

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2018

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

**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 (зам. гл. ред.)
Б. А. Воскресенский
В. Я. Евтушенко
П. Ю. Завитаев
С. А. Игумнов
В. Е. Каган
В. А. Кажин
Г. М. Котиков
В. В. Мотов
Б. Н. Пивень
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин
В. Д. Тополянский**

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 Voskresensky
Valery Evtushenko
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigory Kotikov
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovsky
Vladimir Prokudin
Victor Topolyansky**

Сдано в набор 16.03.2018. Подписано в печать 28.03.2018. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2018-1-IPA.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ И МЕСТО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Рихард Крафт-Эбинг	5
Густав Ашаффенбург	7
Карл Вильманс	8

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

О предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы — Ю. С. Савенко	10
--	----

Три лица психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический (ч. 1) — Иосиф Зислин (Иерусалим, Израиль)	18
---	----

Влияние городской среды на развитие невротических расстройств — А. С. Слюсарев, М. Ю. Козлов	25
---	----

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Курт Шнейдер. Опыт о типах понятности (1922)	28
Курт Шнейдер. Сущность и распознавание шизофрении (1925)	31

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Неожиданный поворот: использование своей психической болезни — проф. А. А. Шмилович	34
--	----

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

“Признать виновной в совершении преступления...” (Есть ли состав преступления в действиях врача-психиатра Ольги Андроновой?) — Ю. Н. Аргунова	47
---	----

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
-------------------	--

Неуважение к воле душевнобольного	55
---	----

ПСИХОТЕРАПИЯ

ХХIII Консторумские чтения “Тело и психика — взгляд психотерапевта” (ч. 1)	58
--	----

ОБЗОРЫ

XVII Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ч. 2) — В. В. Мотов.	64
--	----

ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, ПОЛЕМИКА

“Психиатрия детей и подростков” Б. В. Воронкова в свете современной методологии наук — Б. Я. Пукшанский (Санкт-Петербург)	68
--	----

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Положение Академии наук при Сталине (из “Дневников Сергея Ивановича Вавилова”).	71
---	----

MEMORIA

Иосиф Моисеевич Тонконогий (1925 – 2017)	73
--	----

ИЗ ПРАКТИКИ

Гипнотерапия психогенной афонии: анализ двух успешных случаев лечения — С. С. Худоян (Ереван, Армения)	77
---	----

ЛИЦА, СИТУАЦИИ, СУДЬБЫ	79
----------------------------------	----

ХРОНИКА

В Верховном Суде: мрачный прецедент поведения адвоката.	82
---	----

Новый модуль психического здоровья в Чертанове	83
--	----

Семинар по защите прав граждан с психическими расстройствами в Липецке	84
--	----

Обсуждение проблем здравоохранения и социальной помощи ее субъектами	85
--	----

Четверть века Российскому исследовательскому центру по правам человека.	
---	--

Конференция в Санкт-Петербурге	85
--	----

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Неумолимый ход событий: как пропаганда приобретает самостоятельность	87
--	----

НЕКРОЛОГ

Исаак Яковлевич Гурович (1927 – 2018)	92
---	----

РЕКОМЕНДАЦИИ

АННОТАЦИИ	95
---------------------	----

	96
--	----

CONTENTS

ROLE AND PLACE OF FORENSIC PSYCHIATRY

Richard Kraft-Ebing	5
Gustav Aschaffenburg	7
Carl Wilmanns	8

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

On the subject of forensic psychiatry and forensic psychiatric examination — Yu. S. Savenko	10
Three faces of psychiatry: ethnographic, transcultural and anthropological (p. 1)	
— Josef Zislin (Jerusalem, Israel)	18
Influence of the city environment on development of neurotic disorders	
— A. S. Slyusarev, M. Yu. Kozlov	25

FROM THE CLASSICAL HERITAGE

Kurt Schneider. Experiment with comprehensibility types (1922)	28
Kurt Schneider. Essence and detection of schizophrenia (1925)	31

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

An Unexpected turn: use of your own mental disorder — Professor A. A. Shmilovich	34
---	-----------

PSYCHIATRY AND LAW

“To Convict of a crime...”	
(Is there the components of crime in the actions of clinical psychiatrist Olga Andronova?)	
— Yu. N. Argunova	47

FROM AN EXPERT’S DOSSIER

Disrespect towards the will of a mentally ill person	55
---	-----------

PSYCHOTHERAPY

The 23rd Konstorum Readings “Body and mind — a view of psychotherapist” (p. 1)	58
--	-----------

REVIEWS

The 27th Congress of the World Psychiatric Association (p. 2) — V. V. Motov	64
---	-----------

COMMENT AND DISCUSSIONS

“Psychiatry for children and adolescents” by B. V. Voronkov against the background	
of the modern methodology of sciences — B. Ya. Pukshansky (Saint-Petersburg)	
.	68

DOCUMENTS OF EPOCH

Provision of the Academy of Science in the Times of Stalin	
(from the “Diaries of Sergey Vavilov”)	71

MEMORIA

Josef Tonkonogiy (1925 – 2017)	73
---	-----------

FROM PRACTICE

Hypnotherapy of Psychogenic Aphony: Analysis of two successful cases of treatment	
— S. S. Khudoyan (Erevan, Armenia)	77

FACES, SITUATIONS, FATES.	79
--	-----------

CHRONICLE

In the Supreme Court: An obscure precedent of an attorney’s behavior.	82
--	-----------

A new module of mental health in Chertanovo	83
--	-----------

Workshop on protection of the rights of citizens with mental disorders in Lipetsk	84
--	-----------

Discussion of healthcare problems and social support with the subjects	85
---	-----------

The 25th Anniversary of the Russian Research Center on Human Rights.	
--	--

Conference in Saint Petersburg	85
--	----

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY

Inexorable course of events: The way propaganda becomes independent	87
--	-----------

OBITUARY

Isaak Yakovlevitch Gurovich (1927 – 2018)	92
--	-----------

RECOMMENDATIONS	95
----------------------------------	-----------

ABSTRACTS	96
----------------------------	-----------

МЕСТО И РОЛЬ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Судебная психиатрия получила устойчивое основание нормой о невменяемости в Кодексе Наполеона (1810) и введением в конце XIX века, наряду с объективным вменением (причиненным ущербом), субъективного вменения (намеренного ущерба).

За последнее столетие, с 1914 г., роль судебной психиатрии во всем мире постоянно быстро возрастала за счет возникающих проблем, которые ставила сама жизнь, — проблемы рентных неврозов и психопатий, манипулирования диагнозами “мягкой” и “вялотекущей малопрогредиентной шизофрении”, ПТСР, органического расстройства личности, “множественной личности”, “зависимой личности”, движения депрограмматоров и радикальных форм антипсихиатрического движения — пока, наконец, состязательность экспертов со стороны истца и ответчика и возрастающий уровень адвокатов, активно изучающих профессиональную психиатическую литературу и загоняющих видных психиатров в неизбежные для строгой науки границы достоверности их ответов, не стали стимулом для позитивного развития судебной психиатрии. Постоянно упрекаемая за отрыв от клинической психиатрии судебная психиатрия начала служить ферментом развития психиатрии.

Судебная психиатрия — это передовая в столкновении нестандартных людей со стандартным законодательством и научно ориентированной клинической психиатрии с утилитарно-потребительской ориентацией власти. Покушение на Рейгана в 1981 г. стоило американской судебной психиатрии снятия волевого критерия невменяемости. Советская психиатрия прогибалась перед властью не в пример больше, не делая этого, что только подтверждало декоративность ее установлений, нынешняя проедает старое наследство.

Поучительна судьба трех классиков немецкой судебной психиатрии.

Рихард фон Крафт-Эбинг (1840 – 1902)

Рихард фон Крафт-Эбинг (Richard von Krafft Ebing) — один из самых знаменитых психиатров конца XIX века, как и его предшественник на венской кафедре Теодор Мейнерт. Руководство по психиатрии Крафт-Эбинга, появившееся в 1895 г. в русском переводе, оказалось, по свидетельству Ю. В. Каннабиха, сильное влияние на развитие психиатрии в России.



Крафт-Эбинг родился в Мангейме. Учился медицине вместе со своим другом Вильгельмом Эрбом в Гейдельберге, а затем в Цюрихе, где прослушал курс лекций Гризингера. После первой ученой степени (диссертация о бреде) он продолжил образование в Вене, Праге и Берлине. В 1864 г. Крафт-Эбинг занимает должность ассистента в большой психиатрической лечебнице в Илленеу (недалеко от Ахерна), которая была основным поставщиком германских психиатров в течение 30 лет. Здесь сложилась его дружба с ее директором Генрихом Шюле (Heinrich Schüle, 1840 – 1916), автором выдающегося учебника по психиатрии 1877 г., многократно переиздававшегося на разных языках и ставшего настольной книгой для каждого психиатра. Его вытеснил учебник Крафт-Эбинга, который представлял дальнейшее развитие взглядов, которые Шюле и он совместно разрабатывали в Илленеу, основываясь на антрополого-этиологическом принципе подразделения психозов. Их классификации были разобраны в “Истории психиатрии” Ю. В. Каннабиха (1929, 339 – 347).

После участия во франко-прусской войне Крафт-Эбинг занимался частной практикой, леча раненых в Баден-Бадене, а в 1872 г. читал лекции в Страсбургском университете. В 1873 г. Крафт-Эбинг принимает приглашение из университета Граца. Здесь в его распоряжение была передана большая университетская клиника, открытая в 1870 году, и кафедра психиатрии Граца, лучшая в Австрии после Венского университета. Одновременно он становится директором областного заведения для психически больных “Фельдхоф”,

Рихард фон Крафт-Эбинг

проявляя бесконечное терпение в обращении с его обитателями.

В 1886 году Крафт-Эбинг становится ординарным профессором психиатрии и неврологии. Он быстро завоевал доверие, и к нему потянулось множество больных. Со временем, получив большую практику, Крафт-Эбинг открывает частную лечебницу для нервных и душевнобольных близ Граца, Штейермаркский приют для умалишенных.

В 1889 году Крафт-Эбинг возглавил первую психиатрическую клинику Вены, а в 1892 г. после смерти Т. Мейнерта уступает это место Юлиусу Вагнер фон Яуреггу и возглавляет основную, вторую психиатрическую клинику, которая в 1902 г. также перешла Вагнер фон Яуреггу.

Крафт-Эбинг внес грандиозный вклад своими руководствами, которые до сих пор сохранили свое значение.

Это **“Основы криминальной психологии”** 1872 г. и **“Учебник судебной психопатологии”** 1875 г., переведенный в 1895 г. с третьего издания на русский язык доктором больницы Всех Скорбящих в Санкт-Петербурге А. Черемшанским с дополнениями по русскому законодательству (672 стр.). Руководство восхищает уже своей рубрификацией и содержанием, более привлекательным, чем наши современные руководства. И это написано одним автором, что дает тексту подлинную цельность. Для продвижения вперед необходимо знать прошлое, иначе неизбежно измельчание. Многие предметы нашей критики современных СПЭ изложены ясно и четко.

Другим крупным вкладом был **“Учебник клинической психиатрии”** 1879 г. в трех томах с обобщением наблюдений за 20 тысячами больных, переведенный на многие языки и выдержавший 6 изданий, и **“Учебник психиатрии”** 1897 г., совместный с Крепелиным, — работа, которая рассматривалась как исчерпывающая по проблемам клинической психиатрии, типологии поведения человека и мотиваций, а не ограничивалась, а отличие от руководства Т. Мейнера, патологоанатомическим и патофизиологическим подходами.

Но самой знаменитой стала его монументальная книга **“Половая психопатия”** 1886 г., до сих пор не превзойденная, вопреки тому, что начинала фактически с чистого листа. Она сразу же приобрела широкую известность, выдержанная при жизни автора 12 изданий, неоднократно выпускалась позже на различных языках, переиздается и в настоящее время. Отличительная ее особенность — собранное автором огромное число случаев сексуальных отклонений, что позволило ему сделать выводы, не утратившие своего интереса и ныне. В этой книге были опубликованы подробные медицинские отчеты о сотнях половых извращений. Материалы такого рода ранее никогда не публиковались. В этой книге Крафт-Эбинг

подробно описывает и впервые вводит понятия садизма, мазохизма, зоофилии и впервые описанного им бертранизма. Хотя Крафт-Эбинг написал значительную часть своего материала на латинском языке, чтобы он был понятен только врачам, его резко осудили в Англии за “предание гласности грязного и отвратительного материала перед лицом доверчивого общества”.

Крафт-Эбинг стал одним из первых судебных экспертов в области сексопатологии. В его функции входило предоставлять судам медицинскую историю обвиняемых. Но этим он не ограничивался. Стремясь добиться понимания и милосердия в отношении отступивших от принятых норм поведения, вызывавших сильное отвращение в пуританском обществе Вены, он доказывал, что ущемляются их гражданские права. Эта позиция ученого вызвала взрыв возмущения. **“Книга “Половая психопатия”** создала ему в свое время немало врагов: многим казалось, что неуместно выносить на свет все эти “исключительные случаи”, все эти позорные тайны. Но Крафт-Эбинг работал как естествоиспытатель, и последующие годы показали, как необходим был его смелый почин для всестороннего познания одной из важнейших психофизиологических функций человеческого организма: книга **“О половой психопатии”** послужила началом ценнейших работ в психиатрии, в науке о праве, в педагогии и т.д.

Всю свою жизнь Крафт-Эбинг настойчиво работал над вопросом об этиологии прогрессивного паралича. Он был убежденным сторонником Эрба и Фурнье. Огромное впечатление на Московском международном съезде 1897 г. произвело сообщение Крафт-Эбинга, сделанное от лица исследователя, “пожелавшего остаться неизвестным”: девятым паралитикам были сделаны прививки сифилиса, при чем все эти больные оказались иммунными. Тогда же на Московском съезде он запечатлев в короткой формуле всю, как ему казалось, этиологию прогрессивного паралича: *“сифилизация и цивилизация”* (Ю. Каннабих).

Крафт-Эбинг занимался лечением с помощью гипноза. Его перу принадлежит несколько интересных работ, в которых представлены уникальные эксперименты с его истеричной пациенткой Ирмой. В результате этих экспериментов Крафт-Эбинг заявил, что внушаемость — не постоянное свойство истерической личности, а утверждение о поголовной подверженности истерических лиц внушению вряд ли правомерно. Однако, несмотря на его непрекращающий научный авторитет, до сих пор учебники психиатрии подчеркивают, что внушаемость — это свойство истерической личности. Выслушав лекцию Фрейда в 1896 г., он назвал его теорию научной басней.

Все три руководства Крафта-Эбинга были переведены на русский язык, но кто теперь читает классиков?

Густав Ашаффенбург (1866 – 1944)

Густав Ашаффенбург (Gustav Aschaffenburg) — немецко-американский психиатр, крупнейший для своего времени авторитет в юридической и криминальной психологии и судебной психиатрии. Получил образование в университетах Гейдельберга, Вюрцбурга, Фрейбурга, Берлина, Страсбурга (1889 – 1890) (здесь сдал государственные экзамены и защитил докторскую диссертацию), Вены (1890 – 1891) (здесь занимался под руководством Т. Мейнера) и Парижа (1891).



Работал с 1891 г. по 1900 г. в Гейдельберге сначала ассистентом, под руководством Э. Крепелина, а с 1895 г., после защиты диссертации по экспериментальной психологии ассоциаций в норме, при истощении и скачке идей, — в качестве доцента. С 1900 г. он — экстраординарный, а с 1904 г. по 1934 г. — ординарный профессор психиатрии и директор Психиатрической и неврологической клиники Кельна, с 1929 г. также — директор основанного им Научно-криминологического института при Кельнском университете.

В 1896 г. в Гейдельберге, где клинику возглавлял тогда (1891 – 1903) Крепелин, Ашаффенбург впервые начинает курс лекций по психологии преступления и преступника, который лег в основу его главной знаменитой книги “Преступление и борьба с ним. Уголовная психология для врачей, юристов и социологов” с посвящением Э. Крепелину, вышедшей в 1902 г., 2 изд. 1906; 3 изд. 1923. В этом основополагающем, составившем эпоху исследований Ашаффенбург подверг систематизированному анализу причины преступности, рассмотрел роль индивидуально-наследственных и социально-экологических факторов в

формировании преступного поведения, подвергая критике идею Ломброзо о “врожденном преступнике”.

Именно после выхода данной книги, резко возросло внимание юристов к личности преступника. Она была переведена на многие языки мира, неоднократно переиздавалась и уже в 1906 г. была издана в Одессе и переиздана в Москве в 2010. Переводчик и редактор Я. Л. Сакер — судебный психиатр, на которого была ссылка в этой книге, писал в предисловии: “В тяжелое для науки время выходит предлагаемая читателям книга. Все внимание общества сосредоточено на политической борьбе, и пока она не кончится первой победой — завоеванием прав человека и гражданина, — ни люди науки, ни учащиеся не смогут отдаваться проблемам теоретического знания. Научная мысль изгнана из общественной и государственной жизни...”.

Индивидуализация как коренной принцип решения казусных судебных вопросов прозвучал и был обоснован в этой книге более 100 лет назад. “Каждый ребенок, каждая женщина, становящиеся жертвами насильников, имеют полное основание выступить с обвинением против государства, которое чтобы только соблости призрак “справедливого возмездия” по отношению к преступнику, жертвуя их честью”.

В 1904 году Г. Ашаффенбург основал “Ежемесячный журнал по проблемам судебной психологии и реформы уголовного права” (“Monatschrift für Kriminallpsychologie und Strafrechtsreform”). Многие годы был редактором альманаха “Библиотека криминолога”. Он редактор, а также автор monumentalного руководства по психиатрии “Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie”, Wien, в 15 томах, вышедшем с 1911 по 1929 гг. в виде монографических тематических работ Курта Гольдштейна и многих других выдающихся авторов. Впечатляет даже простое ознакомление с содержанием этих томов.

В 1929 году Г. Ашаффенбург основывает и возглавляет при Кельнском университете Научно-криминологический институт.

Он — соредактор Руководства по судебной психиатрии, вышедшего 3-им изданием в 1934 г., где Г. Груле написал клинические основы судебной психиатрии, а он — правовые основы судебной психиатрии — *Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie*. G. Aschaffenburg (Köln), H. W. Gruhle (Heidelberg), A. Hoche (Baden-Baden), J. Lang (Breslau). С приходом к власти нацистов он, в силу своих еврейских корней, был устранен с поста руководителя клиники, которую возглавлял 29 лет, и заменен центральной прогитлеровской фигурой — Максом де Кринисом, перешедшим в 1938 г. в Берлин и покончившим самоубийством в 1945 г. В 1938 г. Ашаффенбург эмигрировал в Цюрих, а оттуда в США, где продолжил свою деятельность в качестве профессора юридической психологии Университета Дж. Хопкинса в Балтиморе.

В своих работах Г. Ашаффенбург объяснял преступность различными индивидуальными проявле-

Карл Вильманс

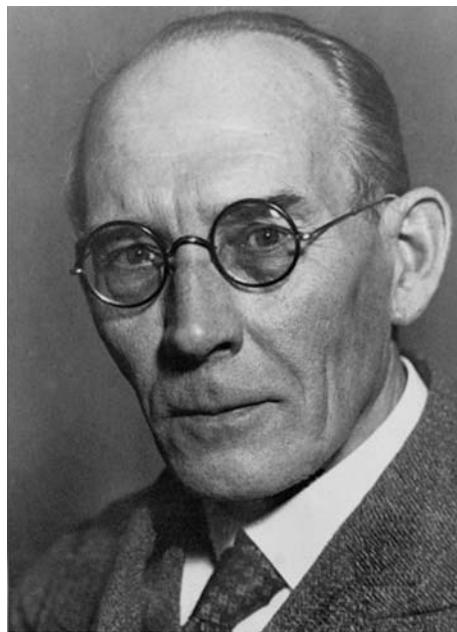
ниями социальной непригодности преступников. На основе социальных и характерологических признаков личности, им была предложена типология семи типов преступников: 1) преступники по небрежности; 2) под влиянием аффектов; 3) случайные; 4) умышленные; 5) рецидивисты; 6) привычные (бродяги); 7) профессиональные.

Г. Ашаффенбург приходит к выводу, что среди преступников действительно чаще встречаются личности с дегенеративными признаками, чем среди законопослушных граждан. Но объяснял он это, в отличие от Ч. Ломброзо, тем, что основная масса преступников выходит из среды, где господствуют голод, нищета, и где женщины в период беременности истощаются непосильной работой и хронически недоедают. То есть, социальные условия ведут к рождению младенцев с дегенеративными признаками и эти же условия способствуют формированию из них преступников.

Он также изучал влияние медикаментов, наркотиков и алкоголя на течение психических процессов, известен у нас “симптомом Ашаффенбурга”, вопреки выдающемуся вкладу в клиническую и судебную психиатрию, в частности обоснованием критерия невменяемости.

