и *dementia praecox*, должно показать будущее.

Картина истории возникновения болезненных проявлений, которую мы здесь набросали, безусловно, в высшей степени сырая и несовершенная. Филогенетическая структура человеческой личности осуществлялась в неимоверно медленном развитии, в бесчисленных мелких, едва заметных успехах; вероятно, также случался регресс; окольные пути прокладывались и вновь оставлялись. Конечный результат этого необозримого развития содержит, естественно, отпечатки и пережитки самых разных периодов филогенеза, быть может, подавляющее большинство однажды сформированных и затем изживших себя устройств исчезло без следа. Поэтому если сегодня мы попытаемся установить связь выражений помешательства с отдельными ступенями развития личности, нам будет недоставать для этого почти всех предпосылок. Если этим попыткам суждено выйти за пределы робких поисков наощупь, то необходимо будет всесторонне проследить проявления нашей внутренней жизни вплоть до их истоков в душе ребенка, первобытного человека, животного, затем исследовать, в какой мере в болезненных состояниях получили новую жизнь давно забытые побуждения из доисторического времени личного и филогенетического развития. Перспективы, которые открывает такой способ рассмотрения, кажутся мне, вопреки скудости нашего нынешнего знания, воодушевляющими; они могли бы внести свой вклад в нашу столь неимоверно сложную основную задачу — клиническое понимание болезненных форм.

*Перевод П. Ю. Завитаева*

## Дискуссионные заметки о современной психиатрии (методологический аспект)

А. Е. Бобров<sup>1</sup>

Изменения в отечественной психиатрии за последние десятилетия оказали влияние, как на клиническую практику, так и на научные исследования. В практическом отношении следует отметить принятие МКБ-10, распространение психотерапии и психосоциальной реабилитации, изменения медикаментозного и других биологических методов лечения, расширение параклинической диагностики, а также изменения в понимании природы и клиники целого ряда психических расстройств. В теоретическом отношении за эти годы утвердился эклектичный био-психо-социальный подход и произошел отказ от традиционного учения о нозологии. Методология доказательной медицины показала не только свои преимущества, но и ограничения. Фактически исчезли надежды на скорое создание патогенетических методов терапии психических заболеваний. Коллизии с медико-правовым статусом психиатрического диагноза не исчезли и продолжают негативно сказываться на развитии важнейших направлений психиатрии.

Все сказанное связано с исторически обусловленными изменениями предмета и метода психиатрии. Ее дальнейшее развитие требует методологического анализа и обращения к категориальной системе, которая могла бы интегрировать биологическое, психологическое и социальное понимание природы психических расстройств с единых методологических позиций. Такая система вытекает из завоевавшей в последнее десятилетие признание когнитивной парадигмы, связанной с информатизацией и индивидуализацией психиатрической помощи.

**Ключевые слова:** достижения российской психиатрии, новые теоретические основы, этапы развития российской психиатрии, био-психо-социальный подход, нозология, доказательная медицинская, когнитивная парадигма.

Психиатрия эволюционирует высокими темпами, несмотря на кажущееся снижение интереса к ней на фоне технологических прорывов в других областях медицины [1]. Однако происходящие изменения далеко не всегда заметны в клинической практике. Это обусловлено тем, что рутинные стереотипы лечебно-диагностической работы остаются почти неизменными на протяжении многих лет. Не наблюдается “сенсационных” сообщений о новых методах лечения и профилактики психических расстройств, отсутствует внедрение “высокотехнологичных” подходов, прогрессивный опыт организации психиатрической службы нивелируется кадровыми перестановками и организационными “слияниями”.

Кроме того, серьезные отрицательные явления в организации науки и образования фиксируют иллюзорную неизменность положения дел, а внедрение научных достижений нередко сводится к бюрократическому документообороту и спорам вокруг преимуществ тех или иных антипсихотиков, либо той

или иной системы статистического учета психиатрических диагнозов.

И все же. Каковы итоги и тенденции развития современной психиатрии? Что нам дали последние десятилетия, чем может гордиться последнее поколение “советских” психиатров и какие возможности оказались нереализованными?

Если говорить о практической стороне дела, то за последние 25 – 30 лет в отечественной психиатрии произошел целый ряд существенных изменений. Они заключались, прежде всего, в принятии и распространении новой классификации психических расстройств — МКБ-10. Указанная классификация тесно связана с семейством клинических классификаций DSM-III, -IV, -5, которые также стали использоваться отечественными врачами в научной работе. При этом, несмотря на серьезные организационные и методологические затруднения, отечественным специалистам удалось интегрировать новые классификационные подходы в клиническую практику и даже принять участие в их усовершенствовании на международном уровне фактически без помощи со стороны административных структур [2, 3].

Вторым по значимости достижением отечественной психиатрии явилось распространение пси-

---

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ “ФМИЦПН им. В. П. Сербского” Минздрава России.

хосоциальных подходов к лечению психических расстройств. Здесь необходимо указать на расширяющееся применение методов психотерапии, прогресс в лечебно-реабилитационной деятельности, а также возникновение сопряженных с этим бригадных методов работы врачей, психологов и социальных работников [4].

Третьим элементом развития отечественной психиатрии стали существенные изменения в принципах медикаментозного лечения психических расстройств и внедрение нелекарственных методов лечения. Появление и применение антидепрессантов нового поколения, атипичных антипсихотиков, расширяющееся использование нормотимиков, антиалкогольных, новых противотревожных и прокогнитивных препаратов — явное тому подтверждение [5, 6]. Сюда же следует отнести новые методики электросудорожной терапии, транскраниальную магнитную стимуляцию, электростимуляцию блуждающего нерва и другие методы биологической терапии.

Четвертое достижение последних десятилетий — это расширяющееся применение нейровизуализационной диагностики, включая МРТ и ЭЭГ-картирование, а также других инструментальных средств объективированной диагностики, включая психологическое и нейропсихологическое тестирование [7, 8].

К этому перечню можно добавить существенные изменения в понимании природы и клиники целого ряда тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения и биполярное аффективное расстройство, а также расширение представлений о пограничных психических расстройствах, совершенствование их классификации и методов лечения.

Вместе с тем, многие врачи и пациенты остаются неудовлетворенными прогрессом, который отмечается в сфере психического здоровья. Наиболее острым, по всей видимости, является отставание в сфере профилактической психиатрии, в психосоматике и подготовке кадров. Такие очевидные организационные промахи как закрытие профилактического направления в психиатрии, ликвидация психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, бюрократизация профессионального образования, а также перекосы в политике лекарственного обеспечения не являются случайными. Помимо отсутствия внятной управленческой политики и экономических затруднений, диктующих приоритет сиюминутных организационных мер в ущерб продуманным стратегиям комплексного решения проблем психического здоровья, за всем этим скрывается целый ряд нерешенных методологических проблем.

Что же дали постперестроечные годы в теоретическом отношении?

Во-первых, в отечественной психиатрии утвердился био-психо-социальный подход, который пришел на смену бесконечным спорам “психогенетиков” и “шизофренологов”. Этот подход подразумевает

многоуровневое и многостороннее рассмотрение природы психических расстройств и, что особенно важно, уравнивает в правах биологические и психосоциальные методы терапии. Вместе с тем био-психо-социальный подход не представляет собой единой методологической концепции или парадигмы с устоявшейся системой категорий и принципами построения каузальных связей. В связи с этим его, скорее всего, можно пока рассматривать как своего рода “перспективу” [9, 10].

Во-вторых, введение МКБ-10 привело к обострению споров о типологии и нозографии психических расстройств, сопровождающемуся стремлением “воскресить” МКБ-9 ввиду ее большей “понятности” и “простоты”. При этом как-то незаметно главный вопрос отечественной психиатрии о нозологической определенности шизофрении “сам собой” решил в пользу отказа от учения о нозологии как “единстве клиники, течения и патогенеза” и замене нозологических представлений о психических болезнях категорией “психические расстройства”.

В-третьих, на основе новых классификаций психических расстройств оказалось возможным более широкое применение методологии доказательной медицины. Сегодня эта методология признается чуть ли не единственным научно обоснованным способом подтверждения результатов медико-биологических исследований. Однако со временем накапливается все больше данных, указывающих на ее существенные ограничения, что подталкивает исследователей к поиску иных методических и методологических подходов [11].

В-четвертых, фактически сошли на нет надежды раскрытия “биологических основ психических заболеваний”, а также разработки “патогенетических” методов их лечения. Отчасти это произошло из-за нехватки средств на фундаментальные исследования, но еще в большей степени — из-за методологического тупика, в котором оказалось клинико-биологическое понимание патологии [12, 13]. Одним из ответов на это явился проект RDoC [14]. Он основан на принципе многомерного соотношения и интервального шкалирования базисных нейробиологических и поведенческих параметров вне жесткой зависимости от клинической квалификации состояния пациента. Несмотря на стремление участников этого проекта, коренным образом изменить отношение психиатров к нозологии, не стоит переоценивать его методологическую ценность. На сегодняшний день главное назначение указанного проекта сводится к решению практических задач по ускорению трансляционных работ [15].

В-пятых, принятие закона о психиатрической помощи существенно изменило не только юридические основания для ее оказания, но и усилило взаимосвязь представлений о психических расстройствах с правом. В известном смысле это — неоднозначный шаг,

поскольку наложение правовых рамок на понятие “психическое расстройство” и наделение психиатров исключительным правом постановки соответствующего диагноза усиливает стигматизацию психиатрии, разделяя представителей *Homo sapiens* на “разумных” и “неразумных”. Данная проблема становится особенно явной в сфере психосоматики, психотерапии и психопрофилактики, развитие которых вследствие этого существенно замедляется. И выхода из данной методологической коллизии пока не видно [16].

Таким образом, развитие психиатрии в последние десятилетия происходило на фоне оставшихся неразрешенными проблем теоретического характера, что серьезно затрудняет ее прогресс. Вместе с тем, было бы неверным полагать, что решение этих проблем сразу же создаст условия для преодоления имеющихся недостатков в практическом здравоохранении. Тем не менее, открытое обсуждение теоретических вопросов позволяет выявлять просчеты и субъективизм в сфере практической деятельности, а также способствует повышению общей профессиональной культуры специалистов и просвещению потенциальных “пользователей” психиатрической помощи. Еще более важным видится прояснение приоритетов будущего развития.

С учетом вышесказанного хотелось бы подчеркнуть, что развитие любой науки определяется углублением познания ее предмета, которое достигается за счет совершенствования используемых в ней методов. Именно поэтому психопатология, как наука о психических расстройствах, на современном этапе нуждается в принципиально новом осмыслении.

Говоря о современной психопатологии, важно заметить, что поскольку психиатрия развивается как отрасль медицины, то и понимание ее предмета в большой степени зависит от доминирующих общемедицинских концепций.

Анализ развития нашей дисциплины показывает, что она прошла несколько этапов. Возникновение психиатрии как медицинской специальности на рубеже XVIII — XIX веков было тесно связано с формированием общественного здравоохранения и распространением принципов медицинской этики на ряд форм “отклоняющегося” поведения [17]. Перед медициной того времени в качестве первоочередной стояла задача сохранения жизни больному и предупреждение тяжелых осложнений наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Преимущественно это достигалось за счет карантина, выхаживания и неспецифической терапии. Соответственно и в психиатрии, которая только что вышла из-под прямого контроля пенитенциарной системы, в то время первостепенное значение приобретали профилактические — карантинные мероприятия, направленные на предупреждение общественно опасных действий душевнобольных. Этому в немалой степени

способствовала концентрация в психиатрических больницах пациентов с психомоторным возбуждением и прогрессирующим параличом.

Вместе с тем, медицинская этика подталкивала клиницистов к применению методов симптоматического лечения, оптимизации лечебного режима, а также мероприятиям, направленным на улучшение методов диагностики и ведения больных. Во взаимосвязи с этим происходило интенсивное укрепление научных оснований психиатрии как медицинской специальности, что выражалось в утверждении биологического понимания природы психических расстройств, их классификации и выделении различных этиологических факторов [18].

Создание Э. Крепелином нозологической классификации психических заболеваний окончательно утвердило психиатрию в качестве самостоятельной медицинской дисциплины, а развитие учения о процессуальности шизофрении и психопатологических регистрах позволило заложить основы медико-биологического подхода к пониманию природы психопатологических феноменов [19].

В итоге перенос общемедицинских воззрений на расстройства психики привел к формированию медико-биологической парадигмы в психиатрии, согласно которой психические расстройства возникают как проявление наследственной предрасположенности или как результат прямого поражения центральной нервной системы. Их субстратом являются клетки и ткани мозга, а динамика имеет “процессуальный” (автономный) характер. С этой точки зрения клиническая симптоматика — есть внешнее выражение внутренних биологических изменений. Психические заболевания несводимы к психологическим реакциям. Это нозологические формы, лечение которых состоит в коррекции биологических механизмов патогенеза.

В начале и середине XX века на фоне индустриализации на первое место в медицине вышли задачи восстановления трудоспособности и предупреждения инвалидности. Соответственно, и в психиатрии решающее значение стало придаваться течению и исходам заболевания, и, в особенности, — социальному прогнозу. На этой основе начал осуществляться поиск методов “патогенетической” терапии и психопрофилактики, а также стала применяться психосоциальная реабилитация. В теоретическом плане в этот период, с одной стороны, прослеживалась линия к дальнейшему сближению психиатрии с общей медициной на базе медико-биологической парадигмы. С другой же стороны, сформировался и расширился социально-психологический подход к психическим расстройствам [20].

Этому способствовало открытие неосознаваемых психических процессов, возникновение психодинамических концепций и разработка методов психологического лечения, что отвечало общественному за-



просу на улучшение социально-психологического прогноза психических расстройств и индивидуализации лечения, особенно в группах населения, относящихся к среднему классу. В результате в рамках клинических направлений, работавших в ключе психотерапии, определяющее значение стало уделяться личности больного и его отношениям с окружающей социальной средой. Это привело к персонализации пациента и расширению представлений о роли социальной среды в генезе психических аномалий. Возникшая на указанной основе вторая — социально-психологическая парадигма психиатрии — исходила из того, что психические расстройства не существуют вне базисных структур общества (племя, семья, группа, общественные институты). Их субстратом служит ткань межличностных связей, а динамика определяется отношениями личности. Клиническая симптоматика является, прежде всего, способом коммуникации. Болезни — это социальные роли, коррекция которых сводится к изменению усвоенных стереотипов реагирования и жизненных сценариев.

Обратной стороной указанной модели явилось стирание границ между нормой и патологией, поразившее, с одной стороны, психиатрическую “экспансию”, а, с другой стороны, антипсихиатрическое течение, как форму протеста на расширительное толкование психических отклонений.

Возникновение двух противоположных подходов к пониманию природы и терапии психических расстройств обусловило массу противоречий между представителями различных школ [21]. Наибольшую остроту они приобрели в связи с проблемой шизофрении. Последователи медико-биологической парадигмы связывали это заболевание исключительно с биологическими и наследственными факторами. Сторонники же социально-психологической парадигмы указывали на большую роль детско-родительских отношений и воспитания в генезе специфических аномалий поведения и нарушений мышления. В нашей стране эти споры вылились в дискуссии о “расширении” границ шизофрении и интерпретации случаев вялотекущей шизофрении. При этом обе стороны в качестве доводов широко применяли этические и этико-идеологические постулаты.

На третьем, современном, этапе развития медицины, ведущее место постепенно начинают занимать задачи сохранения и повышения качества жизни больных, что соответствует ценностям постиндустриального общества. В сфере охраны психического здоровья этот этап характеризуется тенденцией к усилению профилактики и дестигматизации психических расстройств. Наряду с этим происходит формирование концепции психологического роста, в рамках которой психическое расстройство понимается как одна из ступеней прогрессивного развития личности, преодолевающей психологический кризис и биологические ограничения, связанные с нарушениями в деятельности мозга.

В ходе этого процесса отмечается постепенное сглаживание конфликта между парадигмами, который сменяется “объединяющим” био-психо-социальным подходом [22]. Параллельно получает распространение представление о коморбидности и мультиморбидности болезненных состояний. Био-психо-социальное направление узаконивает понятие о том, что патологический характер психических расстройств определяется степенью нарушений социальной активности и трудоспособности индивидуума. Социальный критерий, как психопатологический признак вначале вводится в отношении расстройств личности (критерии психопатий Ганнушкина — Кербикова), а затем и в отношении других состояний. Например, при диагностике гипомании следует выявлять “значительные нарушения работоспособности или социальной деятельности”, а для квалификации легкого депрессивного эпизода важно установить, что больной “затрудняется выполнять обычную работу и быть социально активным” (МКБ-10). Не случайно, в рамках нового направления делается особый акцент на социальную терапию, которая даже приобретает особый статус, отличающий ее от фармако- и психотерапии [23, 24].

Важнейшим моментом для утверждения био-психо-социального подхода явилось доказательство того, что клинически неразличимые психопатологические состояния зачастую имеют неодинаковое патогенетическое происхождение, а их внешнее сходство обусловлено наличием “общих конечных путей”. При этом нозологическая специфика указанных психопатологических состояний возникает не из их физиологической природы [25]. Она определяется “согласием экспертов”, которое достигается взаимодействием профессиональных сообществ (психиатров, психологов и др.) с пользователями медицинских услуг (пациентами, их родственниками, клиентами, страховыми компаниями, правоохранительной системой и др.) [26, 27]. Причем в значительной степени такое взаимодействие разворачивается на этическом поле, что хорошо иллюстрирует история возникновения и содержательной трансформации понятия “неврастения” [28].

Социальный консенсус, в свою очередь, обеспечивает описание на клиническом уровне тех стереотипов аномального поведения, которые оказываются наиболее существенными в социальном, ценностном и прогностическом отношении [29]. При таком понимании психопатологические симптомы и синдромы являются лишь клиническим “фрагментом” дезадаптивных стилей или образов жизни, возникающих на основе неадекватно организованных функциональных психофизиологических и социально-экологических систем. Но первоначально они выявляются именно в этическом “срезе”.

При видимой очевидности био-психо-социального подхода его “объединяющая” роль в понимании

природы психических расстройств остается весьма спорной. Иллюзия такого объединения поддерживается только клинической практикой, которая с постоянством подтверждает синергизм психологических, биологических и социальных факторов заболевания. Внутренняя же теоретическая противоречивость этого, по существу эклектичного подхода, от простого объединения терминов не исчезает. Дело в том, что био-психо-социальный подход не может объяснить, каким образом взаимодействуют патогенетические механизмы разных уровней [30]. Для решения этой задачи необходимо привлечь принципиально иную категориальную систему, которая могла бы органично интегрировать и биологическое, и психологическое, и социальное понимание природы психических расстройств. Такая система с очевидностью следует из завоевавшего в последнее десятилетие широкое признание когнитивного направления.

Фактически когнитивный подход рассматривает человека и его психику в качестве специфической информационной системы. Это понимание позволяет подойти к биологическим процессам в мозге как своего рода материальным “носителям”, которые обеспечивают хранение информации и протекание информационных процессов. Причем их организация, в сравнении с искусственными информационными системами, в существенно большей степени зависит от результатов взаимодействия с окружающей средой. При этом универсальным принципом построения как психологических, так и биологических компонентов указанной системы является обратная связь, которая обеспечивает согласование биологических и психологических процессов на основе адаптационной самоорганизации. Согласно этой точке зрения аномалии поведения рассматриваются не просто как результат нарушений в деятельности мозга, а как “экстракорпоральный” компонент функциональных систем, вовлеченных в патологические и саногенетические процессы. Понимание психических расстройств как продолжения и попытки компенсации организмических дисбалансов, указывает направление поиска их взаимосвязей с биологическими сдвигами и в то же время объясняет неоднозначность отмеченных взаимосвязей.

С позиций когнитивного подхода сложности в интерпретации био-психо-социальных соотношений объясняются несоответствием понятийного аппарата, используемого для характеристики процессов, протекающих на разных уровнях. В этом смысле различия между медико-биологическим и социально-психологическим подходами являются следствием несхожести описательных категориальных систем, которое, в свою очередь, имеет глубокие философские и мировоззренческие корни.

С учетом сказанного встает проблема обновления теоретического аппарата психиатрии, которое выходит за пределы традиционной интерпретации патофи-

зиологических и психопатологических явлений [13]. Но это уже задача будущих этапов трансформации предмета нашей науки. И, если предположить, что со временем медицина превратится в инструмент эволюционного преобразования человека, то психиатрия, по всей видимости, трансформируется в сферу оптимизации когнитивных способностей. Определяющую роль при этом может сыграть расширяющее использование информационных технологий.

Какие же выводы на основании сказанного можно сделать?

Важнейшим из них является необходимость внедрения информационных технологий в практику психиатрии [31]. Причем, это касается не только разработки электронных историй болезни, использования защищенных баз данных и совершенствования телекоммуникационных возможностей [32]. Принципиально важным представляется создание когнитивных диагностических моделей и переформулирование существующих клиничко-психопатологических понятий в более универсальных — когнитивных категориях. Разработка подобных моделей позволит лучше выявлять и оценивать когнитивные эффекты, которые оказывают различные методы терапии и профилактики психических расстройств, а также целенаправленно их совершенствовать. Еще более захватывающей, если не фантастической, представляется реализация с помощью информационных систем методов когнитивно-поведенческого тренинга и “информационного протезирования” ряда психологических функций, а также совершенствование методов информационной поддержки решений и улучшения самоконтроля.

Распространение информационных технологий неминуемо приведет к глубокой трансформации всей методологии психиатрии. Клиничко-психопатологический метод, основанный на феноменологическом описании, который многие психиатры рассматривают как один из основных методов психиатрии [33], будет постепенно замещаться иными методологиями. На примере вхождения в клинический обиход МКБ-10 можно видеть, как присущее феноменологическому подходу непосредственно-интуитивное описание и эмпатически сформированная оценка психопатологического состояния больного по ведущему синдрому заменяются квалификацией, основанной на операциональных критериях. В основу такой квалификации положены однозначная определенность диагностических критериев, возможность их верификации и измеряемости. Указанные характеристики критериального метода позволяют существенно повысить надежность клинических оценок, дополнить их параметрами выраженности и усложнить за счет мультиаксиального представления. Этим в решающей степени и объясняется то, что именно критериальная диагностика составляет основу современных классификаций психических расстройств, а также методологии доказательной медицины.

Вместе с тем известно, что сложные системы, к которым относится и психика, обычно не поддаются операциональному описанию, в силу недостаточной определенности их структуры и ключевых параметров [34]. В связи с этим многие психиатры выражают неудовлетворенность операциональной диагностикой [35]. Поэтому весьма вероятно, что в скором времени для систематизации знаний в психиатрии придется разрабатывать новые информационные технологии, учитывающие интерпретативный подход.

Исторически интерпретативный подход восходит к герменевтической трактовке текстов и высказываний, многосторонней оценке их содержания и соотношения с различными смысловыми и категориальными системами. Классическим примером в этом отношении является психодинамическое направление, ориентированное на выявление “глубинных” побуждений, переживаний и защит личности. Однако тенденция к качественной интерпретации психологических и психофизиологических феноменов, исходя из структурно-системного понимания психики, присуща и другим психиатрическим направлениям. Пример реализации такого подхода — концепция ранних когнитивных схем.

Суть интерпретативного подхода можно свести к стремлению описать, понять и концептуально объяснить значение различных психопатологических феноменов, исходя из представлений об их системной организации, динамических взаимосвязях и иерархической структуре. Инструментами указанного понимания являются активное психологическое взаимодействие, анализ, интерпретация, а зачастую и “переработка” субъективного опыта пациента.

В русле интерпретативного подхода клинические феномены рассматриваются не сами по себе, а как отражение интрапсихических или даже психофизиологических процессов, таких как побуждения, переживания, стили и формы коммуникации, либо структурно-динамические изменения между системами внутренних репрезентаций объектов мира. Важнейшей особенностью данного подхода является дифференциация психопатологических и социальных критериев “нормальности” и “патологии”. Патология, согласно указанной точке зрения, — это всего лишь специфическое социальное преломление естественных психологических и биологических процессов.

Ограничения интерпретативного метода связываются, как правило, с его “произвольностью” и “спекулятивностью”. Действительно, в отрыве от многообразия клинических данных, касающихся динамики и исходов состояния больного, этот метод легко вырождается в безосновательное фантазирование и построение неверифицируемых гипотез. Тем не менее, каузальная интерпретация и построение прогноза является важнейшим компонентом клинического мышления. Ключевая проблема здесь — соотношение по-

строенных концепций с реальностью, что достигается установлением соответствующих “реперных точек” [36]. В качестве таких точек, может использоваться, вероятность совершения пациентом определенных действий (в частности, противоправных поступков). Другим примером является динамика психологического профиля по тестовым реакциям.

Вторым условием оптимизации интерпретативного метода является придание ему системно-функциональной направленности. Это означает, что за психопатологической симптоматикой всегда стоят нарушения в некоторых функциональных системах, связанных, например, с регуляцией побуждений, как при паническом расстройстве, или переформатированием травмирующего эмоционального опыта, как при посттравматическом стрессовом расстройстве. Выделение таких систем, нарушения в которых обычно имеет комплексный и сочетанный характер, по всей видимости, и будет создавать предпосылки для индивидуализации диагноза и терапии.

В заключение, хотелось бы отметить, что, несмотря на непростое положение современной отечественной психиатрии, в ней накапливается значительный методологический потенциал. Приближающиеся теоретические сдвиги могут привести к глубокому преобразованию психиатрической науки и практики. Несмотря на некую умозрительность вышеизложенных мыслей, их обсуждение представляется крайне необходимым, поскольку и практические врачи, и организаторы здравоохранения, и научные работники нуждаются в общих методологических ориентирах. И уже сегодня представляются неоспоримыми некоторые из этих ориентиров, а именно — информатизация и индивидуализация психиатрической помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Katschnig H.* Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // *World Psychiatry*. — 2010. — Т. 9. — №1. — С. 21 – 28.
2. *Абрамов В. А.* МКБ-10 — Методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 1999. — Т. 5. — № 1. — С. 3 – 12.
3. *Точилев В. А.* МКБ-10 в России — конец классической психиатрии? // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2010. — № 4. — С. 64 – 68.
4. *Гурович И. Я.* Направления совершенствования психиатрической помощи // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2014. — Т. 24. — № 1. — С. 5 – 9.
5. *Мосолов С. Н.* Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практики): монография. Москва. 2012. — 1080 с.
6. *Мосолов С. Н., Цуккарзи Э. Э., Алфимов П. В.* Алгоритмы биологической терапии шизофрении // *Современная терапия психических расстройств*. — 2014. — № 1. — С. 27 – 36.
7. *Изнак А. Ф., Изнак Е. В., Калын Я. Б., Сафарова Т. П., Шешенин В. С., Гаврилова С. И.* Сравнительная динамика электроэнцефалографии у пожилых больных с депрессией в процессе монотерапии и комбинированной терапии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2016. — № 1. — С. 47 – 50.

8. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: Издательство “БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ”. — 2011. — 320 с.
9. Molina J. Understanding the biopsychosocial model // *Int J Psychiatry Med.* — 1983 – 1984. — Vol. 13. — N1. — P. 29 – 36.
10. Novack D. Psychosocial aspects of illness // *South Med J.* — 1981. — Vol. 74. — N11. — P. 1376 – 1381.
11. McGorry P. Новый уровень диагностики: валидность через практичность // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N3. — P. 205 – 207.
12. Maj M. Психические расстройства как “болезни мозга” и наследие Ясперса // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N1. — P. 1 – 2.
13. Frisch S. Are Mental Disorders Brain Diseases, and What Does This Mean? A Clinical-Neuropsychological Perspective // *Psychopathology.* — 2016. — Vol. 49. — N3. — P. 135 – 142.
14. Cuthbert B., Insel N. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC // *BMC Medicine.* — 2013. — Vol. 11. — P. 126.
15. Cuthbert B. N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD / DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology // *World Psychiatry.* — 2014. — Vol. 13. — P. 28 – 35.
16. Frances A. Прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N2. — P. 105 – 106.
17. Фуко М. О концепции “социально опасного субъекта” в судебной психиатрии XIX столетия // *Философия и социальная мысль.* — 1991. — № 7. — С. 84 – 110.
18. Каннабих Ю. В. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. — 560 с.
19. Ghaemi S. Серьезный взгляд на болезнь в контексте DSM // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N3. — P. 202 – 204.
20. Бобров А. Е. Куда ведет когнитивный подход в психопатологии / Н. Г. Незнанов (Ред.), XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция: тезисы. Казань. 2015. — С. 503 – 504.
21. Parnas J. Ядерный Гештальт шизофрении // *World Psychiatry.* — 2012. — Vol. 11. — N1. — P. 67 – 69.
22. Bolton D. Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значение для исследовательской и образовательной деятельности // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N1. — P. 21 – 22.
23. Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O’Hagan M., Panther G., ... Whitley R. Восстановление пациентов: от заблуждений к пониманию. Внедрение реабилитационно-ориентированных подходов в систему оказания психиатрической помощи // *World Psychiatry.* — 2014. — Vol. 13. — N1. — P. 12 – 20.
24. Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2010. — № 3. — С. 73 – 75.
25. Goodman A. Organic unity theory: the mind-body problem revisited // *Am J Psychiatry.* — 1991. — Vol. 148. — N5. — P. 553 – 563.
26. Журнов В. Д. Проблема предмета медицины. — М.: “Медицина”. — 1978. — 239 с.
27. Goldberg D. Predictions for psychiatry // *J Royal Soc Med.* — 2000. — Vol. 93. — P. 649 – 651.
28. Sicherman B. The uses of a diagnosis: doctors, patients, and neurasthenia // *J Hist Med Allied Sci.* — 1977. — Vol. 32. — N1. — P. 33 – 54.
29. Maj M. Социальная нейронаука в качестве идеальной основы для психиатрии // *World Psychiatry.* — 2014. — Vol. 13. — N2. — P. 105 – 106.
30. Briine M., Belsky J., Fabrega H., Feierman J., Gilbert P., Glantz K., ... Wilson D. Кризис психиатрии — идеи и перспективы эволюционной теории // *World Psychiatry.* — 2012. — Vol. 11. — N1. — P. 59 – 61.
31. Grady B. Перспективы и ограничения использования телепсихиатрии для оказания психиатрической помощи взрослому населению в сельской местности // *World Psychiatry.* — 2012. — Vol. 11. — N3. — P. 198 – 200.
32. Andersson G., Titov N. Преимущества и ограничения терапии распространенных психических расстройств с использованием Интернет-технологий // *World Psychiatry.* — 2014. — Vol. 13. — N1. — P. 4 – 11.
33. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. (А. Г. Гофман, Ред.) М., Логос, 2013. — 448 с.
34. Parnas J. Случай Брейвика и “conditio psychiatrica” // *World Psychiatry.* — 2013. — Vol. 12. — N1. — P. 19 – 20.
35. Давтян Е. Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации // *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* — 2012. — № 4. — С. 3 – 6.
36. Thornicroft G., Slade M. Новые тенденции в оценке исходов влияния на психическое здоровье // *World Psychiatry.* — 2014. — Vol. 13. — N2. — P. 118 – 124.

# Можно ли исчерпать психопатологию?<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Задача настоящего выступления — показать, что даже заведомо очевидные ответы на вопросы, спровоцированные бедственным положением вещей, и эмоциональные, исторически не раз повторявшиеся высказывания о конце нозологии, психопатологии, феноменологии, науки, искусства, веры и доверия не только не бесполезны, но могут вернуть ощущение почвы под ногами или, по крайней мере, увидеть перспективу в будущем.

Знаменитая статья Ненси Андреасен (Nancy C. Andreasen) “DSM и смерть феноменологии” (2007) [1] многими была воспринята поверхностно и даже буквально, без понимания глубокого сожаления одного из лидеров оппонирующей стороны. Конечно, это касается только очередных версий DSM и МКБ, и отражает их **опрошение** в силу омассовления и глобализации.

Ведь, что такое феноменология в психиатрии? Это учение о феноменологически фундированных, т.е. очевидных и достоверных клинических данных, прошедших процедуру феноменологического метода, обеспечивающего непредвзятое описание, — важнейшее начальное условие любого исследования, предопределяющее его выводы. Феноменологическое движение в психиатрии, объединяемое феноменологическим методом, а также феноменологическим умонастроением и характером коммуникации с больным, представляет реакцию на неизбежные издержки ускоряющейся технизации и формализации общественной жизни, обеднение и сокращение общественного начала, социальности как таковой в веберовском смысле<sup>2</sup>. Теперь, в наш век упадка, в русле своего рода десакрализации жизни и здоровья, психиатрам предложено иметь дело не с больными, а с потребителями психиатрических услуг, а самим быть их поставщиками.

Стандартизированные опросники и анкетные исследования с выбором ответа из ограниченного числа вариантов заменили клиническую беседу, почти повсеместный упадок клинико-психопатологиче-

ских описаний, замена их в научных статьях гистограммами, таблицами, схемами по большим выборкам и экспресс-методикам лишает возможности удостовериться в качестве этих описаний, открывает дорогу всевозможным некорректным и недобросовестным исследованиям, не говоря уже о падении уровня коммуникации врача с больным, который не учитывается, хотя влияет на все прочее.

Количественный подход и критерий надежности, разработанные для однослойных наук, подавили качественный подход, совершенно необходимый для наук неоднослойных, а значит — адекватность осмысления существа исследуемого предмета психиатрии и — в результате — состоятельность самого фундамента исследовательской задачи.

**Категориальный и димензиональный подходы должны быть неразрывно связаны, и упадок категориального неизбежно девальвирует димензиональный подход.** Между тем, резкая альтернатива аналитического и целостного, количественного и качественного, димензионального и категориального подходов — наследие позитивистской и неопозитивистской эпох — сохраняется. Но не в силу каких-то профессиональных доводов “за”, давно устаревших и опровергнутых, а перед лицом неизбежно требующейся коренной перестройки множества налаженных стереотипов.

Индивидуализация — как важнейшая характеристика уровня врача требует герменевтического подхода, а не механического использования стандартных протоколов, не говоря уже о принципиальном различии их ценностных ориентаций. Примитивизируется само мышление врача, техника, воспроизводящая азы профессионального подхода, начинает навязывать профессионалам свой фельдшерский уровень, аргументируя удобством, быстротой, единообразием, дешевизной за счет развития предмета, за счет будущего.

Наконец, такой подход игнорирует **постоянно происходящие изменения** психопатологических картин и их динамики под воздействием современной часто разнородной и избыточной психофармакотерапии, профпатологии и экологической обстановки, а также изменения понимания многих психопатологических понятий и установок. Из этого следует необходимость постоянных перепроверок даже самых устоявшихся представлений.

Меняется само понимание того, каким должно быть описание, что оно должно охватывать, и даже что это такое. **Развитие типов и видов описания** шло не линейно, а мультилинейно, многими разными переплетающимися путями.

<sup>1</sup> Расширенный текст выступления на Всероссийской конференции памяти проф. А. О. Бухановского в Ростове-на-Дону 23.09.16,

<sup>2</sup> Социальным, согласно Веберу, является только осмысленное и активное действие, ориентированное на ожидания других людей. Действие человека в толпе не является социальным. Он не является субъектом действия, ответственным за него. Авторитарные режимы уничтожают ростки самоорганизации, самоуправления, самостоятельности. Макс Вебер и его антипсихологическая понимающая социология оказали значительное влияние на Ясперса.

Первоначальное описание психического статуса носило **по-элементный атомарно-молекулярный характер** — было описанием отдельных патологических симптомов и симптомокомплексов. Но такое выстраивание целого из частей рухнуло со сменой парадигмы “линии Вундта” на “линию Brentano”, ухода от механистических представлений и осознания необходимости целостного подхода, что было экспериментально установлено Карлом Штумпфом и Христианом фон Эренфельсом в 1890 году и их многочисленными последователями. Для психиатров стало ясным, что **описание психического статуса больного следует начинать с квалификации состояния в целом, не с симптомов, а с синдромов**, что — собственно — идет вслед за естественными процессами в природе, для которых характерна последовательность, начинающая с аморфного целого, в котором постепенно происходит процесс дифференциации, усложнения структурности [2, 3].

Параллельно сформировалось эпохальное **нозологическое описание** Крепелина взаимосвязанных комплексов из этиологии — клинических проявлений — течения — исхода и патогистоморфологической секции (1896, 1899).

Но спустя 20 лет, в 1920 г. Крепелин пишет, что нозологическое направление “исчерпало себя и более нас не удовлетворяет”, что необходимо искать “новые цели и пути клинической работы, которые открыли бы нам более богатые перспективы”, и формулирует концепцию трех регистров, которая является обобщённым синдромологическим подходом, как “единств среднего порядка”, “преформированных форм реагирования”. Это “готовности”, “одинаково звучащие” при разных воздействиях, наподобие специфических реакций органов чувств Иоганна Мюллера. Здесь знаменательно, что уже у Крепелина, первоначально ученика Вундта, сумевшего, благодаря трепетному отношению к клиническим данным, пойти значительно дальше, мы встречаем в работе 1920 года многочисленные выражения такого рода: “особая окраска клинических форм”, “шизофреническая окраска”, “одинаковая окраска тюремных психозов”, “особенная окраска”, “эротическая окраска” и т.д. Иные авторы до сих пор подсмеиваются над этим, тогда как это переход от узко аналитического симптоматологического подхода к принципиально другому классу целостных синдромологических характеристик. Таким образом, **произошло объединение позиций Крепелина с синдромальной концепцией Гохе**, подтвержденное последним в 1925 году, а прежде самого резкого критика (1906, 1912), но с взаимным смягчением позиций: уже не в антитезу, а в дополнение с нозологическим описанием — прекрасный пример адогматичности: **нозологический принцип не является тотальным, и не является догмой** [4].

Фактически одновременно с этим парадигматическую роль сыграло введение Ясперсом в психиатрию

**феноменологического описания** (1913, 1919, 1923), как специальной техники непредвзятого, даже беспредпосылочного описания субъективных переживаний психически больных, возвращающего им статус объективных данных [5] посредством описания не в индуктивных терминах, т.е. симптомах, а в наглядных физиогномических определениях, оставляя без ярлыка то, что не уместается в них. Это дало возможность внести структурность в то, что до сих пор расплывчато квалифицируется как “смешанные состояния”, внести утонченно дифференцированные синдромальные описания во множество новых клинически значимых феноменологических измерениях самоощущения и самосознания пациентов. Например:

- темпоральное, т.е. преобладание проспективной или ретроспективной временной перспективы;
- преимущественная обращенность к внешнему или внутреннему миру и домированию внешних воздействий или внутренних импульсов;
- ощущение себя субъектом поступков или объектом воздействий; и т.д.

С другой стороны, первичное представление о синдроме как поперечном срезе психического расстройства, в сочетании с **описанием продольного (лонгитюдинального) среза**, выдвинуло задачу найти уже в поперечном срезе определенные тенденции развития синдрома в ту или другую сторону. Такое описание синдромов с их внутрисиндромальной динамикой приобрело динамизм, оправдывающий его наименование синдрома, — совместного бега феноменов потока сознания.

Таким образом, сама практика работы с клиническим материалом выковывала понятия, направлявшие дальнейшее развитие. Так, описание синдромогенеза и синдромокинеза на первых порах обогнало представление о нарративе в лингвистике, которое вскоре превратилось в целое исследовательское направление, противопоставлявшее себя описанию непосредственно данного. **Нарратив представляет сосредоточение внимания на изменении состояния. Это рассказ, повествование об этом.** И здесь нарратология своими наработками представляет интерес для психиатра, так как подробно анализирует многие общезначимые характеристики, например, функцию нарратора, т.е. рассказчика, голоса за кадром. В нашем случае нарратором является психиатр, описывающий пациента. Психиатр выступает посредником между пациентом и собственным описанием. При нарратологическом подходе обсуждаются способы включения в рассказ ремарок и комментариев нарратора, дополняющих вербальные характеристики. Например, ответы на вопрос: “Понимаете, где Вы?” — “в преисподней”, “у себя дома”, “на корабле” и т.п., сопровождаются ремаркой: “ответы фиксированного к кровати”.

Текст является нарративным в зависимости не от количества статических или динамических элемен-

тов, а итоговой фиксации — произошло изменение или нет. Это подлежит интерпретации, т.к. читатель может “сосредоточиться на различиях в сходном, обнаруживая тем самым изменение, но при сосредоточении на общем в различиях, он воспримет их как различие оттенков одного и того же явления”, т.е. статично (Вольф Шмид, 2008) [6]. Нарративность может носить имплицитный характер, а ремарки посредника могут обнаруживать его предвзятость, что также очень информативно.

Наконец, это смыкается с разнообразными типами **контекстуального описания**, причем с разными контекстами и разным пониманием контекстов.

**Описание изначально определяется также задачей исследования**, отбором значимых характеристик. Это хорошо видно на известном примере так наз. “коровы Узидома”. Задача — корова ли это? отсекает множество характеристик, которые позволили бы на том же материале поставить следующую задачу: здорова ли корова? или: моя ли эта корова? и т.д. Отсюда видна **телеологичность постановки задач и проблем**, существенно меняющая описание.

Формулировка парадигмы Куном как “характера постановки проблем и их решения” пропускает “характер описания” или неправомерным образом включает его в “характер решения проблем”, тогда как “описание” — самостоятельное звено, представляющее полное и точное отображение материала исследования, его констатирующую часть, с которой потом работают, решая проблему. Это одно из требований феноменологического метода.

Многообразие существующих видов описания должно обогащать и увлекать, а не отталкивать нас, даже когда они сами описаны усложненно и маловразумительно. Стоит всегда вспоминать, что Ясперс назвал монографию Кандинского почти целиком феноменологической, а клинические описания Крепелина “лучшими описаниями последнего времени”. Наконец, что ему самому на вопрос, что такое феноменология, Гуссерль ответил: то, что вы делаете.

Со временем меняется не только описание, меняется представление о том, какими словами, каким языком осуществлять описание. Здесь важно помнить знаменитую работу Виктора Клемперера “Язык Третьего Рейха” (1947, 1998), показавшую как быстро многие обычные слова приобрели совсем другой смысл в новой реальности. В психиатрической практике это, казалось бы, очевидное обстоятельство далеко не всегда учитывается. Не фиксируются ни интонации, ни лексический и ситуационный контексты, ни индивидуальные коннотации, ни скрытое биографически значимое цитирование и т.д. В указанной ситуации **необходимы лексико-семантические словари, как обиходного языка, так и профессиональных терминов. Важно иметь в виду все смысловое гнездо, а не отдельные элементы**, с указанием разноречий различных авторов и школ, тогда как прин-

цип построения традиционного словаря годится только для словника, необходимого в качестве поискови-ка в приложении.

При ближайшем знакомстве с литературой по общей психопатологии обнаруживается поразительная разноречивость в отношении даже самых расхожих понятий, таких как бред, и даже таких элементарных беспредметных как сенестопатии, истинные из которых относятся к бредовому регистру<sup>3</sup> и являются клинически важными инициальными признаками психоза, хотя немало авторов определяют сенестопатии настолько широко, что девальвируют сам этот термин.

Посмотрим, как определяет сенестопатии наиболее полный терминологический словарь В. А. Жмурова 2010 г. После, казалось бы, исчерпывающей дефиниции сенестопатий из 8 характеристик, следует перечень их “клинических вариантов”, и здесь мы видим “сборную солянку”, девальвирующую термин, делающую любой спор относительно такой квалификации бессмысленным. На равных под именем сенестопатий преподносятся совершенно разнородные состояния: элементарные алгии, психосенсорные расстройства, бредовые и галлюцинаторные расстройства, что противоречит собственному определению сенестопатии, в котором из 8 признаков только половину можно признать obligatными. Автор, явно нацеленный на максимальную полноту и тщательность описания, пошел в силу этого по экстенсивному пути сверхобобщения. Он не сделал попытки иерархизировать приводимые разграничительные характеристики, разве что сделал это очень спорным образом, не опираясь на приоритеты, общепринятые при номинации психопатологических проявлений.

Для дачи определений следует использовать тонко разработанную формальную модель “фигура — фон”, из которой ясно, что наряду с признаками самой “фигуры”, необходим самостоятельный класс признаков взаимоотношения фигуры с фоном. Фундаментальным является синдромальный контекст (напр., астенический или бредовый), прежде всего, контекст состояния сознания (истинной галлюцинацией является только возникающая при ясном сознании). Дополнительное значение имеют характерологический контекст, культуральный и ситуационный. Например, “причудливость”, гротескность приобретают высокую значимость лишь у тех, кто не был склонен к художественной метафоричности.

Бредовые ощущения в контексте ипохондрического бреда не связаны жестко с наличием или отсутствием “органической основы”, которую многие авторы ставят на первое место, хотя в сфере интеро- и проприоцепции невозможно быть уверенным в отсутствии патологической болезненной основы. Ут-

<sup>3</sup> Сенестопатическая шизофрения G. Huber.

вердившееся в психиатрической практике понимание термина “сенестопатии как телесной галлюцинации” связано как раз с описаниями в контексте ипохондрического синдрома. Вне бредового контекста, в том числе депрессивно-бредового и психотического депрессивно-тревожного говорить о сенестопатиях крайне проблематично. Слишком велико разнообразие всевозможных локальных, корешковых, отраженных и прочих болей и витальных или протопатических ощущений, деперсонализационных явлений, функциональных галлюцинаций (т.е. появляющихся только совместно с какими-либо физиологическими отправлениями) и т.д., именовать которые сенестопатиями нет никаких оснований. Включение некоторыми авторами в число сенестопатий тактильных и телесных галлюцинаций типа парастезий, зуда, всего, что ощущается на поверхности тела, сомнительно, включая ощущения ползания насекомых под кожей. В отличие от сенестопатий телесные галлюцинации не всегда носят мучительный характер (ощущения типа щекотки или сексуального использования на расстоянии).

Сенестопатиями в узком и точном смысле слова следует называть бредовые, псевдогаллюцинаторные и галлюцинаторные ощущения в области интero- и проприоцепции, при отсутствии каких-либо нарушений, обнаруживаемых современными методами исследования. Это значит, сверхстойкие, тягостные, причудливые, гротескные, трудно вербализуемые ощущения у людей, не склонных к художественной метафоричности. Грандиозное разнообразие “темных” ощущений, не достигших уровня содержательной предметности восприятия, намного превосходит возможности их вербализации.

Итак, невозможно исчерпать то, что постоянно меняется, где меняются все составляющие и все целое, в

которое они включены: меняются сами проблемы и характер их постановки, характер описания, язык описания, приемы анализа, приемы интерпретации и выводы, включая требования макро- и микросоциальной среды, которые тоже нуждаются в диагнозе. Решение любой проблемы можно метафорически уподобить складыванию кубика Рубика, т.е. как чередование долгих многократных поисков с внезапным успехом, но вскоре обнаруживаемой одной досадной ошибкой, с искушением ею пренебречь, тогда как следует начинать все с самого начала.

**Самонадеянность заявлений об исчерпанности клиничко-психопатологических описаний связана с поразительной наивностью, рассчитывающей удовлетвориться инструментарием, формализовавшим эти описания, что исключает использование феноменологического метода, тогда как сам предмет психиатрии требует на каждом шагу высокого уровня мыслительной культуры, достигаемой специальной феноменологической выучкой в клинике. Важно, что это открытая система.**

**Выход из сложившейся критической ситуации возможен только на пути конкуренции исследовательских программ.**

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Andreasen Nancy C.* DSM and the Death of Phenomenology: What can be learned for DSM-V // DGPPN Congress, Berlin, 2007.
2. *Тиганов А. С.* Руководство по психиатрии, т. 1 — М., 1999.
3. *Савенко Ю. С.* Введение в психиатрию — М., 2013.
4. *Кронфельд А.* Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии (1940) // Становление синдромологии и концепции шизофрении — М., 2006, с. 37 – 221.
5. *Ясперс К.* Феноменологическое направление исследования психопатологии // Собрание сочинений по психопатологии, т. 2 — М., 1996, с. 91 – 111.
6. *Шмид Вольф.* Нарратология — М., 2008.



# Хронобиологическая характеристика структуры обострений и терапии депрессий в условиях северного региона

Т. Л. Кот<sup>1</sup>

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов “Ханты-Мансийского клинического психоневрологического диспансера” с депрессией эндогенной этиологии (первая подгруппа) и с депрессией, вызванной экзогенными факторами (вторая подгруппа). При анализе использовались данные метеорологических наблюдений, определяющие характерную для региона продолжительность сезонов года. Наблюдаются достоверные различия в сезонности частоты обострений в обеих подгруппах. Приступы депрессии неодинаковы по тяжести в различные времена года в обеих подгруппах. При лечении пациентов из первой подгруппы чаще использовались трициклические антидепрессанты преимущественно в зимний период, во второй подгруппе чаще назначались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, сезонность, фотопериод, тяжесть депрессии, антидепрессанты.

**Введение.** Роль депрессии как нозологии или синдрома в современной медицине переоценить крайне трудно. Ситуация с распространённостью депрессии близка к эпидемии: на сегодняшний день депрессивные расстройства различного генеза и уровня зафиксированы у 4–5 % населения в мире, а повторные эпизоды и рецидивы происходят в 60 % случаев [4, 5]. Для депрессии характерно нарушение сна и суточных колебаний настроения: 90 % больных предъявляют жалобы на расстройство сна, 20 % больных с нарушениями сна страдают аффективными расстройствами [1, 6]. Одной из наиболее часто обсуждаемых патогенетических теорий аффективных расстройств является идея десинхроноза, выдвинутая еще в 1978 году исследовательской группой под руководством Kripke D. F. Первоначальная сущность теории заключалась в том, что сезонно зависимое течение депрессии может быть связано с ранними эволюционно-биологическими формами выражения сезонно связанных ритмов поведения, которые объясняются фотопериодическими механизмами [3].

**Цель исследования.** В условиях северного региона, с характерным паттерном сезонов года и измененным фотопериодом, представляется актуальным изучить динамику обострений депрессий.

**Методы исследования.** В работе использованы данные ретроспективного анализа медицинской документации 181 пациента, проходившего обследование и лечение в КУ ХМКПНД г. Ханты-Мансийска в период 2001–2013 гг., из них 58 человек — с депрессией эндогенной этиологии (первая подгруппа, диагнозы F31.3-F31.3, F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) и 123 человека с депрессией, обусловленной экзогенными факторами (вторая подгруппа, диагнозы F41.2, F43.1, F43.2). Глубина поиска 12 лет. Статистическая обра-

ботка производилась с помощью программы IBM SPSS Statistics, версия 21, методом таблиц сопряженности с использованием критерия МакНемара.

При анализе сезонности обострений использовались результаты многолетних метеонаблюдений, в которых выделена характерная для ХМАО-Югры продолжительность сезонов, отличающаяся от других регионов. Осень: с 05 сентября по 11 октября (36 дней); зима: с 12 октября по 27 апреля (203 дня); весна: с 28 апреля по 09 июня (42 дня); лето: с 10 июня по 04 сентября (87 дней).

## Результаты исследования и их обсуждение

Анализ сезонной структуры заболеваемости показал, что наибольшее количество госпитализаций больных в общей выборке в рамках общепринятой сезонности приходится на осенний (57 случаев или 31,5 %) и на летний периоды (52 случая или 28,7 %), на зиму и весну приходится 37 случаев (20,4 %) и 35 случаев госпитализации (19,3 %) соответственно, что отличается от данных аналогичных исследований других авторов (рис. 1, 2).

Так, Г. Г. Симуткин в своих работах показал преобладание зимнего и весеннего компонентов сезонности обострений эндогенной депрессии [2]. При анализе аналогичных показателей с учетом фактической сезонности: максимальное число госпитализаций приходится на зиму (82 случая или 45,3 %), 54 случая (29,9 %) — на летний период, 21 случай (11,6 %) — на весну и 24 (13,2 %) — на осень. С разделением на подгруппы изменяется и структура сезонности. В первой подгруппе при использовании общепринятой схемы сезонов года пик обострений — осень (22 случая или 37,9 %), на лето приходится 15 случаев (25,8 %), на зиму — 14 случаев (24,1 %), на весну — лишь 7 случаев (12,2 %). При изменении сезонности на фактическую максимальное количество обострений наблюда-

<sup>1</sup> БУ ВО ХМАО-Югры Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск

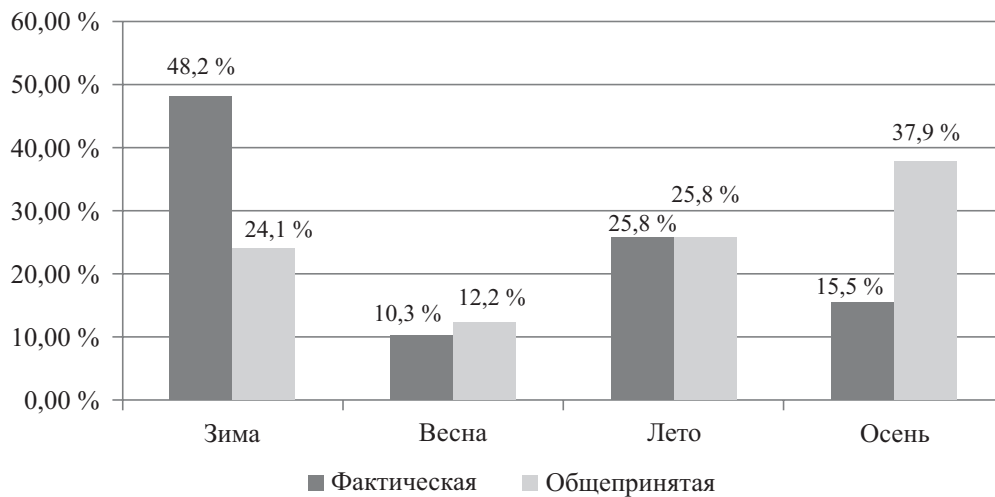


Рис. 1. Сезонность обострений в первой подгруппе

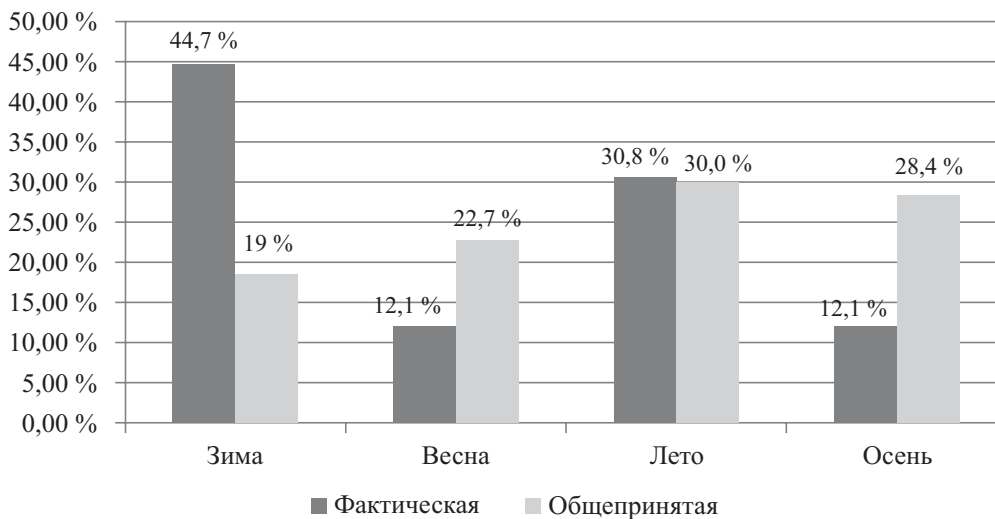


Рис. 2. Сезонность обострений во второй подгруппе

ется зимой — 28 случаев или 48,2 % ( $p = 0,003$ ), количество госпитализаций летом — 15 или 25,8 % ( $p = 0,031$ ), количество госпитализаций в осеннее и весеннее времена года — 9 (15,5 %) и 6 (10,3 %). Различия в фактической и общепринятой сезонности обострений депрессии в первой подгруппе достоверно значимы лишь в осенний и зимний периоды ( $p = 0,003$ ). Во второй подгруппе при классической схеме сезонности наибольшее число поступлений зарегистрировано летом (37 случаев или 30,0 %) и осенью (35 случаев или 28,4 %), 28 случаев (22,7 %) и 23 случая (18,6 %) — весной и зимой. В рамках фактической сезонности пик обострений также приходится на зимний период — 55 случаев или 44,7 % ( $p = 0,003$ ), несколько меньшее число — на лето, 38 случаев или 30,8 % ( $p = 0,003$ ), по 15 случаев (12,1 %) зарегистрировано осенью и весной. Различия в фактической и

общепринятой сезонности обострений во второй подгруппе достоверно значимы в весенний, осенний и зимний периоды ( $p = 0,003$ ).

Анализ половой детерминированности сезонных обострений депрессии выявил в первой подгруппе несколько большую частоту зимних — 54,2 % ( $p = 0,004$ ) против 43,4 % ( $p = 0,016$ ) и летних (28,5 % против 21,7 %) обострений у женщин, чем у мужчин и несколько меньшую частоту весенних — 5,7 % против 17,3 % ( $p = 0,031$ ), и осенних (11,6 % против 17,6 %) обострений. Во второй подгруппе частота обострений в весенний период у женщин выше и составляет 15,8 % ( $p = 0,031$ ) против 6,5 % ( $p = 0,003$ ), а в осенний период ниже — 10,6 % ( $p = 0,031$ ) против 19,1 %, чем у мужчин.

Исследование влияния сезонности на степень тяжести депрессивного эпизода показало, что среди

больных в первой подгруппе 10 из 14 или 71,4 % ( $p = 0,008$ ) обострений депрессии тяжелой степени были зафиксированы зимой, а при депрессии средней степени — 16 из 41 (39 %) зимой и 14 из 41 (34,1 %) — летом. При анализе заболеваемости пациентов второй подгруппы оказалось, что 11 из 25 (44 %) эпизодов случаев тяжелой депрессии были диагностированы зимой и 8 из 25 (32 %) — летом. 44 случая из 87 или 50,5 % ( $p = 0,003$ ) средней степени пришлось на зиму, 23 случая из 87 или 26,4 % ( $p = 0,003$ ) — на лето. Распределение эпизодов легкой депрессии в обеих подгруппах не выявило значимых закономерностей.

При лечении депрессий в первой подгруппе в 42,3 % ( $p = 0,003$ ) случаев назначались трициклические антидепрессанты, в 22,0 % ( $p = 0,016$ ) случаев — представители группы селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина, в 16,9 % случаев терапия антидепрессантами дополнялась назначением нейролептиков (флюанксол, эглонил). Следует отметить, что в 20 из 25 назначений трициклических антидепрессантов происходило в зимний и летний периоды (11 назначений зимой и 9 — летом), при назначении селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина 8 случаев из 13 — в летний период. Во второй подгруппе в 40,2 % случаев назначались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина ( $p = 0,031$ ), в 32,9 % случаев — трициклические антидепрессанты ( $p = 0,003$ ), в 19,5 % случаев — селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина ( $p = 0,003$ ). В 70,3 % случаев назначение трициклических антидепрессантов происходило зимой, а 75,7 % случаев назначения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина — зимой и летом (42,4 % и 33,3 % соответственно). Комбинация “антидепрессант + нейролептик” назначалась в 6 % случаев.

### Выводы

Общепринятая сезонная детерминированность обострений депрессий достоверно отличается от фактической: в первой подгруппе различия значимы чаще в периоды осени и зимы, во второй подгруппе — в периоды весны, осени и зимы. Структура сезонной заболеваемости эндогенной депрессией в ХМАО с преобладанием зимне-летнего компонента имеет отличия от таковой в Томске, где преобладают весенний и зимний периоды года. Женщины из первой подгруп-

пы достоверно чаще, чем мужчины, переносят обострение в зимний сезон года. Фактор сезонности во второй подгруппе оказывает значимо большее влияние на женщин, чем на мужчин во все сезоны года.

В первой подгруппе депрессии тяжелой степени возникают достоверно чаще в период зимы по схеме фактической сезонности, а обострения депрессий умеренной тяжести во второй подгруппе — значимо чаще зимой и летом по схеме фактической сезонности.

При лечении депрессии в первой подгруппе использовались достоверно чаще антидепрессанты из группы трициклических, во второй подгруппе — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и в меньшей степени — трициклические антидепрессанты. Основная часть назначений трициклических антидепрессантов при лечении депрессии во второй подгруппе достоверно чаще приходится на зимний сезон года.

Таким образом, основываясь на полученных данных и учитывая обусловленные климато-географическими факторами особенности фотопериода северных регионов, можно предположить, что в сложном патогенетическом механизме развития и динамики обострений депрессии в данных условиях оказывает свое влияние свойственный населению региона десинхронизм биологических ритмов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов С. Н. Сравнительные полисомнографические характеристики больных биполярными фазно протекающими психозами с частыми (“быстрые циклы”) и редкими обострениями / Социальная и клиническая психиатрия. — Москва, 1992. — С. 20 – 29.
2. Симуткин Г. Г. Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы) / Сборник материалов международной научно-практической конференции. Томск: изд-во Томского университета, 2003. — С. 280 – 286.
3. Kripke D. F., Mullaney D. J., Atkinson M., Wolf S. Circadian rhythm disorders in manic-depressives / Biol. Psychiat. — 1978. — V. 13. — P. 335 – 351.
4. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. — 895 с.
5. Семке В. Я., Смуглевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Аффективные расстройства. Региональный аспект / Психические расстройства в общемедицинской практике. — 2010. — № 1. — С. 4 – 3.
6. Левин Я. И. Фармакотерапия инсомний: роль имована / Я. И. Левин, Т. С. Елигулашвили, С. И. Посохов, Г. В. Ковров, М. Ю. Башмаков // Расстройства сна. СПб: Мед.информ, 1995. — 391 с.

## Сенесто-ипохондрический синдром? А какова нозология?

Разбор ведет проф. В. В. Калинин,  
врач-докладчик М. Е. Соловьева<sup>1</sup> (24.04.2016)

Пациентка: Татьяна, 43 г.

**Анамнез** (со слов больной, её сестры и брата).

Известно, что отец пациентки злоупотреблял алкоголем, умер в возрасте 65 лет от сердечно-сосудистой патологии. Больная родилась в полной семье от нормально протекавшей беременности, роды в срок. Отец по профессии был летчиком, в алкогольном опьянении становился грубым, агрессивным, драчливым, мог ударить мать пациентки. Мать по характеру мягкая, добрая, терпеливая, окончила техническое училище, в дальнейшем работала телефонисткой в институте приборостроения. Пациентка имеет сестру — разнояйцового близнеца, сестра с 15 лет страдает эпилепсией, наблюдалась у психиатра. Брат пациентки старше её на 11 лет, здоров. По характеру брат и сестра обязательные, добросовестные (сведения со слов больной).

Проживает одна в отдельной квартире.

Ранее развитие без особенностей, ходить и говорить начала своевременно. В школу пошла с 6 лет, с программой справлялась успешно, по характеру формировалась общительной, деятельной, стеничной, в коллективе была лидером, всегда защищала сестру, которую часто дразнили (сведения со слов больной). С детства была ответственной, скрупулёзной, упорной в достижении своих целей, любила “всё доводить до конца”. Со слов сестры, всегда была упертой, упрямой и любила доминировать. Под руководством брата вместе с сестрой занималась бегом, плаванием, гимнастикой, в дальнейшем увлекалась планерным спортом, с удовольствием занималась легкой атлетикой, имеет второй спортивный разряд (сведения со слов пациентки). С людьми сходилась быстро и легко, однако близких друзей всегда было немного. Менструации с 14 лет, регулярные, предменструальный синдром не беспокоил.

“Симпатизировала” мальчикам, но в школе отношений с противоположным полом не имела, “была сконцентрирована на спорте и учебе, было не до этого”. Любимыми предметами были литература, математика и физкультура. Нелюбимыми — физика и хи-

мия. В период обучения в старших классах школы у больной возникло недовольство своей внешностью: следила за питанием, активно ухаживала за кожей лица. Стеснялась своей внешности, особенно высыпаний на лице. Школу окончила успешно с оценками 4 – 5. Поступила в Государственную академию управления. Учиться нравилось, справлялась программой успешно. В период обучения в ВУЗе в дневное время работала совместно с братом в сфере торговли. В будние дни была полностью занята работой и учебой, в выходные часто с подругами посещала клубы, там развлекалась, танцевала, цели познакомиться с мужчинами не преследовала (сведения со слов больной).

В период обучения в ВУЗе недовольство своей внешностью усилилось, решила “усовершенствовать картинку”: питалась по режиму, соблюдала различные диеты, периодически совсем не принимала пищу, практически переставала пить воду. Испытывала наслаждение от своих действий, на этом фоне настроение было приподнято, начала себе нравиться, при росте 162 см весила 37 кг.

В дальнейшем успешно окончила вечернее отделение экономического факультета и после окончания академии продолжила заниматься бизнесом совместно с братом. Много работала, часто летала по делам бизнеса в Китай. С нагрузкой справлялась, испытывала удовольствие от занятий бизнесом. В то же время, продолжала скрупулёзно следить за своей внешностью: соблюдала различные диеты, проходила косметические процедуры.

В возрасте 25 лет, ныряя в пруд, перенесла перелом 2 – 3 шейного позвонков. Подверглась оперативному вмешательству. По поводу перенесённой травмы и последующей операции не переживала, за свою жизнь не испугалась. В период нахождения в стационаре “переключила внимание” с высыпаний на лице, и “они потеряли для нее свою актуальность”.

После восстановительного периода продолжила работать, развивала бизнес, проводила переговоры с клиентами. Встречалась с мужчинами. Подробности личной жизни при этом пациентка не раскрывает.

В возрасте 34 лет (2007 год) в Китае познакомилась с соотечественником, который с помощью

<sup>1</sup> Интерн кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН.

“трансowych методик” и иглоукальвания избавил её от высыпаний на лице, снова начавших беспокоить пациентку. Поддерживает отношения с указанным специалистом по настоящее время. Со слов брата, в последние 3 – 4 месяца данный специалист посещает пациентку 4 – 5 раз в неделю, брат считает его шарлатаном и аферистом, который выманивает у сестры деньги.

В возрасте 40 лет (2013 г.) больная вновь стала проявлять усиленное внимание к состоянию кожных покровов на лице (тревожили высыпания в виде акне) и функциям ЖКТ (нарушениям пищеварения и запорам). Жаловалась родственникам на постоянно повышенную температуру, при термометрии регистрировались значения около 37,5 °С. В этот период активно посещала врачей-дерматологов, принимала рекомендованную ими терапию, проходила различные косметические процедуры с незначительным и нестойким эффектом (сведения со слов больной). Со слов брата, высыпания на коже пациентки были незаметны, никто из знакомых и близких, кроме самой больной, проблем с кожей не замечал. Также брат указывал, что в этот период жизни больная очень стеснялась своей внешности и практически не выходила из дома, боялась, что “её кто-то увидит”, “социально себя изолировала”, общалась только с узким кругом лиц: брат сестра, подруги, выше упомянутый специалист по нетрадиционной медицине и массажист. Однажды накануне поездки отказалась ехать по оплаченной путевке на горнолыжный курорт, объяснив это отсутствием времени и необходимостью заботиться о здоровье и восстановлении кишечника.

При этом пациентка работоспособность не теряла, работала удалённо на телефоне и через интернет. В дальнейшем пациентка согласилась принимать предложенный врачом препарат Роакутан, применяемый при тяжелой форме акне и резистентности к антибактериальной и другим видам терапии, и имеющий ряд серьезных побочных эффектов. В течение последующих 2-х лет перенесла 3 курса дорогостоящего лечения этим препаратом. 3 сентября 2015 года закончила приём указанного лечения. Эффектом терапии была довольна, несмотря на развившиеся на фоне лечения спазмы мышц, запоры, головные боли, “это того стоило” (сведения со слов больной).