Карл Вильманс (1873 – 1945)

Гейдельбергскую клинику — вершинный взлет мировой клинической психиатрии — после Эмиля Крепелина, руководившего ею 12 лет (1891 – 1903), Карла Бонгэфера (1904) и Франца Нисселя (1904 – 1918) 15 лет возглавлял Карл Вильманс (1918 – 1933). В 1933 г. с приходом к власти нацистов он был устранен за то, что в 1932 г. на одной из лекций привел речи



Гитлера как пример истерической слепоты, фальсифицирующей исторические исследования. Место Вильманса занял выдающийся, но пронацистски ориентированный психиатр Carl Shneider (1933 – 1945), покончивший самоубийством. Славу Гейдельбергской клиники поддержал сменивший его Kurt Shneider (1945 – 1955).

Карл Вильманс (Karl Wilmanns) родился в Durango (Мексика), обучался медицине в Бонне, Геттингене и Берлине. С 1902 г. он ассистент Крепелина в Гейдельберге. Ясперс вспоминает: “С 1908 по 1915 гг. я работал в психиатрической клинике в Гейдельберге... Осязаемый характер носили работы не только в области медицины, но и социологии, юриспруденции, лечебной педагогики. Руководил клиникой Ниссель. Он был великолепным исследователем в области гистологии мозга... Но наибольшее впечатление производила на меня его самокритика... Делая, благодаря положению Гризингера, что душевные заболевания есть заболевания мозга, значительные открытия, он одновременно уничтожал его нейтральность. Методически открывая патологические очаги, он познавал границы их действия. Он был специалистом-гистологом, но никак не психиатром-клиницистом... Он учился и у своих ассистентов... В его клинике работало много отличных врачей. И если случайно попадал ассистент, нарушивший неписанные законы этого духовного братства, то через некоторое время он бесследно исчезал.

Наибольшим влиянием здесь пользовался мой учитель Вильманс, работавший старшим врачом, затем Груле, который своей многопытностью, непоседливостью и любовью к критике всех будоражил, потом.. Веитцель..., Гомбургер..., Ранке и совсем еще юный исследователь Майер-Гросс... Это была удивительная жизнь всевозможных характеров ... и с радикальной критикой, разбивающей любую позицию... Вырос “дух дома”, принадлежащий не кому-то одному, а всем вместе, но каждый из нас шел своим путем. В этой клинике была осуществлена одна из форм великолепных достижений немецкой научной мысли... Вильманс выделил мне отдельную комнату, в которой я производил опыты и входившую тогда в моду работу с тестами...”. Исследования и публикации Ясперса, его полная самоотдача и его новый стиль работы с больными (“феноменологию Гуссерля сделал я своим методом и мировоззрением”) вызывали уважение и были высоко оценены в клинике, и Ясперсу была предоставлена полная свобода действий. Именно Вильманс был инициатором поручить Ясперсу в 1911 г. написание общей психопатологии, он организовал решающую встречу с издателем Ф. Шпрингером. “Общая психопатология” произвела сильное впечатление на Нисселя, и по его рекомендации Ясперса были готовы взять к себе Крепелин в Мюнхене и Альцгеймер в Бреслау. А во время мировой войны, когда Ниссель переходил в Мюнхен, декан предложил

Ясперсу стать преемником Ниссля. С большим трудом, из-за своей болезни, Ясперс отказался, и преемником стал Вильманс.

Вильманс — редактор знаменитого IX тома Руководства Бумке “Шизофрения” (1932) с посвящением Ясперсу — одной из непреходящих вершин нашего предмета, а также серии “Гейдельбергские записки”, всесторонне освещавшей проблемы психологии и психопатологии преступников, он автор широко известных работ о психопатах, тюремных психозах, вменяемости, критики ограниченной вменяемости, что препятствовало ее беспредельному расширению, всего комплекса проблем судебной психиатрии и, конечно, судебно-психиатрических разборов.

Советские судебные психиатры 20 – 30-х годов, хорошо зная немецкий язык, оперировали, в отличие от нынешних, работами Вильманса.

Вильманс подчеркивал значительно большую роль течения, чем проявлений психического заболе-

вания. Он основал с Принцхорном собрание творчества психически больных. В 1926 г., движимый, видимо, своими русскими корнями, он предпринял экспедицию в Сибирь для изучения заболевших сифилисом.

Симптоматично, что из его трудов ничего не переведено в отличие от многочисленных переводов ведущего юриста III Рейха Карла Шмитта (Carl Schmitt). В результате, целые поколения даже судебных психиатров не знают его.

Итак, оба классика судебной психиатрии — Ашаффенбург и Вильманс — на себе испытали разницу кайзеровского, веймарского и нацистского режимов. Оба не дожили до краха бесчеловечного, но самого сильного и устойчивого режима, сломить который было возможно только сокрушительным поражением в войне, Нюрнбергским процессом, судом над судьями и врачами, люстрацией и еще поколением после этого.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

К 145-летию Карла Вильманса

О предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы¹

Ю. С. Савенко

*“Так как важнее борьбы с преступлением — предупреждение его, именно в этом направлении все должны работать ... в пользу принципов нового уголовного права...
Приспособление наказания к индивидуальности преступника, проведенное до крайних его логических последствий — такова задача, отмена размеров наказания — таково его решение”.*

Густав Ашаффенбург (1903) [1]

Предлагается содержательное определение предмета судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы в контексте этой проблемы в советской и российской судебной психиатрии, в частности, введение в дефиницию типовых ошибок.

Ключевые слова: предмет судебной психиатрии, предмет судебно-психиатрической экспертизы, предмет судебной патопсихологии, взаимоотношение психопатологии и патопсихологии, межкорпоративные конфликты

Заявленная тема — предмет судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы — может показаться чисто теоретической, одной из тех, с которой традиционно начинают, но повторив несколько заезженных, уже ни к чему не обязывающих фраз, идут дальше. Между тем, Ясперс подробно обосновал, что в отношении психиатрии это имеет большое практическое значение [2, 934 – 943]. Действительно, если формулировать предмет судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы в общем виде, то это способ только мимоходом обозначить сферу деятельности, если же сделать это структурно и содержательно, то без соответствия этому можно оказаться за бортом собственного предмета, только имитируя при надлежность к нему.

В судебной психиатрии живо советское прошлое, так же как живы глубинные основы общественного уклада и менталитета. Это видно даже из определения самого предмета судебной психиатрии. В “Руководстве по судебной психиатрии” под ред. А. А. Ткаченко, 2012 г., вопреки приверженности редактора

“Общей психопатологии” Ясперса, первую главу “Предмет и задачи судебной психиатрии” написал не психиатр, а юрист С. Н. Шишков [3], эту работу явно игнорирующий. Мало того, что он ограничил себя разбором определений предмета судебной психиатрии “в советских учебниках и руководствах, начиная со второй половины 30-х годов прошлого века”, т.е. проигнорировал первое советское руководство 1928 г. — “Судебную психиатрию” Николая Павловича Бруханского с солидарным предисловием П. Б. Ганнушкина [4], проторявшего в психиатрии вклад феноменологического направления Карла Ясперса, — первое после более чем четвертьвекового перерыва со времени последнего издания руководства по судебной психиатрии В. П. Сербского. Два из трех цитируемых им руководств по судебной психиатрии, 1938 и 1954 гг., написаны для юридических вузов. По словам автора, формулировка 1954 г.: “изучение психических расстройств в их специальном отношении к вопросам уголовного и гражданского права и процесса” и “подобные определения фигурировали в учебниках и руководствах, издаваемых в последующие годы, сохранившись до последних дней” (1990, 2001). Критикуя их, он предпочитает собственное определение, данное еще в 1990 г.: “предмет судебной психиатрии составляют психи-

¹ Существенно расширенная редакция статьи “К проблеме предмета судебно-психиатрической экспертизы”, направленной в журнал “Психическое здоровье”.

ческие расстройства, имеющие правовое значение в уголовном и гражданском процессе". Автор не замечает тавтологичности и малосодержательности обоих определений. Это все равно, что ограничиться аналогичным определением предмета психиатрии: психические расстройства, имеющие клиническое значение в медицинской практике. Мы видим, что за 64 года определение предмета судебной психиатрии у нас фактически не изменилось.

Оставляя пока в стороне уклонение автора от обсуждения формулировок В. П. Сербского, А. И. Ющенко и Н. П. Бруханского, формулировок зарубежных классиков судебной психиатрии и устоявшихся современных международных определений, рассмотрим принятые в науке правила дефинирования предмета изучения наук. Они обычно даются посредством, по крайней мере, трех дополняющих друг друга следующих типовых способов дефинирования предмета науки:

- 1) формулирование его специфических особенностей;
- 2) разграничение с известными родственными, близкими или сходными понятиями (в данном случае с клинической психиатрией и судебной патопсихиатрией);
- 3) приведение перечня основных проблем, что принуждает не только не упустить, но акцентировать наиболее важные из них и даже ввести новые.

Так, в трехтомном "Энциклопедическом словаре медицинских терминов" 1983 г. [5], в редакции которого психиатрию представляли А. В. Снежневский и А. А. Портнов, читаем: "судебная психиатрия — это раздел психиатрии, изучающий проблемы судебно-психиатрической экспертизы и правового положения психически больных, разрабатывающий медицинские критерии невменяемости и недееспособности, а также систему медицинской помощи больным, признанным неспособными нести ответственность за уголовно-наказуемые деяния или осуществлять гражданские права и обязанности". Рядом дается определение феноменологической психиатрии: "направления в психиатрии, изучающие расстройства психической деятельности на основе идеалистических философских концепций в отрыве от исследования мозга, что исключает познание сущности психических болезней, имеет распространение в буржуазной психиатрии". Эти дефиниции следует рассматривать в неразрывной связи, иначе не понять практики советской судебной психиатрии, которая основывалась, как все в то время, на принципе партийности, т.е. принципиальной воинствующей тенденциозности, тогда как "идеалистической философией" назван метод непредвзятого, даже беспредпосыльного описания, т.е. того первого этапа любого научного исследования, который предопределяет все последующее. Оба отечественных лидера феноменологического направления в философии и психиатрии — Густав

Шпет и Николай Бруханский — были уничтожены в 1937 г., а их имена замалчивались на протяжении всей советской власти. А ведь уровень их текстов был неизмеримо выше прочих. Понятно, что в таком контексте советская судебная психиатрия носила ярко выраженный полицейский, а временами карательный характер.

Что касается Н. П. Бруханского, то он в первом советском руководстве "Судебная психиатрия" в качестве ОБЪЕКТА судебной психиатрии называет "личность преступника", а в качестве ПРЕДМЕТА — изучение взаимоотношения между психическими расстройствами и преступностью, т.е., это криминальная психиатрия "в непосредственной связи с вопросами профилактики и законодательства", уточняя, что криминальная психиатрия изучает "психические заболевания, приводящие к правонарушению" и патологические личности, которые являются "носителями преступных тенденций", с исследованием самого правонарушения, "как психопатологического следствия". "Общество устанавливает, что именно является преступлением. Поэтому оно условно, непостоянно". "Область, занимаемая судебной психиатрией, необычайно широка. Здесь, как ни в одной другой дисциплине, общие, социально-экономические, биологические и патологические моменты должны быть строго учтены".

Таким образом, Бруханский, в отличие от современных отечественных определений судебной психиатрии, вводит три фундаментальных категории: личность, опасность и профилактику.

Понятие личности предопределяет индивидуальный подход, что является принципиально важным и отличает медицину и этику от юриспруденции. Понятие опасности предопределяет выяснение риска агрессивных и автоагgressивных действий, виктимности и деструктивного поведения (лгуны, воры, мошенники, вандалы, хулиганы). Понятие профилактики соответствовало господствовавшему в то время психопрофилактическому направлению в психиатрии Льва Марковича Розенштейна, разгромленного к 1935 г.

Тогда судебная психиатрия в соответствии с выдающейся работой Густава Ашаффенбурга "Преступление и борьба с ним" (1903) [1] сосредотачивалась на изучении личности преступника, были созданы "Кабинеты по изучению личности преступника и преступности": в Москве в 1923 г. и в Тифлисе в 1930 г. Московский Кабинет выпустил к 1927 г. 5 объемистых сборников своих трудов. Выходила большая литература на эту тему. Но все эти высоко продуктивные разработки вместе с профилактическим направлением в 1934 – 1935 гг. были уничтожены. В 1921 – 1924 гг. почти все пациенты с психопатиями признавались невменяемыми либо ограниченно вменяемыми, хотя в советском законодательстве такой категории не было. С 1924 г. Институт им. В. П. Сербского отказался от этой "либеральной практики". Ле-

чение психопатов — это воспитание их, как сформировал это В. П. Осипов в 1936 г., на Беломорканале [6]. Выражением этого было снижение экскульпации психопатических личностей с 1922 по 1935 гг. в 15,5 раз! [7]. Вероятно, за этим стояло раздражение властей от ускользания психопатических личностей от расправы с приближением Большого террора на фоне перманентного террора с 1918 г. Официальным объяснением служило обвинение этих исследований в неоломброзианстве, расширительной диагностике, симптиях к Ясперсу и другим чуждым буржуазным философам. Несомненно, что этому содействовала политика в области евгеники, антропологии и психиатрии пришедших к власти в Германии нацистов. Сыграла роль расистская позиция лидера генетических исследований в психиатрии Эрнста Рюдина. По законам 1933 г. о “предотвращении наследственно больного потомства и опасных привычных преступников в Германии было стерилизовано в 1934 г. 580 тыс., в 1935 — 500 тысяч человек” [8]. Контрреакция на это была с выплескиванием самой проблематики генетики и антропологии². Характерно, что советские авторы в своем отношении к трудам Ломброзо, Рюдина, Карла Шнейдера (обличая или игнорируя) контрастировали с взвешенной научной позицией Ясперса в послевоенных изданиях “Общей психопатологии”, который писал о несомненных конституциональных аномалиях у антисоциальных больных — преступников [2, 868 – 869].

До сих пор понятие личности не возвращено в дефиницию судебной психиатрии, вопреки особой важности и сложности проблемы не только психических заболеваний, но и врожденных и приобретенных психических дефектов и девиаций, объединяемых понятием психических расстройств. Для С. Н. Шишкова, как юриста, естественно ограничиться этим последним понятием, но для психиатра всегда очень важно квалифицировать каждого больного, как и каждого подследственного, по этим двум фундаментальным измерениям — наличия болезненных нарушений и патологических девиаций, а также их тяжесть и динамику. А ведь еще в руководстве “Судебная психиатрия” под ред. В. А. Внукова и Ц. М. Файнберг 1936 г. А. М. Дубинин привел следующее определение: **“Психические расстройства — заболевания всего организма с преимущественным поражением ЦНС, как непосредственный материальный субстрат, т.е. проявление необходимости всегда иметь в виду всю личность в целом с учетом социальных**

закономерностей, оказывающих влияние на ее развитие” [9, 58 – 60].

Подобно нашему определению **предмета психиатрии**, как антропологическому (многослойному) аспекту рассмотрения “*психических расстройств личности*³ и *личности с психическими расстройствами*” (более подробно мы обсудили это в своем “Введение в психиатрию” (2013) [10]), **предметом судебной психиатрии является связь (1) девиантной и/или психически больной личности с (2) delictum и общественной опасностью, т.е. их убедительное выведение из психопатологических расстройств в юридически значимые моменты при невозможности выведения криминального поведения исключительно из индивидуального характера в сложившейся ситуации (психологическое выведение), и/или из преследуемых целей и ценностных ориентаций личности (рациональное, логическое, в данном случае криминологическое выведение), в условиях совершенно другой коммуникации с подэкспертным, чем в клинической психиатрии, т.е. отсутствием доверия между экспертом и подэкспертом, а также значительно большей ответственностью и сложностью квалификации психического расстройства и его тяжести в условиях часто недостоверного анамнеза, и (3) связь с законодательством, которое регламентирует судебно-психиатрическую экспертизу, вид принудительного лечения и профилактику. Таким образом, предмет судебной психиатрии, если она хочет быть научной дисциплиной, а не политическим инструментом, в основе тот же, что у психиатрии, с указанной конкретизацией.**

Памятная известное высказывание В. Гейзенберга, что **профессионал отличается от дилетанта не тем, что он больше знает, а тем, что он имеет непосредственный опыт типовых ошибок своей профессии, в дефиницию психиатрии и судебной психиатрии важно включить типовые ошибки**. В психиатрии это, прежде всего, отсутствие феноменологически фундированных первичных данных и “ускользающая предметность”, т.е. психологизация либо биологизация, физиологизация, социологизация и т.п.. В судебной психиатрии — это, прежде всего, акцент на диагнозе вместо опасности (с конкретизацией различных рисков) и ограничение себя версией следователя, что чревато “ускользающей предметностью”, которая выступает здесь в форме политизации.

Требование к экспертам изложить свое заключение ясным общепонятным образом вовсе не обозначает простое транспонирование на общеразговорную

² С 1936 г. гениальный биолог Николай Константинович Кольцов, предтеча трех открытий в областях генетики, получивших впоследствии Нобелевские премии, подвергся травле, в 1939 г. снят с поста директора Института экспериментальной биологии, а в 1940 г. отравлен. Тогда же арестован Николай Иванович Вавилов.

³ Следует иметь в виду, что статистическая по сути МКБ-10 использует понятие “расстройство личности” в дестигматизационных целях, научным обозначением которых остается понятие “психопатии” на уровне характера, даже темперамента, но никак не личности, которая предполагает определенное мировоззрение и иерархию ценностей.

О предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы

лексику. Этого недостаточно. Необходимо, преду-сматривая возможные искажения понимания, доне-сти до суда существо своей позиции и ее обоснование, излагая тут же существо типовых искажений. Беда в том, что сами эксперты часто являются их жертвами. Словесные совпадения психопатологической и патопсихологической лексики, их омонимичность, а не тождественность, постоянно приводят к грандиозной путанице с негативными практическими следствиями. Сохраняется наивное отождествление психологических и психиатрических понятий, тогда как эта лек-сика зависит от контекста. Например, понятие “память” может употребляться в психологическом, психофизиологическом, нейрофизиологическом и даже физическом смысле (следы пребывания, телесные повреждения), т.е. метатеоретически. Феномено-логическая выучка гештальт-психологов позволила психологическим понятиям обрести собственно психологический смысл (и говорить о “припомнании”) в отличие от физиологической психологии Вундта, которому следовали в этом и Крепелин, и Бехтерев. Между тем, психология обрела новое дыхание в аль-тернативном направлении на этой исторической раз-вилке в эмпирической психологии Франца Брентано и Карла Штумпфа.

Психологов и психиатров отличает, прежде всего, различное базовое образование — гуманитарное и ес-тественно научное. Тем большее удивление вызывает освещение этого вопроса во вполне добротном курсе лекций “Медицинская и судебная психология” (Ред. Т. Б. Дмитриева и Ф. С. Сафуанов) [11] с его стран-ными сентенциями: патопсихология и психопатоло-гия называются “теоретическими дисциплинами”, “патопсихология может выступать как теория психопатологии”, “психопатологическое исследование вы-являет закономерности внешних проявлений (фено-менологии) нарушенных психических процессов, а патопсихологическое — стоящие за ними нарушения или особенности протекания и структуры самих психических процессов при том или ином психическом заболевании”. Словно не ясно, что каждая научная дисциплина имеет свою феноменологию и свои ме-ханизмы. У психопатологии они биопсихосоциальные, а не ограничиваются патопсихологическими ме-ханизмами. Автор замалчивает наш подробнейший раз-бор двух больших дискуссий на эту тему [12].

В соответствии с классификацией наук соответст-венно четырем онтологическим слоям: наукам о не-живой и живой природе, душе (психология) и духе (содержания сознания), психология и патопсихоло-гия ограничиваются психическим слоем, тогда как психиатрия относится к многослойным наукам.

В разбираемом тексте различия психопатологиче-ского и патопсихологического изложено неудачно, а местами неверно. Общим объектом психопатологии и патопсихологии является не “нарушение психиче-ской деятельности”, а личность с расстройствами

психической деятельности. Это очень большая разни-ца: о самом расстройстве психической деятельности корректно говорить только в контексте конкретной личности и в конкретной ситуации. Но если психиатр в рамках предмета своей профессии рассматривает этот объект не в медико-биологическом, а в медико-антропологическом (многослойном) ключе, то патоп-сихолог ограничивается более аналитичным сугубо психологическим (однослойным) аспектом рассмотре-ния личности без ее медико-биологического базиса и без ее ценностно-мировоззренческой духовности, ограничиваясь только психологическим аспектом всего этого. Таким образом, различие их предметов в ха-рактере сканирования по охвату и глубине. Делает-ся излишним архаичное представление о патопсихо-логии как какого-то “звена” в структуре симптомооб-разования, предшествующего психопатологическим образованиям в патогенезе болезни”. Патопсихологи-ческое — не промежуточное звено в искусственно вытравляемой цепочке причинно-следственных от-ношений между аналитически вычлененными из жиз-вого динамичного целого, а самостоятельный аспект рассмотрения всего этого целого.