В последующем через несколько дней у пациентки выпала зубная пломба, в связи с чем незамедлительно обратилась к стоматологу, где при обследовании было выявлено асептическое воспаление гайморовой пазухи и обнаружены полипы. В связи с указанной патологией перенесла 2 операции, получала курс антибактериальной терапии. В этот период “поняла”, что причиной высыпаний на лице являлась лор-патология и “переключилась на борьбу” с запорами, которые усилились из-за побочных эффектов препарата Роакутан (сведения со слов больной). В то время начала употреблять различные биологически активные

добавки, лактобактерии, добавляла в свой рацион отруби, каши, овощи, фрукты, зелень, заваривала различные травы. Утренний поход в туалет стал необыкновенно важной частью жизни: для успешности этой процедуры пила слабительные средства природного происхождения, постоянно делала себе клизмы, помогала себе самомассажем. “Если дефекация прошла успешно, значит, день прошел не зря”. Одновременно занималась фитнесом в спортивном зале под руководством индивидуального тренера, получала удовольствие от такого “здорового” образа жизни, находила в нем успокоение.

В январе 2016 г. (за 2 месяца до госпитализации) обратилась к диетологу из Института питания, который составил для неё специальный рацион питания и добавил более 20 продуктов, которые ранее больная употребляла накануне поездки. На фоне изменения рациона питания состояние улучшилось: “появились сила и энергия”, поправилась на 800 гр, однако в то же время развились трудности в пищеварении и дефекации (метеоризм, запоры, боли в животе после приёма пищи), вновь начала терять в весе и, в целом, похудела на 5 килограмм за 1,5 месяца (сведения со слов больной). В течение последнего месяца перед госпитализацией (март 2016 г.) не выходила из дома по причине крайней слабости, не могла поднять больше одного килограмма. Продукты больной приносил брат, однако ела мало, была очень избирательна в еде, так как боялась нарушения пищеварения и запоров. По совету знакомого врача согласилась на госпитализацию в психиатрический стационар ПБ № 3, куда поступила 07.04.16 на добровольной основе в 10 отделение.

Находясь в стационаре, была повышено конфликтной, высокомерной, требовательной к медицинскому персоналу, надменно заявляла, что “захочу — меня сразу отсюда увезёт такси”. По требованию больной, её брат привёз ей латексные перчатки, которые она надевала и использовала “для облегчения дефекации”, пальцами помогая прохождению каловых масс (сведения со слов больной). 09.04.16 (через 2 дня после поступления) стала возбужденной, суетливой, наливала в тумбочку чай, “видела” на поверхности стола “движущиеся узоры”, в этот же период во время дефекации произошло выпадение прямой кишки с кровотечением, в связи с чем была переведена в 67 ГКБ для колопроктологического лечения. В ГКБ № 67 находилась в ПСО, где также была психомоторно возбуждена, тревожна, фиксировалась медицинским персоналом. После проведенного консервативного лечения 13.04.16. была вновь переведена в 3 ПБ с диагнозом: “Состояние после вправления прямой кишки от 09.04.16., геморрагический проктит” (сведения из истории болезни). На фоне лечения в ПБ № 3 состояние больной несколько улучшилось: стала спокойнее, упорядоченнее, соблюдает распорядок дня, фон настроения ровный, аппетит хороший, ест

больничную еду, поправилась на 1 кг. В отделении с удовольствием посещает сеансы арт-терапии, массажа, различные диагностические мероприятия, охотно соглашается участвовать в осмотрах на кафедре. Пребыванием в стационаре не тяготится.

#### **Психический статус.**

Пациентка правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Выглядит моложе своего возраста, несколько истощена (рост 162 см, вес 40 кг, индекс массы тела 14,5), одета опрятно в собственную одежду. Держится с чувством дистанции, уверенно в себе, иногда несколько высокомерно. На беседу соглашается охотно, после объяснения понимает цель проводимого психиатрического осмотра, его результатами активно не интересуется. Фон настроения ровный, временами становится несколько раздражительной, выражение лица спокойное, однообразное, иногда несколько тревожное, напряжённое, объясняет это беспокойством по поводу нарушения распорядка её дня, высказывает желание “успеть вовремя принять пищу, посетить ЛФК, физиотерапевтические процедуры и арт-терапию”. Мимика маловыразительна, с чертами монотонности, во время беседы временами стереотипно морщит лоб, иногда несколько манерна. Голос негромкий, речь несколько ускоренная, временами смазанная, маломодулированная, больная многоречива.

Смысл задаваемых вопросов понимает формально правильно, на вопросы отвечает по существу. В беседе старается доминировать, при этом обстоятельна, вместе с тем, склонна к рассуждательству, в процессе разговора часто смещается с обсуждаемой темы, принимается говорить об отвлечённых предметах, корригируется врачом, однако вновь быстро отвлекается от основной темы.

Анамнестические сведения излагает хронологически верно, правильно датирует основные события своей жизни. При этом при вопросах о наличии психиатрических нарушений у её сестры и брата становится несколько настороженной, пытается выяснить сведения, которые до этого стали известны врачу. О периоде нахождения в ПБ № 3, когда больная “видела” узоры на столе, а также последующем нахождении в ГКБ № 67 сообщает, что “некоторые моменты как в тумане”, вместе с тем указывает, что “всё помнит и даже узнавала в дальнейшем медсестру, которая её фиксировала”.

Пространно, однотонно повествует о своей болезни и борьбе с ней. В подробностях рассказывает о проблемах с кожей и ЖКТ, высказывает множество жалоб, главными из которых считает тягостные ощущения в животе, фиксирована на функциональном состоянии желудочно-кишечного тракта. Предъявляет многочисленные жалобы на ощущение “тяжести” в эпигастральной области, связывает с этим возникающие запоры, этим же фактом объясняет трудности приёма пищи, что “пища не проходит”. Рассказывает

об этом несколько отстранённо. Сообщает, что для улучшения прохождения пищи “делает массаж кишечника”, “улучшая”, тем самым, “прохождение по нему еды”. Дополняет, что с целью стимуляции опорожнения кишечника делает клизмы. Заявляет, что предпочитает “клизму с ромашкой”. Связывает запоры при поступлении в ПБ с тем, что в отделении ей не делали клизмы, из-за чего больная самостоятельно пыталась вызвать у себя акт дефекации, тужась, что “и привело к выпадению кишечника”. Указывает, что болевого синдрома в это время не ощущала, “просто что-то мешало сидеть на стуле”.

Причиной госпитализации в ПБ называет проблемы с ЖКТ и низкую массу тела. Заявляет, что “сама справляться уже не могла, поэтому пришлось обратиться в ПБ”. Называет своей ошибкой тот факт, что раньше не обратилась за помощью. Сожалеет, что несколько месяцев назад отказалась от госпитализации в Институт питания. Объясняет свой отказ в тот период “желанием справиться самой”. Диагнозом не интересуется, лишь просит помощи в борьбе с неприятными телесными ощущениями и проблемами с кишечником. Психически больной себя не считает, но наблюдением у психиатра не тяготится.

На приглашение принять участие в межкафедральном разборе реагирует без интереса, однако соглашается сразу. Поясняет свою реакцию после соответствующего вопроса тем, что настолько фиксирована на своих переживаниях, что с безразличием относится “почти ко всему, кроме своих проблем с ЖКТ”.

На вопрос не слишком ли много она тратит времени и энергии на нормализацию стула, отвечает, что по-другому жить просто не может, если она перестанет этим заниматься начнутся проблемы в виде тяжести, болей и возникнет нервозность, что в свою очередь вызовет запоры и круг замкнется. На глазах выступают слезы. Жалуется, что совершенно не осталось моральных сил бороться, поэтому очень рада нахождению в больнице: “Здесь правильный распорядок дня, за мной следят”, добавляет, что “очень помогают капельки”, с ними стала меньше тревожиться об успешности акта дефекации.

Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает.

Строит планы на будущее: планирует поменять квартиру, пожить в Китае, поехать в Крым. В процессе беседы не астенизировалась.

#### **Квалификационный статус.**

Состояние больной на момент осмотра определяется сверхценными сенесто-ипохондрическими идеями, т.н. “Сенестоипохондрия с синдромом сверхценной одержимости (ограниченная, *circumscripta*, ипохондрия К. Vonhoefffer)” (А. Б. Смулевич).

Внимание трудно переключаемое, малоистощаемое. Память, интеллект не снижены. Мышление конкретное, несколько ригидное, вместе с тем, с чертами

аморфности, резонёрства, соскальзываниями, не всегда последовательное. Суждения облегченные. Круг интересов обеднён и ограничивается тематикой, связанной проблемами со здоровьем. Эмоциональные реакции однообразные, уплощённые. Критика к своему состоянию, сложившейся ситуации и прогностические способности отсутствуют.

Преморбидные особенности больной определяются аномалиями круга, близкого к шизоидному с эмоциональной обеднёностью, ригидностью, негибкостью мышления, вместе с тем, активностью, стеничностью и настойчивостью в достижении поставленной цели. Будучи внешне общительной, она, по существу, на протяжении всей своей жизни оставалась интровертированной, с малым количеством тёплых душевных контактов.

Состояние больной, с юности склонной к образованию сверхценных идей, на протяжении ряда лет определялось явлениями сверхценной ипохондрии. “Борьба с болезнью” занимала центральное место в сознании больной и поглощала всю ее активность, отодвигая на второй план остальные жизненные проблемы.

Состояние манифестировало в пубертатном периоде дисморфофобиями, идеи носили изолированный монотематический характер и сохранялись на протяжении многих лет, не нарушая, тем не менее, общего ритма жизни и социальной адаптации больной, которая продолжала работать и иметь личные отношения.

В дальнейшем у пациентки развились патологические телесные сенсации, которые по своей психопатологической структуре находятся ближе к сенестопатиям, носившими локальный характер (элементарные сенестопатии по И. Р. Эглитису). В частности, А. С. Аведисова (1983) отмечала, что наиболее часто наблюдается локализация патологических ощущений в том или ином органе брюшной полости или малого таза, а также в позвоночнике. При этом у больной сформировался далеко выходящий за рамки болевого синдрома комплекс расстройств с выступившими на первый план так называемыми кишечными кризами [Бехтерев В. М., 1907], сопровождающимися ощущением тяжести в эпигастрии и запорами.

Стойкие локальные сенестопатии и тесно связанный с ними постепенно усложняющийся комплекс соматизированных расстройств и последующих нарушений поведения определяли клиническую картину заболевания на протяжении многих лет с нарастающей тенденцией к так называемой аутоагрессии, когда больная постепенно переходила на “голодную диету”, ограничивая рацион, и совершала вычурные, нелепые и даже травматичные “приёмы очищения кишечника” для купирования патологических сенестопатических ощущений.

К настоящему моменту мучительные телесные сенсации, локализующиеся в эпигастральной области,

воспринимаются ею уже как нечто чужеродное. Об этом свидетельствует, в частности, та манера, с которой пациентка рассказывает о своих ощущениях. Это состояние обнаруживает сходство с нарушениями, определяющимися как обсессии “с ненавистью к собственному телу”. В этот период больная активизировала свою борьбу с болезнью, сама овладела медицинскими манипуляциями (массаж, клизмы), обращалась в различные учреждения и к различным специалистам в поисках помощи.

В структуре дефекта обращает на себя внимание не только астенизация с падением работоспособности, но и психопатоподобные проявления в виде нарастающей раздражительности и возбудимости с истероподобным реагированием, а также резонерство, соскальзывания, эгоцентризм, эмоциональное обеднение, с потребительским обращением с родными, вязкость и назойливость.

#### Диагноз:

Шизофрения малопрогредиагентная, со сверхценным сенесто-ипохондрическим синдромом (по МКБ-10: F21.3 Ипохондрическая шизофрения; Сенестопатическая шизофрения).

### БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

**Ведущий:** Мы решили с вами в аудитории такой многочисленной побеседовать. — *Не ожидала.* — Не ожидали? — *Да, не ожидала, я думала...* — Вас это стесняет? — *Никаким образом, никоим образом.* — Не стесняет, нет, такое количество? — *Я просто думала, человек 20, а тут... Уже ответственности добавляет.* — Здесь побольше. Побольше, но случай интересный, и мы хотим именно с точки зрения профессиональной его обсудить, чтобы Вам помочь, в конечном счете. — *Да, это очень важно.* — Скажите, пожалуйста, на что Вы сейчас жалуетесь? — *Прямо в данный момент — работа для психологов. Был проведен кружок, рисунки рисуем мы и т.д., и т.п., психоанализом занимаемся. К сожалению, закончили поздно, соответственно, стоит холодная еда, что меня тоже как-то выводит из равновесия, хотя все знают, что ем я только теплую пищу. И третье, что я опоздала. Что я опоздала, и это меня напрягает.* — На обед или сюда? — *Сюда. Это меня напрягает.* — Понятно. Скажите, а когда поступали к нам, Вы поступали сюда два раза. Первый раз, по-моему, 7-го числа, апреля. А второй? — *Это была пятница, я числа не помню.* — А второй раз где-то числа 13-го, да? Примерно. — *Нет, я думаю, нет. Несколько дней я была в другой больнице, как мне потом объяснили.* — Да. Когда Вы поступали сюда в первый раз, тогда что Вас беспокоило? — *То, что я не справилась с ситуацией, с собой не справилась.* — То есть? — *Например, все три года у меня, опять, все заново повторяется начинается.* — Пожалуйста, что значит заново? Что именно? — *Я не справилась с тем, что хотела дос-*

тичь с сентября месяца. В сентябре месяце 2015 года у меня была достаточно тяжелая операция, это удаление зубов и всех плохих веществ под названием грибы, полты из двух зубов. — Из полости рта? — Из полости рта, да. — Так, и? — Они относятся к гайморовой пазухе, эти зубы. В момент этого было порядка, как я говорю, сто, но это преувеличение, 80, наверное, таблеток плохих. И мой желудочно-кишечный тракт уже этого не выдержал. — Это за какой срок 180 таблеток вы?.. — Не 180, порядка 80, наверное. — Восемьдесят? — Да. — За какой срок? — В течение месяца. Там было в течение месяца. В течение месяца, потому что в течение месяца было две операции, значит, в течение полутора месяцев было три операции. Желудочно-кишечный тракт с этим не справился. Дальше я пыталась сама помочь себе. Каким образом? То есть я скоординировала питание настолько, насколько я могу. Надеюсь, я чувствую свой организм, все становилось лучше и лучше. К сожалению, опять потом срыв. — Простите, я перебиваю, но чтоб сразу уяснить. Вы начали чувствовать свой организм... — Я всегда его чувствую. — И чувствовать какие-то нелады, непорядок. В чем это выражалось? — Моя проблема — это желудочно-кишечный тракт, ЖКТ.- Запоры, да? — Да, запоры. — А противоположное состояние, диареи? — Это мне несвойственно. — Что, запоры упорные? — Нет, они не упорные, но они существуют, имеют место быть. И после приема таблеток, соответственно, я поставила себе задачу с этим справиться. Все вроде бы шло благополучно. — Таблетки слабительные, имеется в виду? — Значит, в сентябре месяце была операция. Слабительных нет. Была операция, было выхито более 80 плохих таблеток, это антибиотики и обезболивающие. На фоне этого желудочно-кишечный тракт перестал работать. На фоне этого надо было что-то исправлять, и я предприняла свои собственные попытки для исправления. Это нормализация процесса питания, пяти-шестьразовое питание в день небольшими порциями, занятия физкультурой. Физкультура была, видимо, очень напряженной, фитнесом, потому что количество еды, которое я потребляла, не увеличивалось, нагрузки увеличились, то есть двигательная активность увеличилась, появились нагрузки, и организм не выдержал. Что-то ему не хватало, он ответил на это отравлением. — И отравление в чем заключалось? — А отравление заключалось в том, что два раза приезжала “скорая”, и второй раз меня доставили в больницу. Типа отравление, съела йогурт, началось вздутие живота прямо на глазах, и дальше была больница в течение 10 часов. После больницы, вкратце. Я приехала из больницы на следующий день, а через три-четыре дня встала на весы, было минус 3,5 килограмма. Ориентировочно. Соответственно, получилась картина та, что я опять не справилась с ситуацией. То есть я пыталась нормализовать желудочно-кишеч-

ный тракт, а получилась маленькая “ошибка”. Я все слова свои “ошибка” беру в кавычки, наверное, это потому что будет понятно, что я дальше действовала под руководством определенных людей, там тоже совершались ошибки. — Врачей? Под руководством врачей? — Да, врачей. Ошибки, опять же, я беру в кавычки. То есть помогал человек из Института питания. Все тоже, опять же, шло хорошо. Извините, сухость в горле, это после капель, которые я принимаю. — Да, человек из Института питания руководил Вашей диетой. — Да, и, опять, там какая-то ошибка произошла. — Непредумышленная, умышленная? — Конечно, непредумышленная! Поэтому я и называю это “ошибка”, в кавычках. — Ошибка в плане диеты? — Да. Ошибка в плане диеты, да. — В принципе, Татьяна, диета — это, вообще, не только когда человек придерживается определенной схемы питания, но это определенный образ жизни. — Да, правильно, я пыталась со всем справиться... — Он у Вас из чего, собственно, слагался, Ваш образ жизни, Ваша диета? Расскажите. — Мои действия были — успокоить нервную систему. Одно из действий я уже практикую в течение многих лет — я гуляю в лесу. У нас чем удачно, через дорогу расположен лес, и я там гуляю. Мне сопровождающие в этой ситуации не нужны. То есть я чувствую, что в момент какого-то обострения надо, типа, аккуратней к себе относиться, затаиться, и пусть пройдет. — И в лес в одиночестве. — Нет, к сожалению, у каждого человека есть свои какие-то предпочтения. То есть мне на протяжении часа никто не нужен, бывает и такое. То есть я сама восстанавливаюсь, это доставляет мне удовольствие. В эти дни все было то же самое. То есть прогулка в лесу, питание. Да, это комплекс, вы правильно заметили. Питание, физическая нагрузка до этого. — А физическая нагрузка интенсивная, выраженная? Это что, бег? Это что? — Нет, это занятие в фитнес-клубе под руководством тренера, бассейн. — Но там большая физическая нагрузка. — Вы знаете, получилось так, что мой тренер, такое тоже хорошо бы встретить каждому, тонко чувствует, как я вижу, перед тренировкой задавая мне определенные вопросы, мы делаем определенные упражнения. И после тренировки никогда мне с этим тренером не становилось хуже. — Не становилось? — Нет, не становилось. Вернемся к старому, это что я предпринимала. Это физическая нагрузка, прогулки в лесу, сбалансированная диета, если не нравится слово, то в любом случае, у любых людей диета. — Диета, так. И? — К сожалению, опять не получилось справиться, какая-то погрешность была в питании. И опять я теряю полтора килограмма. Я дальше я озвучила родственникам, очень хорошие у меня мама, брат, сестра, в пятницу утром было это, в момент, когда я в первый раз поступила в больницу: “Я хочу в больницу”. Все, я не справляюсь, слезы на глазах. Слезные железы у меня, в принципе, недалеко,



но я озвучила эту тему сама: “Хочу в больницу”. Все наши члены семьи, друзья нашей семьи подключились к этому. Была названа... Друг нашей семьи есть, Александр зовут, он очень аккуратный, он перед этим... в течение дня все происходило. Мы с ним поговорили по телефону, потом он мне перезванивает: “Ну, в твоей ситуации...” Они все между собой, родственники, друзья, контактировали. Более того, подключили еще и Пироговку, я просто не хотела о себе, чтобы много кто знал, там есть некая Людмила Михайловна Смирнова, заведующая клиникой, в диагностическом отделении, тоже участвовали все. И Александр мне звонит тоже, в течение одного дня, я повторяю, все это было, говорит: “Танюха, в твоей ситуации, ты поедешь в Каценко?” Я говорю: “А какая разница, куда ехать?” Потом выяснилось, ваша больница тоже имеет такую... А, в Каценко, видимо, прописки нет. То есть меня слова не пугают абсолютно, я понимаю, что я не справилась с диетой, и то, что у меня психоэмоциональное состояние равно как бы нулю. — Скажите, Татьяна, а сами как Вы считаете, Вы считаете себя больным человеком? — Нет. — Здоровым? — Здоровым. — Абсолютно? — Абсолютно здоровым, да. — Но, понимаете, тем не менее, жалобы... — Но, тем не менее, все это происходит. — ...на физическое недомогание в плане желудочно-кишечного тракта есть. — Основная моя жалоба — это ЖКТ. — ЖКТ? Значит, чем Вы больны? — В плане вот этого диагноза? — Конечно. — Основное отличительное свойство, как Вы правильно заметили, это запоры. И меня это в определенные дни, в общем-то, пугает. В каком плане? Это не пугает, я из-за этого просто нервничаю еще ко всему прочему. Запор выражается в запорах. — Понятно, такое страдание соматическое. — На самом деле, я себе ставлю такой ориентир: запоры на первом месте, хотя дальше я понимаю, все закручивается, дальше подключаются нервы. Раз подключились нервы, еще хуже ЖКТ, и так далее, и так далее. Замкнутый круг. — Порочный круг, одним словом. — Да, порочный круг, замкнутый круг. И нужна помощь специалистов. Поэтому я была в пятницу вечером в больнице. — Ясно. Скажите, и сколько лет уже у Вас ЖКТ Вас беспокоит? — Знаете, получалось добиться в течение пяти-шести лет, как я называла это сама, состояния глубокой ремиссии. — Ремиссия — это улучшение, клиническое улучшение. — Да, это картинка, которая пролонгирована. Вот такой картинке я как бы добивалась всегда. И это я добилась. А то, что с желудочно-кишечным трактом проблемы, они были, в принципе, всегда, лет с 20. Лет с 20. — С 20. — Или даже с 18. — Скажите, у Вас, я правильно понял, что в Вашей жизни предыдущей был период такой повышенной активности? — Да, последние три года. — Последние три года? — Да, они были очень тяжелыми. — А раньше, в молодости? — Таких годов не было, нет. — Не было? Подъемов таких настроения.

Когда в руках горит, все удается, все получается? — А, все удается? Да. — Все получается. Горит, это в переносном. — А сейчас мы о чем говорим, мы сейчас об одном либо о другом? — Нет, я о разных вещах. — Давайте о разных. — Подъемы эмоциональные. — Да, были, конечно. — С повышенной работоспособностью. — И я это культивировала, да. Работоспособность, знаете, у меня всегда повышена. — А с малым количеством сна, когда спите немного, но вполне себя чувствуете прилично? — Нет, кстати, если о сне, такое очень интересно, конечно, надо практиковать раннее вставание. — Было? — В плане сна не было никогда. Не было у меня, я так думаю, правильного распорядка. То есть я вставала достаточно... могу себе позволить вставать достаточно поздно. Но сразу оговорюсь, тот распорядок, который предложила мне эта больница, и до этого, когда я с ней, с дамой из Института питания, Венера ее зовут, занималась этим, там я тоже начала рано вставать. Больница мне тоже помогла в этом вставании. И я себя чувствую... морально мне это больше нравится. — Я правильно понял, что последние три года... — Были тяжелыми. — Тяжелые, это да. Но, с другой стороны, был подъем, была повышенная работоспособность? — Нет-нет-нет, наоборот. — Наоборот, спад? — Конечно. Последние три года был очень тяжелый период. — А подъемы раньше бывали? — Подъем до 2013 года, он был. — До 2013, но он длился долго? — Да. Долго, с 2008 где-то. С 2008 по 2013. — То есть пять лет? Пять лет был подъем? — Да, был подъем. — Когда все удавалось, все прекрасно? — Знаете, да, и сейчас, на самом деле, если анализировать ту ситуацию, и сейчас у меня все составляющие этого, они есть. Просто... — Сейчас? — Да, все составляющие есть для этого. Единственная составляющая, которой нет, это желудочно-кишечный тракт. — Скажите, а в период подъема с желудочно-кишечным трактом тоже все в порядке, или тоже запоры? — Вот очень интересно. Когда я забываю об этом, все становится хорошо, о желудочно-кишечном тракте. — То есть когда подъем? — Да. И мне хорошо, я об этом забываю... — И вы не думаете? — Это отодвигается на какой-то задний план. — И никаких запоров? — Нет, они есть, конечно. — Но они не беспокоят? — Они есть, да, но они беспокоят так, как вот... — Как сейчас. — Наверное, да. — Ну, как в периоды спада. — Как в периоды спада, который начался... — А спад длится уже три года, я так понял, да? — Знаете, когда был спад, я забыла о желудочно-кишечном тракте, и он работал. И работал вполне нормально. — Во время спада? — То есть я не могу заниматься несколькими делами, чтоб понимать. То есть мне надо решить одно, потом приступить к другому. Параллельно чем-то для меня очень сложно. — А сейчас нынешнее свое состояние Вы характеризуете как подъем или спад? Или что-то среднее? — Сейчас я характеризую, нет, это как подъем... — Сейчас подь-

ем? — Да, в сравнении. Подъем относительно чего? В сравнении с тем, что было... — Раньше? — Не раньше, а совсем недавно, месяца два назад. — Да-да, вот это раньше. — И раз идет улучшение, хоть и мизерными шагами, это я отношу к подъему. — Сейчас у Вас, в принципе, я правильно понимаю, что некоторые ускорения ассоциаций мышления? Так легко мысли приходят в голову? — Это легко у меня было, наверное, всегда. — Всегда? — Вообще-то, всегда было. В период и последних трех лет, и всегда. — Да? — У меня очень повышенная работоспособность, несколько дел... — Все удается? — Да. Это не хвостовство, а то, что работа... — А, скажем, периоды спада, когда замедленное течение мысли, они с трудом текут? — Нет, этого у меня не бывает. — Не бывает. И не было никогда? — И не было никогда. — Никогда. — Просто сейчас я попросила родственников, это люди, с которыми я работаю, то есть мы работаем в одной компании, не трогать меня какое-то время в плане работы. — Скажите, у Вас был период, когда Вас беспокоили высыпания кожные, на лице. — Тяжелый период, я сказала. — Акне, угри. — Это три года. — Акне розацеа. — Началось это в 2013 году, в конце февраля месяца. — В 2013 впервые? То есть три года назад всего-навсего? — Да, да, всего лишь. И это три года были сильнейшим мучением. — Я-то думал, что это с юности началось. — Нет, высыпания на лице именно жестко начались три года назад, конец февраля месяца. — Три года назад, в 30 с чем-то лет? — Да. — Так, и что это? Они сопровождалась каким фоном настроения, эти высыпания? — Они сопровождалась очень тяжелым фоном настроения. То есть самый легкий период, это было вечером, потому что я засыпала... — К вечеру облегчение, а с утра тяжело. — Потому что я понимаю... Вы не дослушиваете. — Да. Простите, перебиваю. — Вечером почему? Потому что я понимаю, что можно лечь спать, и это будет период, когда я об этом забуду. А с утра это начинается опять. — С утра тяжело, понятно. — С утра тяжело. — А сон в то время какой был? — Великолепный! — Несмотря на высыпания, несмотря на эти страдания? — Да сон у меня всегда хороший. — Но они прошли при лечении, эти высыпания кожи? — Нет, к сожалению, никто не мог знать причину. — Но сейчас чистая кожа, сейчас я не вижу ничего. — Сейчас чистая. Но это чисто случайно было обнаружено. То, что вызывало эти высыпания. Это обнаружено было в сентябре месяце 2015 года, соответственно... — Совсем недавно. — Да, соответственно, все эти 2,5 года это очень серьезно, больше двух с половиной. — А что же их вызывало? — Первое, скажу, к сожалению, никто не мог помочь. Сдано было анализов, наверное, как я уже говорила до этого, порядка на миллион рублей. Но причина не была выяснена. Случайно, это помогло мне посещение стоматологии в сентябре месяце. 3-го числа сентября месяца было обнаружено два зуба мертвых, и в них — инфекция,

грибы, полипы и так далее, и так далее. — И оно давало вот эти высыпания? — Да, дало подтверждение всему этому то, что я за пять дней до этого перестал пить роаккутан. Роаккутан действовал, в течение этого времени я начинала его пить трижды, это был последний, третий курс. И после двух месяцев все возобновлялось заново. — То есть он не помог? — Да, он не решил проблем. Роаккутан, может, если кто-то в курсе, я думаю, врачи в курсе, там масса противопоказаний. И, в принципе, он независимо от проблемы блокирует сальные железы, и лицо становится чистым. То есть я уже пошла на это, давала себе слово, что не будет ни второго, ни третьего курса. Но я не делала это самостоятельно, только под руководством Людмилы Михайловны Смирновой, она дерматолог. — Дерматолог, понятно. — Но это было тяжело, очень тяжело. — А когда были высыпания, Вы предполагали какое-то заболевание? — Я предполагала все, что угодно. — Например, что? — Может, у меня — поэтому я и обследовала все — какие-то инфекции. Не заболевания конкретно. Я сдавала анализы на все инфекции, которые только можно сдать, на все глисты, извиняюсь, какие только существуют, сразу оплачивая полную. Мне говорят: “След обнаружен, потом доплатите это, чего-то”. Я никогда себе не морочила голову, потому что это лишнее, я понимала, что много мыслей мне не нужно. Я сразу плачу деньги, например, за все анализы, хотя можно это делать постепенно, то есть может какой-то анализ не понадобится, и это делаю. Никто не мог помочь, и ничего не помогало. — Скажите, Вы кем работаете и где? Кто Вы по профессии? — По профессии я экономист-аналитик математического и компьютерного обеспечения управления по специальности математические исследования операций в экономике. Не работаю по специальности. — Да? А где работаете? — У нас своя компания, поэтому так я и работаю. — Бизнес? — Да, бизнес. — Ясно. — Очень цивилизованный. — Ясно. Вопросы к Татьяне, доктору. Пожалуйста.

**А. М. Бурно:** Скажите, пожалуйста, а поподробнее Вы не могли бы рассказать, что за проблемы с ЖКТ? Я понял, что запоры, да? С этого все начинается, с запоров? Или запор — это уже следствие чего-то? — Нет, это не следствие чего-то. — Запор? Первично запор? — Следствие идет — нервы. Но потом все меняется местами. — Чем он для Вас неприятен, запор? — Неприятен тем, что с утра я не смогу, например, полностью очистить кишечник. — Просто этим фактом? — Да, просто, кстати, этим фактом. — А что, в кишечнике, может быть, какие-то ощущения появляются, какой-то дискомфорт? — Вздутие живота, например. — Вздутие живота? А кроме вздутия? — Болей никогда не было нигде. — Какие-то другие ощущения? — Извините, правильно. Ощущение тяжести. — Ощущение тяжести? — Да, конечно. — Оно неприятное? — Оно неприятное. Ну,

неприятное, я думаю, больше морально мне неприятное. — Морально? — Да. — А почему морально Вам неприятна тяжесть в животе? — Потому что у меня ощущение, что... не ощущение. То есть мы же кушаем все, соответственно, должны ходить в туалет. Должно все выполняться, одно вытекает из другого. Это второе, морально неприятно. А первое, запор, запор и запор. Меня беспокоит эта тяжесть в желудке, потому что следующий прием пищи я не буду просто принимать, когда у меня есть тяжесть, зачем усугублять? — Пока есть тяжесть? То есть эта тяжесть сама по себе, она мучительна? — Мучительна. — А можно так сказать, что Вы очищаете кишечник, чтобы от этого ощущения избавиться? — Да. — Так и есть, да? — Да. — Татьяна, скажите, а как вы думаете, откуда эти запоры? Каково их происхождение? — Все идет еще с юношеских годов, когда я работала, в пять утра встаешь, в пять вечера заканчиваешь работу, в 6.30 — вечернее отделение института, шесть лет училась. Все оттуда. Потому что я сама испортила свой желудочно-кишечный тракт. В какой-то момент я, например, не нравилась себе, что-то не устраивало. Внешне, лицо и так далее. Я что делала? Просто не ела. Что, в принципе, понимаю с годами, это недопустимо. Надо было обратиться к какому-то специалисту уже раньше. Как-то так. — Хорошо, эта болезнь имеет какой-то диагноз? Какое-то название? — Все бы я обозначила одним словом — проблема с желудочно... двумя-тремя словами — с желудочно-кишечным трактом. Но я недоговорила. Все началось еще с тех лет, я просто испортила свой желудок. Я просто не ела. Соответственно, желудок подсаживает, ему хочется кушать, я не ем, потому что мне не нравилась внешняя картинка. Дальше, добившись той картинки, какой я хотела добиться, а я ее добилась внешне, в принципе, за все это время желудочно-кишечный тракт очень сильно пострадал. От этого все. — А что в своем облике Вам не нравилось? — Это было раньше.

**Ведущий:** Это было 14–15 лет Вам? Тогда это примерно началось? — Наверное. — Ну, 15. Что не нравилось? Тогда высыпаний угревых не было? — Тоже были. Нет, тоже были, но подростково-юношеские. — Так, а еще что? — Не нравилась фигура, внешний вид. — То есть Вы себе казались чрезмерно полной, толстой, да? — Да-да-да. — И действительно были толстой? Сейчас-то Вы... — Нет, я не была. — Худенькая. — Нет, на самом деле, я была, наверное, правильная, более того, сказать. Но мне это мешало. — Это мешало? — Да, мне это мешало. — Исходя из этого Вы сели на голодную диету? Вы голодали? — Да. Просто не ела. — Не ели по несколько дней подряд? — Нет-нет-нет, в течение дня все равно я всегда что-то употребляю в пищу, но диета... Но плохо. — Но похудели здорово? — С того момента как бы я и похудела, да, до столько, сколько мне надо было, это было 48 килограмм. — Ну, да. Скажите, при этом

чувство голода сохранялось или нет? — При том, когда такая диета была у меня неправильная, конечно, было чувство голода. — Но, тем не менее, Вы перебарывали это чувство? — Но тем не менее, да. Потому что если я поставлю себе цель, я ее, правда, стараюсь выполнить. — Ну, да. — Берет это все с юношеских годов. Так испортив желудочно-кишечный тракт, потом я долгое время его исправляла. Тоже, опять же, таким, с моей точки зрения, правильным своим питанием. Как говорят восточники, кстати, первую половину жизни европейцы тратят на зарабатывание денег, а вторую половину жизни — чтобы за эти деньги себя вылечить. Наверное, недалеко эта поговорка или поговорка ушла от моего случая. — А противоположного эффекта, когда Вы начинали питаться, не было, Вы не толстели? — Нет. — Нет? — Я потолстею только лет в 55, не больше. Это будут гормональные изменения. Об этом мне сказали. Есть такие люди, которые этим занимаются, в Гонконге.

**М. Е. Бурно:** Все-таки, простите, это болезнь живота, болезнь кожи или это нервная болезнь? — Видите, тут замкнутый круг, как я уже сказала. Но начинается, в любом случае, все начинается с ЖКТ. — Все-таки живот, кожа? — Да, да-да. Все начинается с живота. Если бы этого не было, сейчас, в принципе, живи спокойно. И даже сейчас, находясь в больнице, у меня эти проблемы нивелировались, они стали меньше. Сейчас у меня походы в туалет достаточно хорошие. То есть определенный стул, он хороший. В принципе, в данный момент, картинка по мне такая: все идет в нужном направлении, но надо это хорошее держать, поддерживать и культивировать. — Но первично болеют живот и кожа. — Что-что? — Первично, начинается с живота и кожи? — Первично у меня — да. — Почему Вы тогда тут? — Почему? У меня подключаются нервы после этого. То есть сразу же подключаются нервы. Когда подключаются нервы, опять желудочно-кишечный тракт, замкнутый круг начинает реагировать на это. И потом все то же самое. Но, может быть, вы мне можете, скажете, может быть, все начинается не с ЖКТ, а с нервов. Может быть, это мы можем услышать. Может быть, и так. Но пока я себе описываю другую картинку: желудок — нервы, нервы — желудок, и опять все туда и сюда вертится. — Скажите, пожалуйста, а если бы все-таки Вам поставили бы диагноз такой, что первичны нервы, но помогли бы при этом, Вас бы это устроило? Или внутренний протест бы какой-то возник? — Первое, устроило. У меня возникает внутренний протест только против приема лекарственных препаратов. То есть морально я хотела бы, не то, что не готова, я выполняю здесь все, что говорят врачи, и посмотрите, картинка, что я описала сейчас, она поднимается выше, значит, мы идем по правильному пути. Но меня смущают медицинские препараты. За исключением трех последних, я никогда не пила лекарства. — Я понял. Просто Вы скажи-

те, пожалуйста, я правильно понял, что для Вас, в общем, безразлично, какой диагноз, ЖКТ или нервы, главное, чтоб вылечили, правильно? — *Нет... Ну, главное, чтобы вылечили, в принципе. Да, слова вот эти, диагноз, что-то, постановка этого, мне, действительно, все равно.* — Да, это я понял. А скажите еще, пожалуйста, я хочу вернуться к этому ощущение тяжести, да? Представим, что Вы убрали, вылечили, его нет. — *Запоров, соответственно, нет?* — А запоры остаются. Вас бы тогда беспокоило? — *Нет, меня не устроила бы эта картинка.* — Не устроила? — *Конечно. Я хочу каждый день начинать, я не хочу терять время. Я хочу, чтоб день был полный, насыщенный и так далее. Сейчас я себя нормально чувствую.* — Но если бы не сходили в туалет, почему?... — *Меня это напрягает.* — Почему? Чем? — *Тяжестью.* — Тяжесть убрали. — *Тяжесть убрали? Интересный вопрос. В принципе, здесь даже четыре дня... Хороший вопрос. Здесь даже четыре дня я, извините за подробности, не ходила в туалет. Почему? Потому что я оказалась в другой больнице. Очень хороший вопрос. И вернувшись, когда меня Марина Юрьевна спросила, как самочувствие, я говорю: "Только в туалет не хожу уже четыре дня". Или пять, я сказала. Наверное, преувеличиваю. "Но это меня не беспокоит". Вот что я ответила.* — То есть без тяжести Вас запоры не беспокоят, получается? — *Получается, что так.* — А правильно назвать это ощущение тяжестью? Может, как-то по-другому? — *Все стоит.* — Все стоит? А что, все? — *Все стоит, пища. И не выводится. Жесткость, тяжесть.* — Где-то там, в животе, да? — *Где-то в районе...* — Что там, стягивает, скручивает? Как там? — *Тяжелое, что не позволяет мне, может быть, даже морально принимать пищу.* — Морально принять пищу. — *И физически, я думаю, тоже. Потому что когда-то я попробовала, физически все-таки тоже.* — А что физически? Что, пища не проходит или что? — *Я не хочу. Нет, аппетита нет, я не хочу ее есть, опять же, упираемся в моральное. Кстати, опять, в нервы. Я не хочу ее есть, потому что понимаю — вот, опять, нервы — что надо почистить сначала желудок, типа того, сходить в туалет, а потом кушать.* — А если Вы поедите, несмотря ни на что, что, это ощущение усилится? — *Усилится. Да, и оно усиливалось.* — И усиливалось? И на пике оно во что превращается? — *Я не доходила до такого момента, когда пик. Я все равно делала что-то, что способствовало бы...* — Но это очень неприятно, Вы что-то делаете, чтобы с этим справиться? — *Да, я что-то делаю, чтобы с этим справиться.* — Понятно, спасибо.

**Н. Л. Зуйкова:** Татьяна, скажите, пожалуйста, что Вы в понятие "нервы" включаете? Что, с Вашей точки зрения? Что значит, нервы, в Вашем случае?... — *Я нервничаю.* — Как это выглядит? Что Вы ощущаете при этом? — *Ощущение нерешенности проблемы, на самом-то деле.* — Что, раздражение, напряжение? —

*Нет, раздражения нет.* — Мысли постоянные об этом, что? Спать не можете, суета? Что на душе? Страхи, тревога, что? — *Ну, страх... о, хороший!.. Страх, что я не могу сходить в туалет.* — Страх? — *Боязнь. Страх — очень сильно сказано. Боязнь.* — Охватывает страх? — *До страха... я думаю, страх — более сильное понятие. Боязнь.* — Боязнь? — *Между боязнью и страхом, скажем так.* — Тревожность какая-то? — *Да, тревожность. Тревожность, правильно.* — Что я не схожу в туалет? — *Да.* — И что будет? — *Что будет? Пять дней я здесь жила, получается. Четыре-пять дней я жила без этого, и как-то было вроде бы, получилось так, что было все нормально.* — И ничего? — *Да, я даже не нервничала морально. Очень интересно. Но я не нервничала почему? Может быть, оттого, что меня успокоительными таблетками кормили? Наверное, так.* — То есть под понятием "нервы" Вы имеете в виду именно вот эту боязнь, как Вы сказали, и тревожность на тему о том, что не сходите в туалет? — *Да, да.* — Еще что-то есть? Настроение как? — *Настроение относительно ровное. Хотелось бы подъема. Настроение никакое, скажем так.* — Как ощущение физических сил, Ваша работоспособность, которой Вы так дорожите, и говорите: "Она у меня такая высокая"? — *Нет, потому что она у меня не теряется.* — Не теряется во время этого? — *Да, но в этот момент я аккуратно беру паузу. То есть сама беру паузу, затихаю, типа, замираю и так далее. И все. Но все равно, я что-то прикладываю к этому, к тому, чтобы очистился желудочно-кишечный тракт.* — Даже если есть дела, и необходимость выполнять эти дела существует, Вы все равно берете паузу? Отодвигаете какие-то дела? — *Нет. Особенность моего характера — я стремлюсь быстро что-то решить, чтобы избавиться, чтобы это долго не сидело в голове. Иначе, если я быстро не решу какой-то серьезный вопрос, я об этом думаю. Мне надо просто быстро решить, чтобы хорошо себя чувствовать. В работе это тоже у меня всегда на первом месте. Но я в этой ситуации чувствую себя нормально, хорошо. И паузу я могу взять, она же небольшая. Я быстро решу эту проблему, и мне нельзя затягивать еще то — почему телефон, например, e-mail, сообщения и так далее — что в работе. Поэтому мне нужно быстро решить, например, ту же проблему с ЖКТ, чтобы выполнить свою работу.* — То есть у Вас все расписано по минутам? — *Оно в голове где-то расписано.* — Но расписано? — *Да. Голова очень сильная. И, конечно, мне бы хотелось ее расслабить, чтобы не было такой прямо зависимости от этого. Голова сильная, она все диктует. Я бы с удовольствием, как другие люди, жила, чтобы было этого поменьше. Даже восточники когда меня смотрят, любая диагностика, будь то по пульсу, будь по книжкам Фэн-шуй и так далее, то есть разные люди, все они говорят: "Очень сильная голова, она дает импульс всему". Но вот эти пять дней, о*

чем я сказала, голова была очень спокойная. На фоне, наверное, успокоительных таблеток. И видите, какой правильный был вопрос. Надо же! Надо об этом, кстати, себе записать, чтобы я не забывала: надо же, меня это не беспокоит! — Запишите. — Я запишу. Не сейчас. — И не так страшны таблетки, раз Вам облегчают они состояние. — В принципе, да. И все равно, морально у меня в глубине души живет понимание того, что я не хочу таблеток. Но если надо, я готова. — Но Вы хотите состояние улучшить? Вот здесь важный момент. — Морально, я не хочу лекарств. Но если надо, чего делать? Но только... Нет, с одной стороны, что делать, с другой стороны, сократить это до минимума, до самого минимума. — До разумности. — До разумности. — Хорошо, спасибо. Еще один такой вопрос, последний. Вы обратили внимание, что Антон Маркович отметил про факт. Вам важен сам факт с утра сходить в туалет. — Да. — Сам факт. — Сам факт, правильно. — Это напоминает немножко, как будто ритуал осуществить. Да, правильно? — У меня даже подружка говорит: “Ну, чего? С утра просыпаешь с намерением, извините, постра?..” (Смеется). — Вот ритуал. — Я говорю: “Да, с такой мыслью просыпаюсь”. — А есть ли у Вас другие ритуалы, важные для Вас? — Какой серьезный ритуал Вы мне приписали. Есть. Прогулка в лесу. Это для меня важно. Я прямо от всех там отключаюсь, от всего, и хорошо себя чувствую. Да, мне никто не нужен. Например, был молодой человек, когда мы встречались, он мне не нужен в этом лесу. То есть я очень самостоятельная, я очень... — Независимая. — Да. И достаточно сильная. — Это оздоровительный ритуал для Вас? — Да, оздоровительный ритуал, говорю, да, просто мне надо погулять. Хотя тоже ничего не случилось, если я не погуляю. Хотя нет, чувствовала, что хочу гулять. Но ничего криминального не случилось, в принципе. Вывод, все идет из головы. Ну, сама делаю выводы, видите, как? — А Вы замужем, Татьяна? — Нет. — Спасибо.

**М. Е. Бурно:** Татьяна, скажите, пожалуйста, откровенно, лекарства Вам помогают? — Да. — Как? — Они как-то меня спокойнее делают. — Вас это спокойнее делает? — Да. Как бы, в общем и целом, общий фон не такой напряженный, как был до этого. Хотя хочу сказать, что и до этого я же никогда не пила лекарств, до этих трех лет, как все началось, в принципе, у меня тоже был хороший... — А запоры там были? — Там я все исправляла, не настолько было серьезно. — А что еще помогает, кроме лекарств? — Физическая нагрузка. Даже прогулки туда-сюда. — Физическая нагрузка? — Да. Физическая нагрузка мне просто необходима. — А интересная жизнь как-нибудь помогает? — Очень помогает. — Как? — Влияет на психоэмоциональное состояние, я спокойна. Мне даже достаточно встретиться со своей подружкой, Леной, такое ощущение, что я ее вижу — и все, и у меня сразу все проходит. Это человек, кото-

рый как-то мне подходит. — Как это проявляется? — Как проявляется? Еще раз. Я потеряла... — Жизнь помогает. — Еще раз, в жизни помогает? — Вы сказали, что жизнь интересная помогает. — Сейчас, потеряла мысль, секундочку. Интересная помогает, да. Конечно, что мне помогает? Лес, прогулки, встречи с людьми, которые на меня хорошо действуют. Вот это мне помогает. — С людьми, которых Вы любите, которые Вам нравятся. — С которыми комфортно, именно душевно комфортно. Это мне помогает. Получается, лес, прогулки в лесу, суммируем, встречи с людьми, которые мне подходят, это помогает. Лекарства? Тоже они мне помогли здесь. — А лекарства успокаивают? — Да, успокаивают. Помогли они мне, я чего, не вижу? То есть я за время пребывания в этой больнице, я сегодня встала еще раз на весы, относительно чего-то, определенной одежды и так далее, мы с Мариной Юрьевной сделали вывод, что за неделю я поправилась на килограмм. В принципе, это нормально. Сейчас я встала на весы, я вижу, что уже, извините за подробности, на кило-сто. В принципе, это увидела. Это очень неплохо. Очень неплохо. — А к гастроэнтерологам Вы ходите? — Я когда-то делала, года два назад, эту кишку глотала, колоноскопию. В период вот этих трех лет, когда были испытания, я же надавала все анализы, какие можно. Колоноскопия, мне сказали, если в таком духе будете за собой следить, десять лет можете к нам не приходите. Гастроскопия, это глотала эту кишку, это гастроскопия, по-моему, называется. Глотала эту кишку, ничего сверхкриминального там нет, все в режиме типа ремиссии. — Понятно. И Вы не стремитесь к ним особенно? — И я не стремлюсь к ним особенно, правильно. Даже сейчас, если я получу анализы, гормональный фон, я очень хорошо понимаю, что я не буду пить именно гормональные таблетки. Может, меня кто-то убедит, но я точно, почти точно уверена, что я не буду их пить. Это будет как констатация факта, если будет, что я сдала эти анализы, констатация факта, потому что я просто не сомневаюсь, если все вернется к... ну, я добыюсь ремиссии, все вернется хотя бы по весу к 45 – 46 килограммам, любой гормональный фон у меня наладится. Просто сейчас очень маленький вес, гормональный фон, не исключу, что я получу картинку не очень приятную. Но я очень хорошо, еще раз понимаю, у меня же на фоне этого, даже когда я весила 41 килограмм, извините за подробности, у меня был цикл женский. — Спасибо. — А сейчас я очень хорошо понимаю, это прекратилось 2 – 2,5 месяца назад, когда... Даже 41, организм справлялся, при росте 162. Но когда это стало уже 38 — все, организм не дурак, он не будет отдавать то, чего нет. И я понимаю, что когда я достигну такого веса, там все наладится. Но не хотелось бы мне пить никаких морально таблеток.

**Ведущий:** Скажите, пожалуйста, когда-нибудь врачи, терапевты, эндокринологи говорили Вам, что у

Вас с щитовидной железой что-то не в порядке? Или она всегда была в норме у Вас, щитовидная железа? — *Когда это все происходило, месяца 2 – 2,5, у меня есть человек, который занимается иглотерапией. Он говорит: “Тань, обрати внимание, — когда он полем работал, — на щитовидку”. И другой врач тоже, некий Олег Хазов, он тоже сказал, что неплохо бы сдать. Они оба сказали. Но здесь сделали мне УЗИ, все идеально. — Так, в УЗИ идеально все? — Да, в УЗИ идеально. Но по гормонам, там же определенные гормоны щитовидки, там... гормон, еще, я пока не знаю результатов. — То есть явной патологии щитовидной железы нет? — Я думаю, у меня явной патологии ничего нет. Мне так кажется. — Да? Понятно. — Думается.*

**Участник разбора:** Скажите, пожалуйста, мы знаем, что когда желудок сам не очищается, когда запор, Вы прибегаете ко всяким процедурам. Сами себе делаете, да? — *Процедура, знаете, моя самая эффективная за все годы жизни, это в этот день повнимательнее к питанию, спорт, баня, сауна, движение, прогулки и так далее. — А клизмы, что-нибудь в этом роде? Ничего такого не делаете? — Нет, конкретно нет. Но я проходила курс клизм в Пекине. — Понятно, спасибо.*

**Ведущий:** В Китае, да? — *Да. Пекин — это столица. — Понятно. Хорошо. Нет вопросов больше? Спасибо Вам. — Вам спасибо. — В добрый час! Поправляйтесь, выздоравливайте, Татьяна. — Спасибо. Вам тоже всего хорошего. — Будьте здоровы, да. — Все, мне можно идти? — Да, конечно. — До свидания. Спасибо.*

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Ведущий:** Так, Мария Евгеньевна. Начинайте анализировать.

**Врач-докладчик:** *Давайте я статус прочитаю при поступлении, из истории. Психический статус от 13.04-го, когда она повторно поступила, вернее, была переведена из 67-й больницы. В сознании, одета по сезону, ориентирована в месте и времени, собственной личности. Двигательно спокойна, подчиняема, продуктивному контакту малодоступна. Эмоционально лабильна, напряжена, тревожна. На вопросы отвечает кратко, односложно. При уточняющих вопросах начинает... ответы не дает. Погружена в переживания. Говорит: “Надо решить проблему с кишечником”. Настроение снижено. Обманов восприятия не обнаружено. Бредовых идей не высказывает. Суицидальные мысли отрицает. Критика собственного состояния снижена. Дала согласие на госпитализацию и лечение. Госпитализация добровольная. Депрессивное расстройство ей ставят. Текущий эпизод — средней степени тяжести. И анорексия как осложнение. — Это кто-то до Вас поставил? — Да, это я из истории читаю. — А какое де-*

*прессивное расстройство? Рекуррентное? — Рекуррентное депрессивное расстройство. — Понятно. И что же со статусом происходило в процессе лечения? — Ей стало лучше. Она менее фиксирована на своих сверхценных ипохондрических идеях. — А лучше — на чем, на какой терапии? — Она получала эглонил 300, и неулептил 12 капель — по 4 капли три раза в день. — А антидепрессантов она не получала? — Нет, не получала. — Хорошо. Ну, и дальше? Нынешний статус мы увидели. Вот Вы его можете охарактеризовать, что это такое? Чем определяется нынешний статус? — Я думаю, синдромом сверхценных идей. — То есть синдром сверхценных образований, связанных со своим соматическим здоровьем. И в итоге Вы приходите к какому заключению, выводу? Какой диагноз? — Шизотипическое расстройство по МКБ F-21.3, псевдоневротическая, неврозоподобная шизофрения. В общем, она под многие критерии подпадает. Это неадекватность или сдержанный аффект. Больные выглядят холодно-сдержанными, отрешенными. Мышление аморфное, обстоятельное, много детализации. — Ну, это все признаки, скорее, органические. И кстати, психолог ее смотрел, и психолог ничего специфического для шизофрении не нашел. Я так понял из заключения психолога. Так? — Ну, в общем, да. — Ну, и Ваш диагноз, я имею в виду диагноз шизотипического расстройства, расходится с диагнозом рекуррентная депрессия, который до Вас выставил другой доктор пациентке. Так? — Ну, да. — И, в конечном счете, какой же диагноз верный? И чем ее дальше лечить, Мария Евгеньевна? — Мне кажется, эта терапия ей подходит. — В смысле, эглонил и неулептил? — Эглонил и неулептил. — А сколько эглонила, сколько неулептила? — Неулептила 12 капель, по 4 три раза, 12 миллиграмм, эглоила 300 в сутки. — Ну, хорошо. Вопросы по диагнозу к докладчику есть?*

**Участник разбора:** А скажите, статус психический какой? — *Могу зачитать. Пациентка правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Выглядит моложе своего возраста. Лицо бледное, волосы сухие, ломкие. На себя обращает внимание истощение больной — весит 40 килограмм при росте 162 сантиметра. Одета опрятно, в собственную одежду. Держится с чувством дистанции, уверена, иногда несколько высокомерна. На беседы соглашается охотно. После объяснения понимает цель проводимого психиатрического расспроса, его результатами активно не интересуется. Фон настроения ровный, временами становится несколько раздражительной. Выражение лица спокойное, однообразное, иногда несколько тревожное, напряженное. Объясняет это беспокойством по поводу нарушения распорядка ее дня. Высказывает желание успеть вовремя принять пищу, посетить ЛФК, физиотерапевтические процедуры и арт-терапию. Демонстрирует лист с распорядком дня. Мимика маловыразительная. Во время беседы временами*

стереотипно морщит лоб, манерна. Голос негромкий, речь несколько ускоренная, временами смазанная, маломодулированная. Смысл задаваемых вопросов понимает формально, на вопрос отвечает по существу. В беседе старается доминировать, при этом обстоятельна. Вместе с тем склонна к рассуждательству. В процессе разговора часто смещается с обсуждаемой темы. Принимается говорить об отвлеченных предметах. Корректируется врачом, однако, вновь быстро отвлекается от основной темы. Анамнестические сведения излагает хронологически верно, правильно датирует основные события своей жизни. При этом при вопросах о наличии психических нарушений у нее и брата становится несколько настороженной, пытается выяснить цель, с которой задаются вопросы. О периоде нахождения в больнице, когда видела узор на столе, а также последующем нахождении в 67-й больнице сообщает, что некоторые моменты как в тумане. Вместе с тем, указывает, что все помнит, и даже узнавала в дальнейшем медсестру, которая ее фиксировала. Пространно, монотонно повествует о своей болезни и борьбе с ней, в подробностях рассказывает о проблемах с кожей и ЖКТ. Высказывает множество жалоб, главными из которых считает тягостные ощущения в животе.

**Ведущий:** В общем, доктора, я думаю, достаточно. Спасибо, Марина Евгеньевна, садитесь. В общем, ситуация сложилась таким образом, что существует как бы два диагноза взаимоиключающих, ну не совпадающих, во всяком случае. У кого какие суждения из присутствующих, кто что думает в отношении окончательного диагноза у этой больной? Статуса и диагноза. Первый диагноз — рекуррентное депрессивное расстройство, предыдущий лечащий врач поставил. А Мария Евгеньевна остановилась на диагнозе шизотипического расстройства, псевдоневротической шизофрении.

**Ведущий:** Пожалуйста, молодые доктора, если хотите... Мария Евгеньевна, давайте квалификационный статус. Какой синдром сейчас, какой ведущий синдром? Это основа в диагностике, определение ведущего синдрома на протяжении болезни. Пожалуйста.

**Врач-докладчик:** Состояние больной на момент осмотра определяется сверхценными сенесто-ипохондрическими идеями, так называемая сенестоипохондрия, синдром сверхценной одержимости, по Смулевичу. Внимание трудно переключаемое, мало истощаемое. Память, интеллект не снижены, мышление конкретное, несколько ригидное.

**Ведущий:** Я, простите, перебиваю из-за нехватки времени. То есть сенесто-ипохондрический синдром, Вы считаете? — Да. — Так. Еще? Если проанализировать ее, начиная с пубертатного возраста? — *Дисморфофобия у нее.* — Правильно. Дисморфофобия. Только у какой личности? И оценить ее поведение на

протяжении многих лет, начиная с пубертата. И вопрос такой: когда она заболела? — *Ну, преморбидные особенности определяются аномалиями круга, близкого к шизоидному с эмоциональной обедненностью, ригидностью, негибкостью мышления.* — Ну, с другой стороны, она очень много работала, она преуспевала, все ей удавалось, у нее все получалось, у нее все горело в руках. Несмотря... это на фоне, так сказать, дисморфофобической, да, и дисморфоманической симптоматики, которая вынуждала, так сказать, прибегать к определенной диете. Заметьте, что это началось в пубертате, в 14 – 15 лет. Дальше больше. Вот эти периоды повышенной активности, они доминировали, но они, так сказать, омрачались ее соматическим здоровьем и дисморфофобией. И, в общем, к настоящему времени статус определяется, на мой взгляд, не просто сенесто-ипохондрическим синдромом, а так называемым смешанным состоянием, *mischzustand*. В данном случае, есть симптоматика, характерная как для маниакального полюса, так и для депрессивного. Для маниакального полюса что у нее характерно? Ее монолог, ее говорливость, ее ускоренные ассоциации. Это все есть. А фон настроения при этом какой? Он отнюдь не радужный. Он, скорее, такой депримируемый. Вот чем вам не смешанное состояние? *Mischzustand*. Это женщина. Смешанное состояние (уж получается так, что я не завершаю, а забежал вперед) — это прерогатива в основном лиц женского пола, прерогатива больных с определенной соматической патологией, ну, с эндокринной патологией (в частности, патологией щитовидной железы), и с органикой определенной. На ЭЭГ там находят определенные органические изменения, находки. То, что она родилась из двойни, это сбрасывать со счетов тоже никак нельзя. Любая двойня — это нарушение питания определенное во внутриутробном периоде, это тоже, безусловно, органический фактор. Легкий, но заметный органический фактор. Ну, и дальше больше. Вот, до настоящего времени эта симптоматика, с одной стороны, повышенной деятельности, активности, а с другой стороны, она омрачена заботой о своем здоровье, и это смешанные состояния, они рассматриваются в рамках биполярных расстройств. В пользу того, что это расстройство не рекуррентная депрессия, а биполярная, говорит и возраст начала — 14 – 15 лет. Биполярные расстройства всегда начинаются в пубертате. А рекуррентное, депрессивное расстройство, монополярная депрессия, всегда начинается после 30, 33 – 35 лет. У нее это все началось раньше. Ну, вот мне она представляется именно такой. Я не утверждаю, что моя точка зрения самая верная. Я готов выслушать другие суждения. Пожалуйста.

**А. М. Бурно:** Я позволю себе другое мнение высказать, поддержать интерна нашего. Мне все-таки представляется, что это сенестоипохондрия с синдромом сверхценной одержимости. Что можно привести

в доказательство? Она сама долгое время жалуется на проблемы ЖКТ. Проблема эта заключается в том, что появляется чувство тяжести неприятное, крайне неприятное, даже с оттенком моральной неприятности, с которым она любыми путями пытается справиться и как-то справляется. Тут есть все необходимое для сенестоипохондрии с синдромом сверхценной одержимости — и сенестопатическое переживание, и вегетативная дисфункция вокруг них. И то, что там в литературе еще называется аутоагрессией, да, в широком смысле, когда пациенты, чтобы снять как-то это сенестопатическое переживание, ощущения, сами с собой производят какие-то достаточно жестокие процедуры. Даже пишут, что как бы есть ощущение отчуждения собственного тела в этом смысле. У нее этого нет. Но это немножечко близко, потому что, действительно, жестокие процедуры, которые ее доводят даже до выпадения прямой кишки. У нее я как-то не могу увидеть отчетливых аффективных фаз, отчетливых подъемов. По-моему, это шизоидный, стеничный, экспансивный преморбид с одержимостью, да. Вот как у Анатолия Болеславовича написано, собственно, в монографии, что эти больные одержимы еще с юности, и потом, когда начинают работать, уходят в работу, ограничиваются этой работой и одержимы. По-моему, речь идет об этом.

**Ведущий:** Ну, пожалуйста. Значит, диагноз — вялотекущая шизофрения, сенесто-ипохондрический синдром, или шизотипическое расстройство личности?

**А. М. Бурно:** Да, да.

**Ведущий:** Пожалуйста, еще кто? Марк Евгеньевич, Вы теперь, может быть?

**М. Е. Бурно:** Моя беда в том, что я плохо слышу, а она говорила, во всяком случае, сначала очень тихо, скороговоркой. Но, послушав то, что говорила погромче, скажу: впечатление, конечно, личностно-шизофренческое, даже если бы она вовсе не говорила. Лицо гипомимично, стереотипно морщит лоб, отрешённая душевная разлаженность. Идет однотонный тихий, разлаженный, нелепый монолог. На что жалуется? На загадочные моральные запоры. Это довольно отчетливо высветилось, когда мы ее спрашивали. Первичен — запор. И другие “соматические расстройства”. Из запора вырастает страх, тревога, ощущение моральной тяжести в кишке ещё сильнее. Словом, порочный круг. Но настоящего запора-то нет. Здесь, в больнице, у неё 4 дня стула нет и она на это внимания не обращает. А ощущение утренней моральной тяжести в кишке (без всякой боли) сопровождается бредовым толкованием. Как же так! Я ем легко, а у меня сразу после сна не выходит, надо руками в страхе кал вытаскивать, чтобы избавиться от ощущения моральной тяжести в кишке. И т.п. Вот он — отчётливый “аромат” шизофрении. И ее и не смущает то, что в психиатрической больнице лечится от кишечной патологии. И к гастроэнтерологам не тянется,

как выяснилось. Ну, была там, были исследования... Главное психопатологическое расстройство сегодня представляется как бредовой ипохондрический синдром. Тут есть и сенестопатические и, возможно, вегетативные расстройства. Между прочим, в нашей психотерапевтической, психиатрической амбулатории таких больных немало было за долгие годы. Здесь трудно разделить вегетатику, ипохондрические бредовые идеи, страхи, тревоги, сенестопатические расстройства. Единый узел. Подозреваю, что у нее в вегетативно-шизофренческом беспорядке и кишка. Живет Татьяна в таком состоянии годы, да. Происходят обострения, то, что называется экзакцербациями. Это, по-моему, ипохондрическая шизофрения, бредовая. Дефект сказывается в нескритичности, грубовато обнажённом поведении в отношении своей кишки в отделении. Но всё это схизисно вместе с известной тонкостью. Обострения, экзакцербации, тут обычно со смешанными аффективными расстройствами. На подъеме легче. И легче ей при какой-то интересной жизни, в том числе, при психотерапевтических всяких радостях, удовольствиях. Поэтому она и здесь тянется к арт-терапии. В нашей психотерапевтической амбулатории такие пациенты в терапии творческим самовыражением дают нескольколетние ремиссии даже без лекарств. И тут пять лет, кажется, она жила в увлечённости без своих кишечных трудностей. Без моральных запоров. Не думаю, что это аффективная циклотимическая гипоманиакальная фаза, хотя в это время они, верно, энергичные, много могут сделать. Все равно, эта ипохондрия в них, во всяком случае, в глубине души, остается, дезактуализируется, чтобы потом поднять голову. Хорошо рассказывает, как защищается она строгим режимом, ее с этого режима не собьешь. Не закончив обед, не придет сюда. И это есть ее ипохондрический образ жизни. Так живет, и психиатрическая больница ее не смущает. Как действуют на нее препараты? Они ее, как в таких случаях бывает, успокаивают, и она об этом говорит откровенно. Она же не говорит, что психофармакологические препараты снимают ее запоры, на время освобождают от страданий. Они просто ее успокаивают. И она свои смягчённые страдания продолжает переносить, пока внутреннее движение болезни не сработает, и не произойдет спонтанная ремиссия. Да, она говорит о том, что от интересной жизни много зависит ее состояние. Именно поэтому, думаю, эти пациенты при продолжительной, годами продолжающейся психотерапии с оживлением души, живут совсем по-другому, нежели такие же пациенты, которые лечатся только лекарствами. Лекарства вместе с постоянной еженедельной групповой, оживляющей душу, творческой терапией с психотерапевтическими отношениями с пациентами, с собратьями по болезни, которые тебе помогают общением с ними, — это для них так важно. Конечно, под руководством врача, при продолжающихся индивидуальных встречах. Могу



сказать тут только свой клинико-психотерапевтический опыт. В этом отношении психотерапевт-психиатр похож на хирурга, хотя и кощунственно это сравнивать. В том отношении похож, что тоже видит в пациентах именно свои случаи, где может помочь, и знает, как он здесь может помочь. И в этом отношении оценивает клинику. Психотерапия шизофрении начинается здесь с особого интимного швейцарского (в Швейцарии профессионально начавшегося) эмоционального контакта и особого психотерапевтического оживления души творческим вдохновением. Здесь это возможно при всей её все-таки сравнительной вязковатости, однотонно-суховатой такой вязковатости. Я бы думал не для диагноза в историю болезни, а про себя, что это ипохондрическая бредовая шизофрения. По-моему, почти всё остальное в состоянии Татьяны объясняется этим заболеванием. У Григория Абрамовича Ротштейна есть прекрасная небольшая книга “Ипохондрическая шизофрения”. Там есть и шизотипические, и такие бредовые случаи, и шубообразные. Спасибо.

**Ведущий:** Хорошо. Спасибо, Марк Евгеньевич. Еще кто-то, доктора?

**Н. Л. Зуйкова:** Я присоединяюсь к Марку Евгеньевичу в диагнозе, но я прошу еще обратить внимание, что не стоит упускать из виду синдром нервной анорексии, которая есть. И это дефицит веса, перед нами женщина как мальчик, это отсутствие менструаций. И надо этим заниматься отдельно, я думаю.

**Ведущий:** Это как раз специфика вашей кафедры. Да?

**Н. Л. Зуйкова:** Да. Поэтому не могу не обратить внимание.

**Ведущий:** Понятно. Спасибо. Еще?

**А. Г. Меркин:** Вот у меня вопрос к Марку Евгеньевичу даже. Потому что мы долго думали — все-таки квалифицировать эти состояния как сверхценные идеи или все-таки как бредовые. Ну, и в результате понятно, что если говорить о сверхценных идеях, то это сверхценные идеи все-таки в рамках шизофрении, да, и они своеобразные. Но, соответственно, вот как бы мы все-таки больше склонялись к сверхценности именно, в связи с тем, что говорил Антон Маркович, вот я хотел бы тут процитировать, что да, началось-то все в пубертатный период как дисморфофобии, что шикарно совершенно прописано у Смулевича, я просто взял и все у него как бы частично кусками там выписал себе. И что потом это патологические телесные сенсации, которые по своей психопатологической структуре находятся ближе к сенестоалгии.

**Ведущий:** Но простите, Александр Геннадьевич, у нее, кроме неприятного ощущения, дискомфорта в ЖКТ, ничего не было. Не слишком ли это мало для сенестопатии и сенестоалгии?

**А. Г. Меркин:** Пожалуйста, даже написано: “Носившими локальный характер”. Понимаете? Тут все как раз очень неплохо укладывается именно в это.

Именно описывается тяжесть в эпигастрии. То есть описывается тут...

**Ведущий:** Вы понимаете, сенестопатия — это все же нечто другое, согласитесь. Это трудно вербализуемые, неприятные, трудно дифференцируемые, трудно описываемые ощущения, сенестопатия. Когда есть болевой компонент, тогда говорят о сенестоалгии. Она же говорит — дискомфорт в кишечнике там, в желудке.