Такой взгляд полностью устраниет научно-теоре-тическое основание для **межкорпоративных кон-фликтов**. Все психологические и личностные тесты и все психотерапевтические методы в руках психиатра и (пато)психолога оказываются дополнительными друг другу и перевес вклада того или другого специа-листа диктуется стадией развития болезни и глубиной и характером психического расстройства.

Наконец, такой подход открывает незатуманен-ную дорогу продуктивному междисциплинарному взаимодействию, адекватному пониманию текстов наук, изучающих общий объект. Специфика каждой науки конституируется сочетанием определенных объекта и предмета. Автор игнорирует наш разбор итогов неоднократных дискуссий на эту тему. Нако-нец, следует всякий раз разъяснять существо составив-шей эпоху уничтожающей критики Гуссерлем психо-логизма, изгнания его из логики и самой психологии, несостоятельность психологической причинности.

Изложенный подход разряжает напряжение, соз-дававшееся длительно существовавшем обидным положением экспериментальных психологов, мно-гочасовая экспериментальная работа которых мало учитывалась, пока не конститутировались судебно-психологическая экспертиза и комплексная судеб-ная психолого-психиатрическая экспертиза, где пси-холог выступает на равных с экспертами-психиатра-ми. Аналогичная нота ревнивой обиды прозвучала у С. Н. Шишкова: “Психиатры … забрали в свои руки оценку всех юридически релевантных признаков пси-хического расстройства, совершив внешне малоза-метную “революцию” компетенции. Компетенция определять меру уголовно-правовой требовательно-сти к психике лица перешла от законодателя и суда к

психиатрам” [13, 67]⁴. Изложенный нами подход показывает мнимость неравноправия, тем более, что оно установлено медицинским и юридическим аспектами вменяемости. А тот факт, что суды идут на поводу экспертов, вина суда, принципа “экономии усилий”, “экономии мышления”, той пассивной позиции, к которой суды приучены нашей действительностью.

Но если помнить, что “введенный в 1924 г. в советское уголовное законодательство юридический (психологический) критерий вменяемости (интеллектуальный и волевой), как способности нести уголовную ответственность за свою вину, уже в 1934 г. предлагалось ликвидировать и заменить критерием целесообразности” [7, 2 – 3], делается понятным, что виновны в этом не суды, лишенные в тоталитарном обществе автономности, и тем более не психиатры.

Если предметом экспертизы любого рода является углубленное всестороннее полное независимое исследование, что обеспечивается его состязательностью, то предметом судебно-психиатрической экспертизы является установление выведения или невыведения осуществления деликта из характера и тяжести психического состояния подсудимого на момент самого деликта, а также установление психического состояния на момент экспертизы и предстоящего судебного заседания, определение вероятности рецидива и вида требуемого принудительного лечения, затрудненное совершенно другой, чем в клинической психиатрии, коммуникацией с судебным экспертом или комиссией экспертов. При этом должна быть обеспечена научная объективность, т.е. непредвзятость и независимость от открыто обсуждаемых форм давления, что только и делает это экспертизой. Любая экспертиза — это, прежде всего, особенно строгое и тщательное соблюдение условий для получения объективного ответа на заданные вопросы: это разнообразный состав комиссии, процедуры и состязательность.

В отношении судебно-психиатрической экспертизы существует превосходно написанная инструкция Минздрава “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)” от 12.08.2003, но она в целом ряде важных пунктов не выполняется. Поэтому необходимо повысить ответственность за ее неисполнение, дополнив текст процедурами, обеспечивающими реальную состязательность, что только и сделает экспертизу независимой, т.е. экспертизой в подлинном смысле этого слова. Параллельной мерой была бы реализация предложения А. И. Рудякова и Б. А. Протченко о создании Коллегий экспертов по аналогии с Коллегиями адвокатов [15].

⁴ Совершенно иначе аналогичную ситуацию в США воспринимает известный судебный психиатр R. Slovenko (2006): от психиатров требуют отвечать да/нет на вопросы “фундаментально правовые” (Цит. по В. В. Мотову [14, 32 – 33].

В конце 2016 г. руководитель экспертного отдела Центра им. Сербского проф. А. А. Ткаченко написал работу “Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина” [16]. Похоже, что он воспользовался этой темой, чтобы показать неосновательность следующего антипсихиатрического тезиса С. Н. Шишкова в его объемистой монографии “Невменяемость” 2010 г.: “*Никакие достижения судебно-психиатрической науки не в силах сделать судебно-психиатрические оценки проверяемыми, ибо их проверяемость принципиально недостижима естественнонаучным путем. Внешняя атрибутика экспертной аргументации, имитируя естественнонаучные процедуры обоснования и проверки, придает экспертному обоснованию всего лишь некоторую научную респектабельность, которая на поверку оказывается чисто внешней. Более того, сам постулат, что судебные психиатры делают свои выводы относительно тяжести психического расстройства в соответствии с законодательной формулой юридического критерия невменяемости, иллюзорен*”⁵. Парадоксально, что автору такого текста А. А. Ткаченко доверил спустя два года вступительные общетеоретические главы последнего руководства по судебной психиатрии. Но антипсихиатрическая установка могла сформироваться у С. Н. Шишкова, прежде всего, на основании непосредственного опыта наблюдений за деятельностью Центра им. В. П. Сербского и участия в ней на протяжении более 30 лет, и только во вторую очередь в связи с методологической ориентацией неопозитивистского толка (в частности, представления о научности только естественнонаучной методологии). Между тем, “Логические исследования” Э. Гуссерля, критическая онтология Н. Гартмана и критический рационализм К. Поппера позволили сделать методологический фундамент психиатрии научным в современном смысле слова, опираясь на новый математический аппарат. Однако современная атмосфера не благоприятствует феноменологическому направлению в психиатрии, воплощающему непредвзятость и беспредпосыльность. Поэтому С. Н. Шишков осмеивал саму возможность независимой судебно-психиатрической экспертизы, не считая нужным продумывать, как готовить для нее почву в современных условиях (2005), а А. А. Ткаченко в 2004 г. оспаривал негосударственное освидетельствование [17].

Поспешно и неосмотрительно утверждать, как это делает А. А. Ткаченко, что “особую остроту проблематике предмета судебно-психиатрической экспертизы, специфику которого может быть раскрыта только через научно-обоснованное содержание юридиче-

⁵ Сейчас забучено, что психиатры не вправе на юридический критерий невменяемости, но еще недавно, а иногда и сейчас психиатры-эксперты самонадеянно пишут “следует считать (не)вменяемым”.

О предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы

ских критериев, на сегодняшней день задает бурное развитие нейронаук. Олицетворением современной биологической парадигмы психиатрии стал проект Национального института психического здоровья США RDoC..., который утверждает трансляционный подход...”.

На макроуровне хорошо видно, что поставленная проблема так не решается, а ускользает и возвращается в более утонченном виде к тому, что клеймилось как неоломброзианство, представляя на деле правомерное направление в науке, скомпрометированное выводами, которые были сделаны пронацистскими психиатрами. Но здесь важно указать, что современные математические модели и компьютерная техника, позволяя проигрывать разные сценарии, не являются решением проблемы, поставленной таким образом. Даже решив ее на генетическом или любом другом биологическом уровне, мы не избавимся от многоуровневости личности, и хотя биологические факторы самые сильные, но в соответствии с законами взаимоотношения слоев Н. Гартмана и современной синергетической общенациональной парадигмой, малые факторы всегда могут сыграть решающую роль. Поэтому ошибочно специфику предмета своей науки помещать на биологическое основание, она — наоборот — в многослойности целостного охвата.

“Специфика предмета судебно-психиатрической экспертизы, — согласно А. А. Ткаченко, — может быть раскрыта только через научное обоснование содержания юридических критериев” [16, 4]. Но далее он предлагает “формулировать предмет судебно-психиатрической экспертизы в понятиях, допускающих интерпретацию ключевого его образования (юридическая релевантность) в русле современного представления нейронаук”. Само намерение, сама такая попытка вызывают серьезные возражения — **юридический аспект невменяемости** не нуждается ни в каких натяжках и подтягиваниях к смежным научным дисциплинам, а представляет совершенно самостоятельный взгляд на вещи, интерферирующий с психопатологическим, патопсихологическим и криминологическим. Их пересечение в разных конкретных случаях дает объективный ответ на поставленные вопросы.

Прикладной характер судебной психиатрии, призванный выполнять определенный круг практических задач, не означает обслуживание любых версий следствия, а только научно-обоснованные — в пределах своей компетенции — ответы на возникающие вопросы. Между тем, авторитарная власть смотрит на психиатрию чисто потребительски. Достаточно откровенно это признала в “Руководстве по судебной психиатрии” 2004 г. [18] акад. Т. Б. Дмитриева в первой же главе “Предмет и задачи судебной психиатрии”: “Законодательные нормы во многом обуславливают предмет судебной психиатрии, характер задач, стоящих перед экспертами-психиатрами и

ряд других принципиально важных для судебной психиатрии вопросов. В соответствии с изменениями законодательства может меняться объем задач, стоящих перед экспертами, принципы отдельных конкретных решений. Судебная психиатрия больше, чем любая другая отрасль медицины, подвержена влиянию господствующих философских и идеологических установок данного общества. Так, свойственная тоталитарному режиму патерналистская концепция психиатрии привела к обвинению советской психиатрии в злоупотреблении в политических целях”. И в сноске: “При этом обычно преобладают интересы государства или структуры”. И, тем не менее, далее в тексте отрицание подчинения КГБ, вопреки опубликованной в 1996 г. самим Центром им. Сербского истории знаменитого письма председателя КГБ Ю. В. Андропова 29.04.1969 г. [19], дававшего установку на два десятилетия вперед, но практиковавшуюся со времен Хрущева и ранее. В последующих изданиях предпочита фигура умолчания. В руководстве 2014 г. изъята очень информативная глава из руководства 2004 г. “Судебная психиатрия за рубежом”, хотя уже в этом издании имеется только одна ссылка на Бруханского и только одна на одного из наиболее крупных здравствующих психиатров В. А. Тихоненко, автора Этического кодекса судебного психиатра, а глава “Этика и деонтология в судебной психиатрии” написана самым одиозным психиатром в этом отношении Ф. В. Конратьевым. Тенденция от 1996 к 2004 и далее к 2014 г. в руководствах по судебной психиатрии очевидна.

Что касается дискуссии С. Н. Шишкова и А. А. Ткаченко в трех выпусках журнала “Психического здоровья” в 2017 г. (№ 6, 8, 11), последовавшей за обсуждаемой здесь статьей Ткаченко 2016 г. (№ 11), то она была взаимно продуктивной. С. Н. Шишков прав, когда пишет, что “невозможно обосновать вменяемость, если ограничиться естественно-научным изучением объективных свойств исследуемого предмета...”, но неправ или неудачно выразился, когда продолжает: “решение оказывается достижимым только после предварительной “концептуальной обработки” данной предметной области”. Тем самым он игнорирует парадигматически новый фундамент клинической психиатрии — “Общую психопатологию” Ясперса, нашу культуртрегерскую деятельность в этом направлении, с которой солидарен и А. А. Ткаченко.

Психиатрия не ограничивается естественно-научной методологией, она привнесла методы гуманитарных наук, прежде всего, феноменологический метод (“Логические исследования” Гуссерля 1900 – 1901), который представляет как раз изгнание любой концептуальной обработки. Поэтому в пределах своей профессиональной компетенции психиатры, решая вопрос о медицинском аспекте проблемы невменяемости, стоят на твердой почве.

А вот юридический аспект невменяемости находится в профессиональной компетенции юриспруденции. Но эта гуманитарная наука в условиях отсутствия независимого суда, отождествления права и закона и правления законами, т.е. в условиях авторитарного общественно-политического устройства, оказывается в наибольшей мере подверженной политической конъюнктуре, хотя на практике судебная психиатрия находится в том же положении. В нашей действительности мы свидетели того, как судебные психиатры транслируют позицию следователей, а суд — позицию экспертов-психиатров.

Между тем, “судья должен провести собственное расследование: например, выяснить, что считается нормальным образом действий в соответствующей сфере жизни, чтобы определить, не предъявляются ли к обвиняемому неоправданно высокие [или неадекватные для него, добавили бы мы] требования — или даже вполне разумные требования, но которым в действительности мало кто следует. Таким образом, для истца недостаточно просто доказать свою правоту. В дополнение должно быть ясно, что обвиняемого не пытаются несправедливо выделить из большинства и наказать за то, что, к добру ли, к худу ли, является общепринятой практикой...” [20]. Наиболее удачным на самом высоком современном уровне введением в “Основы социологии права и преступности” остается изданная еще в 2001 г. Санкт-Петербургским университетом монография В. А. Бачинина [21]. Она представляет гомологичный ряд с нашими представлениями и усилиями.

Но С. Н. Шишков предпочитает обсуждать болевые проблемы не своей профессии, а психиатрии: “Куда, к примеру, нужно отнести неглубокий шизофренический дефект с относительной сохранностью личности больного, — к расстройствам, исключающим вменяемость или не исключающим ее?”.

Ответ прост: это предмет разбирательства каждого конкретного случая, а не формулирования общего для всех прокрустова законоположения. В этом отличие практиков и теоретиков, а также нормативного и правового. А. А. Ткаченко очень кстати приводит высказывание В. Х. Кандинского: “Не смешивать” формулировки статьи закона с инструкцией, “не мешаться не в свое дело”. В момент принятия закона о психиатрической помощи мы подняли шум, обнаружив незаконную в момент юридической экспертизы подмену ключевого слова: вместо “министерства и ведомства вправе принимать нормативные акты” на “министерства и ведомства вправе принимать правовые решения”. Вскоре “выход” был найден как раз смешением по типу ГОНГО (государственные негосударственные организации): стали писать “нормативно-правовые”.

Если первоначально С. Н. Шишков пытался решить трудности с помощью конвенционализма в его самой грубой трактовке (чуждой А. Пуанкаре), как

договоренностей, то в конце дискуссии подчеркнул, что он против его “чрезмерно широкого применения в судебной психиатрии”, и что “условные договоренности в судебной психиатрии оправданы лишь, когда проблемная ситуация неразрешима иным способом”. Давно выяснился разный смысл, вкладываемый в понятие конвенционализма, что девальвировало его, разволокнив на десятки различных версий.

Доказана и принята необходимость обоснования адекватности методологии предмету конкретной исследуемой проблемы в конкретных граничных условиях. Так, например, для литературоведения, где ценится многообразие трактовок, адекватна двучленная семантика де Соссюра, но в научных проблемах, где необходим однозначный ответ, востребована трехчленная семантика — знаменитый треугольник Фреге, т.е. введение понятия истинности. За этим стоит историческая линия вкладов фундаментальных для психиатрии: Г. Фреге — Э. Гуссерль — Н. Гартман — К. Айдукеевич — К. Поппер. Необходимо внедрение в практику обоснования своих позиций треугольника Фреге и фальсификационизма Поппера в его современных редакциях. Это приблизит наш предмет к современному научному уровню.

С. Н. Шишков справедливо пишет о “методологической несостоятельности и практической бесперспективности”... “осевой модели”, т.е. дименциональной. Он прав, решительно утверждая “принципиальную вариативность названного критерия, непреодолимую ни эмпирически, ни логически”. Решение этой проблемы дает на первом этапе не дименциональный, а категориальный (качественный) подход с его понятием психотического уровня — завоевания феноменологической школы в психиатрии, а в судебной психиатрии — главы Гейдельбергской психиатрической школы, учителя Ясперса, Карла Вильманса, который — как и Кандинский — обосновывал дискретность вменяемости/невменяемости и оспаривал ограниченную вменяемость. Его классическими работами оперировали многие ведущие отечественные судебные психиатры 20 – 30-х годов.

Итак, понимание предмета своей профессии как аспекта рассмотрения уводит от устаревшего непродуктивного взгляда на взаимоотношение наук как на политическую карту на одной плоскости. Важно, чтобы феноменологически проясненное понимание предмета своей профессии определяло профессиональную интуицию, а это значит приобретение в ходе практической деятельности умения, как говорил Ясперс, психопатологически понимать, психопатологически различать, психопатологически мыслить и психопатологически описывать.

“Ускользающая предметность” судебной психиатрии означает, что она остается просто психиатрией, но если это касается ускользания предметности психиатрии, то это катастрофично, так как представляет

О предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы

потерю базового предмета в форме политизации — послушного следования версии следователя, а не собственного профессионализма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Ашаффенбург Г. Преступление и борьба с ним. Одесса, 1906.
2. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
3. Шишкин С. Н. Предмет и задачи судебной психиатрии // Руководство по судебной психиатрии. Ред. А. А. Ткаченко. М., 2012.
4. Бруханский Н. П. Судебная психиатрия. М., 1928.
5. Энциклопедический словарь медицинских терминов, т. 2. М., 1983.
6. Второй всесоюзный съезд психиатров. М., 1936.
7. Проблемы судебной психиатрии. Сб. 6. М., 1947.
8. Судебная психиатрия. Ред. А. Н. Бунеев, Ц. М. Файнберг. Второе перераб. и доп. изд. М., 1938.
9. Судебная психиатрия. Ред. В. А. Внуков, Ц. М. Файнберг. М., 1936, с. 58 – 60.
10. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. М., 2013.
11. Медицинская и судебная психология. Ред. Т. Б. Дмитриева, Ф. С. Сафуанов. 4 изд. М., 2016, с. 15 – 16.
12. Савенко Ю. С. Актуальные проблемы общей психопатологии и пропедевтики // Пути обновления психиатрии. М., 1991, с. 10 – 20.
13. Шишкин С. Н. Ускользающая вплоть до полного исчезновения (ответ на статью А. А. Ткаченко “Об ускользающей предметности судебной психиатрии”) // Психическое здоровье, 2017, 11, с. 61 – 68.
14. Мотов В. В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии права. М., 2008.
15. Рудяков А. И., Протченко А. Б. Обязательное условие обеспечения научной обоснованности и объективности психиатрической экспертизы // Пути обновления психиатрии. М., 1991, с. 35 – 41.
16. Ткаченко А. А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина // Психическое здоровье, 2016, 11, с. 3 – 14.
17. Савенко Ю. С. “Обоснование” упразднения негосударственной судебно-психиатрической экспертизы // Независимый психиатрический журнал, 2005, 2, с. 67 – 70.
18. Руководство по судебной психиатрии. Ред. Т. Б. Дмитриева. М., 2004.
19. Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Очерки истории. М., 1996.
20. Фуллер С. Социология интеллектуальной жизни: карьера ума внутри и вне академии. М., 2018, 341 – 347.
21. Бачинин В. А. Основы социологии права и преступности. СПб., 2001.

Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический¹

Иосиф Зислин (Иерусалим)

Как и другие науки, антропология обречена испытывать постоянное напряжение между неповторимой, крайне богатой реальностью, которую она изучает, и жесткими и упрощающими инструментами анализа для осмыслиения этой действительности.

Томас Эриксен

В статье в историческом аспекте проанализирован концепт “антропологической психиатрии”. Выделены и разделены два ее основных элемента: собственно антропологическая психиатрия и антропология психиатрии. Рассмотрена связь антропологического подхода с подходом транскультуральным и этнографическим. В статье впервые представлена типология транскультуральных синдромов: 1. синдромы “этнографические”, описанные в рамках одной культуры и присутствующие только у аборигенов, 2. синдромы столкновения, возникающие у пилигримов и 3. смешанные синдромы. Подчеркнута возможность и необходимость, на основании антропологического подхода, включить культурно-когнитивные аспекты поведения диагностика в поле исследования. Такие “культуральные синдромы диагностика” рассмотрены на примере моральных паник, возникающих во врачебной среде, имплицитного применения эмного и этного типов описания и явления остеңсии.

Ключевые слова: антропологическая психиатрия, антропология психиатрии, этнография, транскультуральные синдромы, моральные паники, остеңсия, эмный\этный подходы.

Термин “антропологическая психиатрия” в русскоязычной литературе встречается довольно редко, и границы его употребления достаточно расплывчаты. В германоязычной психиатрии он появился уже в первой трети XIX в. [Verwey 1985; Engstrom 2003] и был, по сути, синонимом философской психиатрии. В англоязычной литературе этот термин используется уже около ста лет [Arthur MacDonald 1925; Theoretical Medicine and Bioethics]² — в основном в контексте физической антропологии.

В середине XX в. появилось понятие “феноменологически-антропологическая психиатрия” [Краус 2006; Власова 2010. С. 40] — уже как составная часть психиатрии экзистенциональной [Бинсвангер 2014]³. Термин же “этнопсихиатрия” [Gadit 2003] обычно рассматривается просто как синонимическое обозначение психиатрии транскультуральной, хотя, безусловно, различия между ними есть, и ниже мы постараемся далее коротко их обозначить.

Даже краткий и неполный экскурс в историю употребления термина “антропологическая психиатрия” показывает широкий разброс его использования — от измерения черепов и веса мозга до поля экзистенциональной психиатрии и философии.

Мы же предлагаем несколько другой подход, более прагматичный. Вначале попробуем дать рабочее определение антропологической психиатрии, с которым мы будем работать на протяжении всей статьи, доказывая его правильность и полезность.

Под антропологической психиатрией мы понимаем область теоретической психиатрии, для которой важны:

- 1) разделение явления и его интерпретации, или, другими словами, –онтологического и феноменологических подходов;
- 2) разделение рассказа о событии / нарратива и внетекстовой реальности; признание, что рассказ о событии не равен событию⁴;

¹ Статья представляет расширенный и частично переработанный материал, представленный на IV научно-практической конференции “Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии”, Школа молодых психиатров. Санкт-Петербург, 16–17.06.2017; конференции “Психиатрия и психоанализ: Клинические диалоги”. Москва, 21.10.2017; 2-nd Israel-France Meeting in Psychiatry-Psychotherapy & Psychoanalysis: Religion and Believes in Modern Word. Jerusalem, 1–2.11.2017.

² В настоящей работе мы используем методы физической антропологии, поскольку занимаемся в основном определением веса мозга. Нам важно наиболее раннее употребление и применение этого термина именно в контексте психиатрии.

³ Интересно отметить, что переводчик счел необходимым пояснить использование термина “антропология”, подчеркнув, что автор употребляет его не в американском смысле, а как “изучение сущностного значения и характеристик человеческого бытия” [Бинсвангер 2014. С. 3].

⁴ В практической деятельности врач производит такое разделение имплицитно и чаще всего при диагностике симулятивного поведения.

Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический

3) рассмотрение текстов и нарративов пациентов с использованием филологических подходов;

4) признание языкового и культурального сознания диагноза важнейшей частью диагностической процедуры;

5) использование методов и подходов антропологии (включенное наблюдение, полевое наблюдение и т.д.) для описания индивидуальных и типических случаев в клинике.

По сути, мы говорим о применении методов собственно антропологических, социологических, семиотических и филологических для более полного описания антропоса в ситуации душевного срыва.

В широком смысле все душевые заболевания суть заболевания личности. Нет и не может быть внеличностных душевых нарушений. Однако использование термина “личностные нарушения” (Personality Disorder) в клинике является узкофункциональным и анализа личности не подразумевает, точно так же, как использование в психиатрии чисто неврологического термина “сознание” не подразумевает анализа философских глубин сознания. Для ежедневной клинической практики такое положение вполне нормально и естественно⁵, но для теоретической психиатрии неприемлемо. Одним из способов его изменения может стать попытка переосмыслиния базовых положений транскультуральной психиатрии и включение основных ее понятий в ткань клинических и антропологических исследований.

Интересно отметить, что в последнее десятилетие, несмотря на успехи биологической психиатрии, стали проявляться признаки некоторого разочарования в ней. Но, как нам кажется, определенный временной скептицизм и разочарование могут подвести нас к более внимательному и серьезному отношению именно к психиатрии антропологического толка.

Так, опираясь на клинический опыт, принимая и развивая тезис Дж. Хонигмана “личность есть культура, отраженная в поведении” [Honigman 1954], можно выделить несколько актуальных аспектов транскультуральной психиатрии и попытаться их переосмыслить.

Первый аспект — исследование путей переработки и переосмыслиния языков и символов культуры в душевой болезни. Основным подходом здесь является анализ содержательной стороны текста / нарратива болезненных переживаний, как то: содержание бреда, содержание обсессивных или фобических переживаний, нарративы боли, тоски, горя, травмы, симуляции и т.д.

Нам уже приходилось писать, что, анализируя содержательную сторону бреда, нужно учитывать существующий в коллективном и индивидуальном сознании набор сюжетов [Зислин 2017]. Овладение

сюжетным списком, являющимся одним из признаков врастания в культуру, происходит у ребенка в определенном возрасте и при возникновении болезни позволяет продуцировать бред. Само содержание бреда строится с учетом и на основании приобретенного сюжетного багажа. А именно сюжетный фонд и является тем культурным каркасом, на котором строится все нарративное поведение как в норме, так и в патологии.

Другим примером, позволяющим проанализировать роль культурных аспектов в клинике, может стать рассмотрение тактик симулятивного поведения, столь хорошо знакомых психиатру [Зислин 2004; Kuperman 2006]. В клинической практике использование языковых культурных кодов наиболее выпукло проявляется именно при построении тактик симулятивного поведения.

“.. Выстраивая свой облик, симулянт намеренно или невольно опирается на стереотипический образ душевнобольного, формируемый в культуре анекдотами, популярными поверьями, медицинскими фактами, наивными понятиями о психиатрии, литературными и жизненными сюжетами. Кроме конечного ориентира в виде образа умалишенного культурный фон обеспечивает симулянта представлением о том, какого характера, какой продолжительности и острые презентация требуется для убедительного отображения психического расстройства. Значительная вариативность обнаруживается в том, какому из источников отводится главенствующее место в сотворении облика душевнобольного. Эта область простирается от нерефлексивного следования штампам “существования” до использования профессиональных знаний и советов” [Зислин 2004]. Невозможно симулировать то, что больному или социуму неизвестно, не входит в его культурный багаж и не маркируется культурой как “ненормальное”.

Анализируя эту сторону душевых нарушений, мы должны говорить о “проблеме выбора индивидуальных траекторий в смысловом пространстве культуры” [Христофорова 2013]. Главным для нас является акцент на концепте “смысловое пространство”, ведь культура в семиотическом понимании и есть наследуемая обществом память и механизмы порождения текстов. То есть порождение смыслов.

“.. Понимание культуры как способа смыслоподания позволяет дотянуться до наиболее фундаментального пласта — того “механизма”, который отвечает за формирование осмыслинности, понимаемой прежде всего, как связность и единство” [Смирнов 2015]. Именно категория “смысл” стягивает в единый узел все проблемы культуры, соединяя смысл в языковом понимании, смысл в понимании личностном и смысл как центральное звено слома при психотическом нарушении.

Такой подход позволил нам предложить определение бреда как “совокупности связанных текстов / нар-

⁵ В настоящей работе мы не затрагиваем проблему нарушения личности — психопатий. См.: [Зислин 2017].

ративов, в которых больной наделяет “особыми качествами” (особым смыслом) либо себя самого, либо кого-то или что-то из окружающего мира, произведенных на основании кардинального слома индивидуального смысла личности и имеющих устойчивость ко всем базовым смыслам, существующим до такого перелома” [Зислин 2017 а].

Личность в данном аспекте — это способность и реализация совмещения индивидуального и коллективного смыслов. Подобное наложение носит динамический характер и изменчиво в разные периоды жизни. Именно смысл дает возможность понять / объяснить, почему тот или иной сюжет из обширного или суженного списка выбирается в определенный момент жизни или для конкретной болезни.

Второй аспект — собственно анализ транскультуральных феноменов, т.е. сравнительный типологический анализ проявления симптомов / синдромов / болезней в разных культурах. Примером такого рода может стать анализ локальных культурных феноменов (например, синдром Коро; психотические религиозные феномены; олицетворение себя с библейскими или историческими фигурами и т.д.) или сравнительная типология аналогичных симптомов, развивающихся в определенном географическом локусе: иерусалимский синдром; синдром Стендаля (флорентийский синдром); парижский синдром; синдром Белого Дома и т.п.

Транскультуральная психиатрия имеет более чем столетнюю историю, начиная с классических исследований Э. Крепелина с целью доказать реальность выделенных им нозологических единиц, в основном шизофрении, и биполярных нарушений [Machleidt 2013], проведенных на Яве.

В последние восемьдесят лет транскультуральная психиатрия описывала множество так называемых культуральных синдромов (Коро; Амок; Дхат; арктическая истерия; Shenjian Shuaipro; Shenkui; Windigo Psychosis и др.), но общей типологии таких феноменов не создано. Отсутствие единой типологии данных расстройств, как мы считаем, есть следствие отсутствия единой методологии описания и классификации. Это проявляется, например, в том, что при описании клинических случаев транскультурального плана базовые антропологические характеристики пациентов (этническая принадлежность; родной или второй язык при клиническом интервью; конфессиональная принадлежность и т.п.) практически не учитываются.

Другой важный момент — негомогенность сравниваемых единиц и путаница между эмным и этным описаниями (см. ниже). И наконец, по нашему мнению, центральным пунктом является неправильное понимание самих транскультуральных феноменов и отнесение к этой категории лишь редких и экзотических проявлений болезни, т.е. доминирование этнографического подхода над транскультуральным. Основные усилия последователей транскультурального

направления направлены на маркирование подобных болезненных проявлений как уникальных и экзотичных.

По сути, выделение и описание экзотических болезней подменило описание “обычного психоза”. Но в этом-то и проявляется парадоксальность — подчеркивание уникальности редких синдромов в экзотических (по западным меркам) культурах выводит, по умолчанию, все остальные синдромы за рамки такого влияния, маркируя их в лучшем случае как бizarные / странные [Zislin 2012].

Необходимо отметить, что утверждение о влиянии культуры на содержание болезненных переживаний вообще и бреда, в частности, для клинической психиатрии — довольно общее и вполне тривиальное явление. Бред отражает и перерабатывает именно ту реальность, в которой существует пациент⁶. Но реальность эта чрезвычайно многослойна и включает в себя не только, а порой и не столько актуальное настоящее, сколько актуализированное осознанное или неосознанное прошлое. Для клинициста же скорее важен сам факт существования бреда, чем его содержание.

Уместно подчеркнуть, что с точки зрения феноменологической психиатрии и с точки зрения практической, клинический вес таких транскультуральных синдромов невелик. Действительно, сколь важно для врача, слышит пациент голос Бога или голос соседа, считает ли себя ветхозаветным пророком или генералом секретных служб, действует ли на его мозг божественный луч или электромагнитное излучение сковорки? А уж говорить о том, что выделение синдрома хоть как-то влияет на выбор лечения, в современную эпоху стандартизованных подходов и вовсе не приходится. На наш взгляд, именно незначимость синдрома в конечном итоге привела к размытию самого понятия “транскультуральный синдром”.

Следствием этого стали три современные тенденции: 1) все больший отход от описания собственно транскультуральных явлений; 2) все больший сдвиг в область политкорректного описания клиники у беженцев из стран Азии и Африки в европейские страны; 3) все большее внимание аспектам психиатрии социальной [Kirmayer 2000].

При этом методологические проблемы описания транскультуральных явлений остаются в тени. Но пренебрежение методологией не означает, что проблем не существует. Одна из них — выделение и дискрипция синдрома. Приведем пример:

Kufungisia, что в переводе “слишком много думал” (thinking too much), — так именуется синдром, в основном описанный в Зимбабве и, по сути, означающий развитие душевного состояния (обычно тревожного спектра) вследствие многодумья [Oxfordreference, V Patel 1995; Kaiser 2015].

⁶ Точно так же, как содержание детской игры или содержание сновидений.

Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический

Даже на первый взгляд понятно, что *Kufungisia* не является синдромом в собственном смысле этого слова. Никакой закономерной конstellации симптомов здесь нет и быть не может. Да, по существу, и симптомов-то и нет. Это лишь особое “туземное” обозначение некоего эмоционального состояния. Не более того. В чем же ошибка? На наш взгляд, ошибка в смешении двух разных систем описания — “внутреннего”, с точки зрения пациента, и внешнего. В антропологии такое разделение базируется на дифференциации двух подходов — эмного и этного [Дандес 2003, Эриксен 2014, Marano 1982]⁷.

Под эмным подходом понимается описание так, как оно присутствует у носителей данной культуры. Под этным подходом — описание, составленное исследователем. При этом подходе *Kufungisia* может быть отнесена к эмному типу и, соответственно, на статус синдрома претендовать не может.

“.. Cross-cultural studies can be approached from two different perspectives, which have been defined as the emic-etic paradigm (Brislin, Lonner, and Thorndike, 1973). The emic perspective starts with concepts from within the culture and seeks to understand the meaning of that which is studied and its associations with other factors using that cultural framework. On the other hand, the etic perspective involves the evaluation of phenomena using more cultural neutral or “objective” constructs” [Alegria 2004].

Если мы посмотрим на современную психиатрическую классификацию, то обнаружим, что эмное описание присутствует в классификации не только транскультуральных синдромов. Возьмем хотя бы классификацию бреда. Во многом она является смешанной — эмно-этной. Отсюда следует совершенно практический вывод: нельзя сравнивать структуру и динамику синдрома со структурой и динамикой эмного описания. Сравнения должны происходить между гомогенными группами. Если же диагностические факторы выстраиваются при опоре на разные диагностические принципы, сравнивать их не представляется возможным. Кстати, скорее всего именно этим можно объяснить данные, приведенные в работе Пателя и Манна о том, что диагностические совпадения между эмным и этным походом в диагностике составили всего 55 % [Patel 1997].

Нам представляется, что само смешение псевдонаркологических и идеоматических подходов является не просто ошибкой, основанной на незнании, а отражает глубинные проблемы психиатрической диагностики. При диагностике множества душевных расстройств — от синдрома хронической усталости до содержания фобий — клиницисты используют такое смешение неосознанно.

В американской классификации психиатрических болезней DSM-5 подобное, но не основанное на эмном / этном делении понимание нашло свое отражение в подразделении культурных синдромов на собственно синдромы, идиомы дистресса и просто объяснения [DSM-5].

Выше мы говорили об этном подходе, вытекающем из эмного, и их смешении. Примером другого типа смешения может являться наблюдаемая нами “эпидемия” сексуальной аддикции, выражавшейся в резком нарастании за достаточно короткое время числа пациентов, называющих себя sexual addicted. Социальная приемлемость сексуальной аддикции (?), маркированной как болезнь, позволила страждущим не только открыто называть себя принадлежащими к этой группе, но и во многом избавиться от социального осуждения. Здесь эмное описание, заимствованное из этного (профессионального), принимается врачами и превращается в диагноз, несмотря на то, что в подавляющем большинстве случаев просто скрывает под собой вариант нормы, распущенность или, что гораздо чаще, самооговор. Чтобы понять смысл подобного поведения мы не рассматриваем собственно рассказ обследуемого, а переходим на уровень мотивации т.е. субъективного смысла действия.

“.. Striking a balance between the etic and emic perspective in collaborative studies is always the greatest challenge faced by investigators” [Alegria 2004].

Применяя данную, как любят выражаться антропологи, оптику, для описания транскультуральных синдромов, можно предложить следующую их типологию:

Первый тип — синдромы и феномены, описанные в рамках одной конкретной культуры. Возникают они только у аборигенов, аборигенами же распознаются как ненормальные, обозначаются и называются. Скорее всего такие синдромы и феномены базируются на одном определенном (локальном?) мифологическом мотиве⁸. Существует возможность их распространения и на другие регионы, возможно, даже возникновение эпидемий (например, эпидемия синдрома коро). Данный тип нарушений никогда не возникает у туристов (по-видимому, потому, что туристы не вписаны в эту локальную культуру и локальными мотивами не владеют).

Условно говоря, такие феномены можно назвать этнографическими. По нашему мнению, именно они относятся к этнопсихиатрии. К первому типу синдромов можно отнести абсолютное большинство описанных в рамках транскультуральной психиатрии феноменов: hikikomory, куфунгсиса, арктическая лихорадка, windigo psychosis и т.д.⁹

⁸ В понимании Ю. Березкина (см. Березкин Ю. 2013).

⁹ Недаром пальма первенства в описании таких явлений часто принадлежит этнографам, а не клиницистам (см., например: Малиновский 2011, Marano 1982).

⁷ В психиатрии такая терминология используется чрезвычайно редко.

Второй тип может быть обозначен как синдром(ы) столкновения. Мы имеем в виду душевные срывы, возникающие не у аборигенов, а у туристов / пилигримов¹⁰, чаще всего впервые сталкивающихся с высоко значимым культурным феноменом. В отличие от первого типа здесь мифологический мотив не может быть выделен. Обязательный фактор его возникновения — психологическая предуготовленность к восприятию важного явления. Кстати, именно это отличает синдром(ы) столкновения от острых и острейших психотических реакций, возникающих у путешественников (железнодорожные параноиды, аэропортные психозы и т. п.). Внутренняя предуготовленность и ожидание дадут чаще всего картину экстасического эффекта, а не тревожного.

Ко второму типу могут быть отнесены синдром Белого Дома, парижский синдром, флорентийский синдром. В англоязычной литературе они иногда обозначаются как *City-syndromes* [Halim].

Третий тип, наиболее редкий, может быть назван смешанным. К этому типу мы относим душевные сломы, которые проявляются равно как у аборигенов, так и у туристов / пилигримов. Такая распространенность обусловлена скорее всего тем, что здесь базовый культурный / религиозный фактор является столь доминирующим, что стирает разницу между пилигримами и аборигенами. При этом существенный момент — принадлежность обеих групп риска к одной культуре / конфессии. Примером может служить иерусалимский синдром.

Если мы рассматриваем два вектора влияния — принадлежность к культурной группе и высокую субъективную значимость — с одной стороны, элемент новизны и столкновения — с другой, то для второго обозначенного нами типа оба фактора будут примерно равнозначными.

В случаях третьего типа фактор столкновения / новизны не будет играть столь большой роли, а на первое место выйдет именно высочайшая субъективная важность религиозного / культурного элемента.

Третий аспект — анализ обратного влияния нарратива болезни (или содержаний бреда) на культуру.

Выше, представляя типологию транскультуральных синдромов и в особенности описывая первый тип таких нарушений, мы выдвинули гипотезу о том, что знание или незнание локального мотива может определять развитие конкретного типа нарушений.

Рассматривая разные проявления болезни в семиотическом плане, мы, соответственно, включаем эти симптомы в рамки философии текста. В таком контексте этот вопрос можно считать частным вариантом

¹⁰ Термин этот, на наш взгляд довольно удачный. Используется в основном для описания острых психозов с религиозным содержанием [Bar-G 1991]. Пилигрим в отличие от туриста принадлежит к определенной конфессиональной группе и имеет духовную цель своего путешествия.

вопроса о влиянии текста на культуру. Возможно и еще одно допущение: бредовой текст (рассматриваемый нами как наиболее яркий текст психического слома), как и текст фольклорный, подчиняется общим законам развития, распространения, ретрансляции и умирания, что еще раз подчеркивает общность их природы (но, безусловно, не происхождения).

В социологии и антропологии подобное явление рассматривалось через призму понятия остеенсии¹¹ [Deh 1983; Панченко 2017]. Термин этот использовался в фольклористике для исследования влияния легенд на поведение людей. Было показано, что сюжеты легенд не просто существуют в мире литературы и фольклористики, а сами начинают формировать реальное поведение.

“.. Концепция остеенсии подразумевает, что мотивы и сюжеты легенд не просто отражают или трансформируют реальность, но создают эту последнюю, прокладывая мостик между коллективным воображением и коллективным действием” [Панченко 2017]. В литературе выделено несколько типов остеенсии, но мы остановимся на одном, наиболее важном для нас, —proto-остенсии. Под этим понимается “proto-ostension is where an individual draws from a legend and claims it to be their own experience (Proto-ostension)” (человек черпает сюжет из легенды, но утверждает, что это его собственный опыт). Не правда ли, ситуация более чем знакомая для психиатрии?!¹² Такие явления, например, хорошо известны при нарушениях памяти и симуляции.

Выше мы отмечали динамику взаимоотношения эмного и этного факторов в возникновении и распространении псевдоэпидемий (волна рассказов пациентов об инцестуальных эпизодах, перенесенных ими в раннем детстве, или эпидемия ауто / гипердиагностики депрессий, пронизывающая наше время). Другим не менее важным фактором возникновения таких псевдоэпидемий является появившийся в определенном месте и в определенное время культурно обусловленный нарратив.

“Психоз вдвоем” (folie a deux) — моральные паники (мы остановимся на них ниже) — массовые психозы — вот очень приблизительный победный путь распространения психотического нарратива и его влияния на культуру и общество.

Как ни покажется странным, именно эти явления (как и многие другие — олицетворение себя с мифи-

¹¹ Психиатрии это понятие совершенно незнакомо, но, нам кажется, оно может быть полезно для описания и более четкого понимания некоторых явлений в клинике.

¹² Похожий термин — “Патомимезис” был ранее использован в психиатрии: “.. George DeVos uses the term pathomimesis to describe how beliefs generated in an abnormal individual state (what may be called an altered state of consciousness) maybe taken up normatively by the wider society” [Littlewood 2004] — но, по нашим данным, никакого дальнейшего развития не получил.