**Ю. С. Савенко:** Моральный дискомфорт, с моральным оттенком.

**А. Г. Меркин:** То есть в принципе все по описанию как бы укладывается очень даже неплохо во все эти расстройства. И то, что в настоящий момент телесные сенсации, которые локализуются, я обращаю ваше внимание, как раз в эпигастрии, воспринимаются уже ею не как нечто чуждое. Об этом, в частности, свидетельствует та манера, с которой пациентка рассказывает о своих ощущениях. Это состояние обнаруживает сходство с нарушениями, которые определяются как obsessions с ненавистью к собственному телу. Иначе довольно трудно себе представить, зачем использовать латексные перчатки, которые она заказала у своего брата, и так далее. Она активизировала свою борьбу с болезнью, сама овладела мед. манипуляциями, массажем, клизмами. Она очень подробно описывала, как она делала себе массаж. Ну, и так далее. Соответственно, в структуре всего этого у нас, в принципе, был дифференциальный диагноз между бредом и сверхценностью. И мы все-таки остановились на сверхценных идеях, потому что это все, как бы вот все эти нагромождения, вся эта конструкция базируется все равно, как нам кажется, вот на этих элементарных, безусловно, не развернутых, но сенестопатиях.

**Ведущий:** Но это действительно не бред. Это не бред. Это сверхценное образование.

**Ю. С. Савенко:** Я бы тоже не говорил о сенестопатии.

**Ведущий:** Вот, пожалуйста, Юрий Сергеевич, пожалуйста, выскажитесь. Не хотите? У меня вопрос к психологу. Самира Анатольевна, скажите, Вы нашли у нее изменения по шизофреническому типу?

**С. А. Анохина:** *Нигде. Ни в интеллектуальной сфере, ни в эмоционально-личностной. Шкала, восьмая шкала MMPI у нее низкая. Ипохондрическая шкала, кстати, тоже хотела сказать, у нее тоже низкая. Первая шкала низкая. — А восьмая шкала — это, что? Поясните. — Аутизм. Аутизация, аутичность. Восьмая шкала MMPI, которая всегда повышается. — Ну, хорошо. А вот специфика мышления, типа опоры на слабые, на латентные признаки, соскальзывание, — Вы это увидели? — Обстоятельность есть, конкретность, вязкость определенная. — Вязкость, обстоятельность — это органический признак. — ... включение субъективной логики.*

**Ведущий:** Так вот понимаете, получается, что мнение... Ну, я понимаю, что я в меньшинстве, но что делать, такова жизнь. Кстати, Юрий Сергеевич, скорее, к моей точке зрения ближе. Да, Юрий Сергеевич?

**Ю. С. Савенко:** Да, да. И сенестопатия совершенно неподходящий термин.

**Ведущий:** Понимаете, вот исследования психологов не находят данных за шизофренический тип расстройств мышления. Вот это для меня явилось, так сказать, исходным пунктом в заключении. Но я могу заблуждаться.

**Ю. С. Савенко:** Нужно добавить, что мы здесь в противоречии с МКБ... как к ней худо ни относиться,

и я много критиковал эту классификацию, но нужно разводить шизотипию и шизофрению, а не сливать их. А там четко сказано: ничего похожего.

**Ведущий:** Сейчас в МКБ нет диагноза ипохондрической шизофрении. Так?

**С. А. Анохина:** Есть шизофрения ипохондрическая. Ее можно зашифровать.

**Ведущий:** Ну хорошо, я свою точку зрения высказал. Я понимаю, что она не очень популярная оказалась. Но я тоже могу ошибаться. И я бы ее лечил, назначая нормотимики, типа ламотриджина и так далее. Спасибо.

*PS. От редактора. После завершения разбора спор относительно квалификации сенестопатии продолжился. Антон Маркович Бурно и Александр Геннадьевич Меркин атаковали позицию Марка Евгеньевича Бурно относительно бредового регистра психических расстройств у больной, настаивая на синдроме сверхценности, а Ю. С. Савенко — их позицию относительно квалификации ими у больной сенестопатии, которую они продолжали отстаивать. Между тем, они противоречили сами себе: квалификацию отдельных симптомов определяет не только их описание, воспроизведенное проф. Владимиром Вениаминовичем Калининным, подчеркнувшим, что просто боли в эпигастральной области для этого недостаточно, но еще и контекст синдрома в целом. Если это бредовый синдром, то это, вероятно, сенестопатия. Если сверхценность, то нет, а они настаивали на сверхценности.*

*В случае бредового синдромального контекста, тягостные висцеральные ощущения нередко очень кратко предъявляются больными, либо в силу депрессивного состояния, либо отсутствия вербальных способностей, либо реально трудной вербализуемости, которая в случае бредового настроения связана с “ансамблем незаметных, незначительных по отдельности, вообще не регистрируемых черт, создающих физиономию” высокой негативной значимости, сигнала несчастья в желудке, и только при дальнейшем усугублении эти ощущения за счет высвобождения “сущностных качеств”, как это детально описано у Клауса Конрада, приобретают характер бредового восприятия.*

## Принцип презумпции психического здоровья гражданина в законе и правоприменительной практике

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается практика применения института презумпции психического здоровья (презумпции отсутствия психического расстройства) в гражданском процессе.

**Ключевые слова:** презумпция психического здоровья

Презумпция — это предположение, считающееся (признаваемое) истинным (достоверным), пока ложность такого предположения не будет бесспорно доказана. Каждый человек предполагается находящимся в здравом уме, пока не доказано противное. Этот тезис считается общим (употребляемым в широком контексте) и вместе с тем юридическим (вытекающим из закона), т.е. служит обязательной предпосылкой умозаключения при оценке событий судом.

Принцип презумпции “полноценного психического состояния здоровья гражданина пока не доказано иное” вытекает из норм международного права.

Так, согласно п. 4 Принципа 4 Принципов защиты психических больных лиц и улучшения психиатрической помощи (утв. резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46/119), сведения о лечении или госпитализации пациента в прошлом не могут сами по себе служить оправданием постановки диагноза психического заболевания в настоящем или будущем.

В некоторых государствах этот принцип прямо сформулирован в законе. Например, согласно ст. 6 “Презумпция отсутствия психического расстройства (заболевания)” Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З “Об оказании психиатрической помощи” лицо считается не имеющим психического расстройства (заболевания) пока наличие психического расстройства (заболевания) не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом.

Российский Закон о психиатрической помощи такое понятие не использует. Отдельные составляющие “презумпции” закреплены в его ст. 10 о правилах диагностики психического расстройства, ст. 23 о порядке психиатрического освидетельствования, ст. 8 о запрете требования сведений о состоянии психического здоровья гражданина при реализации им своих прав и свобод. Согласно этой норме требование от гражданина предоставления таких сведений либо требование обследования его врачом-психиатром допускается лишь в случаях, установленных законами РФ. Можно сказать, что принцип презумпции психического здоровья

(а, точнее, “сохранности” психического здоровья или отсутствия психического расстройства) выводится из всей совокупности положений Закона о психиатрической помощи. Он является одним из важных правовых принципов, обеспечивающих охрану прав личности.

На действии презумпции психического здоровья гражданина со ссылкой на Закон о психиатрической помощи базируется судебная практика, главным образом, по делам о признании недействительной сделки (договора купли-продажи, ренты, дарения; завещания) по мотиву совершения её гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 ГК РФ). Как указывают суды в своих решениях, отсутствие прямых доказательств, подтверждающих наличие психических заболеваний или расстройств, *выявленных при жизни гражданина в юридически значимый период и отвечающих принципам относимости и допустимости средств доказывания* (ст. 59 и 60 ГПК РФ), сопряжено с отсутствием правовых оснований для удовлетворения иска по данному основанию<sup>1</sup>.

Недопустимым доказательством может быть признана, например, представленная стороной медицинская карта, которая не прошита, не пронумерована, имеет многочисленные неоговоренные исправления и дописки, что вызывает сомнение в подлинности и достоверности содержащихся в ней сведений.<sup>2</sup> На недостоверность данных об установлении лицу диагноза психического расстройства указывает заочное выставление такого диагноза без психиатрического

<sup>1</sup> См. определения Судебной коллегии по гражданским делам Ленинградского облсуда от 15 декабря 2011 г. по делу № 33-6198/2011 и от 9 октября 2014 г. по делу № 33-3386/2014, а также апелляционные определения Судебных коллегий по гражданским делам Алтайского краевого суда (от 24 сентября 2013 г. по делу № 33-7764/2013), Верховного Суда Республики Башкортостан (от 24 февраля 2015 г. по делу № 33-2462/2015) и др.

<sup>2</sup> См. апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Адыгея от 5 июня 2012 г. по делу № 33-555.

освидетельствования. Не являются допустимым доказательством содержащиеся в карте результаты психиатрического освидетельствования, проведенного с нарушением закона. Например, когда оно проводилось под видом осмотра врачом любой иной специальности, либо осуществлялось с согласия неуполномоченных на то лиц<sup>3</sup>, либо при отказе лица от освидетельствования при условии, что оснований для проведения освидетельствования в недобровольном порядке не имелось, либо когда запись о даче лицом согласия на освидетельствование является неполной или некорректно выполненной.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Ленинградского облсуда (определение от 28 мая 2014 г. № 2021/2014) согласилась с выводом Всеволожского горсуда о том, что запись в амбулаторной карте Н.П.: «Согласна на освидетельствование на дому» не является надлежащим доказательством дачи Н.П. согласия на психиатрическое освидетельствование, т.к. в нем отсутствуют:

- слово «психиатрическое»,
- дата выполнения данной записи.

Поскольку достоверно не доказано, что Н.П. давала согласие на проведение психиатрического освидетельствования, суд сделал правильный вывод о том, что данные осмотра психиатра от .. получены с нарушением ч. 2 и 3 ст. 23 Закона о психиатрической помощи, в связи с чем они не являются допустимыми доказательствами по настоящему делу.

Суд может не принять в качестве достоверного доказательства и заключение экспертов, если оно не удовлетворяет требованиям закона.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Волгоградского облсуда (апелляционное определение от 9 апреля 2014 г. по делу № 33-3777/2014) оставила без изменения решение Центрального районного суда г. Волгограда об отказе в удовлетворении иска о признании завещания недействительным.

Из экспертного заключения следовало, что к интересующему суд периоду времени К.Н. страдала психическим расстройством в форме органического расстройства личности и поведения в связи с сосудистыми заболеваниями головного мозга с выраженным органическим психосиндромом. В день составления завещания К.Н. по своему психическому состоянию не могла в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими.

В судебном заседании эксперт-психиатр З. пояснил, что в основу заключения были положены записи врача-невролога из амбулаторной карты поликлиники. Эти записи хронологически не последовательны. В иной меддокументации описаний психического состояния К.Н. не имеется.

Суд установил, что в карте К.Н. имеется пять записей ее обследования на дому врачом-неврологом Б. В. Однако в журнале регистрации вызовов врачей-специалистов поликлиники записи вызова вра-

ча-невролога к К.Н. отсутствуют. Врач-невролог Б.В. из поликлиники уволена. Из справки о видах и объеме медицинской помощи, оказанной К.Н., следует, что согласно счетам медицинских организаций в соответствующие даты за помощью врача-невролога она не обращалась.

По мнению Судебной коллегии, с учетом указанных обстоятельств суд первой инстанции правомерно не принял заключение экспертов в качестве достоверного, допустимого по делу доказательства.

По нашему мнению, даже в том случае, если бы суд (при наличии к тому оснований) оценил заключение экспертов о психическом расстройстве К.Н. как достоверное, он все равно был бы вынужден отказать в иске, поскольку эксперты не установили главное — то, что К.Н. не могла понимать значение своих действий. Они пришли к выводу, что в день составления завещания подэкспертная не могла в полной мере понимать значение своих действий. Неполнота меры понимания совершенных действий не влечет признание сделки (в данном случае завещания) недействительной, т.е. наступления тех последствий, которые предусмотрены ст. 177 ГК РФ. Как известно, ст. 1125 ГК РФ допускает составление и удостоверение завещания при наличии у завещателя тяжелого заболевания.<sup>4</sup>

Презумпцией психического здоровья суд руководствуется также в случаях, когда не удаётся установить, в т.ч. с использованием специальных знаний, в каком состоянии лицо совершало оспариваемую сделку.

Так, на презумпцию психического здоровья сослался Волжский районный суд Самарской области (решение от 29 ноября 2013 г. по делу № 2-861/2013-М-884/2013), отказав в удовлетворении исковых требований Ш. к С. о признании завещания Ш.А.Ф. недействительным.

Суд согласился с выводами экспертов о том, что достоверно установить, страдала ли Ш.А.Ф. в период оформления завещания каким-либо психическим расстройством не представляется возможным. Во-первых, отсутствуют данные медицинского наблюдения за состоянием здоровья подэкспертной в этот период (в амбулаторной карте из поликлиники нет записей врачей). Во-вторых, описание состояния Ш.А.Ф. в юридически значимый период, данное свидетелями, противоречиво. Одни указывают на отсутствие у неё психических недостатков, на полностью адекватное поведение. Другие описывают нарушения психической деятельности при том, что не имели возможности в исследуемый период времени видеть её. Кроме того, описанные разрозненные признаки нарушения психики у подэкспертной (ослабление памяти, эпизоды дезориентировки) недостаточны для верификации диагноза в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10. В силу этого невозможно установить полноту её способности понимать значение своих действий и руководить ими, понимать юридическое значение и последствия сделки.

Суды вынуждены ссылаться на презумпцию психического здоровья и в тех случаях, когда выводы экспертов вопреки закону носят вероятностный характер.

<sup>3</sup> Так, в заключении врача одной из частных психиатрических клиник было записано, что психиатрическое освидетельствование Н. проводилось в недобровольном порядке — с согласия ее племянницы М.

<sup>4</sup> См. решение Октябрьского районного суда г. Омска от 13 декабря 2013 г. по делу № 2-4157/13.

Такую ссылку сделал Ворошиловский районный суд Ростовской области (решение от 22 октября 2013 г. по делу № 2-501/13), критически отнесшийся к заключению экспертов. Согласно заключению Белоцерковская В. И. в момент подписания договора пожизненно содержания с иждивением *наиболее вероятно* выявляла признаки хронического психического бредового расстройства в форме “инволюционный параноид F22.81”. Имевшиеся у неё нарушения психики в *наибольшей степени вероятности* ограничивали ее способность понимать значение своих действий и руководить ими в момент подписания договора.

Как указал специалист-психиатр, высказавший в суде свои суждения по поводу экспертных выводов, вероятностный вывод отражает неполную внутреннюю убежденность в достоверности аргументов, всего лишь среднестатистическую доказанность факта, невозможность достижения полного знания; он допускает возможность существования факта, но не исключает абсолютно другого — противоположного. Категоричный вывод экспертов должен содержать достоверные знания эксперта о факте независимо от каких-либо условий его существования.

Доказательственная сила вероятностных экспертных выводов в отношении устанавливаемого с помощью экспертизы искомого факта равнозначна доказательственной силе письменного сообщения экспертов о невозможности дачи заключения. Такое сообщение согласно закону служит процессуальным документом, в то время как вероятностное экспертное заключение законом не предусмотрено, оно неоднозначно оценивается судами, порождает споры среди специалистов. С. Н. Шишков советует экспертам в случае недостаточности данных для категорического экспертного вывода сообщать суду о невозможности дать заключение. Это позволит застраховать от ошибок и нарушений, которые могут быть допущены в ходе дальнейшего производства по делу.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Шишков С. Н. Вероятное заключение экспертов-психиатров // Российский психиатрический журнал, 2013, № 5. С. 20.

<sup>6</sup> Ст. 2 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”.

Как свидетельствует судебная практика, на презумпцию психического здоровья ссылаются не только судьи, но и эксперты при даче заключения о психическом состоянии лица.

Так, согласно заключению посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делу о признании завещания недействительным комиссия экспертов исходя из юридического положения презумпции психического здоровья пришла к выводу, что на момент составления завещания подэкспертный мог осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, т.к. объективных данных, утверждающих обратное, в представленных документах не обнаружено.

Решение Пятигорского горсуда от 21 октября 2011 г. (дело № 2-1380/11), основанное на данном заключении, было впоследствии отменено кассационным определением Судебной коллегии по гражданским делам Ставропольского краевого суда от 20 декабря 2011 г. № 33-6660/11, в частности, на том основании, что выводы суда первой инстанции постановлены только на основании заключения комиссии экспертов без учета других имеющихся в материалах дела доказательств.

Представляется, что исходить в своих выводах из презумпции психического здоровья, которая, как верно отметили в заключении сами эксперты, является *юридическим* положением, надлежит при (юридической) оценке доказательств, в т.ч. и заключения экспертов. Такая оценка производится *судом*. Задача же судебно-экспертной деятельности состоит в оказании содействия суду в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла.<sup>6</sup>

## РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. Н. Аргунова*

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

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

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

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (Вопросы и ответы). Изд. 4-е, перераб. и доп. — М., 2015. — 768 с.**

Заказать книги можно по электронной почте: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)  
или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,  
*Аргуновой Юлии Николаевне*

### Вновь использование психиатрии в политических целях

Заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов **Челябинской** областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 от 31 августа 2015 г. на Алексея М., 36 лет представляет пока еще беспрецедентный для нас **пример откровенно политического обоснования стационарного принудительного лечения и лишения права давать показания в суде.**

Похоже, что врачи больницы покорно ответили на последний 9-й вопрос следователя ФСБ в ожидаемом от них — по их же мнению — ключе.

- “Не страдает ли подозреваемый М. психическим расстройством, связанным с опасностью для него и других лиц, либо возможностью причинения им иного существенного вреда?”

- “В связи с выраженностью эмоционально-волевых расстройств, нарушением критики может представлять опасность для себя и других лиц, либо возможность причинения им иного существенного вреда, в связи с чем нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа”.

Дело в том, что в тексте заключения отсутствуют какие-либо данные, позволяющие обосновать такого рода ответ. Наоборот, **имеются данные о полном разочаровании М. в своей деятельности в роли ополченца в Крыму и Донцке и нежелание больше стрелять.** Никаких агрессивных тенденций, дисфорических реакций, антисоциальных проявлений не отмечено. Задержали его после интервью о разочаровании “Открытой России” и интернет-изданию “Грани.ру”.

Речь идет о несомненно психически больном человеке с давно адекватно выставленным диагнозом, но судя по текстам заключения амбулаторной СПЭ от 31.08.2015 и комиссии трех психиатров, после полугода принудительного лечения, безобидном, не представляющем общественной опасности. Однако **члены комиссии, обосновывая продолжение стационарного принудительного лечения, вместо естественного здесь с самого начала принудительного амбулаторного лечения, прибегли к недостойной психиатров полицейской формулировке: “учитывая... готовность к продолжению своей активной “политической и социальной” деятельности, сохраняющейся противоправной опасностью, считающейся социальной дезадаптацией...”.**

Между тем, “**противоправная опасность**” не подпадает под основания для недобровольной госпитализации. Она не имеет ничего общего ни с непосредственной физической опасностью для окружающих, ни с опасностью для собственного здоровья. Если такая формула всерьез будет использоваться для помещения в психиатрические стационары и для отказа от выписки из них, то ни коек, ни больниц не хватит, не говоря уже о ее антигуманном характере.

Спрашивается, на каком основании **мнение очевидным образом психически больного человека о создании Уральской республики** может быть опасным? Это легче преподнести как дискредитацию этой идеи. Если она нелепа, то безопасна. Как можно судить частное мнение, высказанное на собственном блоге, тираж которого определяется числом его посетителей?

Не дело психиатров повторять благоглупости относительно “противоправной опасности”, — это не их профессиональная компетенция. Любой гражданин вправе иметь свое личное частное мнение и делиться им. В том числе, что все империи неизбежно разваливаются, и что в будущем вполне возможна Уральская республика. Само возбуждение уголовного преследования в отношении М. является крайне недалеким.

Да, это психически больной человек, но ничего экстремистского в его проповедях нет, это одно из расхожих, даже банальных рассуждений, а в его поведении нет ничего агрессивного. Наоборот, он “покинул ряды ополченцев, не захотел стрелять”, более того, он сумел скорректировать свое поведение на основании личных впечатлений, **сумел противостоять политической пропаганде, в отличие от членов комиссии,** которые в отношении понимания опасности вышли за пределы своей профессиональной компетенции, что сделало этот случай явственным использованием психиатрии в политических целях.

Законодательные акты об экстремизме, политической и террористической деятельности, не определяющие строго эти ключевые понятия, легко прогнозируемым образом, подобно знаменитым статьям советского УК о подрыве советского государственного строя, будут неизбежно продуцировать массовое использование психиатрии в политических целях при таком правоприменении, как в описанном здесь случае.

*Президент НПА России Ю. С. Савенко*

## Анекдотическая эстафета следователя и экспертов

Когда читаешь иные постановления следователей, то узнаешь стиль речи и мышления героев Андрея Платонова: тяжело ворочающиеся косноязычные обороты речи, втискивающие в узкий набор юридических шаблонов свое буквальное восприятие. Похоже, что этот стиль так подействовал на экспертов, что они пошли на поводу квалификации следователем обстоятельств дела — покушение на убийство.

Эксперт не вправе оценивать вслух достоверность собранных следователем данных, но если он встречает явную несурязицу, ее надо развернуто показать и дать свою интерпретацию, наглядно показать необходимость раздельности процедур описания и интерпретации вместо исходного смешения. За многолетнюю практику изучения СПЭ-заключений мы ни разу не встретили значащуюся в превосходно написанной Инструкции, утвержденной Минздравом, “Заключение судебно-психиатрического эксперта (экспертов)” раздела “анализ альтернативных версий”, даже там, где это было явно необходимо.

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении амбулаторной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы

Следователь по особо важным делам майор юстиции Ш., рассмотрев материалы уголовного дела № ....., УСТАНОВИЛ:

Настоящее уголовное дело возбуждено судом по признакам преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 30 и ч. 1 ст. 105 УК РФ в отношении К. по факту покушения на убийство Р.

В ходе расследования данного уголовного дела установлено следующее.

16 октября 2013 г. около 1 час. К. пришел в квартиру своей бывшей сожительницы Р., где в тот момент находились Р., ее сын, а также выполняющие ремонтные работы по установке в квартире пластикового окна сотрудники фирмы “Сателс”.

Оказавшись в квартире, К. прошел в комнату, где находилась Р. и высказал в ее адрес требование возобновить их отношения, при этом в случае несогласия пообещал совершить ее убийство и в подтверждение своих слов достал из находившейся на нем одежды самодельное взрывное устройство. Затем при помощи зажигалки он зажег фитиль самодельного взрывного устройства и попытался закрыть дверь в комнату, где они находились. Р. с целью предотвращения взрыва попыталась потушить фитиль и между ней и К. завязалась борьба. Услышав шум из комнаты, ее сын забежал туда и стал оказывать помощь своей матери, когда ему это удалось, он вместе с Р. побегал к выходу из квартиры. В этот момент находившееся у К. в руках взрывное устройство взорвалось.

В результате происшедшего Р. были причинены термические ожоги пламенем правой кисти, с которыми она была доставлена в ГБУ РО АТЦ.

К. с образовавшимися у него телесными повреждениями: минно-взрывная травма, сочетанная травма, травматическая ампутация правой кисти, рваная рана правого бедра с повреждением бедренной артерии, рваные раны передней брюшной стенки в бессознательном состоянии был доставлен в ГБУ РО БСМП.

Таким образом, К. не удалось довести свой преступный умысел, направленный на убийство Р., до конца по независящим от него обстоятельствам, так как в результате оказанного ему сопротивления потерпевшей удалось покинуть место происшествия.

Учитывая характер действий К. в настоящее время необходимо проведение в отношении него комиссионной психолого-психиатрической экспертизы.

### Заключение специалиста-психиатра на заключения комиссий экспертов К., 1971 г.р.

Настоящее заключение составлено 06.06.2016 по запросу адвоката Кузнецова Евгения Алексеевича

на основании представленных им ксерокопий:

- заключения комиссии экспертов амбулаторной первичной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы № 1625/2013 (12.12.2013, 16.01.2014 г.)

- заключения комиссии экспертов амбулаторной дополнительной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы № 120 от 03.02.2014 г.

для ответа на следующие 5 вопросов:

1. Страдал ли обвиняемый К. каким-либо психическим заболеванием в момент совершения инкриминируемых ему деяний (изготовление и хранение самодельного взрывного устройства) и если да, то каким именно? Не отмечалось ли у него в период, относящийся к совершению инкриминируемых ему деяний, признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, и мог ли он отдавать отчет себе в своих действиях и руководить ими при совершении инкриминируемых ему деяний?

2. Страдает ли обвиняемый К. каким-либо психическим расстройством в настоящее время, может ли он отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими?

3. Если обвиняемый К. страдает психическим расстройством, нуждается ли он в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то каких именно?

4. Находился ли обвиняемый К. в момент совершенного инкриминируемого ему деяния в состоянии физиологического или патологического аффекта?

5. Мог ли обвиняемый К., учитывая особенности психического развития, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, если да, то в какой мере?

Вторая дополнительная экспертиза отличается от первой двумя другими экспертами-психиатрами (из трех) и парадоксальным образом не прибавлением, а убавлением одного дополнительного вопроса:

- имеются ли у обвиняемого К. признаки, не связанные с психическими заболеваниями, отставания в психическом развитии или иные аномалии психического развития неболезненного характера, и если имеются, в чем конкретно они выражаются?

Оба заключения написаны на 11 листах. Во второй экспертизе психическому статусу уделено полтора листа, тогда как первая экспертиза ограничилась одним листом.

Эксперты (психиатры и психолог) собственноручно и достаточно подробно описали характерное поведение, которое обычно квалифицируется как сверхценное, более того как “сверхценный бред ревности”: К. неоднократно подолгу следил за своей гражданской женой. Следил за ней возле ее дома, стучал в дверь, дежурил, преследовал на машине, постоянно звонил, писал письма по электронной почте, изъясняясь в любви и угрожал физической расправой, вопреки всем размолвкам, всем скандалам, не в силах сопротивляться буруеваемым его чувства, имеющим все признаки страсти с ее амбивалентностью: “или со мной, или убью” или, в конце концов, “умрем вместе”. В состоянии алкогольного опьянения эта страсть проявлялась в брутальной форме физической агрессии, в избиениях, не считаящихся ни с какими внешними обстоятельствами и доводами рассудка, вплоть до попыток удушения. В трезвом состоянии стремление жены избавиться от него связывалось не с собственной жестокостью, а с неотступными подозрениями, что у нее есть любовник, а когда она взяла в квартиранты девушку, что она — лесбиянка, а когда у той оказался парень, что жена все-таки кого-то имеет, и он — подолгу, в последний раз два месяца — неотступно следит за ней.

Этот рисунок поведения, с неспособностью прервать уже по всем признакам невозстановимую связь, этот липнувший ригидный аффект, высоко коррелирующий с эксплозивными вспышками дисфории с агрессией, эта амбивалентность чувства, придающая ему горячности, свойственная энцелофалопатам посттравматического, алкогольного и сосудистого генеза, часто сопровождается другими эпилептоидными или органическими чертами измененной личности, прежде всего склонностью к детализации, скрупулезности, старательности, тенденции к спокойной, даже тихой замедленной манере в обычной жизни. Экспер-

ты сами приводят яркое подтверждение этим чертам характера К. в чрезвычайно педантичном подробном описании им конструирования бомбы с указанием размеров в сантиметрах и миллиметрах и даже цвета различных составных частей. Однако, эксперты ограничили квалификацией “эмоционально-неустойчивого расстройства личности эксплозивного типа”, то есть легко возникающей вспыльчивости, возбуждения с ломанием мебели, домашнего скарба, теплицы, выбрасыванием в окно телевизора и избиениями жены, и, таким образом, игнорируют педантизм, детализацию, жестокость, амбивалентность чувств, а главное — **сверхценную охваченность идеями ревности**. Только психолог отмечает “охваченность неверностью жены”, угнетенность этим, и то, что “ригидность убеждений и инертность способствовали безальтернативной уверенности в собственных идеях”.

Если эти идеи сохраняются и сейчас, если они занимают во внутреннем мире К. значительное место, если он готов продолжать преследование своей жены, то есть все основания для диагноза **паранойяльного бреда ревности**. Это тем более очевидно, что отсутствует реальная фигура для ревности. Это смутное и тем более будоражащее его чувство. К. сам подчеркивает, что в детстве стал свидетелем измены матери отцу, а потом застал свою первую жену с любовником спустя 8 лет жизни с общей дочерью.

Изготовление бомбы потребовало длительных многодневных методических усилий и также как желание “покончить с собой на глазах жены” носило отнюдь не временный краткосрочный характер. Не носило оно и аффективного характера, а представляло давно сформировавшуюся и глубоко укорененную установку в отношении одного конкретного человека. Отсюда чрезвычайное поведенческое упорство. Поэтому только в отношении этого человека — его гражданской жены — имеет смысл вопрос о его социальной опасности.

Сверхценные и паранойяльные состояния требуют длительного и упорного лечения. Согласно “Руководству по судебной психиатрии” под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича и А. А. Ткаченко (М., 2004, с. 231 – 239) “паранойяльное развитие личности может возникнуть при любой форме расстройств личности”, что ее “особенностью является этапность формирования — этап доминирующих представлений, этап сверхценных образований и конечный этап формирования сверхценных бредовых идей. При этом возможна остановка на любом из этих этапов”. Критерием паранойяльного бреда является полная некорригируемость не столько высказываемых идей, сколько реального поведения. “Невменяемость при расстройствах личности возможна лишь в состояниях обострения, ухудшения, декомпенсации, т.е. при наличии динамических сдвигов. Такое экспертное решение принимается редко, не более чем в



3 – 5 % экспертиз”. Но “наличие бредовой симптоматики при патологическом развитии личности с формированием паранойяльных идей обуславливает решение о невменяемости пациента и влечет необходимость принудительного лечения”, вид которого обусловлен риском опасных действий с его стороны.

Итак, речь идет о наличии у К. “хронического психического расстройства” в виде “расстройства личности”, даже так наз. “глубокого расстройства личности”, квалифицированного экспертами как “эмоционально неустойчивое расстройство личности эксплозивного типа” либо — что точнее с нашей точки зрения — “органического расстройства личности по эпилептоидному типу”, для чего есть все основания, и что в большей мере подчеркивает расстройство прогностических функций. Но в **противоположность экспертам мы видим в их собственном описании явственные и во всем объеме представленные признаки паранойяльного развития личности по типу сверхценных бредовых идей ревности, а**

возможно и паранойяльного бреда ревности с **реальной действенной попыткой расширенного суицида, а не покушения на убийство** и в серьезном членовредительстве самого себя.

Учитывая прошедшие два с половиной года, повторная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза смогла бы установить, сохраняются ли у К. идеи ревности (разумеется, не на вербальном уровне ответа на прямые вопросы), так как это критерий паранойяльного бреда. **С нашей точки зрения у подэкспертного имел место сверхценный бред ревности, и он нуждался в принудительном стационарном лечении.**

Таким образом, есть **все основания, рекомендовать проведение повторной амбулаторной комплексной психолого-психиатрической экспертизы** для уточнения клинического диагноза и принятия вытекающих из этого практических мер.

Ю. С. Савенко

## Новые книги НПА России

*НПА России издала впервые на русском языке три монографии высокой профессиональной классики:*

*Йозеф Берце, Ханс Груле. Психология шизофрении.*

*Клаус Конрад. Начинаящаяся шизофрения.  
Опыт гештальт-анализа бреда*

*Якоб Вириш. Шизофреническая персона.  
Исследования клиники, психологии, способа Dasein'a*

*К. Конрад и Я. Вириш известны отечественным психиатрам по блестящим главам в книге “Клиническая психиатрия” под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса и М. Мюллера 1967г., в которой Я. Вириш написал главу “Клиника шизофрении”, а К. Конрад “Симптоматические психозы”.*

*Стоимость каждой книги 400 руб. + пересылка.*

*Книги можно заказать по электронной почте: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)*

## Этика, право и права человека: соотношение понятий

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

*“В отличие от права законодательство является изобретением. Причем изобретением более значительным, чем даже огонь и порох, ибо это вручило в руки человека его собственную судьбу. Но люди еще не научились управлять им так, чтобы оно не превращалось в источник большего зла. Вопрос о том, кто должен обладать этой властью, заслонил гораздо более фундаментальный вопрос: как далеко она простирается. Эта власть будет представлять опасность до тех пор, пока мы будем верить, что она грозит бедой, лишь попадая в руки плохих людей” (с. 91, 518)[1].*

Фридрих фон Хайек (1973 – 1979)

*“...Когда парламентский акт идет против обычных прав и здравого смысла, или он отвратителен и невыполним, обычное право сдерживает его и обрекает такой акт на полную ничтожность”.*

Эдвард Коук (1610)

В наше время мы вынуждены внести ясность в такие фундаментальные понятия, как этика, право и права человека, которые стали предметом всевозможных подтасовок и искажений, чтобы понимать, на что можно положиться в своей профессиональной деятельности.