ческими, религиозными или историческими фигурами, переименование себя чужим именем или выбор бредового сюжета симулантом), на наш взгляд, являются “чистыми” вариантами транскультуральных синдромов, хотя, по современным классификациям, к ним не относятся. Почему мы их причисляем к данной категории?

Во-первых, потому, что именно здесь имеет место прямое и непосредственное влияние социокультурного фактора на их возникновение, протекание и угасание, т.е. на этиологию и динамику. Например, выбор сюжетных тем и развитие “жизненного сценария”, понимаемого как “типовoy проект действий” [Адоньева 2009], совсем не является случайным. Он вполне закономерен и культурно обусловлен.

Во-вторых, именно такого типа феномены дадут нам возможность сделать горизонтальное сравнение (в разных культурах) и вертикальное сравнение (на определенных промежутках времени). Только четко разделяя эмний и этный компоненты в синдроме, четко определяя нарратив болезни, мы получаем возможность адекватного сравнения феноменов душевного слома.

Четвертый аспект — анализ культурных кодов и тактик диагностики. То есть рассмотрение тех культурных факторов, на основании которых врач выбирает и маркирует определенные формы поведения как аномальные и встраивает их в существующий классификационный канон. Вся диагностическая процедура в психиатрии строится на наблюдении, понимании и классификации, но специфические черты диагностики — личностные, культурные, научные — практически не учитываются и игнорируются. Если некоторые аспекты культуры пациента, хоть и в усеченном виде, являются предметом анализа психиатров, то ауторефлексия этой грани врачебной личности практически полностью отсутствует. Создается впечатление, что субъект исследования — просто машина, хорошо знающая классификацию, но культурой не обремененная.¹³

По нашему мнению, именно этот аспект можно считать центральным во всей тетраде, так как без учета фактора диагностики все остальные элементы, указанные выше, возникнуть не могут. Частично этот элемент нашего анализа связан с обозначенным ранее аспектом, с влиянием текста на культуру и восприятием действительности. Действительно, если мы говорим о влиянии созданного текста на внеtekстовую реальность, можно ли ограничить это влияние только на поведение (в широком смысле этого слова) пациента

¹³ Стого говоря, в этом аспекте анализа мы отклоняемся от собственно антропологической психиатрии и переходим к антропологии психиатрии, точнее, к антропологии диагностического поведения. Понимая это, мы все-таки будем анализировать и этот аспект, даже учитывая его отличную от остальных вышеуказанных пунктов онтологию.

и игнорировать аналогичное влияние на поведение диагностика? Безусловно, нет.

Например, мы можем попытаться понять роль культурных кодов врача при анализе “эпидемий” распознавания новых болезней врачебным сообществом. Сразу же после их описания некоторые новые нозологии начинают обнаруживаться с высокой частотой и во многом гипердиагносцируются (например, посттравматическое расстройство, инцест, синдром хронической усталости, фибромиалгия и т.д.). Все это можно было бы назвать врачебной модой, но проблема, скорее всего, глубже — в когнитивно-культуральном стиле диагностики как индивида, культурном коде / каноне врачебного сообщества и роли нарратива в восприятии действительности. Именно такая культурная предуготовленность (выраженная, в частности, в знакомстве и принятии базовых сюжетов культуры) плюс эффект остеосии влияют на принятие или непринятие врачом того или иного диагностического маркера.

Это подтверждает, например, подверженность врачей так называемым моральным паникам [Cohen 1972; Дмитриев 2014; Зислин 2017 б], проанализированным и примененным в социологии 70-х гг. XX в. и рассматриваемым “как непропорционально жесткая публичная реакция неодобрения, осуждения и страха, возникающая по поводу девиации. Эта озабоченность появляется внезапно и через какое-то время исчезает без видимых причин. Основными участниками моральной паники в модели Коэна являются средства массовой информации, моральные предприниматели, агенты социального контроля и публика” [Дмитриев 2014].

Яркой иллюстрацией подобной врачебной тактики может служить работа “Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема “групп смерти”” [Сахаров 2017], опубликованная в журнале “Сибирский вестник психиатрии и наркологии”.

Предваряя рассмотрение этой статьи, следует сказать, что в 2016 г. в России в средствах массовой информации были опубликованы статьи, посвященные появлению в интернете так называемых групп смерти — сообществ, подталкивающих детей и подростков к совершению суицидов. Эти публикации получили широчайший общественный резонанс и привели, по мнению антропологов, к развитию моральной паники [Архипова 2017].

В указанной статье авторы отмечают: “.. В ходе проверок было выявлено, что посещали сайты, пропагандирующие суициды, или состояли в так называемых группах смерти 3,5 % умерших. Преимущественно такие обстоятельства стали выявляться с 2016 г., а с начала 2017 г. проблема “групп смерти” в социальных сетях интернета, которые пропагандировали и поощряли самоубийства, а иногда и прямым образом доводили до них, стала занимать особое место в со-

вершении суицидальных действий подростками Забайкальского края” [Сахаров 2017. С. 44].

Как были получены столь драматические данные (3,5 %), учитывая, что речь идет о завершенных суицидах, т.е. случаях, где априори нет возможности получить данные непосредственно от самоубийцы, уважаемые авторы скромно умалчивают. Видимо, понимая некоторую шаткость и неубедительность статистических данных, они, как и принято в медицинском журнале, дают описание клинического случая. Здесь и происходит самое удивительное. При довольно тщательном описании истории болезни пациента не приводятся данные о влиянии групп смерти на совершенные им суицидные попытки, да и сам подросток в приведенном интервью, ни слова об этом не говорит! Однако это не мешает сделать устрашающие выводы, никоим образом не совпадающие с текстом представленного авторами клинического описания: “.. Данный клинический случай характеризуется совершением подростком 17 лет неоднократных суицидальных действий, предположительно, с целью выполнения заданий одной из “групп смерти” в сети интернет” [Сахаров 2017. С. 45].

Завершается статья на патетической ноте. Авторы торжественно обещают разработать новые законы, ужесточающие правила выявления опасных интернет-ресурсов и в качестве обязательной мантры — новые более суровые меры наказания за склонение к самоубийству или распространение подобных данных.

Признание существования культурных стилей и языков диагностики дает уникальную возможность сравнить развитие эпидемии культуральных синдромов (эпидемии; синдром коро; меряченье; кликушество и др.) и эпидемию постановки того или иного диагноза врачебным сообществом. Подражание, внушаемость, столь характерные для массовых психозов, не менее, если не более, характеризуют врачебную моду.

Сюда же можно отнести столь популярные сегодня изыскания в области патобиографий. Хороший пример — сравнение психиатрических диагнозов, выставленных Н. В. Гоголю на протяжении последний ста лет. В русскоязычной литературе именно этот классик удостоился наибольшего внимания и получил самые разные диагнозы — от периодической меланхолии до шубообразной шизофrenии и снова к биполярному нарушению.

Сравнительный анализ трудов, посвященных исследованию одной и той же личности, показывает интерес-

ную закономерность: врачи обнаруживали у Гоголя именно ту патологию, которая была доминирующей для исследователей в определенное время (врачебная мода / врачебный канон), причем зачастую авторы использовали одни и те же биографические данные, но трактовали их совершенно по-разному¹⁴.

На наш взгляд, смешение псевдонозологических и идеоматических подходов является не просто ошибкой, а отражает глубинные проблемы психиатрической диагностики. Неосознанно клиницисты используют такое смешение при диагностике множества душевных расстройств — от синдрома хронической усталости до содержания фобий.

“.. В 70-х и 80-х гг. XX в. в этнографических исследованиях естественнонаучных лабораторий было показано, что ученые не имеют дела непосредственно с природой, а работают с многочисленными презентациями, которые зачастую выдаются за природу” [Сивков 2016]. Так и в психиатрии. В клинике мы работаем с различными интерпретациями и презентациями. Важно не только их различать, но и понимать их разную природу и значимость.

Все подобные вышеуказанные случаи мы можем обозначить — в пику болезненным проявлениям у пациентов — как “культуральные синдромы диагноза”.

В заключение данного раздела хотелось бы подчеркнуть, что, вне всякого сомнения, вопрос о языках описания, используемых диагностом, является лишь частным вопросом о взаимоотношении исследователя и его объекта.

Позволим себе вновь обратиться к антропологам и привести вопрос, сформулированный редакцией журнала “Антропологический форум” в 2005 г. для обсуждения антропологическим сообществом: “Следует ли видеть в претензиях антрополога (историка, лингвиста) на объективность описания и анализа культурных явлений просто риторическую стратегию, присущую ему как представителю корпорации, претендующей на контроль за знанием, или же эта “объективность” имеет самостоятельную ценность (хотя бы как идеал)?” [Исследователь и объект исследования. 2005]. Как нам кажется, подобный вопрос не лишне будет поставить и перед психиатрическим сообществом.

(Окончание в следующем выпуске журнала)

14 Эта тема требует детального описания. Здесь мы касаемся ее лишь в контексте данной работы, не приводя библиографию.

Влияние городской среды на развитие невротических расстройств

А. С. Слюсарев¹, М. Ю. Козлов²

Обсуждается влияние урбанизации на возникновение и течение невротических расстройств, а также необходимость принятия мер, которые будут максимально защищать человека от деструктивного воздействия окружающей его городской среды.

Ключевые слова: урбанизация, иерархия потребностей, неврозы, психосоматика, природоподобные технологии, природоподобная терапия, информационная интоксикация, профилактика психических расстройств.

Развитие человечества сопровождается постоянным изменением соотношения городского и сельского населения. Если в 1800 году в городах земного шара проживало всего 3 % людей, то, по состоянию на сегодняшний день, более половины населения Земли — горожане, а к 2050 году количество городских жителей, по прогнозам, превысит семьдесят процентов от общего мирового населения. Урбанизация — естественный процесс развития общества, и даже — необходимое условие становления государственности [А. В. Коротаев, Л. Е. Гринин, 2007], но, к сожалению, приходится констатировать, что у этого явления существуют и “темные” стороны. Процесс урбанизации неминуемо влечет за собой целый ряд серьезных проблем, лежащих в экономической, экологической и социальной сферах. Как подтверждают результаты многих исследований, одной из серьезных жертв, которые вынуждено приносить человечество на алтарь урбанизации, являются многочисленные психические расстройства, возникающие в том числе, и под воздействием специфических стрессовых факторов, обусловленных проблемами межличностной коммуникации и другими сложностями социальной адаптации. Это неудивительно, потому что человек, по природе своей — существо биологическое, и те условия обитания, быстро меняющиеся в сторону, противоположную его природе, вызывают перенапряжение всех психических функций. Можно сказать, что многие психические расстройства — “расплата” человека за жизнь в социуме. Проследив за эволюцией животного мира, мы увидим, что формы психических расстройств у животных появляются, развиваются и видоизменяются по мере появления и усложнения социальных отношений, то есть по мере усложнения способов коммуникации между представителями вида. Отсюда становится понятно, что чем больший объем информации приходится перерабатывать индивиду, тем большие нагрузки приходится выдерживать его нервной системе, а, следовательно, и

подвергаться большему стрессу. Интересным фактом является то, что науки, изучающие психические заболевания у животных, такие как ветеринарная психоневрология, этиология, зоопсихиатрия, в подавляющем большинстве случаев рассматривают психопатологические процессы, которые развиваются у животных под воздействием человека, то есть в неестественной для них среде.

Современному человеку всё сложнее реализовывать свои естественные потребности. Их удовлетворение подчинено сложной логике жизненной необходимости и входит в сложноорганизованную смысловую регуляцию жизнедеятельности как несамостоятельный элемент [Леонтьев Д. А. 2003]. Человек реализует даже свои базовые потребности не напрямую — “захотел есть — увидел еду — съел”, а через сложные, социально обусловленные механизмы. Так, чтобы реализовать базовую потребность в пище, человеку необходимо получить средства для ее приобретения. Для этого нужно иметь работу, которая, в свою очередь, зависит от многих факторов — полученного образования, статуса родителей, круга общения, экономической ситуации в стране и многих других. Безусловно, это упрощенная схема, но нужно понимать, что индивиду приходится воспринимать и перерабатывать колоссальные массивы информации для того, чтобы реализовать свои основные потребности, которые на ранних этапах эволюции реализовывались значительно более простыми способами. Кроме того, по мере развития общества, появился и завоевывают позиции всё более сложные — “высокие” потребности, реализация которых требует гораздо большего напряжения энергетических ресурсов. Этому процессу сопутствует и прогресс в остальных сферах жизни — политической, экономической, научной. При этом наносится колossalный вред окружающей природе и формируется психологически дискомфортная среда обитания человека как биологического вида.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2017 г.), только депрессивные и тревожные расстройства наносят колossalный экономический ущерб; по оценкам, связанное с ними снижение производительности труда ежегодно обхо-

¹ Главный психиатр ГВКГ им. акад. Н. Н. Бурденко, кандидат медицинских наук.

² Клинический психолог ГВКГ им. акад. Н. Н. Бурденко.

дится глобальной экономике в 1 триллион долларов США. Известно, что основная масса этих расстройств — невротического генеза. Согласно одному из общепринятых определений невроза, это “психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека” [Б. Д. Карвасарский, 1990; А. М. Святощ, 1997]. Иными словами, неврозы, это состояния, существенную роль в развитии и течении которых играет психологический конфликт, вызванный тем или иным информационным стрессом. Эта проблема приобретает все возрастающую научную и практическую актуальность в связи с непрерывным ростом социальной, экономической, экологической, техногенной, личностной напряженности нашей жизни и существенным изменением содержания и условий труда [Бодров В. А., 2000]. Роберт Оппенгеймер ещё в 1958 году сказал, что “...прогресс сопровождается такой специализацией, что отныне любой человек может овладеть всего лишь незначительной долей человеческих знаний. Это вызывает ощущение невежества и одиночества и, очевидно, ощущение тем сильнее, чем больше знает человек...”³. С тех пор прошло 60 лет, и человечество могло проследить экспоненциальный рост в сфере развития информационных технологий и средств массовой информации. Человеческая психика в результате этого процесса испытывает всё более мощную информационную интоксикацию. Огромное влияние на психическое состояние индивида оказывает и появление всевозможных личных устройств, а также их возрастающая роль в человеческой жизни. Уже описаны компьютерная, гаджет- и интернет-зависимости, первая из которых уже фигурирует в классификации DSM-V и, судя по научным публикациям, уже можно говорить о мировом тренде роста значимости этих заболеваний.

Существенной проблемой является то, что большинство людей, страдающих невротическими и связанными со стрессом расстройствами, не получают специализированную помощь вовремя. Помимо факторов, заключающихся в несовершенстве организации диагностических мероприятий, одной из причин этого является то, что люди не всегда понимают то, чем именно они страдают и обращаются к специалистам других профилей. Так, известно, что значительная доля пациентов общесоматической сети страдают психическими расстройствами. Это объясняется тем, что многие психические расстройства протекают под маской, либо совместно с somатическими заболеваниями, что, в первую очередь, касается таких разделов медицины, как кардиология, гастроэнтерология, неврология, пульмонология, эндокринология. Данный факт подтверждается целым рядом исследова-

ний, результаты которых указывают на возрастание частоты психических расстройств и у пациентов общесоматической сети [Лапина Н. А., Ванчакова Н. П., Федоров Б. Б., 2006; Петрова Н. Н., 2005]. Так, по мнению В. Ф. Лебедевой и В. Я. Семке (2007), среди пациентов первичной медицинской сети психосоматические расстройства диагностируются в 30 – 57 % случаев.

Очевидно, что если одной из основных причин формирования психических расстройств являются факторы, связанные с прогрессом общества, информационной перегрузкой и урбанизацией в целом, то одним из методов профилактики и лечения подобных состояний должны стать технологии, которые, во-первых, будут максимально защищать человека от деструктивного воздействия окружающей его среды, а во-вторых, будут являться существенной частью и условием лечения уже сформированных психических заболеваний. Данные методы уже апробированы, а их эффективность подтверждена результатами многих исследований [Berget, et al., 2007, 2008; Hine, et al., 2009; Kam and Sui, 2010; Wilson and Agnew, 2011; Berget and Braastad, 2011; Pederson, et al., 2011, 2012; Bragg, et al., 2013].

В этой связи, в Европе и США в последнее десятилетие получила развитие и практическое применение концепция природоподобных технологий, направленных на минимизацию экологического ущерба от деятельности человека, а также на формирование здоровой, близкой к природным параметрам, социально и психологически комфортной среды.

Сложившаяся в глобальном масштабе ситуация говорит о том, что в настоящий момент приходится думать о необходимости разработки и внедрения концепции применения природоподобных технологий практически во всех сферах человеческой жизни и в России — это разработка норм и правил при осуществлении градостроительной деятельности, эргономика рабочих мест, планирование регламента служебного времени и многое другое. В информационных бюллетенях ВОЗ указывается, что национальная политика в области охраны психического здоровья должна быть ориентирована не только лишь на психические расстройства, но и на более широкие аспекты, способствующие укреплению психического здоровья. Помимо сектора здравоохранения к решению этих вопросов необходимо также привлекать такие сектора, как образование, трудоустройство, правосудие, транспорт, охрану окружающей среды, жилищное строительство и социальное обеспечение⁴.

Особняком стоят вопросы разработки новых методов профилактики и лечения психических расстройств. В настоящее время все более широкое распространение получает так называемая природоподобная терапия и

³ Рузе Мишель “Роберт Оппенгеймер и атомная бомба”, “Le Monde” 29.04.1958.

⁴ URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (дата обращения: 26.11.2017).

Влияние городской среды на развитие невротических расстройств

природоподобная профилактика психических расстройств, являющаяся составной частью общей концепции “зеленого здравоохранения”. К понятию природоподобной профилактики относят разработку концепций к гармонизации требований по организации рабочего места, мест общего пользования и индивидуального жилища с учетом особых психологических и психических потребностей человеческого организма в условиях городской среды, формирование принципов организации обязательных психологических разгрузочных механизмов в течении дня, терапевтического садоводства и многое другое. В свою очередь, помимо развития природоподобной профилактики психических расстройств, активно применяется и природоподобная терапия. Создаются центры природоподобной терапии психических расстройств, принципы, заложенные концепцией природоподобной терапией психических расстройств используются при проектировании и формировании планов развития городской среды.

Подводя итог, необходимо отметить, что многие методы, базирующиеся на принципах природоподобных технологий, уже используются во многих странах мира и показывают хорошие результаты. В России, к сожалению, внедрение данных методов идёт медленно, так как отсутствует единая концепция их использования. Отсюда проистекает необходимость принятия мер по разработке и внедрению национальных программ профилактики и лечения психических заболеваний с использованием природоподобных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодров В. А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. — М.: ПЕР СЭ, 2000. — 352 с.
2. Ежевская Т. И. Психологическое воздействия информационной среды на современного человека // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2009. № 2(37). С. 38 – 41.
3. Гальперин П. Я. Смысловые схемы поведения, лежащие в основе высшей нервной деятельности // Психология. Вып. III. Тбилиси, 1945. С. 79 – 99.
4. Коротаев А. В. Урбанизация и политическое развитие Мир-Системы: сравнительный количественный анализ / А. В. Коротаев, Л. Е. Гринин // История и математика: макроисторическая динамика общества и государства / под ред. С. Ю. Малкова, Л. Е. Гринина, А. В. Коротаева (ред.) — М.: КомКнига, 2007. с. 102 – 141.
5. Лапина Н. А. Характер консультативно-диагностической работы амбулаторного консультативного психосоматического центра Александровской больницы / Н. А. Лапина, Н. П. Ванчакова, Б. Б. Федоров // “Ученые записки” т. XIII, № 1, 2006. с. 83 – 85.
6. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности: монография / Д. А. Леонтьев — 2-е, испр. изд. — М.: Смысл, 2003. — 487 с.
7. Петрова Н. Н. Комплексная оценка аффективных, соматоформных расстройств у больных с соматической и неврологической патологией // “Психиатрические аспекты общемедицинской практики. — СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. С. 191 — 195.
8. Knopf R. C. Human behavior, cognition, and affect in the natural environment. In D. Stokols & I. Altman (Eds.) // Handbook of environmental psychology, 1987. pp. 783 – 825. New York: John Wiley & Sons.
9. Lewis C. A. Human health and well-being: The psychological, physiological, and sociological effects of plants on people. // Acta Horticulturae, 1995. 391, 31 – 39.
10. Pretty J., Griffin M., Peacock J., Hine R., Sellens M. and South N. (2005a) A countryside for health and wellbeing; the physical and mental health benefits of green exercise. Sheffield: Countryside Recreation Network.
11. Wang J. H. The urban-rural leisure patterns change between 1990 and 2000: The example of the Taiwan social change survey (TSCS). Wang J. H., Tang Y. S., Chen M. F., & Tseng H. P. // Journal of Outdoor Recreation Study, 2002. 24(2), 1–26.

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Курт Шнайдер

Опыт о типах понятности

(1922)

Нижеследующее рассуждение представляет собой итог не абстрактной спекуляции, а повседневного клинического опыта, и связано с заданием учителя¹ передать этот опыт в понятиях.

Как известно, Ясперс² противопоставил “объяснение” “пониманию”, “каузальные связи” “понятным связям”. Здесь речь пойдет о последних; если мы, стало быть, в чистом виде говорим о “понимании”, то подразумеваем не статическое (феноменологическое), не одно лишь сознательное (рациональное) понимание (например, логических связей бредовой системы), не непосредственное понимание (лучше “схватывание” (“Erfassen”)) душевного в телесных выразительных явлениях, а генетическое понимание, “субъективное самоочевидное схватывание душевых связей изнутри”. Возникали разные недоразумения, мешавшие признанию методического различия каузальных и понятных связей. Одно находится всесело на стороне читателя: Ясперс неоднократно определенно высказывался в том смысле, что понимание никогда не должно препятствовать объяснению, что оно означает всего лишь “плюс”, который дополнительно присоединяется. Тем самым вся критика, которая возражает против формулировки: “или объяснять — или понимать”, оказывается несостоятельной. Другое недоразумение, напротив, лежит глубже и, мне кажется, на самом деле указывает на трудности, которые делают все отношения более сложными, нежели виделось Ясперсу. Как это часто бывает, в этом повинны двусмыслинности. Не так, как если бы прав был Кронфельд³, упрекнувший Ясперса в том, что “понятное” выступает то в смысле особого качества *связи*, то как особый род *воспринимаемости* (*Erkennbarkeit*) — ибо метод схватывания тех сущностных связей представляет собой именно понимание, как объяснение представляет собой метод схватывания каузальных связей. Скорее недоразумение заклю-

чается в том, что впоследствии — и отчасти также у самого Ясперса — “понятное” часто употреблялось в контексте *генетически сопереживаемого* (*des Nacherlebbaren*) на стороне наблюдателя. Понятное, таким образом, означает то сущностную связь, то индивидуальный субъективный критерий. Целесообразно поэтому, избегая этой опасной двусмыслинности, воспользоваться для “понятных связей” в первом смысле общепринятым в другом месте выражением “смысловые связи”, а во втором применении говорить о “генетически сопереживаемом”. Также совершенно независимо от вызванной этими двусмыслинностями опасности нужно, безусловно, более последовательно противопоставить объяснение — понимание и каузальные связи — смысловые связи; так как если последние связи называют “понятными”, то было бы необходимо, следуя логике языка, именовать первые “объяснимыми” связями⁴.

Если мы используем для упомянутых умозрительных сущностных связей выражение “смысловые связи”, а для соответствующей возможности понять нечто генетически выражение “генетически сопереживаемое”, то мы тут же замечаем, что эти понятия не совпадают друг с другом. Не все смысловые связи в действительности могут стать сопереживаемыми; так, — вновь прибегая к двусмыслинности, — шизофренический психоз может иметь совершенно “понятные связи” (в контексте смысловых связей), и, тем не менее, эти смысловые связи, быть может, в действительности остаются никому не “понятными” (в контексте генетически сопереживаемого). И, далее, не всякое понимание (в контексте генетически сопереживаемого) относится к понятным связям (в контексте смысловых связей), поскольку смысловые связи всегда объединяют содержания; генетически сопереживаемыми, однако, могут быть и отношения *форм* к содержаниям.

Это положение нуждается в иллюстрации. Мы разделяем психоз на чистое *вот-бытие* (*Dasein*) и на его *так-бытие* (*Sosein*), и так-бытие в свою очередь на так-бытие как *содержание* и так-бытие как соот-

¹ Речь, по всей вероятности, идет о Густаве Ашаффенбурге, возглавлявшем в то время психиатрическую клинику кёльнского университета, где работал Курт Шнайдер. — Прим. пер.

² Общая психопатология. 2-е изд. Берлин 1920.

³ Сущность психиатрического познания. Берлин 1920, с. 359.

⁴ Я сам однажды высказался в пользу “понятных связей” (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 59, 228). Тогда я еще не замечал обсуждаемых здесь опасностей.

ветствующую *форму*, как способ вот-бытия. Простое вот-бытие никогда не является понятным — ни в контексте смысловых связей, ни в контексте сопереживаемого. Но здесь вводит в заблуждение общепринятое словоупотребление; исключена возможность, сопереживая, понять то, что у кого-нибудь психоз разился после железнодорожной катастрофы; это познается лишь посредством *мышления*. Иначе обстоит дело с содержанием и формой. То, что подразумевают под *содержанием психоза*, вероятно, не вызывает сомнений; воспользуемся в качестве примера эротическим комплексом. Последний может быть дан самым разным способом: как мысль, воспоминание, надежда, печаль, бредовая идея, обман чувств и т.д. Этот способ вот-бытия мы называем здесь *формой комплекса*. Ее нельзя путать с формой психоза в *клиническом смысле* или с формой телесного *выражения*, такой, как поведение, жестикуляция. Содержание представляет собой сферу закономерно-смысло-вого (*des Sinngesetzlichen*); это содержание *может* быть понятным и в контексте генетически сопереживаемого, но не *обязательно*: так, высказывание шизофреника в закономерно-смысловом отношении может быть связано с другими содержаниями, оставаясь никому не понятным. Одна шизофреничка постоянно говорила, сначала совершенно “непонятно”, о “Ботане”; мне это казалось лишенным смысла до тех пор, пока через несколько дней я не узнал, что собаку больницы, из которой она прибыла, звали Ботаном. Связь формы и содержания никогда не может быть понятной в контексте смысловых связей, которые всегда объединяют содержания, но может быть понятной в контексте генетически сопереживаемого. Некоторые из этих форм — например, страх — я могу в конкретном случае, генетически сопереживая, понять из содержаний, но в другом случае, однако же, это не удается. А другие из этих форм я вообще не могу генетически сопереживать. Я могу, пожалуй, “понять”, что любовный комплекс выступает в виде печали, в виде надежды; но я никогда не смогу генетически понять, что он дан как телесное влияние, как бредовая идея. Этим формам, совершенно непонятным в контексте генетически сопереживаемого, мы придаем здесь, ради ясности, особенное значение.

Для пояснения совсем кратко два наблюдения: 1. 36-летняя фрейлейн из среднего класса любит владельца фабрики, в бюро которой она работает. Она мнит, что он интересуется ею, вскоре замечает, что люди повсюду знают об этом и обсуждают это, слышит голос возлюбленного, встречает его также по пути, знает, что он, который в действительности ни о чем не подозревает, любит ее, но что люди препятствуют ее счастью.

В этом случае, который, по большому счету, полностью соответствует типу сенситивного бреда отношения, содержания психоза в закономерно-смысловом отношении связаны с любовью к фабриканту, т.е.

в этом контексте “понятны”, и, более того, эти смысловые связи являются сопереживаемыми для наблюдателя. *Форма*, в которой выступает этот комплекс, в виде обманов чувств, в виде бредовых идей, однако же, в контексте генетически сопереживаемого остается непонятной.

2. 29-летняя литовка во время войны была инфицирована немецким солдатом. Он бросил ее; однако, она написала ему в Кёльн, что болезнь, которая была пролечена, возобновилась, и у нее нет денег на лечение. Он ответил, что она должна приехать в Кёльн и лечиться там. Она действительно отправилась из Литвы в Кёльн, посетила бывшего солдата и была брошена им — к тому же женившимся и, по всей видимости, не догадывавшимся о серьезности ее намерений — на произвол судьбы. Она была задержана как бездомная и, находясь под арестом, приняла мышьяк, который имела при себе.

В этом случае мы видим “понятность” *содержаний* как в контексте смысловых связей, так и в контексте сопереживаемого, и, кроме того, понятное соединение содержания и *формы* в контексте сопереживаемого.

Наш существенный результат, таким образом, состоит в отделении понятности в контексте смысловых связей, которая всегда относится только к содержаниям, от понятности в контексте генетически сопереживаемого, которая может касаться не только связи между содержаниями, но также связи между содержаниями и формами. Именно эта генетическая понятность отношения содержания и формы имеет величайшее значение, прежде всего для диагноза процесса, да и для диагноза психоза вообще. То “новое”, что отличает процесс от развития, отнюдь не всегда, даже, возможно, *никогда* не является прерыванием закономерно-смыловых связей *содержаний*, обрывом смыслового континуума, а представляет собой прерывание сопереживаемости *формы* относительно содержания. И, таким образом, вопрос, прерваны ли “понятные связи” в контексте смысловых связей, фактически неприложим к диагнозу процесса. Это наиболее отчетливо выступает в случае бреда отношения. Возьмем случай Вагнера, столь жизненный для всех нас благодаря публикации Гауппа⁵: не смысловые связи содержаний где-то прерваны, ведь даже для наблюдателя они вполне сопереживаемы, но *форма* в виде *бреда* является тем, что мы не можем генетически сопереживать, не можем вывести из содержаний, не можем “понять”. Поэтому такие картины можно, вероятно, — впрочем, не без труда, — включить “в группу доступных вчувствованию психогенных заболеваний на конституциональной психопатической основе”. Развития и непсихотические реакции тоже выступают в *форме* генетически сопереживаемого, т.е. мы можем понять, что — если бы мы были в том же

⁵ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69, 169.

положении и в тех же обстоятельствах — мы бы переживали таким же образом. Теперь, однако, оказывается, что понимание — во втором контексте генетически сопреживаемого — отношения между содержаниями и между формой и содержанием *в принципе* непригодно для диагноза процесса. Ибо, несмотря на значительное совпадение, оно остается субъективным и релятивным. Именно там, где это имеет значение, субъективное и индивидуальное этого понимания становится ощутимым препятствием.

Сходным образом обстоит дело и с оценкой “естественности” выразительных явлений, в которых мы непосредственно воспринимаем и схватываем чужие переживания. Таким образом, тем более что эти вещи справедливы и для других психозов, необходимо продолжать попытки выявления шизофренического характера в структуре самого наличного переживания — задача для феноменологической психологии все еще очень далекая и неимоверно тяжелая.

Перевод П. Ю. Завитаева

РЕКОМЕНДУЕМ

читать и выписывать

**газету “ТРОИЦКИЙ ВАРИАНТ — НАУКА”
— честная информация о ситуации в науке.**

info@trvscience.ru; trv@trovant.ru; www.trv-science.ru

Особенно, № 4 (248) 27.02.2018:

- о бухгалтерски-казарменном подходе к науке чиновников;
- о 20-летней псевдонаучной деятельности чл.-корр. РАН О. И. Эпштейна и его релиз-активных лекарств (в частности, пропротеина-100 для лечения алкоголизма) — новое наименование гомеопатических средств;
- о позорном маковом деле, начатом ФСКН в 2008 г. и длившемся до сих пор

Курт Шнайдер

Сущность и распознавание шизофреника¹

(1925)

Вряд ли можно утверждать, что проблема систематики эндогенных психозов упростилась благодаря расширению *dementia praesox* до шизофрении. Блейлер отвергнул бы такую точку зрения, поскольку в этом вопросе имеет значение только истинность и неистинность, а не упрощение и удобство. Несомненно, с этим принципом можно согласиться, но тем не менее можно осмелиться утверждать, что критерием истинности в медицинско-естественнонаучной области является нечто иное, нежели в психологической, к которой принадлежит идея шизофрении. Я отнюдь не намерен заходить так далеко, как Кёртке, который внутри психического ряда признает только вопрос: “Как мы это назовем?”, для которого, стало быть, классификация эндогенных психозов была бы чистым вопросом номенклатуры, но никто, тем не менее, не будет утверждать, что суждение о наличии шизофренических ассоциативных расстройств и мнение о правомерности их отнесения к основным симптомам субъективны в гораздо большей степени, нежели неврологическая диагностика и систематика. И о выделении и упорядочивании чисто психологических фактов речь идет все-таки при эндогенных психозах. Они являются отнюдь не “большими” болезненными единицами, которые включают соматическое и психическое, а “маленькими” болезненными единицами, которые с основной идеей “одинаковые психические симптомы — одинаковый психический исход” вращаются исключительно в границах психологического. Стремление придать им значение больших болезненных единиц до сих пор не выходит за рамки гипотезы, и все сильнее становится сомнения в том, что они являются ими; я напоминаю о том, что Бумке понимал шизофрению как экзогенные формы реакций. Так или иначе: общая болезнь *dementia praesox* или шизофрения представляет собой теорию, постулат, надежду.

При группировке таких психических фактов не может быть, по моему мнению, никаких резких разграничений в контексте медицинского дифференциального диагноза, и речь всегда идет только о *типообразованиях*. В общей психопатологии мы примирились с тем, чтобы видеть в выявленных феноменах только типы, симптомокомплексы, “единицы второго порядка” Хохе для нас только типы, психопатические личности являются типами — почему же в области психозов вдруг должно быть иначе? Шизофрени-

ния и циклотимия, в изобилии их возможных картин, являются *типами*, которым многие случаи соответствуют полностью, некоторые наполовину, другие никаколько.

Вместе с тем классификация эндогенных психозов становится более релятивной, вместе с тем на этом пути “истинность” тоже утрачивает свою строгость, борьба систем и школ свою остроту, вместе с тем, например, имеет смысл спорить вовсе не о том, “принаследжит” ли инволюционная меланхолия к маниакально-депрессивному помешательству, а только о том, практично ли причислять ее к нему или удобнее было бы не делать этого. То же самое касается отношения шизофрении к *dementia paranoides*, парапрениям, пресенильному бреду ущерба Крепелина, инволюционной паранойе Кляйста, сенситивному бреду отношения Кречмера. Если такие типы некогда уви-дели, то возникает лишь вопрос, имеет ли смысл заниматься ими в будущем как особыми формами, с которыми можно сопоставлять и с помощью которых можно ориентироваться — и мне представляется, что практичесее воспользоваться этими образованиями, нежели мало-помалу вновь прийти к единому психо-зу. Практичнее даже в том случае, если при всех этих формах обнаруживаются определенные общие черты и осознается их соотнесенность с типами и в то же время не только возможность, но неизбежность переходов.

Вопрос о последней биологической “истинности” разделений и объединений психотических картин, мы надеемся, когда-либо разрешит соматическое исследование, несмотря на то, что — сегодня мы уже вправе это предполагать — его результаты не упорядочат *психологически* психические факты, а разорвут психологически единое целое (*Zusammengehöriges*), так что, если нет намерения вообще отказаться от клинической психиатрии, всегда будет стоять задача психо-логической группировки. Но это является упорядочи-ванием в соответствии с используемыми типами: клиническая психиатрия представляет собой *прагматическую* науку.

Возникает следующий вопрос: Эта типология должна руководствоваться формами состояния или течениями? Мы будем пользоваться и тем, и другим. Поскольку течения представляют собой, безусловно, только последствия и развития картин состояния, им обязательно будет предшествовать разработка типов состояния. Затем, однако, неминуемо возникает столь важная для медицинской и социальной психиатрии задача обнаружения в них признаков, которые на ос-

¹ Доклад в Немецком Психиатрическом Обществе. Касель, 2 сентября 1925.

Курт Шнайдер

новании опыта позволят сделать выводы о течении и исходе. Этот вопрос всегда будет стоять перед нами.

Если мы постигаем шизофрению в контексте типа течения, то тем самым мы постигаем ее неоспоримую ядерную группу: психотические процессы, которые разрушают или, по крайней мере, перестраивают, которые принципиально неизлечимы, и их этиология и соматические основы остаются неизвестными. Речь, стало быть, идет о распознавании на основе *течения*, и это является первым типом возможности распознавания шизофрении, первой возможностью увидеть ее сущность. Недостаток очевиден: этот вариант имеет дело со *временем*, с будущим, и как “диагноз” может использоваться лишь в той мере, в какой течение находится позади момента наблюдения, то есть, часто постольку, поскольку оно обозначает начало болезни. Со временем Ясперса нам известны основные понятия: развитие и процесс. Они тоже являются типами и, поэтому, допускают переходы, и каждому из нас известны случаи, в которых такая постановка вопроса не позволяет двигаться вперед. Для отказа от них нет никаких причин, и, несмотря на признание очень медленного развития процессов из определенных характеров, мне хотелось бы по-прежнему считать распознавание шизофрении на основе течения наиболее плодотворным. Для наших клинических целей, имея в виду понятие шизофрении, мне представляется целесообразным опираться на него. Ни один из связанных только с состоянием типов распознавания, которые в дальнейшем должны быть подвергнуты критической оценке, не может сравниться с ним по клинической пригодности.

Шаг от *dementia praesox* к шизофрении означал, наряду с восстановлением значимости течения как начала и исхода, прежде всего, усовершенствование и углубление симптоматики, попытку от содержаний, аномалий выражения, более грубых проявлений всякого рода вплотную подойти к структуре. Поэтому эту вторую форму распознавания сущности шизофрении мы называем распознаванием на основе *структурь*. Блейлер усматривал ее в расстройстве мышления, которое он называет ассоциативным расстройством, и, вероятно, менее строго в расстройствах эмоций. Если эта структура имеется в наличии, то, если я его правильно понимаю, есть шизофрения, если ее нет, нет и шизофрении. Никто не усомнится в том, что высокие уровни мыслительной разорванности и причудливых ассоциативных связей, которые Блейлер так ярко показал и также проанализировал по их происхождению, наблюдаются только при процессах в вышеуказанном смысле, но также никто не будет оспаривать, что их легкие и легчайшие проявления встречаются, кроме того, в частности, в состояниях оглушенности всякого рода и при эпилептической деменции. Их обнаружение — в качестве структуры сновидения, в качестве прелогического мышления вообще — лишает их, конечно, в принципе

значения специфического процессуального расстройства и превращает их во всеобщую человеческую форму мышления и переживания, которая только с особенной отчетливостью проявляется в этих разрушительных процессах, делающих ее некоторым образом явной. Насколько, кроме того, эти легкие ассоциативные нарушения подлежат субъективному истолкованию и обоснованию? Вне всякого сомнения: ценность этих ассоциативных нарушений является спорной именно для сомнительных и новых случаев, а, с другой стороны, они захватывают более обширное пространство, чем процессы. Понятие шизофрении стало бы клинически совершенно неприемлемым, если бы его основывали на этих ассоциативных нарушениях. В еще большей степени, вероятно, предоставлены обоснованию наблюдателя аффективные расстройства. Нет ничего труднее, чем оценивать — и уж тем более склонять к такой же оценке других — степень, адекватность и подлинность эмоций. Безусловно, воззрения Блейлера часто соблазняли к тому, чтобы считать больных, распознанных как процессуальных по другим — например, анамнестическим — основаниям, в какой-то мере неспособными к подлинным чувствам, чтобы приписывать выражениям их эмоций поверхность, в то время как в других случаях, которые понимались, например, как депрессивные фазы, такие помыслы не возникали. Кому не известны такого рода депрессивные, чьи стенания производят впечатление чего-то механического, пустого, незначительного? Мы согласны, что хотя и не феномен эмоционального осуждения, который свойственен и органическим процессам, а тугоподвижность, скачкообразность и недостаточная модуляционная способность эмоций в резко выраженных проявлениях встречается только при шизофренических процессах, однако, слишком легко их следы обнаруживаются там, где течение и другие симптомы указывают на процесс и где в иных случаях их бы не отыскали. В общем и целом: распознавание шизофренической структуры слишком субъективно и ее выявляемость слишком велика для того, чтобы она могла характеризовать психотические процессы в качестве основного симптома клинически пригодным способом, хотя ее всегда будут принимать во внимание в качестве окраски типов состояния. И, кроме того, существуют психотические процессы, которые даже при всем старании наблюдателя не обнаруживают эту структуру — и как раз Блейлер отказывал им в каком-либо особом положении. Шизофрения в контексте структуры и шизофрения в контексте процесса не совпадают. Можно было бы, преодолевая затруднения, говорить о шизофрении состояния и шизофрении течения, во всяком случае всегда целесообразно оговаривать, какую форму имеют в виду.