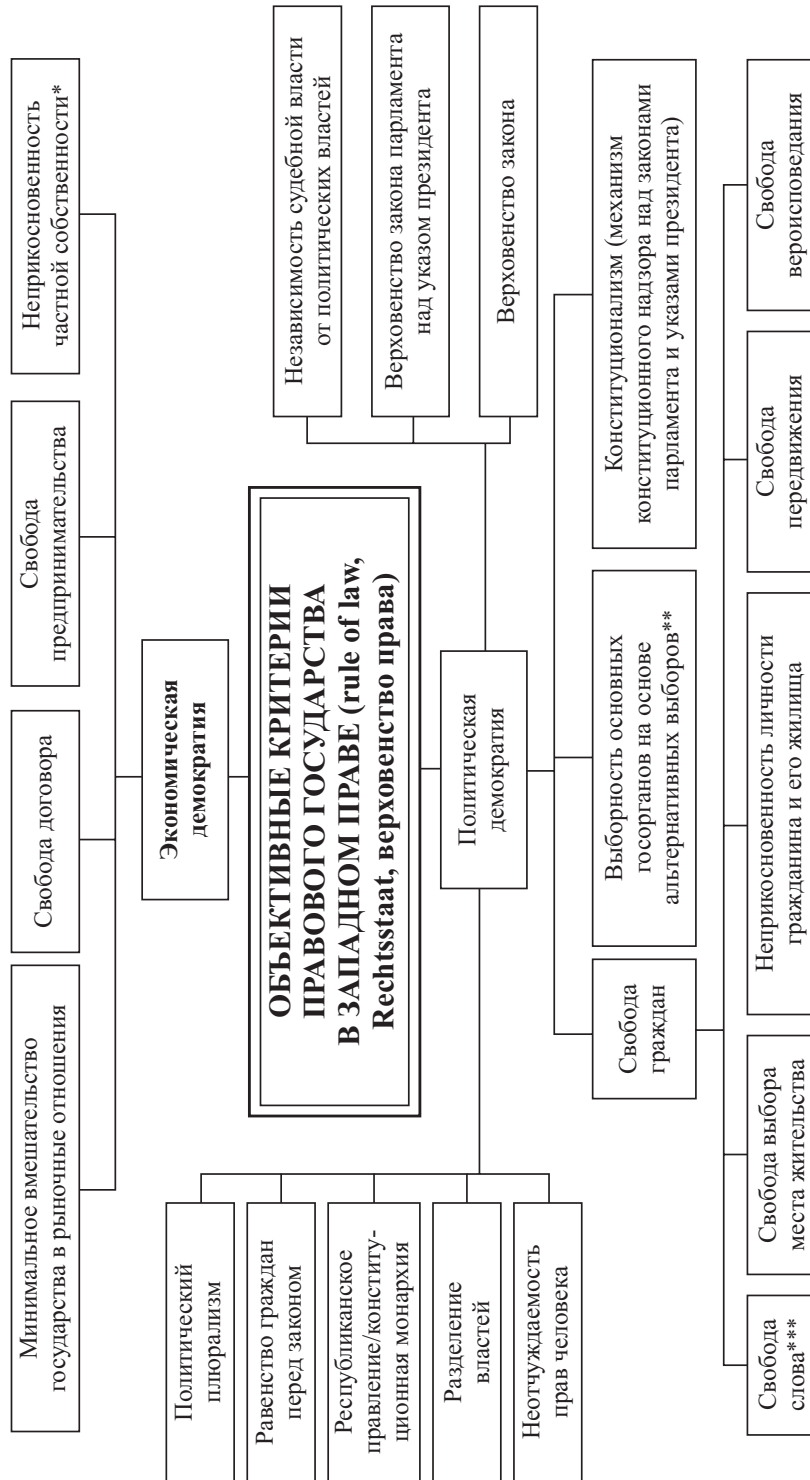
Прежде всего, следует отметить неразрывную связь этих общественных институций с тем более объемлющим целым, в которое они включены, с их исторически конкретным контекстом. Это значит — в структуре государства какого типа, правового или неправового, они находятся, что зависит от сформированности гражданского общества. Только такое рассмотрение придает им окончательный конкретный смысл (табл. 1). В силу этого Россию всегда отличал “дефицит правосознания в национальном сознании” (Эрих Соловьев).

Но с дидактической точки зрения разумнее обратиться к примеру нацистской Германии. Грандиозные юридические наработки Нюрнбергских процессов над главными государственными и военными преступниками, над судьями, над врачами, позволили придти к прорыву в фундаментальных юридических вопросах. Величайшие бедствия XX века — I и II Мировые войны и Холокост привели к принятию 10 декабря 1948 года Всеобщей декларации прав человека. Как писал Ясперс, XX столетие принесло миру не только атомное и бактериологическое оружие, но еще и чудовище преступной государственности. Декларация прав человека — первый заслон этому.

Стоит напомнить, что материалы Нюрнбергских процессов в Советском Союзе были опубликованы в крайне усеченном виде и фактически были недоступны, а советские дипломаты проявили чрезвычайную активность, чтобы разбавить фундаментальные права человека социально-экономическими, а затем экологическими и другими, целенаправленно пытаясь девальвировать их практической неисполнимостью.

Советский режим считал разделение властей и общечеловеческие ценности буржуазной выдумкой. Три четверти века, а это четыре поколения, оставили легко узнаваемые следы в юридической литературе, которые — по мере реставрации советской системы — делаются все более явственными. Откроем “Большой юридический энциклопедический словарь” 2005 г. И мы увидим эту тотальную политизацию: *“Социально-экономические права являются основой прав человека. Никакие ссылки на необходимость прав человека не могут оправдать попытки нарушить такие принципы как уважение государственного суверенитета, невмешательства в дела, входящие во внутреннюю компетенцию государства”.* Грубая дезинформация содержится в статье “Реалистическая школа права”, где говорится только о двух направлениях, “бихевиористском” и “фрейдистском”, которые критикуются за психологизм. Между тем давно доминирует антипсихологическое направление Фридриха фон Хайека и Карла Поппера, труды, которых — “Дорога к рабству” (1944 г.) и “Открытое общество и его враги” (1945 г.) сыграли наиболее выдающуюся роль и есть на русском языке. Относитель-

Из книги Кристофера Осаке «Сравнительное правоведение в схемах» — М., 2000



\* Здесь идет речь не об абсолютном, а о минимальном неотъемлемом праве собственности.

\*\* Для честных выборов неважно, кто голосует, важно — кто считает.

\*\*\* Осуществляется в основном независимой и бесстрашной прессой. (Даже «желтая» пресса имеет право занимать бульварной журналистикой).

Примечание. Понятие правового государства подразумевает органическую связь между политической и экономической демократией — вторая не может быть полноценной без первой.

Таблица 1

но непредвзятая информация содержится в четырехтомной “Новой философской энциклопедии” (2000 – 2001) [2].

Этика и право — это системы правил поведения людей по отношению друг к другу, сложившиеся в дописьменную эпоху в форме обычаев. Но уже две с половиной тысячи лет древнегреческие софисты отделяли право по природе (естественное право), как подлинно справедливое, от искусственного закона полиса — права по человеческому установлению. И этика и право охватывают как особую форму общественных отношений, так и особый вид социальной регуляции. **Существует два типа права — юридический (jus — право) и легистский (lex — закон).**

**Легистский**, навязанный государственной властью, характерен для авторитарных и тоталитарных государств и для позитивистски ориентированных авторов.

- 1) Высшая ценность — Государство (этатизм).
- 2) отождествление права и закона, даже подмена права законами.
- 3) Правление законами в приказном властном стиле.
- 4) Полный формализм и догматизм, игнорирование правового смысла и содержания.
- 5) Критическое отношение к правам человека как метафизике.

Правление законами при отсутствии разделения властей Ясперс называл признаком преступного государства.

**Юридический тип права имеет два постоянно конкурирующих друг с другом направления: естественно-правовое и либерально (либерально) — юридическое.**

**Естественно-правое** опирается на концепцию естественного права, подвергнушую жесткой критике<sup>1</sup>, в частности за смешение права с этикой и религией, но внесшую выдающийся вклад в формирование доктрины прав человека и правового государства.

**Либерально-юридическое** направление представляет бытие и нормативное выражение формального равенства, как самого существа права, как триединства равенства перед законом, свободы и справедливости, но в чисто формальном плане не ка-

саясь фактического содержания этих отношений (В. С. Нерсесянц, 2001).

- 1) Высшая ценность — Право, Верховенство Права.
- 2) Четкое различие права и закона<sup>2</sup> [1, 3]. У них разные онтологии.
- 3) Реально независимый состязательный гласный суд и многоступенчатая система судопроизводства.
- 4) В отличие от содержательного естественно-правового, чисто формальный подход.
- 5) Обоснование прав человека.

Что касается **этики**<sup>3</sup>, то, хотя это, как и право, тоже правила поведения, но это совершенно другой аспект рассмотрения, совершенно разные миры.

- 1) Если право регулирует только внешние поведенческие человеческие отношения, то этика не ограничивается внешним, а захватывает и весь внутренний мир личности.
- 2) Если право стандартно для всех, право это *per se* равенство, то этика нестандартна, индивидуальна.
- 3) Если право сугубо формально, ценностно нейтрально, то этика содержательна, это мир ценностей (аксиология).
- 4) Если право жестко сформулировано, как система точных понятий, то этика “никогда не сможет обзавестись кодексом определений” (Н. Гартман).
- 5) Если право гарантировано властными санкциями государства, то этика гарантирована внутренними санкциями совести после индивидуально ответственного трудного выбора конкретных жизненных поступков каждый раз заново.
- 6) Если право постоянно развивается в живом обновлении законодательного процесса, то этика консервативна, ее развитием является более углубленное понимание и историчная смена акцентов.
- 7) Если право не в состоянии охватить всю общественную жизнь, то этика распространяется на все.

Самый крупный вклад в этику — ее аксиологическое (ценностное) обоснование — сумел внести Николай Гартман (1925, 1935, 1949) в делящуюся до сих пор эпоху господства ценностного релятивизма. Его 700-страничная “Этика” переведена на русский язык в 2002 г. [4].

Наряду с этикой как разделом философии выделяют индивидуальную, социальную и профессиональ-

<sup>1</sup> От дискуссии автора “чистого учения о праве” Ганса Кельзена (1914 – 1934, Вена) с основоположником социологии естественного права Ойгеном Эрлихом (Черновцы, 1913) в 1915 – 1916 гг., поддержанного Леонардом Нельсоном (1917 н.), до “По ту сторону прав человека” Алена де Бенуа (Париж, 2004).

<sup>2</sup> Согласно наиболее авторитетному “Словарю индоевропейских социальных терминов” Эмиля Бенвениста 1970 г. (М., 1995), изначальный “смысл слова *jus* восходит не столько к моральным, сколько, и прежде всего, к религиозным представлениям”, обозначая саму сущность права, “это не абстрактное понятие, а собственно формула”, которая обозначала в Риме клятву, присягу, формулу согласия следовать правилу, которому будешь подчиняться”. Согласно “Латинско-русскому словарю” И. Х. Дворецкого (М., 1976, с. 588 – 589), слово *jus* обозначает право, справедливую систему правил (писанных и неписанных) человеческого общежития, науку права, юриспруденцию, тогда как слово *lex* — законы и законопроекты, которые вносятся, проталкиваются, принимаются или отклоняются, а также договора, соглашения, купчие. Согласно Фридриху фон Хайеку, законодательство, в отличие от права, является изобретением.

<sup>3</sup> Этика — наука о морали (нравственности), которая является ее предметом.

ную этику. **Профессиональные этические кодексы** занимают промежуточное место, причем ближе к праву, так как чреваты кодифицированными и некодифицированными санкциями профессиональных организаций и универсальными требованиями, предъявляемыми к своим членам. В результате, например, надежное честное слово бизнесмена освобождает от громоздкой бюрократической формалистики.

Принятие в 1947 г. Нюрнбергского кодекса о недопустимости медицинских исследований на человеке положило начало биомедицинской этике или биоэтике, как междисциплинарной науке, предметом которой являются не только отрицательные проявления научно-технического прогресса и религиозных обычаев, но и взаимоотношения врача с пациентом и социальная политика в области здравоохранения. Культурная революция 1968 г. сопровождалась взлетом антисциентистского и антипсихиатрического движений в инструменталистском ключе (Герберт Маркузе). В 1996 г. была принята Конвенция Совета Европы «О правах человека в биомедицине». Появились биоэтическая экспертиза, биоэтическое образование, биоэтические комитеты. Представитель России в комитете по биоэтике ВОЗ — Борис Григорьевич Юдин — участник нескольких съездов нашей ассоциации. В России биоэтика институционализировалась с 1992 года, а спустя 16 лет, с 2008 г. начал издаваться журнал «Биоэтика», и состоялся Первый российский конгресс «Биоэтика и права человека».

**Что же такое права человека?** «...есть такие «неотъемлемые права человека», которые никаким законом уничтожены быть не могут, которые даже для государства недостижимы... Самоутверждение личности достигает здесь в юридическом отношении своей кульминации. Некогда безгласная овца в человеческом стаде, она заявляет теперь претензию на роль равноправной с государством державы с правом суверенитета на некоторой собственной территории... В противоположность идее милости, все определеннее и ярче выдвигается идея собственного права по отношению к государству»<sup>4</sup> [5]. И действительно, в правовых государствах устанавливается отношение к государству как к наемному слуге, работающему на деньги налогоплательщиков.

Но для позитивистов и неопозитивистов права человека вместе с концепцией естественного права — метафизика.

Для советской власти права человека и общечеловеческие ценности, так же как разделение властей и презумпция невиновности — «обветшалые догмы буржуазного права».

<sup>4</sup> Это отечественные корни концепции прав человека 1917 г., переизданные спустя 80 лет, в 1998 г. — «Основные проблемы гражданского права» Иосифа Алексеевича Покровского.

Для представителей думского большинства, права человека — чуждая русским национальным устоям идеология пятой колонны, подтачивающая нашу государственность<sup>5</sup> [6], хотя ясно, что адекватно было бы сказать: «авторитарность нашей государственности».

Для наших силовиков права человека — это частный случай правоохранительной деятельности, которой занимаются они сами. На этом основании представитель Генеральной прокуратуры как-то предлагал нам ограничиться помощью в их деятельности. «Власти пытаются перехватить правозащитные организационные формы, создавать их под своей эгидой и контролем» [7], для собственного ореола, но девальвируя правозащитную лексику и ее авторитет в обществе. Дошло до того, что детский омбудсмен выступил инициатором преступного закона, именуемого в обществе «законом подлецов».

На западе по свидетельству Ю. Хабермаса (2010) место грубой критики со стороны правых политиков времен Карла Шмитта занимает «мягкое обесценивание прав человека».

Для нашего правозащитного движения, к которому мы принадлежим, права человека в идеале — гражданская религия. Если Кант назвал право «самым святым, что есть у Бога на земле», то права человека являются этим *par excellence* [8, 9].

Патриарх Кирилл недавно назвал права человека «ересью», для значительной части руководства Московской Патриархии ересью является и экуменизм.

В нашем общественном сознании права человека — это то хорошее, что есть только на словах<sup>6</sup>. Мы видим пока еще трезвый взгляд, вопреки демагогии госпропаганды о «сочетании» естественного права с полицейским государством.

Действительно, права человека не вошли в законодательство, а только в Конституции многих стран, включая Россию, имея рекомендательный характер. Поэтому очередным грандиозным сдвигом стала «Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод» 1950 г., которая несколько раз дополнялась и в настоящее время охватывает фактически все статьи Всеобщей декларации прав человека, посвященные гражданским и политическим правам (первые 21 из 30) (табл. 2), а главное, гарантирует контроль за их исполнением учреждением Европейского суда по правам человека, как первого реально действующего конкретного механизма защиты прав человека.

<sup>5</sup> В духе советов президенту Путину генерала КГБ Филиппа Бобкова, 23 года возглавлявшего отдел по борьбе с политическими диссидентами, в его книге «Как бороться с «агентами влияния»» — М., 2014.

<sup>6</sup> При интерактивном голосовании на «Эхо Москвы» 30.08.2016 68 % заявило, что права человека «изжили себя».

Таблица 2

Европейская Конвенция по защите прав человека и основных свобод (1950 г., в ред. 2004 г.)
<b>Гарантирует:</b>
Жизнь, свободу, неприкосновенность личности
Справедливое судебное разбирательство
Свободу мысли, совести и религии
Свободу выражения мнения
Свободу собраний и объединений
Право на вступление в брак, уважение частной и семейной жизни
<b>Запрещает:</b>
Пытки, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение
Рабство и принудительный труд
Дискриминацию

Для нашей психиатрии первым делом, выигранным в Европейском суде по правам человека екатеринбургской правозащитной организацией “Сутяжник” в 2003 г., было дело “Ракевич против России”. Вторым — представленное юрист-консультантом нашей Ассоциации Дмитрием Геннадьевичем Бартневым в 2008 г. было дело “Штукатуров против России”, проторившее права недееспособных.

История отечественной психиатрии уже более 200 лет со времен Саблера представляет противоборство всех наших классиков с полицейской психиатрией, которая защищает общество и государство от психически больных, вместо защиты психически больных, как самой уязвимой категории граждан. **Существование прав человека как раз и состоит в защите прав и свобод граждан от произвола государственной власти, от ее бюрократического аппарата.** Иных коллег руководящего звена такое определение пугает. Это естественно в условиях разрушительной реформы здравоохранения и ситуации в стране в целом.

В правовом государстве суд общей юрисдикции обеспечивает верховенство права и конституции в деятельности власти. Это сдерживающий фактор против нарушений права со стороны не только исполнительной, но и законодательной власти (табл. 3) [10].

Еще Вильгельм Гумбольдт писал, что право — это законодательное самоограничение государства. Понятие закона двусмысленно, оно одновременно обозначает “общие правила” и “распоряжения правительства в угоду ситуации”. “Все, что штампует теперь законодательный орган, стало называться законами... Понятие закона выхолостилось... Правление стало главной задачей законодательного органа, а законодательство — лишь его побочной функцией” (с. 422 – 423). “Это с необходимостью ведет к постепенной трансформации в тоталитарную систему” (с. 21) [1]. Самые бесчеловечные режимы охотно говорили о “законности”. Поэтому еще Кант предпочитал говорить не о “законности”, а о “законосообразно-

Таблица 3. Взаимоотношение властей



сти”. В наше время утвердилось понятие “правозаконности” [7].

В правовом государстве существует определенная иерархия основополагающих ценностей. Так, право имеет приоритет перед законами, тем более международное право имеет приоритет перед национальным законодательством. Индивид имеет приоритет перед обществом и государством. Свобода имеет приоритет перед безопасностью и справедливостью, а справедливость перед состраданием. Крылатым стало выражение: “предпочитая безопасность свободе, теряют и свободу, и безопасность”<sup>7</sup>.

Право и мораль не только дополняют друг друга, они могут друг другу противоречить, создавая множества коллизий. Этому посвящено знаменитое международное издание “Медицина и права человека”, изданное у нас в 1992 году в сокращенном виде (58 казусов, т.е. трудно разрешимых случаев, из 133) [11]. Немало противоречий законов и права, законов и профессиональных устоев медицины. Характерной стала коллизия, когда — как в деле Михаила Косенко и ряда блогеров — судебные психиатры идут на поводу следователей и рекомендуют стационарное принудительное лечение там, где естественным было бы амбулаторное, исходя из полицейского понимания опасности, например, оппозиционного текста в блоге. Психиатрам следует добиваться реализации конституционного права на свободу слова, хотя бы для своих пациентов и подэкспертных. Дело здесь в порядке приоритетов, в ответственности, которую готов взять на себя.

Конкретные примеры взаимодействия этики, права и прав человека — на каждом шагу и требуют от нас ответственных интегральных решений в постоянном и — подчеркиваем — неизбежном конфликте ин-

<sup>7</sup> Весь круг самых острых вопросов на эту тему глубоко и информативно обсужден одним из ведущих либералов-правоведов, в прошлом министром внутренних дел Германии Герхартом Баумом (“Спасти права граждан. Свобода или безопасность” — М., 2015). Германский пример наиболее поучителен: Германия много раз стояла буквально на пороге тех опасностей, в плену которых мы оказались. Баум трижды проваливал принятие законов, развязывающих руки спецслужбам, показав, что за демократию приходится бороться непрерывно.

тересов, отсутствие которого чаще признак притупления этической составляющей или ее отключения и решения по инструкциям. Правовые ранжиры расплывчаты для общих случаев. Подлинно правовыми являются ответственные индивидуальные решения.

“Политическая необходимость повторствовать требованиям больших групп населения должна, в конечном счете, привести к полному вырождению и разрушению морали” [1]. Отсюда необходимость защиты прав меньшинств, что является задачей прав человека. К меньшинствам относятся и наши пациенты, и секс-меньшинства, и правозащитники. Мы поместили в “Независимом психиатрическом журнале” [12] критический разбор книги одного из известных социологов — “Парад меньшинств” [13] и продемонстрировали, с помощью каких сознательных подтасовок в легком насмешливом ключе, вводя в заблуждение читателей, он обслуживает социальный заказ.

С 1989 года Россия квалифицировалась как “частично свободная” страна, с 2004 г. — как “несвободная”, а по итогам 2008 г. Россия впервые попала в группу стран, которые Freedom House квалифицировала как “консолидированный авторитарный режим”. Рейтинг свободы в России 5.5 (наилучший — 1.0 принадлежит Канаде, наихудший — 7.0 — КНДР), в России с 20015 г. он понизился до 6.0, в Крыму — 6.5.

В этих условиях понятно положение наших больных, всех, кто борется за их права, и самих психиатров. Наша профессия, пожалуй, как ни одна другая, тесно связана с этикой, правом и правами человека, правами человека, прежде всего. Мы занимаемся этим 27 лет, с 1989 г. На первый взгляд это напоминает сизифов труд. Но оставаться на одном уровне, плывя против течения, — значит сохранять профессиональные ценности. Недопустимо прекращать усилия и превращаться в циников и пофигистов. Но для ведущего сайт РОП деятельность НПА России, наши возмущения, протесты и удивление пассивностью коллег — предмет насмешек, для него установившийся режим — это горы, сдвинуть которые невозможно. На самом деле этими горами является такая позиция.

Российское правительство вот уже 24 года не выполняет 38-ую статью закона о психиатрической помощи, вопреки усилиям всего нашего профессионального сообщества. А ведь эта статья — гарантия исполнения всего закона для стационарных больных. Фактически это нарушение одного из условий возвращения российской психиатрии в ВПА.

Европейский суд по правам человека признал условия содержания в Казанской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением пыточными, а последний съезд психиатров непосредственного после этого премировал эту больницу.

Съезд не протестовал против привычного с советских времен председательства на нем министра здравоохранения и назначения руководителем профилактического направления полицейского чина — руководителя ФСКН. Нет понимания, что это неприлично.

Съезд не протестовал против разрушительной формы психиатрической службы и всего здравоохранения.

Таковы реалии, в которых нам приходится работать. Леонид Михайлович Рощаль, по крайней мере, не стесняется говорить вслух: “Я не флюгер власти”.

Является ли такая наша позиция политизацией? Нет, это защита суверенитета профессиональной автономии, противостояние антиконституционным попыткам политизации всего и вся авторитарными посягательствами государства. Всем нам следует помнить, что приоритет прав и свобод человека и достоинства личности закреплены ст.ст. 17, 18 и 21 Конституции РФ, принятой 12.12.1993, и что лозунг правозащитного движения в нашей стране гласит: “Власть, соблюдай собственную Конституцию!”.

*Р.С. Существенно сокращённый вариант этого текста был зачитан в качестве доклада на Всероссийской конференции в Ростове-на-Дону 24 сентября и вызвал у некоторых слушателей, включая членов НПА, впечатление полной оторванности от психиатрии. Между тем, я убежден, что только адекватно понимая и используя эти общие фундаментальные понятия, возможно реалистично ориентироваться в нашей действительности и в частности в процессах, происходящих в отечественной психиатрии.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Хайек Фридрих фон. Право, законодательство и свобода. — М., 2006.
2. Новая философская энциклопедия в 4 т. Ред. В. С. Степин. — М., 2000 – 2001.
3. Райнах Адольф. Априорные основания гражданского права // Собр.соч. — М., 2001.
4. Гартман Николай. Этика. — М., 2002.
5. Покровский И. А. Основные проблемы гражданского права. — М., 1998.
6. Бобков Филипп. Как бороться с “агентами влияния”. — М., 2014.
7. Алексеев С. С. Право. Опыт комплексного исследования. — М., 1999.
8. Алексеев С. С. “Самое святое, что есть у Бога на земле”. Иммануил Кант и проблемы права в современную эпоху. — М., 1998.
9. Соловьев Эрих. Права человека в политическом опыте России // Реформаторские идеи в социальном развитии России. — М., 1998, с. 131 – 199.
10. Стецовский Ю. И. Судебная власть. — М., 2000, с. 82 – 83.
11. Медицина и права человека. — М., 1992.
12. Савенко Ю. С. Отечественная психиатрия в эпоху упадка // Независимый психиатрический журнал, 2015, 1, с. 9 – 18.
13. Ионин Л. Г. Парад меньшинств. — М., 2014.

## Очередные предвестники введения единомыслия в России в науке и культуре

О “стахановцах”, услужливо бегущих впереди паровоза власти, мы давно писали на примере статьи сотрудников Центра им. В. П. Сербского психиатра Щукиной Е. Я. и юриста Шишкова С. Н., издевательски высмеивавших наши призывы и усилия по организации независимой судебно-психиатрической экспертизы, понимаемой, прежде всего, как состязательная экспертиза. Хотя за последние годы заказные экспертизы по громким делам стали чаще направляться не на СПЭ, а на более удобную и дешевую психолого-лингвистическую экспертизу, острая потребность в независимой экспертизе только возросла и настоятельным образом указывает на необходимость создания Коллегии независимых экспертов по типу Коллегий адвокатов, как предлагал в начале 1990-х годов А. И. Рудяков, — выдающийся юрист в нашей профессиональной сфере.

Приводим несколько открытых обращений последних месяцев, к которым мы присоединяемся. Первое показывает, во что легко превращается психолого-лингвистическая экспертиза, второе — каковы методы оценки труда ученых, исходящие как и в здравоохранении исключительно из ресурсозатратности, стоимости, что превращает гуманитарные дисциплины, собственно культуру как таковую, в балласт, в одни расходы, подобно редким заболеваниям или терминальным состояниям. Третье — показывает унижение и разрушение фундаментальной науки, Российской академии наук, вместо поддержки одной из ее важнейших функций — экспертизы государственных программ.

### Заявление

#### Вольного исторического общества и Международного общества “Мемориал” о преследовании Пермского центра гражданского образования и прав человека

Считаем нашим гражданским и профессиональным долгом выразить отношение к преследованию Пермского центра гражданского образования и прав человека, которым руководит доктор исторических наук профессор Андрей Борисович Сулов. Поводом для кампании, ведущейся против Центра на протяжении нескольких месяцев, стало издание в 2015 году методического пособия для учителей “Изучение в школе истории сталинских репрессий” (авторы-составители — А. Б. Сулов и М. В. Черемных, тираж — 150 экземпляров).

Аккредитованные эксперты Федеральной службы по надзору в сфере услуг связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, привлечен-

ные Роскомнадзором к оценке содержания пособия, — психолог Жанна Тачмамедова и педагог Ирина Мясникова — сделали вывод о недопустимости использования данного пособия в образовательном процессе.

Ж. К. Тачмамедова обвиняет авторов в том, что они дискредитируют в сознании детей готовность к самопожертвованию (Экспертиза, с. 9), и делает из этого вывод, что в пособии содержится “пропаганда приоритета личных интересов над общественными и государственными”. Подобная пропаганда, считает эксперт, “формирует безнравственных личностей, а при условии массового распространения подобных учебных программ угрожает безопасности страны” (Экспертиза, с. 10; здесь и далее в цитатах из Экспертизы сохранены грамматические и стилистические особенности оригинала).

Вообще-то приоритет личности над “государственными интересами” утверждает прежде всего Конституция РФ: “Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства” (ст. 2, раздел первый — “Основные положения”, гл. 1 — “Основы конституционного строя”). В качестве частного лица Ж. К. Тачмамедова, разумеется, вправе критиковать российскую Конституцию и считать, что ее основы “формируют безнравственных личностей” и “угрожают безопасности государства”; но в качестве аккредитованного эксперта государственного учреждения ей не следовало бы так явно выступать с антиконституционными утверждениями. И тем более государственному учреждению не следует принимать решения, исходя из антиконституционных позиций эксперта...

Эксперт утверждает, что при использовании таких слов, как “кошмар”, “террор”, “вселенские безумные масштабы”, “на уроках создается пугающая, гнетущая атмосфера, вредно воздействующая на психику школьников, провоцирующая”. Столь же вредным признается посещение мест памяти или чтение писем репрессированных...

С точки зрения возрастной психологии и педагогики заключение эксперта является не просто некомпетентным, но откровенно безграмотным. Заметим, что на формирование чувства эмпатии — в частности, в ходе посещения нацистских концлагерей и других мест памяти как обязательной части образовательного процесса — опирается преподавание истории Второй мировой войны во всех странах Западной и Центральной Европы.

Столь же тенденциозным и некомпетентным с психолого-педагогической точки зрения является и заключение второго эксперта — И. Ф. Мясниковой,



которая возражает против исследования школьниками мест памяти на том основании, что они способны “вызвать ужас” (Экспертиза, с. 35). Но такие исследования и должны вызывать ужас. Этот ужас — очистительный, дающий шанс на то, что подобное в истории нашей страны не повторится. К социальной дезадаптации подростков, которой пугает эксперт, это чувство никакого отношения не имеет, напротив, противостоит ей, воспитывая в них гражданскую ответственность.

Нельзя не добавить, что стремление обоих экспертов оградить школьников от тяжелых эмоциональных переживаний входит в откровенное противоречие с включением в школьную программу по литературе книги “Архипелаг ГУЛАГ” А. И. Солженицына, которое стало результатом инициативы президента РФ...

Широко распространено и прямо противоположное мнение: многие считают, что история репрессий в современных учебниках освещена недостаточно подробно...

“Экспертируемое пособие, — пишут эксперты, — используя манипуляционные приемы и несформированность мировоззрения школьников, формируют недостоверную картину мира, направляя целеполагание подростка в сторону формирования агрессивного отношения к государству”...

Итак, экспертное заключение, написанное для Роскомнадзора под предлогом защиты детей от негативных эмоций, направлено на то, чтобы лишить школьников глубокого понимания истории отечества, скрыть от них ее самые сложные и тягостные эпизоды. Более того, это заключение откровенно служит реабилитации сталинского террора и фактически представляет собой призыв к введению цензуры, запрещенной Конституцией РФ, создает прецедент, который может иметь самые печальные последствия.

27 июня 2016 года

(Газета “Троицкий вариант — Наука” выпуск № 208: 12.07.2016 — <http://trv-science.ru>)

**Открытое письмо Ученого совета  
Института философии РАН по вопросу  
об изменении правил подсчета  
показателей ученых в РИНЦ**

Как стало известно в начале июня, при расчете индекса Хирша и показателей результативности ученых в целом Российский индекс научного цитирования больше не учитывает следующие виды научной работы:

- переводы с любых иностранных языков, в том числе древних;

- издание классиков, введение в научный оборот архивных материалов, составление указателей и комментирование источников;

- составление и подготовка к изданию словарей и энциклопедий;

- иная редакторская работа во всех ее видах: составление сборников, научное редактирование переводов и книг.

Данное решение представляется грубо нарушающим традиции и нормы научного сообщества и, наконец, просто абсурдным. Все эти виды деятельности — неотъемлемая часть регулярной научной работы, требующей высочайшей квалификации и огромного труда. Значимость такой работы не только сопоставима с оригинальными авторскими публикациями, но часто во многом важнее ее и, несомненно, сама является авторской в самом прямом и точном смысле этого понятия.

Новые правила, введенные внезапно, без консультаций и без уведомления научного сообщества, не могут не вызвать решительного протеста. Это волюнтаристское решение расценивается нами как проявление некомпетентности людей, его принявших, и вызывает подозрения в ангажированности.

Вместе с тем очевидно, что корректировка принятых в РИНЦ правил отбора и описания научных публикаций давно назрела. РИНЦ как национальный наукометрический проект, фактически совмещающий индекс (рейтинг), библиотеку и базу данных, полон фундаментальных внутренних противоречий. Существующие правила не препятствуют, а потакают учету сборников материалов несуществующих конференций и псевдонаучных журналов, которые индексируются только потому, что РИНЦ является надстройкой над библиотекой, в которую попадают практически любые издания. Несомненно, нужен отбор научных материалов, участвующих в расчете показателей результативности научной работы, однако критерии такого отбора должны приниматься с учетом специфики труда ученых, работающих в разных дисциплинарных областях, и после публичного обсуждения, исключающего кулуарность принятия решений. И самое главное, они должны быть открыто сформулированы.

Считаем, что последние изменения еще более несправедливы по отношению к гуманитарной науке, чем то положение дел, которое имело место ранее. От этих нововведений пострадали все, кто переводит и издает классические тексты, кто вводит новые архивные материалы в научный оборот, тем самым расширяя горизонты отечественной науки. Пострадали те, кто редактировал переводы, формировал научный аппарат изданий и занимался подробным и именно научным их комментированием. Перестал учитываться труд составителей и редакторов словарей, энциклопедий и сборников статей. Приведем только один пример: Новая философская энциклопедия, размещенная

на сайте Института философии РАН, много лет находится в топе посещаемости. Это высококостребованный и высокоцитируемый коллективный труд огромного числа ученых — элиты российской философии. Однако теперь этот труд перестал учитываться в РИНЦ в качестве авторской работы его создателей. Если представителям целого ряда научных дисциплин в качестве авторской работы засчитывается участие в коллективе из сотен ученых — и все цитаты от одной такой статьи одинаково идут в актив всем авторам, то не ясно, почему работа над словарем и энциклопедией — это нечто недостойное считаться авторской научной работой.

Мы обращаемся к руководству Российского индекса научного цитирования с настоятельным требованием перестать произвольно манипулировать правилами, ставя под сомнение объективный характер наукометрических показателей и их обоснованность.

Мы требуем опубликовать на сайте РИНЦ ясные и однозначные правила отбора и описания научных публикаций, согласованные с научным сообществом и соответствующие принятым в науке нормам.

Мы считаем совершенно необходимым учитывать в качестве авторской научной работы подготовку и комментирование переводов, работу над словарями и энциклопедиями, прочие перечисленные выше виды регулярной научной деятельности.

Рассчитываем на конструктивное сотрудничество, уже показавшее возможности экспертного взаимодействия РИНЦ с представителями российской науки.

Призываем представителей прочих научных направлений присоединиться к данному заявлению.

**Ученый совет Института философии РАН**

16.06.2016

(Газета “Троицкий вариант — Наука” выпуск № 207: 28.06.2016 — <http://trv-science.ru>)

*Р.С. Нелепости современного отечественного наукометрического инструментария посвящена целая монография Института философии РАН — “Идеи и числа. Основания и критерии оценки результативности философских и социогуманитарных исследований” (М., 2016).*

### **Открытое письмо академиков РАН Президенту российской Федерации Путину В. В.**

Господин Президент!