Третьей возможностью является распознавание на основе *переживания*, то есть, феноменологическое распознавание. Вероятно, существуют такие специ-

фические процессуальные переживания, и как раз все они, по-видимому, располагаются в сфере сознания активности: речь идет о первичном отсутствии сознания собственной активности при осуществлении функций, об “аутохтонных идеях” Вернике, сделанных мыслях, сделанных волевых действиях, сделанных импульсах. В последнее время, в частности, Кронфельд указал на эти расстройства как на специфические процессуальные симптомы. Необходимо отличать это выделение немногих, четко ограниченных качеств переживания от хорошо обоснованной попытки Берце теоретически вывести всю шизофрению со *всеми* ее симптомами из первичной недостаточности психической активности. Ни телесные галлюцинации всякого рода, ни даже звучание мыслей и отнятие мыслей, ни первичные бредовые переживания, по-видимому, не обладают таким специфическим значением для распознавания процесса, как эти переживания первично отсутствующего сознания активности, пусть даже те симптомы наиболее часто и наиболее ярко выступают при процессах. При них тоже, по-видимому, как и при шизофренической структуре и, как я ранее заметил, также при шизофренических аномалиях выражения, речь идет об общих психопатологических механизмах, которые в ослабляющих эндогенных процессах только раскрываются в наиболее чистом и наиболее полном виде. Специфическими же, согласно предшествующему опыту, являются расстройства сознания активности, но поскольку они встречаются не слишком часто, предположение о процессуальных психозах не может быть поставлено в зависимость от их существования.

Четвертая возможность распознавания — распознавания на основе *выражения* — когда-то имела большое значение для диагноза *dementia praecox*. Сегодня в этом контексте она едва ли уже нуждается в упоминании. Мы знаем, что кататонические проявления всякого рода, также манерность и неологизмы, равным образом встречаются у других больных, прежде всего у эпилептиков внутри и вне сумеречных состояний.

Существует еще пятая и последняя возможность распознать шизофренический процесс. Я имею в виду то, что обычно именуют вопросом раппорта или контакта, и я называю эту возможность распознаванием на основе *отношения*. Едва ли будет ошибочным утверждение, что в повседневной клинической жизни это является *определенным* способом распознавания шизофрений, особенно более легких случаев. Можно было бы толковать этот метод как реакцию не-шизофреника на шизофренические расстройства мышления и эмоций, однако, против этого свидетельствует тот факт, что впечатление шизофреника часто возникает

у нас также там, где его самого — при великолушном принятии блейлеровских основных симптомов — невозможно объективизировать в их контексте. Можно было бы еще думать о том, что мы раскрываем его на основе нюансов шизофренического выражения, чье огрубление мы наблюдали в виде тугоподвижности, неестественности, странности (*Verschrobenheit*) во многих более ярко выраженных случаях. Против этого, тем не менее, говорит тот факт, что даже обладающий относительно небольшим опытом обычно очень быстро приобретает это “чувство” шизофренического. Безусловно, здесь тоже существует много иллюзий, даже для самого опытного, и, безусловно, распознавание на основе отношения является еще более субъективным, чем на основе структуры. По крайней мере, согласие различных исследователей в отдельном случае наводит на размышления. По-видимому, дело также обстоит не так, что “шизоидные” наблюдатели являются худшими барометрами для этого рода распознавания шизофреников, чем другие, а, с другой стороны, этот — возможно, далее нередуцируемый — источник познания, по-видимому, выделяет процессуальных шизофреников из “шизоидных” психопатов. Всех процессуально-психотических он, тем не менее, тоже не охватывает, поскольку у некоторых, прежде всего, “пикнических” шизофреников Мауца, это отношение нисколько не нарушено. И, кроме того, мы подчас “обвеваемся” шизофреником даже там, где анамнез и данные обследования позволяют исключить шизофренический процессуальный психоз. Если такое впечатление возникает в клинически ненадлежащем месте, то имеет силу то же самое, что и при распознавании на основе структуры: существует некоторое шизофреническое состояние, которое еще обширнее, нежели шизофрения течения.

Резюмируя, я прихожу к следующим выводам: с точки зрения прагматической клинической психиатрии, которой известны только типы, представляется целесообразным вновь вернуться от шизофрении как структуры к процессуальной шизофрении (шизофрении течения) и устанавливать в ее рамках, равно как и типы, многочисленные и, разумеется, еще допускающие приумножение подформы. Процессы хотя и могут в редких случаях надежно распознаваться на основе определенных переживаний, однако, не на основе структуры, выражения или отношения. Наиболее пригодным клиническим методом является распознавание на основе течения. То, что в отдельных случаях оно тоже может оказаться несостоятельным, объясняется соотнесенностью всех психопатологических разграничений с типами.

Перевод П. Ю. Завитаева

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Неожиданный поворот: использование своей психической болезни

**Разбор ведет проф. Андрей Аркадьевич Шмилович
(19.10.2017; ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева)**

Пациент взят без подготовки из отделения № 8, представляет пациента ординатор кафедры психиатрии и медицинской психологии Татьяна Евгеньевна Ободзинская.

Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется Петухов Андрей Сергеевич (ф.и.о. изменены), 1966 года рождения, пациент 8-го отделения Алексеевской больницы, который поступил в нашу больницу повторно 26 сентября нынешнего года. Предыдущая госпитализация была до 15 сентября этого же года, это его седьмая госпитализация.

Анамнез (по истории болезни). Родился в Москве, в семье врачей, первым из двух детей. Детское развитие протекало без особенностей. До школы посещал детский сад и ясли. Среди сверстников ничем не выделялся. С 7-ми лет пошел в школу, учился средне. В свободное время занимался спортом, предпочтение отдавал стрельбе.

Закончил 10 классов общеобразовательной школы и сразу поступил во Второй медицинский институт. Учился посредственно, дважды находился в академическом отпуске. После окончания института получил специальность врач-педиатр. В течение нескольких лет работал в НИИ детской гематологии. Защитил кандидатскую диссертацию в 1996 году. В армии не служил, был освобожден от службы в армии по статье 76.

Начиная с 20 лет, стал употреблять спиртные напитки. Первое время выпивал периодически. Начиная с 1986 года, отмечались запойные состояния. Мог выпить до бутылки водки в день, в связи с чем в 1986 году проходил курс анонимного лечения по методу Довженко. В течение нескольких лет не алкоголизировался. Тяги к спиртному не было. В дальнейшем, после психотравмирующей ситуации — состоялся конфликт с первой женой — сорвался, стал прибегать к приему спиртных напитков. С каждым годом дозы увеличивались и составляли до 1,5 бутылок водки в день. В дальнейшем толерантность резко снизилась. Быстро хмелел от 2 – 3 выпитых рюмок водки. Начиная с 1995 года, заменил водку пивом. Мог выпить до 15 бутылок пива за один раз. На фоне алкоголизации отмечались колебания настроения, в

связи с чем неоднократно находился на лечении в различных лечебных учреждениях, в том числе в клинике Корсакова. После проведенного лечения методом кодирования ремиссии практически не было. Через 2 – 3 месяца вновь начинал алкоголизироваться еще с большей силой.

В период алкоголизации продолжали беспокоить частые колебания настроения. Больной считал, что наступает безысходность, не видел смысла в жизни. После развода со второй женой фон настроения снизился, ничего не интересовало. По совету отца неоднократно обращался за помощью к психиатрам, принимал различные антидепрессанты, в том числе “Паксил”, но улучшения состояния не наступало, вновь стал алкоголизироваться.

Отношения с сослуживцами по работе натянутые. Постоянно чувствовал на себе недоброжелательные взгляды со стороны администрации и сотрудников по работе. Понял, что самостоятельно не сможет выйти из этого состояния, и в декабре 2004 г. впервые поступил в нашу больницу. Выписан с диагнозом депрессивного расстройства. Вторая госпитализация состоялась уже на следующий год с диагнозом “циклотимия депрессивная, депрессивный синдром”. Затем поступил к нам в 2012 году, под вопросом ставили расстройство шизофренического спектра, причем осложненное хронической алкоголизацией. Накануне этой госпитализации на фоне алкоголизации стал подавленным, тревожным, не находил взаимопонимания с соседями, с отцом. Все вокруг раздражало. Проживал в этот период отдельно. Самостоятельно вызывал бригаду. Был подозрителен, очень насторожен. Мышление было с элементами паралогии, отмечалась неукротимая тяга к алкоголю, однако психопродуктивной симптоматики в виде бреда и обманов восприятия обнаружено не было. Выписан он с диагнозом “шизофрения параноидная, параноидный синдром”. Почему ему поставили такой диагноз? Его психический статус при выписке: ориентирован в месте и времени; на вопросы отвечает в плане заданного; держится с пакетом, бравирует, что ранее был врачом; охотно рассказывает о своих научных разработках в области стволовых клеток, при этом смотрит на реакцию вра-

ча-собеседника; речь непоследовательная, ускоренная, высказывания амбивалентные; мышление с элементами паралогии; не скрывает неукротимую тягу к алкоголю; просит помощи, настроен на лечение. Психопродуктивной симптоматики на момент осмотра не выявляется, однако сообщил, что временами бывает ощущение, что окружающие косо смотрят на него. В голове много посторонних мыслей, которые мешают сосредоточиться. Выраженное негативное изменение личности выступает на первый план, эмоционально грубо изменен. Соматических жалоб на момент осмотра не предъявляет, за исключением жалоб абстинентного характера.

Была проведена лекарственная терапия в виде карбамазепина — 600 мг/сут, глицина, паглюферал #3 по 1 таблетке на ночь, рисполент — 2 мг утром, 2 мг на ночь. На фоне этой терапии состояние больного заметно улучшилось, стало активнее, живее. Не залеживался в постели, быстро адаптировался в отделении, держался среди спокойных больных с дефицитарными расстройствами. Режиму отделения полностью подчинялся. Был доволен своим состоянием, даже отрицал тягу к алкоголю. По просьбе отца был выписан домой, потому что должен был за ним ухаживать. На момент выписки психопродуктивной симптоматики не было, соматические жалобы отсутствовали. Пациент выписан на поддерживающей терапии (карбамазепин и рисперидон 4 мг/сут). Однако через несколько месяцев он снова к нам поступил, т.к. состояние изменилось. За несколько дней до госпитализации стал тревожным, слышал голоса. Однако потом в отделении неоднократно отрицал это. Сказал, что обманул врачей, чтобы попасть в больницу. Это 2012 год.

После этого до 2017 года мы этого пациента не видели, он удерживался. В августе 2017 года состояние резко изменилось, стал напряжен, тревожен, стал слышать в голове голоса, которых очень боится. Сам вызвал бригаду и поступил в нашу больницу. Находился в нашем отделении. Изначально у него была терапия галоперидолом и феназепамом. Затем он был переведен на сероквель 200/200. Состояние было достаточно стабильным, и когда он 15 сентября внезапно попросил его выписать, мы не могли отказать. Однако 26 сентября он вновь поступил в нашу больницу. Данные сопроводительной документации: жалуется на тревогу; считает, что если не госпитализировать немедленно, то убьет соседей или себя; является инвалидом II группы по психическому заболеванию 10 лет; ухудшение за несколько дней до настоящей госпитализации; заболевание ЧМТ и что-то другое он отрицает; на момент осмотра ориентирован верно; беспокоен, разговорчив, охотно раскрывает свои переживания; бред с элементами параноидного содержания, паралогичен, эмоционально уплощен; инсайты отсутствуют.

Психический статус в приемном отделении. Понимает, что находится в психиатрической больни-

це, дату путает. Говорит, что выписан из ПБ 28 сентября. Манерен, говорит громким голосом, речь в форме монолога. С трудом удается привлечь внимание. На вопросы отвечает не по существу. Говорит, что он великий врач, работал с великими людьми. Присутствовал при пересадке сердца, пересаживал детям костный мозг, писал диссертации. Не отрицает, что ранее употреблял героин и метадон. Затем был госпитализирован в ПБ-5. Пытается обсуждать руководство больницы. Говорит, что бывший главный врач является его приятелем. Дистанцию с врачом выдерживает с трудом. Изо рта запах алкоголя. Не отрицает, что накануне нынешней госпитализации выпил 500 мл водки, чтобы избавиться от раздражительности. На фоне конфликта с соседями из-за денег появилось желание что-то с ними сделать или с собой. Нелеп, суждения поверхностные, мышление разложженное. На лечение соглашается неуверенно. Госпитализирован в порядке недобровольной госпитализации с диагнозом “параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии”.

В отделении ориентирован верно. Понимает, что находится в психиатрической больнице. Отвечает на вопросы неохотно. Легко раздражается, когда речь заходит о взаимоотношениях с соседями. Негативно к ним настроен. Манерен, лжив, изворотлив. Стремится представить себя с лучшей стороны. Сведения путевки в отношении агрессии категорически отрицает. На момент осмотра суицидальные мысли также отрицает. Сожалеет о своем необдуманном поступке, понимает необходимость лечения. Даёт согласие. На первый план выступают процессуальные изменения личности в эмоционально-волевой сфере с нарастающим дефектом. Мышление аморфное, паралогичное, разноплановое. Соматических жалоб не предъявляет.

В отделении он находится на терапии: таблетированная форма аминазина — 50 мг утром, 50 мг днём и 100 мг на ночь, таблетки галоперидола — 5 мг утром, 3 мг днём, 5 мг на ночь, таблетки циклодол по 2 мг 3 раза в сутки. На фоне проводимой терапии — состояние с незначительной динамикой. Неохотно идет на беседу к врачу. Раздражается, когда речь идет о конфликтах. Последнее время стал спокоен. С критикой относится к тому, как вел себя при поступлении. Уверяет врача, что будет хорошо себя вести, потому как он своим поведением и своей резкой выпиской и повторной госпитализацией как бы (цитата) — “подставил заведующую отделением, потому как частая повторная госпитализация”. В поведении полностью упорядочен. Терапию принимает в полном объеме.

Осмотр невролога: дисциркуляторная энцефалопатия 1-й стадии, сосудистая дисметаболическая.

Осмотр терапевта: хронический бронхит, метаболический фиброз, дыхательная недостаточность — 0,1, миокардиодистрофия, хронический гастroduodenит, хронический гепатит (невирусный).

Андрей Аркадьевич Шмилович

Дополнительное назначение терапевта — рибоксин и карсил.

29 сентября было проведено **экспериментальное психологическое исследование**. На момент проведения исследования у испытуемого на фоне аутохтонных колебаний мотивации выявляется достаточный уровень проведения формально-логических операций при опоре на существенные основания. Однако выявляются нарушения мотивационного компонента мышления в виде склонности к рассуждательству, резонерству, усложненности формулировок, снижения четкости при внесении субъективных оценок в стимульный материал, актуализация латентных признаков.

Личностные особенности: черты эмоциональной недостаточности, высокая, не всегда устойчивая самооценка, высокий уровень притязаний, эгоцентрическая сосредоточенность на своих проблемах, избирательная чувствительность к внешним воздействиям и реакциям поверхности и малой дифференцированности эмоциональных переживаний. Стремление к отстаиванию собственной точки зрения при ориентации на субъективный критерий в оценках. Доминантность с элементами манипулятивного поведения. Демонстративность, претенциозность, ожидание признания и высоких оценок. Нетерпимость к внешнему давлению, что сочетается со стремлением избежать неуспеха. Склонность перекладывать ответственность за происходящее на окружающих, поверхностная общительность. Легкость установления широких контактов без глубины переживания. Отсутствие со-переживания вообще.

Выявляется облегченность, склонность к формированию сверхценных идей, поверхностность в оценке проблем, недоучет препятствующих обстоятельств в ситуациях стресса, трудности, прогнозирования перспектив. Большая вероятность проявления эмоциональных вспышек агрессии, враждебности, ухода в себя. Вместе с этим отмечается в эмоциональной сфере оскудение, социальная пассивность, суженный круг интересов.

Была проведена индивидуальная психологическая коррекция и пациенту даны рекомендации.

Ведущий: Спасибо. Давайте пригласим пациента.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте, Андрей Аркадьевич. — Могу сказать, здравствуйте, коллега. — Спасибо. — Присаживайтесь, пожалуйста, вот сюда. Я надеюсь, Вы не будете застенчивы? — Да нет. — И скромничать тоже не нужно. Здесь все присутствующие — врачи-психиатры. Это люди, которые собрались для того, чтобы лучше разобраться в Вашем состоянии. — Как и для Шестой. — Вы были в Шестой больнице? Это детская больница в прошлом. — Нет, занятия были. — Вы имеете в виду Шестую не психиатрическую? — Психиатрическую, на Ленинском

проспекте. — Вы там проходили занятия по психиатрии? — Да. — На нашей кафедре. — Да. — Это в каком году было? — Давно, в 90-е. — Да. Еще тогда была заведующая кафедрой Надежда Дмитриевна Лакосина такая, профессор. — Да. — И что Вам по психиатрии поставили, какую оценку? — А у нас зачет был дифференцированный... Не помню. — Вам понравилась? — Ну экзамена не было. — Вам понравилась дисциплина? — Да, интересно. — Но Вы все-таки стали хирургом. — Нет. Гематолог. — Гематолог. Где же Вы работали? — У Румянцева Александра Григорьевича в Институте детской гематологии. — Это не тот случайно институт, который?.. — Рогачева. — Рогачева, Димы Рогачева, да. Вы там работали? — Да. Там же и диссертацию написал. — Сколько лет Вы там проработали? — Ну лет 15. — 15 лет. А какая тема диссертации? — С гематологией не связана. — А с чем? — ДНК-диагностика спинальной и бульбарной амиотрофии Кеннеди с эндокринными расстройствами. Ну это редкое заболевание, Левон Оганесович Бадалян их еще описал. Я объехал, кровь собрал. Ну у детей там ... диагностика. — И что, Вы ездили по регионам? — Ну везде, где можно было. Брали и стекла, и образцы везде, где можно было выделить. — Ну да, это, конечно, большая работа. — Ну вот я и диссертацию Левону Оганесовичу Бадаляну и посвятил, потому что диагноз был великий, конечно. Диагноз онставил в преддверье, а все остальное... — Ну хорошо. Как сейчас самочувствие Ваше? — Нормальное. — Все в порядке? Что произошло? Тут написано у нас в истории, что Вы переживаете за врача, потому что Вы его как бы подставили из-за того, что вот повторная госпитализация. — Да не выдумывайте. — Ну у нас сейчас действительно повторные госпитализации караются серьезным образом. — Понятно. — Не прошло и недели, как Вы опять у нас. Что могло случиться такого? — Ну тревожное состояние было такое. Ну я там наговорил "скорой", чтобы госпитализировали, потому что так бы дома оставили. — Так бы не взяли. — Так бы не взяли бы. — Ну, в общем, знания по психиатрии пригодились. — Пригодились. Почему нет? Я хорошо учился. Я до отчисления плохо учился, а потом решил, что стану врачом, и учился на четверки и пятерки. — Да? Ну хорошо. А Вы вызвали сами "скорую", да? — Да. — Из-за тревоги. — Да. — Как эта тревога началась, можете нам рассказать, с каких симптомов? — Началась со спиртного. Потом, через некоторое время... Ну тревожное состояние, потому что перед этим — Вы, наверное, читали? — были галлюцинации слуховые. Допился, короче. Вот, и... — У Вас зависимость от алкоголя, я так понимаю, да? — Есть, но вот на сроках как таковой ее нет. Нет тревожных состояний, нету надобности. — Но тяга-то есть? — Тяга, она будет всю жизнь. Куда она денется? Чем лечи — не лечи, Вы же знаете. Нет лекарства. — Ну вот... Я знаю-знаю. — Правда, "Селинко" появился новый

препарат... — Ну это смешной препарат. Там в инструкции написано, что... — Там ничего не написано. — Есть-есть, написано, что... — Что снимает. — Что лекарство позволяет снизить дозу алкоголя, количества. — Ну да. — Мне, честно говоря, кажется это очень странным. — Да, странно. — Ну вот,смотрите, Вы выписались в хорошем состоянии в сентябре, верно я понимаю? — Да. — Все было нормально. Как появилась тяга? Что возникло? Вот Вы приехали домой и что? Как Вы опять пришли к бутылке? — Я живу один. Грустно стало — выпил. — Грустно? — Да, с соседкой. А сероквель закончился, а к врачу не пошел сразу. Ну я приехал домой и не пошел к врачу. — Вы прекратили лечение. — Прекратил. Ну мне давали галоперидол, но я галоперидол плохо переношу. Сам по себе плохо переношу, а сероквель... — Вы же принимали сероквель. — Ну у меня уже кончился дома. — И Вы его перестали пить. — Перестал. — И стало грустно? — Да. — После того как перестали пить. — Да, там перепады настроения. Ну у меня все там написано логично. Все расстройства там от меня услышали. — Все, но все-таки, что называется, от первоисточника услышать. — Психиатрия — описательная наука. — Это точно. И все же, что значит — “стало грустно”? Как это — “грустно”? Может быть, Вы грустили совсем не из-за депрессии, а какая-нибудь другая была причина, психологическая? — Да нет. Да как таковой причины, из-за которой грустно... — Ну Вы одинокий, у Вас нет никого, кто бы Вам помогал в жизни, я не знаю, там... — Нет, ну отец есть, но он занятый человек. — Вы на инвалидности. Это ли не повод для грусти? — Может быть. Трудно сказать. — Возможно, еще что-то, какие-то еще события неприятные в жизни? — Ну есть, но я не хочу о них говорить. — Есть, да, из-за чего? — Есть. — Неприятные, да, вещи? — Да, неприятные вещи. — Понятно. — Обидные, скажем так. Ну по моей вине, и я это... — Но это связано как-то с Вашим окружением, что ли, или?.. — Ну и с окружением тоже. — Вы кого-то обидели? — Да у меня мало вот такого... Меня, скорее всего. — Вас обидели? — Меня обидеть-то трудно. — Ну и все же, Вы обидели кого-то? — Нет-нет-нет-нет. — Я видел, Вы лежали в Пятой больнице. — Долго лежал. — Пятая больница... — Владимир Стефанович сделал мне добровольную госпитализацию, сказал: “Умрешь, если я тебя выпишу”. У меня хорошие с ним отношения, меня отец с ним познакомил. Он прекрасный человек. — А что с Вами-то происходило тогда? — Да то же самое все, алкоголизм. — Ну все-таки Пятая больница — это больница для принудительного лечения. — Ну да, но в общем отделении лежал. Ну там как... все одинаково везде. — Но это было решение суда? — Нет. То решения о добровольной госпитализации были. Я с Владимиром Стефановичем созванивался, он меня клал. — А, то есть у Вас судимости как таковой нет, получается. — Нету. — Понятно. Также в истории звучит