Российская фундаментальная наука переживает кризис с начала 1990-х годов, и не только вследствие бедственного финансового положения. На протяжении уже многих лет она подвергается беспрецедентному давлению со стороны государственных струк-

тур, затевающих все новые и новые “реформы”, результатом которых становится ее последовательная деградация. В числе них реформа Российской академии наук (РАН) 2013 года, когда академической науке был нанесен почти смертельный удар. Сейчас начался ее новый этап, который непосредственно коснется всех институтов и всех сотрудников. На уровне правительства и от имени Федерального агентства научных организаций (ФАНО) не в меру ретивыми “эффективными менеджерами” выдвинуты и реализуются совершенно нелепые проекты укрупнения институтов путем их интеграции на “междисциплинарной” основе. Делается это по злему умыслу или по недомыслию — вопрос второстепенный, важно то, что до “окончательного решения” судьбы науки в России осталось уже совсем немного. Время политкорректности закончилось, давно пора назвать вещи своими именами.

Сейчас стало совершенно очевидным, что последние три года реформы фундаментальной науки в России не принесли никаких положительных результатов. К явно отрицательным ее следствиям относятся: падение авторитета науки в обществе, а российской науки — в мире, полное разрушение системы управления наукой, демотивация и деморализация активно работающих ученых, новая волна научной эмиграции, особенно среди молодежи, резкая активизация бюрократов и проходимцев от науки, подмена научных критериев оценки бессмысленной формалистической, уменьшение доли качественных отечественных публикаций в мировой науке. В результате мы стоим на грани окончательной ликвидации конкурентноспособной научной отрасли — одной из традиционных опор российской государственности. Ситуация стала критической и требует принятия неотложных мер со стороны высшего руководства страны.

В этой связи мы считаем, что Федеральному Собранию и Правительству необходимо срочно внести существенные коррективы в программу научных реформ. Главными из них должны стать признание фундаментальной науки самостоятельной и самооценной областью деятельности, включение ее развития в список государственных приоритетов, восстановление единства системы научных институтов и РАН. Без этого невозможно создание современной инновационной экономики в нашей стране.

Первыми шагами на этом пути могли бы быть следующие решения:

1. Переподчинение ФАНО Российской академии наук, чтобы эта организация стала ее составной частью и отвечала только за хозяйственные вопросы и управление имуществом, но никак не за руководство научными исследованиями, утверждение их планов, оценку эффективности работы институтов и их руководства. Все права учредителя научных институтов следует вернуть РАН.

2. Все научные институты РАН должны рассматриваться как неотъемлемая часть Российской акаде-

мии наук и вести исследования под ее научно-методическим руководством.

3. Немедленное прекращение разрушительной кампании по бессмысленной реструктуризации сложившейся за многие годы системы существующих институтов РАН, проводимой без одобрения научного сообщества и без ясного понимания целей и задач, равно как и структуры современной науки.

4. Вывод академической науки из-под юрисдикции Министерства образования и науки. Кардинальный пересмотр приоритетов и принципов работы этого министерства путем образования нового Министерства образования и независимого Государственного комитета по науке и технологиям (ГКНТ) как центрального органа по организации прикладных исследований в стране.

5. Воссоздание в системе РАН научной аспирантуры, нацеленной на подготовку ученых — исследователей, передача РАН контроля над ВАК.

6. Кратное увеличение финансирования академической науки и радикальный пересмотр структуры этого финансирования. Вместо идеи укрепления науки за счет “покупки” ученых за рубежом создание нормальных условий для ученых, работающих в России.

7. Реальное включение активно работающих ученых, пользующихся доверием научного сообщества и мировым признанием, в систему государственного

управления наукой, восстановление академических свобод и демократического самоуправления научных учреждений.

Все эти меры требуют существенного изменения существующей законодательной базы в области управления наукой, что должно быть в числе приоритетных задач нового состава Государственной Думы, Совета Федерации и Правительства. Коррекция реформы российской науки должна разрабатываться и проводиться не вопреки, а вместе со всем научным сообществом. Научное творчество должно быть свободным, в том числе и от разного рода целеуказаний людей, ничего в нем не смыслящих. Только ученые могут определить, что в науке актуально, а что нет, чем надо заниматься, а чем нет, и как нужно организовать научную работу. Необходимо признать, что без базовой фундаментальной науки невозможно развитие прикладной науки и обеспечение достойного уровня высшего образования, современной промышленности и обороноспособности страны. Время не ждет, мы находимся на последнем рубеже и отступать дальше некуда!

**Академики РАН:**

Александров Е. Б., Алимов А. Ф., Алферов Ж. И., Апресян Ю. Д., Асеев А. Д. и мн.др.

<http://kommersant.ru/doc/3046956>

**РЕКОМЕНДУЕМ**

**в качестве редкого по выразительности примера  
для дискуссии о психической норме**

*В. Д. Менделевич. Казус художника-акциониста Петра Павленского:  
психопатология или современное искусство? //*  
Неврологический вестник 2016, вып. 1, стр. 4 – 16.

**РЕКОМЕНДУЕМ**

**драматическую информацию, поднимающую фундаментальные  
для каждого человека вопросы**

*Н. В. Мотрошилова. Почему опубликование 94–96 томов собрания  
сочинений М. Хайдеггера стало сенсацией?*

[http://iph.ras.ru/94\\_96.htm](http://iph.ras.ru/94_96.htm)

### Особенности организации работы психиатра регионального консультативно-диагностического центра субарктической территории<sup>1</sup>

Л. А. Шаповалова<sup>2</sup>, К. А. Шаповалов<sup>3</sup> (Сыктывкар)

Рассмотрены особенности работы врача психиатра регионального консультативно-диагностического центра, расположенного в субарктическом регионе Российской Федерации (РФ), характеризующегося суровым климатом, повышенной заболоченностью, избыточной гидрографической сетью, низкой плотностью автомобильных дорог и железнодорожных линий. Проведён анализ заболеваемости 5356 пациентов, обратившихся на амбулаторный приём врача-психиатра в 2010 – 2012 гг. на основании статистических талонов. Обсуждаются результаты практической работы врача-психиатра консультативного отделения диагностического центра. Дана оценка научной, организационно-методической и санитарно-просветительской деятельности практического врача-психиатра амбулаторного звена. В консультативно-диагностическом центре в структуре принятых психиатром амбулаторных пациентов преобладают первичные больные ( $51,6 \pm 0,7\%$ ). Диагностика патологии психической сферы в 85 % случаев происходит за счёт межкабинетных консультаций специалистов. Основное количество обратившихся составляют лица трудоспособного возраста от 18 до 44 лет, среди них преобладают мужчины (54,2 % — в 2012 г.), в то время как женщины в возрасте 50 лет и старше — 59,3 %. Среди пациентов более половины (50,9 %) — городские жители. В структуре нозологических форм на первом месте органические, в том числе симптоматические, психические расстройства. Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в Республике Коми (РК) плавно снижается. Но более быстрые темпы снижения численности населения ведут к положительному темпу прироста показателя распространённости психических расстройств как в РК, так и в РФ.

**Ключевые слова:** амбулаторный прием психиатра, консультативно-диагностический центр, субарктический регион.

**Введение** Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Коми “Консультативно-диагностический центр Республики Коми” (ГАУЗ РК “КДЦ РК”) обеспечивает высококвалифицированную консультативно-диагностическую, специализированную медицинскую помощь населению РК и организационно-методическое руководство диагностическими службами учреждений здравоохранения административных образований. РК расположена на Крайнем Северо-Востоке Европейской части Российской Федерации. Площадь территории составляет 416,8 тыс. кв. км, протяженность с юго-запада на северо-восток — 1275 км. Для субарктического региона характерны экстремальные климатогеографические условия: продолжительный холодный период года (на северо-востоке — до 230 – 250, на юге — до

170 – 180 дней), с понижением температуры воздуха зимой до  $-55\text{ }^{\circ}\text{C}$  на севере и в центральной части, до  $-45\text{ }^{\circ}\text{C}$  — на юге республики. Повышенная заболоченность и избыточная гидрографическая сеть обуславливают низкую плотность автомобильных дорог и железнодорожных линий. По транспортной доступности РК находится на одном из последних мест среди субъектов РФ, располагая только 60,0 % автомобильных дорог от минимальной потребности для успешной и эффективной работы экономики. В автотранспортной структуре преобладают дороги переходного типа и грунтовые, большое количество мостов и переправ функционирует сезонно. Из 773 населенных пунктов РК 355 (45,9 %) не имеют круглогодичного сообщения не только с центром региона, но и своего муниципального образования. Населенные пункты семи муниципальных образований, в которых проживают более 300 тыс. человек, в том числе города Печора, Усинск, Инта, Воркута, не имеют устойчивой транспортной связи с сетью республиканских автодорог и соседними регионами.

Главная задача ГАУЗ РК “КДЦ РК” состоит в проведении доступной широким слоям населения качест-

<sup>1</sup> Работа печатается с сокращениями. Библиография из 41 источника может быть запрошена в редакции.

<sup>2</sup> Консультативно-диагностический центр Республики Коми.

<sup>3</sup> Республиканский медицинский информационно-диагностический центр Республики Коми.

венной комплексной диагностики заболеваний и оказания высококвалифицированной консультативной помощи с применением высокоэффективных медицинских технологий в амбулаторных условиях. Оно обслуживает пациентов 20-ти административных территорий РК и части Архангельской области. Для этого в учреждении сосредоточено современное диагностическое и техническое оборудование, сформирован коллектив квалифицированных специалистов.

В консультативном отделении ГАУЗ РК “КДЦ РК” ведут приём врачи по 27 специальностям. В нём с 2003 г. ведётся специализированный приём по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний. В РК количество больных эпилепсией старше 15 лет составляет примерно 2 тысячи человек. Учитывая, что основное лечение больные эпилепсией получают в амбулаторных условиях, организовано адекватное диспансерное наблюдение. Большая часть больных наблюдается неврологами поликлиники, что ведет к недооценке и несвоевременности выявления психических нарушений. Как результат — около 78 % этого контингента больных с психическими нарушениями находятся на учете у невролога, и лишь 12 % — у психиатра. По рекомендации Международной Лиги по борьбе с эпилепсией выделена многопрофильная специальность эпилептология — объединяющая в себя неврологию, психиатрию, нейрохирургию, нейрофизиологию, нейрорадиологию, клиническую фармакологию, нейропсихологию, психотерапию и социальные дисциплины. В последние годы достигнут значительный прогресс в лечении эпилепсии — при применении современных антиэпилептических препаратов ремиссия в течение 5 и более лет достигается почти у 70 % пациентов.

**Материал и методы.** Проведён анализ заболеваемости 5356 пациентов, обратившихся на амбулаторный приём врача-психиатра консультативного отделения ГАУЗ РК “КДЦ РК” в 2010–2012 гг. на основании статистических талонов. Обсуждаются результаты его практической работы. В обязанности врача-психиатра входят межкабинетные консультации пациентов, направленных специалистами центра, лиц с направлениями районных психиатров, не желавших консультироваться в республиканском психо-неврологическом диспансере и лиц, обратившихся самостоятельно. Дана оценка организационно-методической, санитарно-просветительской и научной деятельности практического врача-психиатра амбулаторного звена. [1] При работе над материалом использовались методические подходы: системный, комплексный, динамический, нормативный, количественный и ситуационный. Методы анализа включали: исторический, аналитический и сравнительный. Для анализа применялись приёмы: группировки, абсолютных и относительных величин, средних величин, динамических рядов, сплошных и выборочных наблюдений.

**Результаты.** Психиатром консультативного отделения ГАУЗ РК “КДЦ РК” за 3 года в 2010–2012 гг. принято 5356 пациентов или 2,4 % от общего числа принятых врачами отделения (221134). Из них первично обратившихся было 2764 человек (51,6 %) на 0,8 % меньше, чем по отделению (61,4 %). В структуре пациентов произошло снижение числа городских жителей: с 1133 до 820, в т.ч. жителей г. Сыктывкара с 753 до 567. Последняя группа имеет возможность обратиться непосредственно в специализированное учреждение здравоохранения ГУ “Коми республиканская психиатрическая больница”. [2]

За три года число обратившихся городских жителей составило 2729 человек или чуть больше половины (50,9 %), в то время как по отделению данный показатель значительно ниже и составил 45,1 %. То есть, несмотря на внутриселенческую доступность психиатрической помощи, городское население региона и его столицы выбирает другое лечебное учреждение, понимая, что идёт на приём к психиатру. Снижение количества принятых детей в возрасте до 17 лет с 62 до 16 пациентов свидетельствует о заполнении в районах вакантных должностей детских психиатров и может оцениваться только как результат динамического развития психиатрической службы. Почти в три раза уменьшилось среди обратившихся и количество жителей других регионов РФ (с 90 до 29 пациентов), что также является результатом повышения качества лечения по месту жительства или в регионе проживания.

В структуре пациентов, принятых психиатром, на 14,0 % вырос удельный вес обратившихся впервые (с 45,6 % до 59,6 %), в то время как в отделении он составил лишь 3,8 %. Выросло число больных, которым оказывалась консультативно-лечебная помощь, и значительно уменьшилось — находящийся на диспансерном наблюдении, что связано с прогрессивными изменениями в социальном обществе РФ и стремлением психиатрической службы здравоохранения уменьшить стигматизацию психических расстройств и шире использовать реабилитационные направления в работе, сокращая тем самым социальные последствия для пациентов.

В течение трёх лет, несмотря на абсолютное снижение принятого числа женщин с 1428 человек в 2010 г. до 1302 в 2012 г. (на 8,8 %) их удельный вес вырос с 66,4 % до 76,8 % от общего числа пациентов. А число мужчин снизилось как в абсолютных показателях в 1,84 раза, так и относительных — на 10,4 %. Таким образом, сформировалась выраженная тенденция снижения обращаемости мужчин. Их число в возрасте 15–17 лет колебалось от 19 в 2010 г. до 12 — в 2012 г. Однако на фоне снижения общего числа принятых пациентов удельный вес этой возрастной группы незначительно вырос с 2,6 % до 3,0 %. В возрастной группе 18–44 года абсолютное число пациентов снизилось в 2,03 раза, что отразилось и на сни-

жении удельного веса этого контингента с 59,8 % до 54,2 %. Снижение числа мужчин в 4,36 раза произошло в возрасте 45 – 49 лет. В итоге их удельный вес в 2012 г. составил 5,6 %. Несмотря на то, что количество пациентов 50 лет и старше в течение 2010 – 2012 гг. снизилось со 176 до 146, удельный вес этой возрастной группы в общей структуре обратившихся мужчин ежегодно последовательно увеличивался с 24,3 % до 37,2 %.

За три года произошли изменения в возрастной структуре обратившихся женщин. Так, их число в возрастной группе 15 – 17 лет уменьшилось в 21 раз (с 42 до 2), что привело к снижению в 14,5 раза и удельного веса (до 0,2 %). Удельный вес женских возрастных групп 18 – 44 и 45 – 49 лет был относительно стабильным, хотя последовательно снижался и достиг в 2012 г. соответственно 31,1 % и 9,4 %. А вот количество женщин, обратившихся к психиатру в возрасте 50 лет и старше, выросло как в абсолютных показателях (на 105 человек или 15,7 %), так и относительных (на 12,6 %).

Таким образом, мужчины обращаются преимущественно в активном трудоспособном возрасте 18 – 44 лет (54,2 % в 2012 г.). В то время как женщины — в возрасте 50 лет и старше — 59,3 %. Обращаемость женщин значительно выше мужчин, что можно объяснить особенностями физиологического, психоэмоционального состояния в определённый возрастной период, а также преобладающей численностью женского населения РК (на 5,4 – 5,6 %.).

Удельный вес посещений городского населения преобладал в 2010 г. (52,4 %) и особенно в 2011 г. (54,8 %). Однако в 2012 г. показатели изменились в обратном отношении. Сельского населения стало 53,9 %, а городского — 46,1 %. В итоге за три года городское население незначительно преобладало над сельским (соответственно 51,0 % и 49,0 %).

Заболеваемость психическими расстройствами в РК значительно выше, чем в РФ (2007 г. — на 36,5 %; 2008 г. — на 48,8 %; 2009 г. — на 35,1 %; 2010 г. — на 27,2 %). Превышение происходит в основном за счёт непсихотических психических расстройств и умственной отсталости. Высокие уровни общей заболеваемости психическими расстройствами отмечаются в Ижемском, Сысольском, Троицко-Печорском, Усть-Куломском районах. Прирост заболеваемости психическими расстройствами за последние годы зафиксирован в Сыктывдинском, Усинском, Ижемском, Сосногорском, Удорском, Троицко-Печорском, Усть-Вымском и Усть-Куломском районах. К психиатру ГАУЗ РК “КДЦ РК” наибольшее количество посещений пациентов было из гг. Сыктывкара, Эжвы и Ухты и районов: Корткеросского, Усть-Вымского, Сыктывдинского, Усть-Куломского, Удорского. Это связано с хорошими подъездными путями по железной дороге для жителей Удорского района и близостью Сыктывдинского, Усть-Вымского и Корткерос-

ского районов к г. Сыктывкару. Наименьшее количество пациентов обращалось из Вуктыльского, Печорского, Усинского районов, где особенно плохое транспортное сообщение, особенно в период распутицы весенне-осеннего сезона, когда многие ФАПы и участковые больницы отрезаны от райцентров на 2 – 3 месяца. Среди городов РК анализ полученных результатов выявил преобладание среди пациентов жителей гг. Сыктывкара и Ухты.

В структуре патологии психической сферы по нозологическим формам. (табл. 1), выявленной врачом-психиатром консультативного отделения ГАУЗ РК “КДЦ РК”, первое ранговое место занимают органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09) от 45,1 % в 2010 г. до 48,2 % в 2012 г., а в среднем за три года — 45,8 %. И это несмотря на то, что число пациентов в этой группе снизилось на 154 человека.

Второе ранговое место занимают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F49) от 37,8 % в 2010 г. до 33,8 % в 2012 г. К этой патологии относятся различные фобические, тревожные, депрессивные, ипохондрические, обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства, а также реакции на тяжёлый стресс и нарушение адаптации.

По данным эпидемиологических исследований на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у 1/4 популяции. Симптомы патологической тревожности выявляются у 30 – 40 % пациентов, обращающихся к врачам общей практики.

При отсутствии адекватного лечения тревожные расстройства могут осложняться злоупотреблением алкогольных напитков, которое, в свою очередь, может приобретать хроническое течение с формированием стойкой зависимости. В подобных случаях эффективность терапии первичной патологической тревоги существенно снижается. Тревожные расстройства влияют на трудоспособность, т.к. наиболее часто тревожными расстройствами страдают лица трудоспособного возраста. Расстройства начинаются в юношеский период (от 18 лет и старше), когда молодые люди освобождаются от опеки родителей, появляется самостоятельность, возникает масса жизненных проблем, решаемых ценой большого эмоционального напряжения. Чаще тревожными расстройствами страдают женщины.

Сочетание тревоги и депрессии отмечается у 70,0 % больных. Тревога и депрессия имеют общие нейрохимические корни — в патогенезе обоих состояний обсуждается роль серотонина. У большинства пациентов с тревожными расстройствами обнаруживается лишь часть симптомов, однако, и они чрезвычайно мучительны. Эти люди в большинстве случаев далеко не сразу попадают в поле зрения психиатров, переходя от врача-терапевта к невропатологу, кардиологу, другим специалистам. Вначале ставят

Таблица 1. Структура патологии психической сферы по нозологическим формам в 2010 – 2012 гг.

Нозология Шифр МКБ-10 / Год	2010		2011		2011		2010 – 2012	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Органич., включая симптоматич. псих.р-ва <b>F00-F09</b>	971	45,1 ± 1,1	605	43,7 ± 1,3	817	48,2 ± 1,2	2393	45,7 ± 0,7
Психич. р-ва и р-ва поведения, связанные с употреблением психоакт. в-в <b>F10-F19</b>	51	2,4 ± 0,3	44	3,1 ± 0,5	23	1,4 ± 0,3	118	2,3 ± 0,2
Шизофрения, шизотипич. и бредовые р-ва <b>F20-F29</b>	27	1,3 ± 0,2	7	0,5 ± 0,2	12	0,7 ± 0,2	46	0,9 ± 0,1
Аффективные р-ва <b>F30-F39</b>	44	2,0 ± 0,3	27	2,0 ± 0,4	29	1,7 ± 0,3	100	1,9 ± 0,2
Невротич., связ.со стрессом и соматоформные р-ва <b>F40-F49</b>	813	37,8 ± 1,0	525	38,0 ± 1,3	573	33,8 ± 1,1	1911	36,5 ± 0,7
Поведенческие синдромы с нарушением физиологич. функций <b>F50-F59</b>	30	1,4 ± 0,3	13	0,9 ± 0,3	30	1,8 ± 0,3	73	1,4 ± 0,2
Р-ва личности <b>F60-F69</b>	13	0,6 ± 0,2	5	0,4 ± 0,2	14	0,8 ± 0,2	32	0,6 ± 0,1
Умственная отсталость <b>F70-F79</b>	19	0,9 ± 0,2	23	1,7 ± 0,4	35	2,1 ± 0,3	77	1,5 ± 0,2
Поведенческие и эмоцион. р-ва детей и подростков <b>F90-F99</b>	30	1,4 ± 0,3	15	1,1 ± 0,3	13	0,8 ± 0,2	58	1,1 ± 0,1
Факторы, влияющие на сост. здоровья <b>Z</b>	48	2,2 ± 0,3	26	1,9 ± 0,4	41	2,4 ± 0,4	115	2,2 ± 0,2
Прочие	105	4,9 ± 0,5	93	6,7 ± 0,7	108	6,3 ± 0,6	306	5,9 ± 0,3
Всего	2151	100,0	1383	100,0	1695	100,0	5229	100,0

диагноз вегето-сосудистой дистонии, затем — диэнцефальные кризы и т.д.

На третьем месте — пациенты с умственной отсталостью — удельный вес в среднем 1,3 %. Расстройство психики в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Наибольшее количество больных с данной патологией проживает в Ижемском, Сысольском, Усть-Куломском, Корткеросском районах, что связано, прежде всего, с частыми близкородственными браками, приводящими к кровосмешению, распространённым злоупотреблением алкогольных напитков, влияющим на генотип и приводящих к рождению больных детей.

Основную часть таких пациентов к психиатру направляют неврологи, epileптолог и эндокринологи ГАУЗ РК “КДЦ РК”. Это больные, страдающие эпилепсией, сосудистыми заболеваниями головного мозга, в т.ч. перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, с последствиями травм и новообразований головного мозга, вирусных и бактериальных нейроинфекций, больные с сахарным диабетом, другой эндокринной патологией. По преимуществу клинических проявлений у этих больных наблюдаются две группы расстройств: 1) расстройства когнитив-

ных функций (память, интеллект, обучение, внимание); 2) расстройства восприятия, содержания мыслей, эмоций, поведения. При консультировании больных, направленных epileптологом, особое внимание уделяется неэпилептическим феноменам и состояниям: снохождение, ночные страхи, конверсионные припадки и так называемым “болезням epileптического круга”: мигрень, энурез, поведенческие расстройства, так как при любом мультифакторном заболевании, каковым и является эпилепсия, в родословной больных и у самого больного можно найти множество пароксизмальных расстройств неэпилептической природы.

В диспансерах и психиатрических кабинетах РК на конец 2011 г. было зарегистрировано 25709 пациентов с диагнозом психического расстройства, что составило 2,9 % населения. За последние пять лет количество больных с психическими расстройствами уменьшилось на 3735 человек (5,4 %). В структуре этого контингента в целом преобладали больные непсихотическими формами 49,4 %, доля больных с умственной отсталостью составила 26,9 %, больных психозами и состоянием слабоумия 23,7 %, из них шизофрения 12,6 %. По РФ в 2010 г. это соотношение соответственно 51,3 %: 22,3 %: 26,4 % (из них шизофрения 13,6 %). Соотношение данных групп заболева-

Таблица 2. Структура наиболее частой психической патологии при эпилепсии

Нозология Шифр МКБ-10 F00-F09 / Год	2010		2011		2011		2010 – 2012	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Деменция	16	3,5 ± 0,9	14	3,7 ± 1,0	19	3,9 ± 0,9	49	3,8 ± 0,5
Органический амнестический синдром	18	4,0 ± 0,9	16	4,3 ± 1,0	17	3,5 ± 0,8	51	3,9 ± 0,5
Непсихотическое депрессивное расстройство	49	10,8 ± 1,5	38	10,2 ± 1,6	51	10,5 ± 1,4	158	10,5 ± 0,7
Органическое тревожное расстройство	60	13,2 ± 1,6	41	11,0 ± 1,6	58	12,0 ± 1,5	159	12,1 ± 0,9
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	101	22,2 ± 2,0	72	19,3 ± 2,0	88	18,2 ± 1,8	261	19,9 ± 1,1
Лёгкое когнитивное расстройство	112	24,7 ± 2,2	99	26,5 ± 2,3	136	28,1 ± 2,0	347	26,4 ± 1,2
Расстройство личности	98	21,6 ± 1,9	94	25,0 ± 2,2	115	23,8 ± 1,9	307	23,4 ± 1,2
Всего	454	100,0	374	100,0	484	100,0	1312	100,0

ний не имело существенных сдвигов за пять лет как в РК, так и по РФ.

Первые три ранговых места (табл. 2) в структуре наиболее часто выявляемой патологии психической сферы врачом-психиатром консультативного отделения ГАУЗ РК “КДЦ РК” в связи с эпилепсией занимают: 1) Лёгкие когнитивные расстройства — 24,7 – 28,1 %; 2) Расстройства личности 21,6 – 23,8 %; 3) Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства 22,2 – 18,2 %. На их долю ежегодно приходится 68,5 – 70,1 % всех видов нозологических форм. Четвёртое и пятое ранговые места занимают: 4) Органические тревожные расстройства — 13,2 – 12,0 %; 5) Непсихотическое депрессивное расстройство — 10,8 – 10,5 %. Реже устанавливаются диагнозы: “Органический амнестический синдром” и “Деменция”.

Число пациентов с впервые выявленными заболеваниями психической сферы (табл. 3) в 2012 г. по сравнению с 2010 г. увеличилось на 107 человек (13,6 %). Среди них можно выделить две основные группы: 1) Лица с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (F00-F09) от 33,9 % в 2012 г. до 43,8 % в 2012 г.; 2) Лица с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F49) от 53,7 % в 2010 г. до 49,9 % в 2012 г. Нозологические формы других впервые выявленных заболеваний психической сферы не превышали 0,4 – 3,4 % числа обратившихся пациентов.

Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами на 100 000 населения в некоторых городах и районах значительно превышает средне-республиканский, так в Сыктывдинском районе в 2,1 раза (за счёт всех психических расстройств и, прежде всего, психотических выше РК в 2,9 раза и непсихотических в 2,0 раза), в городе Сыктывкаре в 2 раза (за счёт, прежде всего, непсихотических расстройств в 2,2 раза и психозов), в Сысольском районе в 1,6 раза (за счёт непсихотических расстройств в 1,7 раза и умственной отсталости в 2,1 раз), в Ижемском районе в 1,3 раза (за счёт умственной отсталости в 7,3 раза и по психотическим расстройствам в 1,4 раза).

Не менее важен и анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами муниципальных образований с низким уровнем выявления данной патологии. Существенно ниже средних цифр первичная заболеваемость в районах: Койгородском (в 12,7 раз), Усть-Цилемском (в 6,5 раз), Усть-Куломском (в 4,2 раза). И ниже, чем было выявлено в районе в 2010 г. в 2,9 раз, Вуктыльском (в 3,3 раза), Сосногорском (в 3,2 раза), городе Ухта (в 3,0 раза). Основная проблема этих муниципальных образований — неукомплектованность врачами-психиатрами. Отсутствуют врачи-психиатры в Койгородском, Усть-Куломском, Вуктыльском, Усть-Цилемском районах. Недостаточное количество психиатров работают в городе Ухта. Это способствует тому, что психические расстройства не выявляются своевременно, и помощь больным не оказывается.

**Осуществляется национальный проект “Здоровье” и Программа модернизации здравоохранения.**

В сфере научных интересов авторов специфической является психическая заболеваемость населения приполярных регионов.

Практический врач-психиатр ГАУЗ РК “КДЦ РК” является автором 54 научных и 85 учебно-методических работ суммарным объемом 153,6 условных авторских печатных листа, в том числе 1 монографии и 8-ми учебных пособий. [8 – 12] В Российской государственной библиотеке (г. Москва) в Едином электронном каталоге (ЭК) РГБ представлено 4 учебных пособия (www.rsl.ru). В Российской национальной библиотеке (г. Санкт-Петербург) в электронном каталоге представлены 4 учебных пособия (www.nlr.ru). Два учебных пособия были представлены на коллективном стенде экспозиции “Университеты России” на 55-ой Международной книжной ярмарке в г. Франкфурте-на-Майне (Германия), а затем поступили в библиотеку Франкфуртского университета (2003 г.). Обеим книгам Президиум Совета Учебно-методического объединения по специальностям педагогического образования присвоил “Гриф учебных пособий



Таблица 3. Заболевания психической сферы (по нозологическим формам), впервые выявленные в 2010 – 2012 гг.

Нозология Шифр МКБ-10 / Год	2010		2011		2011		2010 – 2012	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Органич., включая симптомат. псих. р-ва <b>F00-F09</b>	267	33,9 ± 1,7	97	27,2 ± 2,4	392	43,8 ± 1,7	756	37,0 ± 1,1
Психич. р-ва и р-ва поведения, связ. с психоакт. в-вами <b>F10-F19</b>	23	2,9 ± 0,6	12	3,4 ± 1,0	13	1,5 ± 0,4	48	2,4 ± 0,3
Шизофрения, шизотипич. и бредовые р-ва <b>F20-F29</b>	8	1,0 ± 0,4	4	1,1 ± 0,6	4	0,4 ± 0,2	16	0,8 ± 0,2
Аффект. р-ва <b>F30-F39</b>	19	2,4 ± 0,5	10	2,8 ± 0,9	11	1,2 ± 0,4	40	2,0 ± 0,3
Невротич., связ. со стрессом и соматоформные р-ва <b>F40-F49</b>	424	53,7 ± 1,8	206	57,9 ± 2,6	447	49,9 ± 1,7	1077	52,8 ± 1,1
Поведенческие синдромы с нарушением физиологич. функций <b>F50-F59</b>	20	2,5 ± 0,6	8	2,2 ± 0,8	9	1,0 ± 0,3	37	1,8 ± 0,3
Р-ва личности <b>F60-F69</b>	7	0,9 ± 0,3	4	1,1 ± 0,6	8	0,9 ± 0,3	19	0,9 ± 0,2
Умственная отсталость <b>F70-F79</b>	3	0,4 ± 0,2	6	1,7 ± 0,7	4	0,4 ± 0,2	13	0,6 ± 0,2
Поведенч. и эмоцион. р-ва детей и подростков <b>F90-F99</b>	18	2,3 ± 0,5	9	2,6 ± 0,8	8	0,9 ± 0,3	35	1,7 ± 0,3
Всего	789	100,0	356	100,0	896	100,0	2041	100,0

для студентов высших учебных заведений” (2004 г.). Научные статьи (27) опубликованы в журналах: “Alma mater (Вестник высшей школы)”; “ОБЖ. Основы Безопасности Жизни”; “Жизнь и безопасность”; “Преподаватель XXI век”; “Безопасность Жизнедеятельности”; “OA Alcohol (an OA Publishing London Journal)”. [13 – 18] На региональных, зональных, всероссийских, международных научно-практических семинарах, конференциях, симпозиумах и конгрессах представлено 11 докладов (в соавт.). [19 – 27] Публикации практического врача-психиатра носят междисциплинарный характер. В научной библиотеке диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com> в 6 диссертациях (2000 – 2012 гг.) по 5 научным специальностям.

**Организационно-методическая работа** проводится в связи с необходимостью правильного направления пациентов на приём к психиатру и психотерапевту для врачей городских поликлиник и центральных районных больниц. Для этого врачом-психиатром разработаны информационные письма: 1) Показания для консультации психиатром, психотерапевтом (согласно МКБ-10). 2) Дифференциально-диагностические критерии невралгии и паналгического синдрома скрытой депрессии. 3) Дифференциально-диагностические критерии цефалгического синдрома скрытой депрессии и мигрени. 4) Дифференциально-диагностические критерии кардиалгического синдрома скрытой депрессии и кардиалгии при ишемической болезни сердца. 5) Дифференциаль-

но-диагностические критерии язвенной болезни желудка, 12-ти перстной кишки и абдоминального синдрома скрытой депрессии. [28]

В рамках **санитарно-просветительной работы** и наряду с работой с населением, включались мероприятия по охране и укреплению здоровья больных, страдающих психическими заболеваниями.

Врачом-психиатром проводится плановая работа по **чрезвычайным ситуациям (ЧС)**. Сразу после ЧС круг пострадавших расширяется за счёт родных и близких жертв катастроф. У части людей, переживших ЧС, на отдельных этапах формируется структурно сложные болезненные расстройства, которые отличаются полиморфизмом, сочетанием астенических, психовегетативных, аффективных, психосоматических, патохарактерологических нарушений с постепенным вовлечением соматогенных и экзогенных механизмов патогенеза. В специализированной психолого-психиатрической помощи нуждаются 25,0 % пострадавших с невротическими реакциями, 75,0 % — с психическими расстройствами средней тяжести, 100,0 % — с тяжёлыми. Сроки лечения этих групп различны: до 10 суток с лёгкими психогениями, более 2-х месяцев для лиц с реактивными психозами. Первоочередными задачами являются: 1) Выявление пострадавших с острым психомоторным возбуждением; 2) Обеспечение безопасности их и окружающих; 3) ликвидация обстановки растерянности; 4) исключение возможности возникновения массовых панических реакций. [39 – 41]

**Обсуждение.** В настоящее время ещё более насущной необходимостью становится развитие внебольничной психиатрической помощи, т.к. рост психических заболеваний происходит за счёт более лёгких форм, иначе — амбулаторных вариантов; большая часть обострений не требует, как правило, обязательной госпитализации. Если не отрывать больного от привычных условий, быстрее восстанавливаются социально-сохранные формы поведения, которые могли быть нарушены в период обострения болезни. Именно за счёт оказания внебольничной психиатрической помощи происходит увеличение выявляемости больных с психическими заболеваниями, т.к. расстройства психической сферы наблюдаются при многих соматических заболеваниях, в неврологии, акушерстве и гинекологии, хирургии, онкологии, дерматовенерологии, геронтологии, педиатрии, наркологии. Поэтому необходимо активно направлять пациентов на консультации к психотерапевтам, психиатрам, психологам.

Ожидается, что помимо терапевтических возможностей неврологов за счёт применения широкого ассортимента антиэпилептических препаратов в ближайшем будущем в РФ получат дальнейшее развитие альтернативные методы лечения эпилепсии: кетогенные диеты, внутривенные человеческие иммуноглобулины, нейрохирургическая коррекция, а также стимуляция блуждающего нерва.

Совершенствование специализированной консультативной помощи населению РК повысит её качество. Необходимо подчеркнуть, что 85,0 % пациентов направляются к врачу психиатру консультативного отделения на “межкабинетную консультацию” другими специалистами ГАУЗ РК “КДЦ РК”. Он независим от амбулаторного и стационарного подразделений региональной психиатрической службы, хотя по показаниям направляет больных в психо-неврологический диспансер для дальнейшего обследования и (или) срочной госпитализации, дальнейшего лечения. При выявлении заболевания психиатр консультативного отделения не выдаёт больничных листов, а даёт заключение специалиста. Из объёма его работы исключено определение группы инвалидности пациента. И в то же время, не учитывается объём первичных больных, требующих значительно большего времени

для диагностики патологии психической сферы. Так, если в общей лечебной сети на 1 пациента врачу специалисту выделяется 15 минут, а психиатру — 30 минут, то в ГАУЗ РК “КДЦ РК” всем специалистам повышены нормы для обследования до 30 минут. А “особая” норма психиатра осталась прежней 30 минут, в то время как первичные пациенты требуют значительно большего времени для правильной оценки иногда очень большого количества микропризнаков патологии психической сферы. Не учитывается, что если в структуре пациентов психо-неврологического диспансера первичные больные не превышают 10,0 %, то на приёме психиатра консультативного отделения ГАУЗ РК “КДЦ РК” — их более половины.

**Выводы 1.** Среди 5356 пациентов, принятых психиатром ГАУЗ РК “КДЦ РК” в 2010 – 2012 гг., преобладают первичные больные (51,6 ± 0,7 %). Выявляемость патологии психической сферы в 85 % случаев происходит за счёт межкабинетных консультаций специалистов.

2. Основное количество обратившихся составляют лица трудоспособного возраста от 18 до 44 лет, среди них преобладают мужчины (54,2 % — в 2012 г.), в то время как женщины в возрасте 50 лет и старше — 59,3 %. Среди пациентов более половины (50,9 %) — городские жители.

3. В структуре нозологических форм на первом месте органические, в т.ч. симптоматические, психические расстройства. Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в РК плавно снижается. Но более быстрые темпы снижения численности населения ведут к положительному темпу прироста показателя распространённости психических расстройств как в РК, так и в РФ.

***Благодарность.** Авторы выражают искреннюю любовь своим родителям. Авторы благодарны Муратовой И. Д., Степанову А. Ф., Колесникову В. А., Ипатко И. А, а также всем анонимным рецензентам за поддержку, ценные советы и полезные комментарии.*

**Авторы заявляют, что у них отсутствует конфликт интересов, связанный с публикацией данной статьи.**

## Семинары для адвокатов — Петрозаводск, Ульяновск, Киров, Мурманск

В 2016 г. НПА России работает по проекту “Содействие развитию бесплатной юридической помощи людям с психическими расстройствами”, при реализации которого используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 01.04.2015 г. № 79-рп и на основании конкурса, проведенного Движением “Гражданское достоинство” (<http://civildignity.ru>). Идея проекта — улучшить ситуацию с оказанием бесплатной юридической помощи гражданам с психическими расстройствами, наладить взаимодействие между теми, кто нуждается в помощи, и теми, кто ее оказывает, а также повысить уровень оказания такой помощи. С этой целью в июне-июле было проведено 4 семинара для адвокатов и юристов, оказывающих бесплатную юридическую помощь.

24 июня был проведен семинар в г. Петрозаводске для адвокатов Республики Карелия на тему “Оказание юридической помощи людям с психическими расстройствами в свете законодательных реформ и международных стандартов”. В семинаре приняли участие 29 адвокатов из Петрозаводска, Костомукши, Кондопоги и других годов Карелии.

Эксперт НПА России кандидат юридических наук, адвокат, преподаватель международного права Санкт-Петербургского государственного университета Д. Г. Бартнев познакомил присутствующих с основными понятиями и подходами в области соблюдения прав граждан при оказании психиатрической помощи: соотношение добровольного и недобровольного компонентов в сфере психиатрии, особенности доступа к информации, “психиатрический учет” (который был отменен еще в 1993 г., но фактически существует), закрытость психиатрических учреждений и мн.др. Особенно важной для аудитории была информация о гарантиях адвокатов при оказании юридической помощи в сфере психиатрии.

Правовой блок семинара включал также обсуждение процессуальных изменений в рассмотрении дел о недобровольных мерах в психиатрии в связи с введением в действие Кодекса административного судопроизводства РФ и вопросы недееспособности и ограниченной дееспособности.

Л. Н. Виноградова рассказала присутствующим о реализации государственной программы бесплатной юридической помощи и о роли НПА России в разви-

тии этой программы, представила только что выпущенную в рамках проекта брошюру “Как и где получить бесплатную юридическую помощь? (в помощь гражданам с ментальной инвалидностью и их родственникам)”. Ю. С. Савенко дал общее понимание того, что такое психические расстройства и как работать с гражданами с психическими расстройствами.

Ведущие ответили на многочисленные вопросы адвокатов, причем вопросы касались не только защиты прав граждан с психическими расстройствами, но и защиты прав родственников, в частности детей, от неадекватного поведения психически больных, особенностей работы психиатрической службы.

Второй семинар — “Оказание юридической помощи гражданам в психическими расстройствами: основы современного законодательства” — состоялся 9 июля 2016 г. в Ульяновске. На семинаре присутствовали около 100 человек, адвокаты Адвокатской палаты Ульяновской области и представители государственного юридического бюро, Уполномоченный по правам человека в Ульяновской области Л. А. Крутилина и представители ее аппарата, представители уполномоченного по правам ребенка в Ульяновской области, юридической клиники Ульяновского государственного университета и др.

Ульяновская область активно участвует в реализации государственной программы бесплатной юридической помощи: здесь имеется государственное юридическое бюро и целая когорта адвокатов, которые с ним сотрудничают. Всего в адвокатской палате — 500 адвокатов, и многие занимаются оказанием бесплатной юридической помощи населению.

Бесплатную юридическую помощь оказывают также Уполномоченный по правам человека в Ульяновской области и юридическая клиника Ульяновского государственного университета.

Взаимоотношения между государственным юридическим бюро и адвокатами строятся следующим образом. Государственное юридическое бюро рассматривает типовые случаи оказания помощи, а адвокаты подключаются к решению более сложных правовых вопросов. При этом государственное юридическое бюро, наряду с оказанием первичной помощи, фактически выступает функциональным заказчиком для адвокатов. Организовано взаимодействие с региональным уполномоченным по правам человека, муниципалитетами, общественными организациями

и учреждениями социальной защиты. Стационарные подразделения бюро есть в каждом районе Ульяновской области.

В результате такого взаимодействия в 2015 г. в Ульяновской области было зафиксировано более 5 тыс. случаев бесплатного оказания юридической помощи. В 2014 г. на финансирование деятельности государственного юридического бюро выделено 11 955 870 руб., на финансирование деятельности адвокатов — 1 096 900 руб., из них выплачено адвокатам — 1 084 312 руб., т.е. 98 %. Для сравнения: в целом по стране объем предусмотренных бюджетных ассигнований на оплату труда адвокатов выбирается лишь на 34,5 %.

Представители Уполномоченного по правам человека активно консультируют граждан с психическими расстройствами и их родственников, выезжают по жалобам в психиатрические больницы и психоневрологические интернаты, помогают гражданам в составлении жалоб и обращений в государственные органы, решают с администрацией медицинских организаций вопросы соблюдения прав пациентов и проживающих в специализированных учреждениях социального обслуживания. Тем самым они не только оказывают бесплатную юридическую помощь, но фактически выполняют функции до сих пор не созданной Службы защиты прав пациентов.

Председатель Адвокатской палаты Ульяновской области Е. А. Малафеев рассказал об участии адвокатов в системе оказания бесплатной юридической помощи, о тесном сотрудничестве с государственным юридическим бюро, о высокой готовности адвокатов участвовать в различных образовательных программах, расширении своих знаний по конкретным вопросам и т.п.

Н. В. Спиридонова рассказала присутствующим о специфике работы с людьми с психическими расстройствами, привела многочисленные примеры из практики Общественной приемной НПА России, ответила на вопросы присутствующих.

Руководитель юридической службы НПА России, кандидат юридических наук, советник юстиции Ю. Н. Аргунова дала широкую панораму различных нарушений прав пациентов, как при оказании психиатрической помощи, так и в обычной жизни: неправомерные отказы в выдаче разрешения на управление автотранспортом, получения информации о своем здоровье, ограничение родительских прав и т.п. Были упомянуты основные решения Европейского суда по правам человека, которые касаются прав граждан с психическими расстройствами и могут быть использованы в процессе защиты, поскольку стали элементом российского законодательства.

В заключение семинара были рассмотрены вопросы признания граждан недееспособными и ограниченно дееспособными, а также возможности восстановления дееспособности.

Показателем высокой заинтересованности присутствующих в разбираемой теме явился тот факт, что несмотря на выходной день (семинар проводился в субботу), летнее время, длительность и напряженный график занятий, никто из участников не покинул зал до конца семинара. Многочисленные вопросы также подтверждали значимость разбираемой темы. Были среди них и те, которые на настоящий момент не имеют правового решения.

21 июля в г. Кирове состоялся третий семинар для адвокатов.

В Кировской области проживает около полутора миллиона человек. Адвокатская палата Кировской области насчитывает около 400 членов, из них 208 (!) выразили свое желание участвовать в семинаре по теме “Оказание юридической помощи людям с психическими расстройствами в свете законодательных реформ и международных стандартов”. Конечно, не все в результате смогли прийти, тем не менее, огромный зал в Московском финансово-юридическом университете был набит до отказа.

В Кировской области нет государственного юридического бюро, а адвокаты пока не слишком активны в оказании бесплатной юридической помощи, однако этим летом должны быть приняты поправки в региональный закон, которые, по мнению президента Адвокатской палаты Марины Николаевны Копыриной, могут существенно улучшить ситуацию.

Основным докладчиком на семинаре выступал эксперт НПА России Д. Г. Бартеков.

Он рассказал присутствующим о различных нарушениях прав людей с психическими расстройствами, делая при этом акцент на международных стандартах, подчеркнул необходимость уважения достоинства и независимости людей с нарушениями психики. Европейский суд по правам человека считает, что “состояние подчиненности и беспомощности, типичное для пациентов, содержащихся в психиатрических больницах, требует повышенного внимания при рассмотрении того, выполняются ли предписания Конвенции”.

Остановившись на недобровольных мерах в психиатрии, Д. Г. Бартеков подчеркнул, что недобровольное помещение человека в психиатрический стационар является лишением свободы и должно применяться лишь в крайних случаях, когда все остальные меры исчерпаны и не дали результата. По мнению Европейского суда по правам человека, “меры, применение которых терапевтически необходимо, не могут рассматриваться как бесчеловечные или унижающие достоинство”, однако “Суд должен убедиться, что существование необходимости в применении медицинских мер было достоверно доказано”. Ключевым принципом Конвенции ООН о правах инвалидов, которую Россия ратифицировала в 2012 г., является уважение личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости. При принудительном лечении

необходимо соблюдать достоинство пациента, право на уважение частной жизни, запрет пыток и бесчеловечного и/или унижающего достоинство обращения и запрет дискриминации.

Рассказывая о делах по недееспособности и ограниченной дееспособности, Д. Г. Бартенев дал краткий обзор истории реформирования института недееспособности в России, упомянув о ключевых делах Штукатурова и Деловой. Согласно международным стандартам, необходима смена парадигмы в отношении инвалидов по психическому расстройству: вместо принятия решений за инвалида (институт опеки) — поддержка в принятии самостоятельных решений. Введение правовой категории “ограниченно дееспособный” для людей с психическими расстройствами — первый шаг на этом пути. Дальнейшее продвижение должно осуществляться совместными усилиями юристов, психиатров, общественных организаций, занимающихся защитой прав лиц с психическими расстройствами, и самих инвалидов по психическому заболеванию. К сожалению, пока такое объединение на практике не получается, в значительной мере из-за позиции психиатров, которые по-прежнему тяготеют к патерналистским отношениям с пациентами, тем более, признанными недееспособными.

Последний семинар в рамках проекта сотрудники и эксперты НПА России провели 29 июля в Мурманске.

Мурманск — крупнейший в мире город, расположенный за Северным полярным кругом, один из крупнейших портов России. В период расцвета атомной и военной промышленности население Мурманска насчитывало 450 тыс. человек, сейчас — чуть больше 300 тыс. Жизнь здесь нелегкая, и наблюдается массовый отток населения, особенно молодежи.

Адвокатская палата Мурманской области небольшая, 67 человек оказывают бесплатную юридическую помощь населению, 28 из них присутствовали на семинаре. Причем в данном случае проводимый семинар не был включен в программу повышения квалификации адвокатов, как например, в Ульяновске или Кирове, т.ч. пришли только те, кто действительно интересуется данной темой, работает с этой категорией населения.

Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова рассказала о работе организации, о проекте “Содействие оказанию бесплатной юридической помощи людям с психическими расстройствами”, который получил государственную поддержку, и о первых результатах выполнения этого проекта.

Большой интерес вызвал блок с информацией о психических расстройствах и правилах работы с людьми с психическими расстройствами, который вел руководитель общественной приемной врач-психиатр и психотерапевт с большим стажем работы Н. В. Спиридонова. Она привела много конкретных примеров работы с пациентами, в том числе из прак-

тики НПА России, и это встретило живой отклик аудитории.

Основное внимание было уделено применению недобровольных мер в психиатрии. Понятно, что психиатрия — особая отрасль медицины и здесь недобровольные меры неизбежны. Однако при этом должны строго соблюдаться права человека, и адвокаты — первые, кто может и должен это обеспечить. Д. Г. Бартенев перечислил все недобровольные меры, которые применяются в психиатрии, и подробно остановился на каждой из них, показав роль адвоката в недопущении необоснованной дискриминации людей с психическими расстройствами. Так, он обратил внимание присутствующих, что недобровольная госпитализация — это очень серьезная мера лишения свободы, и она должна применяться лишь в крайних случаях, когда все другие меры не дали своего результата. Бремя доказывания здесь лежит на психиатрическом стационаре, и подавая заявление в суд, он должен доказать: 1) наличие тяжелого психического расстройства, при котором поведение человека соответствует критериям недобровольной госпитализации; 2) отсутствие других менее ограничительных возможностей лечения; 3) отказ от госпитализации; 4) риск негативных последствий.

К другим недобровольным мерам, применяемым в психиатрии, Д. Г. Бартенев отнес: недобровольное освидетельствование; принудительные меры медицинского характера в рамках уголовного процесса (принудительное лечение) и такие редко упоминаемые меры, как диспансерное наблюдение, физические меры стеснения и режимные ограничения, существующие в психиатрических стационарах. Почему пациенты, добровольно поступившие на лечение в психиатрический стационар, подвергаются необоснованным ограничениям: запрет мобильных телефонов, свободного выхода за пределы отделения, прогулок, встреч с родственниками и друзьями и т.п.? Эти ограничения могут распространяться только на тех, кто находится в психиатрическом стационаре недобровольно, по решению суда, но и в этих случаях не могут действовать бесконечно долго, должны быть обоснованы врачом в истории болезни.

Конвенция о правах инвалидов, которую Россия ратифицировала в 2012 г., требует уважения частной жизни, независимости и достоинства всех людей с инвалидностью. Суд может дать санкцию на недобровольное стационарирование, но это не ведет за собой автоматическое разрешение любых методов лечения. Врач должен информировать пациента о проводимом лечении, обсуждать с ним различные его формы и методы, демонстрировать уважение его достоинства. Даже человек, признанный недееспособным, часто может выразить свое отношение к проводимому лечению, и нужно это учитывать.

У мурманских адвокатов нет опыта участия в делах о признании гражданина с психическими рас-

стройствами ограниченно дееспособным, и они внимательно слушали разъяснения Д. Г. Бартенева. Нужно постепенно уходить от признания людей недееспособными и шире использовать новые возможности, которые дает российское законодательство. Нужно стараться не принимать решения за человека с ментальной инвалидностью, а помогать ему в принятии самостоятельных решений. Если человек может понимать значение своих действий и руководить ими при помощи других лиц, его следует признать ограниченно дееспособным и максимально расширять сферу его самостоятельных действий. При **признании человека недееспособным**, нужно помнить, что это **является мерой защиты, а не наказания**, но в некоторых случаях можно показать суду отсутствие необходимости такой защиты. Так, если человек проживает в государственном учреждении и не имеет собственности, признание его недееспособным лишено всякого смысла. Между тем, такое судебное реше-

ние существенно ограничивает его права и является психотравмирующим обстоятельством.

Необходимо продолжить реформирование института недееспособности в России, объединив для этого усилия всех заинтересованных сторон. Требуется объяснять законодателю необходимость максимального сокращения законодательных актов, дискриминирующих людей с психическими расстройствами, как этого требует Конвенция по правам инвалидов, расширять меры их поддержки и максимально интегрировать их в жизнь общества.

НПА России пришла к выводу, что семинары для адвокатов должны быть продолжены. Это способствует осознанию специфики работы с людьми с психическими расстройствами, повышает уровень оказания им правовой помощи, объединяет юристов и психиатров в движении на пути расширения прав людей с психическими расстройствами, дальнейшего реформирования института недееспособности.

19 ноября 2016 г.

## **XV СЪЕЗД НПА РОССИИ**

### **Теоретические и философские основания психиатрии**

Москва, ул. Потешная 3, 10 – 18 час.

Приглашаем принять участие!

## **XXII КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ**

### **Психотерапия и нравственность**

*23 декабря 2016 г., 10 – 19 час.,*

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

**Тел.: (495) 275-4567**

## Всероссийская конференция памяти А. О. Бухановского

23 – 24 сентября в Ростове-на-Дону состоялась всероссийская научно-практическая конференция, посвященная памяти проф. Александра Олимпиевича Бухановского и 25-летию лечебно-реабилитационного научного центра “Феникс”, и названная в соответствии с этим “Психиатрия — любовь моя!”. Действительно, Александр Олимпиевич сумел сплотить редкостный по разнообразию талантов коллектив, объединенный подлинной любовью к своему предмету и неизбежным при этом незаурядным профессиональным уровнем. Это в полной мере обнаруживалось и в уровне собственных докладов и подборе участников конференции, во всей продуманной до деталей ее организации. Это замечательный пример создания научной школы, которая продолжает дело своего основателя, это еще и пример яркой профессиональной династии в лице Ольги Александровны Бухановской, главного мотора конференции. Наконец, это превосходный пример того, что вовсе не в столицах сосредоточены все ведущие научные центры: нигде, ни в нашей стране, ни в большинстве западных стран нет равного уровня диагностики и лечения транссексуалов, нигде не читают об этом лекции на таком уровне. Но не только по экзотической теме транссексуализма, по фундаментальным вопросам клинической психопатологии Ростовская кафедра — из передовых. Возглавляемая учеником Александра Олимпиевича, которого он специально готовил для этой роли, — проф. В. А. Солдаткиным, кафедра упрочила свои позиции, в частности, и этой конференцией, на которой В. А. продемонстрировал высокий уровень ведения заседаний, умение формулировать острые содержательные вопросы по широкому кругу тем и инициировать дискуссии, оправдывая название заседаний симпозиумами. Мы прослушали блестящую лекцию о транссексуализме А. Я. Перехова, выступление О. А. Бухановской и сотрудников кафедры А. И. Ковалева, А. Я. Перрхова и В. А. Солдаткина о вкладе Александра Олимпиевича в российскую психиатрию и ростовскую школу психиатров. Хочется

сказать: вот как следует отдавать дань памяти Учителю, вот как надо отмечать юбилеи. Не только строго научно, но еще и жизнерадостно.

Из услышанных докладов выделялись выступления проф. Н. Г. Незнанова “Психический фактор — как индикатор состояния здоровья населения”, доклад проф. В. И. Крылова (СПб) по клинической психопатологии, корреспондирующий с нашим докладом, полемический доклад проф. А. А. Шмиловича о переходных состояниях, доклад проф. В. Н. Краснова о тенденциях новых классификаций психических расстройств, доклад проф. Т. П. Ключник “Биологический паттерн в современной психиатрии”, лекция М. М. Залуцкой (СПб) “Шизофрения и биполярное расстройство” и блестящий клинический разбор А. В. Дьяченко процессуальной гомоцидомании, полемически увлекательно оспоренный проф. А. А. Шмиловичем. На симпозиуме “Правовые и этические вопросы современной психиатрии” в числе прочих были заслушаны и доклады от НПА России Ю. Н. Аргуновой и Л. Н. Виноградовой и Ю. С. Савенко. Доклад судебного психиатра из Финляндии проф. Нико Сеппяля дал возможность затронуть этические и правовые вопросы судебной психиатрии. Большой интерес вызвал доклад президента Российской психотерапевтической ассоциации проф. С. М. Бабина (СПб) и остропроблемный доклад главного врача Московской детской психиатрической больницы № 6 М. А. Бабчук. Острую дискуссию вызвали доклады психоаналитиков из Санкт-Петербурга Е. Н. Белова и О. Ю. Телятниковой.

Конференция длилась два дня. Кроме пленарного заседания и 17 симпозиумов она вместила еще внеочередной съезд Российского общества психиатров. Среди семисот участников присутствовали представители пяти зарубежных стран.

Незаурядный уровень конференции очередной раз показал значительность вклада Ростовской психиатрической школы проф. А. О. Бухановского в отечественную психиатрию.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

---

---

## Евгений Витковский



Евгений Витковский — известный поэт-переводчик, литературовед, издатель, писатель-фантаст (роман-трилогия “Павел II”, “Земля святого Витта”, “Чертовар”) и поэт (“Стихи разных лет”, “Сад Эрмитаж”).

Не понять — не постичь — не сберечь —  
не увлечь — не помочь.  
На задворках Европы стоит азиатская ночь.  
Это клён одинокий руками разводит беду.  
Это лебедь последний крылами колотит по льду.  
Это гибнет листва, это ветер над нею поник.  
Это в городе ночью звучит неизвестный язык.  
Только миг обожди — и застынет река в берегах.  
Только миг обожди — и по горло потонешь  
в снегах.  
Для кого — для чего — отвернись —  
притворись — претворись  
В холодеющий воздух, стремящийся  
в гулкую высь.  
... Что ж, лети, ибо в мире ноябрь,  
ибо в мире темно,  
Ибо в небе последнем последнее гаснет окно,  
Ибо сраму не имут в своей нагоде дерева,  
Ибо в песне без слов беззаконно плодятся слова.  
Плотно уши заткни, сделай вид,  
что совсем незнаком  
С этим странным, шуршащим меж листьев  
сухих языком.

Он неведом тебе, он скользящ, многорук и безлик —  
Это осени клик, это пламени длинный язык.

Это пламя голодное жёлтые гложет листья,  
И поручен ему перевод с языка темноты.

### ГЕРМАН РОРШАХ. ДЕСЯТИКЛЕТКА. 1914

*Ю. С. Савенко*

Храпит при капитанше генерал.  
Поручики — при генерал-майоршах.  
Россию местом жительства избрал  
психолог Герман Ульрихович Роршах.

Веснушчат россиянин, конопат,  
скорее водки хочет, чем молебна,  
а то, что он полнейший психопат —  
так это психиатру и потребно.

Гардемарины, полковник и майорш  
решил швейцарец изучить настырный:  
у россиян в мозгах полнейший ёрш  
у русских баб мозги — бурдюк чихирный.

У них мозги — прокисший маргарин,  
короче, не мозги, а ужас тихий.  
Майор, полковник и гардемарин  
в России тоже безусловно психи.



В Россию доктор ехал с мыслью той,  
что очень хороша у русских проза,  
что здесь живет великий Лев Толстой,  
которого оклеветал Ломброзо.

Я непременно здесь упомяну,  
о том, как доктор угодил в ловушку:  
он даже выбрал русскую жену,  
и захотел в российскую психушку.

Страна врача душила, как питон.  
Вскипела в нем фантазия больная,  
и десять клякс запечатлел картон:  
и каждая из них была двойная.

Скажите, что бы значило сие?  
У пациента сердце обмирало  
когда давили тяжким пресс-папье  
капустницу, монарха, адмирала.

Тянули пациенты кто куда:  
увидят двое — пятку, третий — ухо,

кому-то там мерещилась еда.  
кому-то представлялась половуха.

Он так пытался стать незаменим,  
и так не мог никак угомониться,  
что ни одна не пожелала с ним  
вязаться подмосковная больница.

Так подложили доктору свинью,  
тут закипела в нем волна протеста:  
он отвалил в Швейцарию свою  
на прежнее насиженное место.

Тут хорошо бы кончить карнавал,  
но не накинешь через пропасть мостик,  
из коей на Россию наплевал  
великий мастер психодиагностик.

Швейцария не Русь, и посему  
России доктор — как на пятке чирей.  
Похоже, что диагноз ни к чему  
там, где царят шизуха и делирий.

## РЕКОМЕНДУЕМ!

*И. М. Беккер.* **Работа врача-психиатра над ошибками** — М.: изд-во БИНОМ, 2016.

Это пособие, состоящее из 35 клинических примеров,  
продолжает книгу “Школа молодого психиатра”,  
изданную в этом же издательстве в 2011 г.  
Поучительный опыт для всех нас.

Пользуйтесь интернет-магазином [www.binom-press.ru](http://www.binom-press.ru)

## РЕКОМЕНДУЕМ!

*Герхарт Баум.*

**Спасти права граждан. Свобода или безопасность —**  
М., 2015

Выдающаяся по содержательности и интонации книга  
известного политика и правоведа  
о таких же как у нас проблемах на германском примере

## Рекомендации

*Лорд Актон.* Очерки становления свободы. Москва – Челябинск, 2016.

*Каубе Ю.* Макс Вебер на рубеже эпох. М., 2016.

*Подорога В.* Вопрос о вещи. Опыт по аналитической антропологии. М., 2016.

*Венидиктова Т.* “Антропограммы”: варианты прочтения//Новое литературное обозрение. 2016, 2 (138), 76 – 116.

\* \* \*

*Баум Герхард.* Спасти права граждан. Свобода или безопасность. М., 2015.

*Батай Жорж.* Сумма атеологии. М., 2016.

*Зубов Андрей.* Лекции по истории религии. М., 2016.

*Лебон Гюстав.* Психология социализма. Челябинск, 2017.

\* \* \*

*Беккер И. М.* Работа врача-психиатра над ошибками. М., 2016.

*Бассин Ф. В.* Бессознательное и поведение. М., 2015. (Впервые на русском монография выдающегося нейрофизиолога и теоретика психофизиологии изданная в 1978 г. в Германии на немецком языке. Это следующий шаг после его монографии “Проблема бессознательного” 1968 г.)

*Смилянская Елена.* Волшебники, богохульники, еретики в сетях российского сыска XVIII века. М., 2016.

*Старобинский Жан.* Чернила меланхолии. М., 2016.

*Фрейд Анна.* Норма и патология в детстве: оценка детского развития. М., 2016.

\* \* \*

*Вильчек Фрэнк.* Красота физики. Постигая устройство природы. М., 2016.

*Таблеб Н., Даймонд Д., Докинз Р., Дайсон Ф.* и др. Теории всего на свете. Ред. Д. Брокман. М., 2016.

Мир начинался страшен и велик ... Первая Мировая война в отечественной и мировой литературе. М., 2016.

*Кропоткин П. А.* Тюрьмы, ссылка и каторга в России. М., 2016.

\* \* \*

*Нортон Роберт.* Тайная Германия. Стефан Георге и его круг. СПб., 2016.

Время сердца. Переписка Ингеборг Бахман и Пауля Целана. М., 2016.

*Захер-Мазох Ванда.* Как подчинить себе мужа. С приложением работ Рихарда фон Крафт-Эббинга “Мазохизм” и “Попытка объяснения мазохизма”. М., 2016.

\* \* \*

*Витковский Евгений.* Сад Эрмитаж. Стихотворения, баллады. М., 2016.

# ABSTRACTS

---

---

## **Open to discussion notes on modern psychiatry (Methodological aspect)**

*A. E. Bobrov*

The changes in psychiatry in Russia for the last decades have produced influence as on clinical practice as well as on scientific research. In practical respect it should be noted adoption of ICD-10, spreading of psychotherapy and psychological rehabilitation, changes in pharmacological and other biological methods of treatment, widening of paraclinical diagnostics, as well as changes in understanding of nature and clinics of a number of mental disorders. In theoretical regard in these years the eclectic bio-psycho-social approach has been strengthened and the traditional doctrine of nosology has been repudiated. The methodology of evidence-based medicine has shown not only its advantages but also limitations as well. Actually all hopes for fast development of pathogenic methods of therapy of mental diseases have vanished. Collisions with medico-legal status of psychiatric diagnosis have not vanished and continue to negatively effect on development of important trends of psychiatry. All the above said is connected with historically influenced changes of the subject and the method of psychiatry. Its further development demands methodological analysis and preference to categorical system, which could integrate biological, psychological and social understanding of nature of mental disorders from single methodological position. Such system originates from the cognitive paradigm connected with informatization and individualization of psychiatric care which in the last decade has won recognition.

**Key words:** achievements of Russian psychiatry, new theoretical framework, stages of development of Russian psychiatry, bio-psycho-social approach, nosology, evidence-based medicine, cognitive paradigm.

## **Is it possible to exhaust psychopathology?**

*Yu. S. Savenko*

Well known impossibility to exhaust psychopathology is already not a platitude in the atmosphere of contemporary scientific fashion. Presented here are some actual trends of development.

**Key words:** psychopathology, trends of development of ICD and DSM, regress of clinical psychiatry.

## **Chronobiological characteristics of the structure of exacerbations and therapy of depression in the northern region**

*T. L. Kot (Khanty-Mansiysk)*

A retrospective analysis of medical records of patients of Khanty-Mansiysk clinical mental out-patient center with endogenous depression (the first subgroup) and depression caused by exogenous factors (the second subgroup) was held. The analysis used data from meteorological observations, defining characteristic of the region, the length of the seasons. Significant differences in the seasonality of exacerbations were observed in both groups. Bouts of depression vary in severity in different seasons in both subgroups. There are seasonal characteristics in the prescription of antidepressants.

**Key words:** depressive disorders, seasonality, photoperiod, severity of depression, antidepressants.

## **The principle of presumption of citizen's mental health in the law and law enforcements practice**

*Yu. N. Argunova*

Presented is the practice of using the institute of presumption of mental health (presumption of absence of mental disorder) in civil process.

**Key words:** presumption of mental health.

## **Ethics, the law and human rights**

*Yu. S. Savenko, L. N. Vinogradova*

The necessity of clearness regarding concepts of ethics, law and human rights is connected with numerous distortions of these concepts in our literature and with disastrous state of realities concerning them.

**Key words:** ethics, law, human rights, rights of persons with mental disorders.

## **Features of work of psychiatrist of Regional consultative diagnostic center of Subarctic Territory**

*L. A. Shapovalova, K. A. Shapovalov (Syktyvkar)*

The features of the work of regional consultative and diagnostic center, located in the subarctic region of Russian Federation (RF), characterized by harsh climate, increased swamping, excessive drainage network, a low density of roads and rail lines are described. The analysis of the incidence of 5356 patients referred for outpatient psychiatrist in 2010 – 2012 based on statistical coupons. The results of the practical work of the psychiatrist in ad-

visory department of diagnostic center are discussed. Assesses the scientific, organizational, methodological, and health education activities of practitioner — patient psychiatric care. In the consulting and diagnostic center structure adopted by a psychiatrist outpatient primary dominated patients ( $51.6 \pm 0.7\%$ ). Delectability of psychiatric pathology in 85.0% of cases is due to between cabinets expert advice. The basic amount applied are persons of working age from 18 to 44, among them are men (54.2% — in 2012), while women aged 50 years and

older — 59.3%. Among the patients, more than half (50.9%) — are urban dwellers. In the structure of clinical entities in the first place are organics, including symptomatic, mental disorders. Total primary and incidence of mental disorders in the Republic of Komi (RK) gradually decreases. But a more rapid decline in population leads to a positive rate of growth in prevalence of mental disorders in the RK and in RF.

**Key words:** outpatient psychiatrist, Consultative and Diagnostic Center, subarctic region.

## **ВНИМАНИЕ!**

Впервые на сайте НПА выложен весь комплект номеров  
Независимого психиатрического журнала с 1991 по 2015 гг. —  
честная панорама событий в отечественной научной и практической психиатрии  
за четверть века!

Международный конгресс ВПА

### **ПСИХИАТРИЯ: ИНТЕГРАТИВНАЯ ПОМОЩЬ СООБЩЕСТВУ**

*18 – 22 ноября 2016 г., Кейптаун, Южная Африка*

**[www.wpacapetown2016.org.za](http://www.wpacapetown2016.org.za)**

### **22-й Всемирный конгресс по социальной психиатрии**

*30 ноября – 4 декабря 2016 г., Нью-Дели, Индия*

**[www.wasp2016.com](http://www.wasp2016.com)**