еще и наркотизация, причем такая... — Ну это... это давно было. — Серьезная достаточно. — Это давно было, уже больше... — Героин, метадон. — Это больше 10 лет. Это я не употребляю. — Но у Вас были большие дозы? — Нет, больших не было. — Это были эпизодические употребления или?.. — Скорее всего, да. Ну метадон был длительно... — Длительно? — Более полугода. — Как Вам удалось? — Сам. — Это большая редкость. — Я знаю. — А что, Вы просто, как говорят?.. — Я знаю, чем это заканчивается. — Ну заканчивается одним. Исход один. — Исход один. — Ну, а как удалось-то? Это же тяжело, это же ломка, это... — Ну ничего, перетерпел. — И вот сейчас, если предложат, Вы?.. — Не-не, ни капли. — Никакого? — Нет. — А как же с алкоголем не получается? — Ну вот я с наркотиками легче расстаюсь, чем с алкоголем. — С наркотиками ведь сложнее расстаться. — Ну, видно, я перепрыгнул забор этот с алкоголем, который не надо было перепрыгивать. — Я понял. Расскажите немножко о своей семье. Есть ли у Вас родственники? — Ну отца Вы знаете, наверное, моего. — Я не знаю. — Заведующий кафедрой был — Знаю, знаю, конечно. — Ну вот. Мама моя умерла. Так, ну... быстро, наверное, инсульт был. Живу я отдельно от них. Есть еще сестра Маша, но она не врач, она... — Но Вы с ней общаетесь? — Общаемся редко. Ну она занятый человек, она МГИМО закончила. Вот. — А как Вы заболели, Андрей Сергеевич? Ну вообще Вы больны ведь или нет? — Ну, наверное, да, если я обращаюсь к врачам. — Все-таки это уже вот такой толщины история болезни. — А это что, еще из Пятой больницы, что ли? — У нас все-все-все. Как Вы заболели? Когда это было? — Да это давно было. — Но все-таки давайте вспомним. Там в 80-е годы еще? — Ну, наверное, да. — Что там было-то? Как вот Вы впервые оказались у психиатров? — Я даже не помню. Наверное, в Алексеевской больнице. — Что тогда было? — Алкоголь. — Да вроде алкоголь-то — ладно, там депрессия описана. — Депрессия была. Ну алкоголь — хороший антидепрессант временный. — Или депрессагент. — Или да, и... — И так и так может быть. В вашем-то случае он был антидепрессантом? Да? — Да, а потом — в депрессию. — А депрессия от чего? — Ну... да с работой, скорее всего, было связано. Ну потому что ну... в таких условиях я оказался, ну не хочется даже говорить, ну это характеризует Александра Петровича Григорьева. Я к нему хорошо отношусь, но... — Ну мы можем... — Но как-то он... — Мы можем без подробностей. — Любит он людей в пекло кидать. Нет, ну первое пекло мы прошли. Мы сделали онкогематологию и пересадку костного мозга, а потом мы ему уже не нужны. Он может молодых посадить, уже когда гаечки и винтики закручены, уже идет само собой по программе. Там умные-то не нужны, дурака можно посадить, правильно? — Ну да. — Ну... — Но тем не менее все-таки мы можем ведь без подробностей и без имен немнож-

ко описать. — Ну я решил уйти оттуда вот просто. — Почему? — Да не захотелось мне больше в бой идти. — Был конфликт? — Нет, конфликта не было. Конфликта не было. — Не было? — Нет. — Это Ваша инициатива была уйти, точно? — Да, моя. Точно моя, абсолютно моя. — Ну обычно люди уходят, тем более успешные, да, там специалисты уходят уже куда-то... ну где их ждут. — Нет, ну послал в хирургию. Говорит: “Иди хирургам объясни, как саркому Юнга оперировать и все остальное”. Ну как я седым музыкам молодой буду что-то там объяснять? Это несерьезно. — Вы не пошли в хирургию. — Не пошел. — Ну, может... — Ну я педиатр, что, я там буду хирургам рассказывать, как руки мыть правильно, что ли, или как Вы себе представляете? — Я... — Я этих людей знаю. Знаю с хорошей стороны. Они у нас оперировали, отпечатки брали. Ну это конфликт — это я Вам говорю сразу. — Так он Вас послал специально, чтобы?.. — Туда, говорит: “Сейчас ты там будешь...” — Чтобы спровоцировать конфликт. — Да нет. Ну Вы понимаете, там ситуация такая. Там если лечить эту онкологию химиотерапией, нужны чистые условия. Он хотел их, видно, там навести. Ну так это надо было, я считаю, делать по-другому. Там пускай оперируются, а химиотерапию на нашей базе проводить. — Понятно. — Он такой хитрый. Он умный человек, Александр Петрович. Он завоевывает. Он как паук — все под себя. — Понятно, понятно. — И сейчас он в Рогачевский институт там на онкологию идет. — Я знаю. — То есть он своего добился. — Я знаю-знаю. Он собрал одних из лучших. — А он всегда так делал. — Да. Скажите мне вот что, Вы что, после этого так и не работали больше? — Работал. — А где? — В детской больнице работал. — Там работали гематологом? — Нет, там в диагностике работал. Потом работал в частной клинике. — А в какие годы Вы там работали? — Ой, наверное, лет... Сейчас я Вам скажу, да лет 8 назад. — Еще недавно относительно. Там тоже мой однокурсник работал, хирург один. — Ну она хирургию сделала, у нее хорошая была. — Ну хорошо, а тогда... — Ну сама база-то слабая? — Тогда депрессии были, вот 8 лет назад? Это, получается... — Ну бывали периодически, наверное. — 2009 год. — Периодически бывала, но как-то держал себя в руках. Ну, а сейчас безденежье, поэтому и больше распущено сейчас. — Ну, а из частной клиники сам ушел? — А я у Владимира Стефановича лежал и долго лежал, около года. У меня там не одна госпитализация была. — А почему так долго? — Поэтому что там так держат. — Там так держат, когда есть решение суда. — Нет, так без решения суда, но я с врачами не спорю. Если я пришел к врачам лечиться, значит мне не надо им диктовать, как лечить. — Может быть, тогда это не депрессия была? Депрессия разве длится год? — Ну Вы же знаете, у меня стоит “дисфорические расстройства” диагноз. — Не заметил. Такие есть расстройства у Вас? Бывает, что Вы

вспыхиваете? — Да не особо так, но бывает. Ну как и у всех людей, наверное. — Возможно, это как раз с соседкой произошло? — Да нет, соседка у меня нормальная. — Дисфорическое расстройство? — Нет, нет, нет, соседка нормальная. 20 лет общаемся. Нет. — Понятно. Ну хорошо, Вы год пролежали в Пятой больнице, выписались?.. — Четыре раза я там был. — Четыре раза. — Первый раз — год. Второй раз — 8 месяцев. Третий раз — полгода, а потом быстренько опять поступил и 3 года. — И это все вот за последние там 8 лет. — 10 лет, 8–10 лет. — 10 лет... По сути, без перерывов. — Были перерывы по году, по два там. — Ну, а что скажете по поводу голосов? — Ну это на фоне алкогольной интоксикации было. — Ну какие они были? — Не прекрасные — это точно. — Ну, где Вы их слышали: в голове там, снаружи? — Нет, я слышал их в соседней квартире, а потом... — Извне. — Извне, а потом... потом, когда свет выключил, как будто они приближаться стали — в соседней комнате. Ну, а когда уже тени заговорили, я “03” набрал. Ну это понятно, что это белая горячка. — Это... — Только неклассическая. — Ближе к ночи все дело было? — Да, это ночью все произошло. — А Вы во время запоев сколько пьете обычно? — Неделю... — Неделю, да? — Полторы. — Ну это, конечно... “крепка советская власть”. А дозы какие? — Большие. — До литра доходит? — Доходит. — Аппетит падает? — Естественно. — Как обычно, да? Начинаете с утра? — Начинается как рефлексия. Нет, с утра не начинал, а ближе... — К обеду где-то? — К обеду. — Ну, abstиненция же ведь утром? — Естественно. Ну терплю. — А как выходите из таких состояний? — Сам. — Дробным приемом?.. — Или с помощью. Нет, дробным — нет, сразу и все. — В один момент? — В один момент. Мучаюсь, ноги-руки сводит. — И белая горячка происходит потом. — Белая горячка на шестой день произошла. Ну классика. — Да, во время... — Только не было зрительных галлюцинаций. Там, наверное, были.... — Ну тени... — Тени были. — Ну Вы говорите, что дисфорическое расстройство. — Ну это какие-то гипнагогические, я так понимаю, тени. — Возможно, да. А скажите вот что, во время белой горячки бывает, что Вы становитесь очень агрессивны? — Ну у меня один раз всего была. — Ну вот в то время... — Я не был агрессивным. — Не было агрессии? — Не было. Я осознавал все, что происходит, вызвал “скорую помощь”, поговорил с врачами. Все объяснил, они меня молча забрали. — Слушайте, я смотрю, у Вас каждая госпитализация... Вы сами ее организовываете. — Ну потому что смертшуку-то чувствуешь, где она, уже близко. — Один же раз только было, да? — Ну, зато состояние физическое вот такое, ну что кахексия полная. — От алкоголя. — От алкоголя. Я теряю массу и очень сильно вес. Я весил 68 килограмм. Вот предыдущая госпитализация сюда — 47 у меня даже. — И чувствуете, как прямо вот смерть наступает, смертшук? —

Я чувствую, что немного осталось. — И вызываете “скорую”. — Ну это редко, нозываю, да. Ну тут белая горячка, исход-то известен? — Я понял. Андрей Сергеевич, ну вообще, может, остановить эту карусель-то? — Ну останавливаем всеми возможными путями. — Ну, а как ее остановить? Получается, у нас вращающиеся двери: Вы выписались и тут же опять бутылка. — Все, больше нету наглости. Ну я так уже решил. Я же... — Пробовали кодироваться, наверное, да? — Да это все бессмысленно. — В Пятую больницу отец рекомендовал идти, да? — Рекомендовал? Да. Дальше я сам с ним... — Понятно. Все понятно. Ну, как нам быть? Вы нам ставите очень сложную задачу, трудноразрешимую. Нам, психиатрам, нужны какие-то... — Понять, простить и выписать. — Какие-то более или менее понятные... — Ну надо препараты подобрать, чтобы не было, видите? — Сведения, понимаете, о том, что с Вами происходит, а Вы достаточно лаконичны, так скажем, в своих описаниях. Что с Вами происходит, мы так и не услышали от Вас? Ну депрессия, ну бывает там грусть. Ну хорошо, алкогольные беды и так далее, но многолетние госпитализации в психиатрическую больницу. — Это от безделья. Нам нечем заняться не будет... Если я занятый — я не выпиваю вообще, конечно. — Описывали, как будто кто-то там за Вами следит. — Да нет. — Какие-то взгляды особенные по сторонам. — Да нет, я не знаю, откуда это взялось. Нет. — Ну с Ваших слов вроде как. — Да ну... — Ничего нет? — Абсолютно. — А Вы как думаете, вообще, есть шанс уйти с инвалидности, вернуться к работе? Ну, может быть, не к этой, а к какой-нибудь другой там, попроще? — А зачем мне уходить с инвалидности? У меня рабочая группа. На какую-нибудь пойду другую работу. — Ну хорошо, если она рабочая... — Несвязанную... — Есть ли шансы? — Врачом я уже не буду, ясно, я уже упустил. — Да. — Она идет расширенными шагами, медицина. — Да. Ну не важно, вот как Вы к этому относитесь? — Нормально. — Вы пробовали? — Ищу работу постоянно. Не нахожу. — Как? — Через агентство. Распечатали там, ну... не нужный. Нет, там нужны пенсионеры-инвалиды, но это фармакологический комбинат, там нужен организатор производства. У меня нет фармокомплекса, но так ищу потихонечку. — Ну Вы резюме свое разместили? — Нет, там немножко по-другому механизм — туда с резюме подъезжаешь. — И что же Вам?.. Вам что сказали? — “Ну пока не нужен. Позвоним”. — Ну хорошо, может быть, какие-нибудь?.. — Ответы известные. — Какие-нибудь другие попробуете? — Ищем везде, где можно. Везде резюме разместили. — Нет, ну я имею в виду, совсем пока попробовать начать с неквалифицированной... — Дворником, да? — Ну курьером, может быть. — Не возьмут. Может быть, так и сделаем. — Ну думали об этом? — Думал, конечно. — Все-таки дополнительный заработок и какая-то активность, отвлечение от алкоголя. — Ну

есть мысли сейчас, провернем кое-что. — Очень загадочный Вы человек. Вы ни на один вопрос не отвечаете прямо. Вы очень уклончивы. — Отец научил. Говорит: “Лояльным надо быть, гибким человеком. Нельзя в люблю лепить. А ты, — говорит, — прямолинейный, из-за этого у тебя конфликтные ситуации”. Пытаемся... — Да я что-то не заметил, что Вы прямолинейный, вот как-то совсем. Вы очень... — Другим стал. — Очень скрытный человек. — Ну живу один, скрытный, конечно. — А почему Вы один? У Вас была семья? — Была. Разошлись. — А дети? — Да взрослая девочка, уже институт закончила. — Вы с ней контактируете? — В Питере живет. Редко очень. Мама не разрешает, и так сложилась ситуация... очень жалю. Думал, все... — Мама не разрешает что, с ней сознаваться даже? — Вообще! — Общаться нельзя? — Нет. Вот с дедушкой они общаются. — Ну, а что значит — “мама не разрешает”? Мало ли, что мама там... говорит? — Ну вот так поставлено. — Вы юридически имеете право... — Ну это понятно. — Общаться и даже встречаться со своим ребенком. — Но я не хотел юридически решать эти проблемы. — Не хотели. — Юридически не хотел, потому что знал, что все нормально, и дед там поддерживает, и более-менее все в порядке. Если я туда вмешаюсь — будет конфликт. И я не хотел конфликтной ситуации, чтобы, тем более, ребенок был в нее ввязан, понимаете? — Понимаю. А с женой какие были отношения? — Да вообще очень все странно, потому что мы дружили лет 10, прежде чем расписались и завели ребенка. Ну вот так вот сложилось. — А что странного-то было? — Ну есть вещи, которые я не терплю. Купили квартиру, вроде там... получили. Отец помог. Вроде бы надо заниматься этим вопросом, женщина берет и уезжает к своей маме и надолго. Так не делается. — Ну, возможно, у нее была надобность? — Вы знаете, что такое 90-е годы, как нам зарплату платили в то время. Мне лично год не платили. Ну частная практика. Я говорю, я падал с ног, приезжал домой. Два-три вызова еще в день — это после дежурства ночного, в гематологию. Там и гематология, и онкогематология, и иммунология, и пересадка костного мозга. Там не то, что поспать, там... из отделения в отделение бегать не успевала. Дети все тяжелые, очень тяжелые были. — Я знаю. — Ну вот. — Да. — Прекрасно знаешь. — То есть жена, ну можно сказать, Вас бросила? По сути, она... — Ну можно сказать так. — Бросила, если, может быть, даже сказать... — Решай проблемы, а я приеду уже на все готовое. И приехала, и очень удивилась. — А кто от кого ушел? — Вот я живу в той квартире, которую купили. — Ну кто инициатор-то был развода? — Потом — я. Она по судам пошла, я развелся. — Понятно. С тех пор у Вас отношений больше никаких с женщинами не было? — Никаких. Никаких. Не, были, почему? Я же не монах? — Ну я имею в виду серьезные. Нет, я имею в

Андрей Аркадьевич Шмилович

виду серьезные, продолжительные? — *Нет, серьезных не было.* — Чтобы Вы пытались семью построить? — *Нет, было еще, с женщины лет 5–6 мы жили вместе. Ну уехала за границу. Нашла работу другую не врачом, а в фирме.* — А давно это было? — *Давно, лет 10 назад.* — А, это еще до как раз?.. До как раз?.. — *Там уже и пошло все под откос, да.* — После того, как она уехала. — Да. — У Вас как раз и началось. — *Все и началось, совершенно правильно.* — А инвалидность с какого года у Вас? — *Я сейчас не помню, но сейчас у меня бессрочная.* — Ну это понятно. Но тогда же, да, где-то вот?.. — *Нет, там две госпитализации в Пятую не было инвалидности. Третья или четвертая... Третья госпитализация или вторая, не помню.* — Скажите, а Вам в Пятой больнице комфортно было вот год, например, когда Вы лежите? — *Да нет, конечно. Да и три некомфортно. Да я книжки читал, там прекрасная библиотека. Всего Булгакова прочитал, Достоевского. Ну много я книг прочитал. То, что не успел, там прочитал.* — А там были какие-то конфликтные ситуации у Вас? — *Да нет особо.* — С врачами, с персоналом? — *Если только с заведующим.... Ну Вы знаете, чем это заканчивается.* — Ну конечно. — *Галоперидол месяца на 3 с тизерином.* — Понятно. — *И нету исключения, вольный ты или невольный.* — А среди пациентов? — *Да нет, у меня особых и контактов там не было.* — Вы такой были одиночка там, да? — *Да, скорее всего, да.* — Поэтому что там, вообще, достаточно так много вот таких социальных группировок как-то вот по.... — *Да это понятно.* — Но Вы от них держались особняком? — *Да нет, держался. Сматывая какая госпитализация, сматывая какие люди. Да люди разные... со временем туда попадают. Социальные так... Понимаете. Сейчас вот большинство — это наркомания лежит, 228 статья. 10 лет назад там в основном были разбои, грабежи, убийства.* — Но Вы точно не были связаны с этой статьей-то по наркомании? — *Нет. Нет. Нет, абсолютно.* Это легко проверить. — Да не надо, зачем? Я же не следователь? — *Ну Вам серьезно говорю, нет, не связан.* — Скажите, вот Вы описываете состояние депрессивное. Ну так мы их называли, по крайней мере, да? А, наоборот, бывает, когда вдруг настроение превращается в праздник? — *Бывает.* — Жизнь превращается в праздник, да? — *Бывает.* — Настроение повышается, радость, эйфория? — *Ну такого вот немотивированного не бывает, скорее всего.* Вы мне инвалидность не снимите? — А может быть, раньше было? — *Не надо пока. Я шучу.* — Вам теперь ее никто не снимет, она бессрочная. — *Понятно.* — На то она и бессрочная. Если только по Вашей инициативе это произойдет. — *Ну да.* — Но все-таки Вы помните, может быть, в прошлом были такие периоды, когда Вы могли горы свернуть, у Вас все кипело? — *Ну как и у всякого молодого человека, наверное, такие периоды были. Желание горы свернуть.* — Ну одно дело — желание, а другое дело — активность не-

посредственная физическая. — *Может быть, и были такие ситуации.* — Когда?.. — *Может быть, я даже их сам вызывал, когда вот, допустим, не пишется диссертация, ну вот сидишь и не можешь из себя фразу... Вот очень-非常多的 надо захотеть, очень полюбить. И тогда возникает такое ощущение, что готов горы свернуть. Сон проходит, начинается работоспособность.* Ну это личностные такие... — Да. Долго держится такое состояние? — *Ну, может быть, сутки-две.* — А больше не бывало никогда? — Да трудно, спать хочется. — Ну все равно там... — *Ну все равно спишь, конечно, часа 2–3.* — Поспал немножко, 2–3 и... — *Да и сейчас у меня привычка осталась.* — И опять в бой. — Я не больше 5 часов, б сплю. Высыпаюсь. — Понятно. Ясно. А депрессии более продолжительные? — *Да нет, но тоже день там, может быть, часы — по-разному.* Ну депрессий как таковых... *Настроение, ну какое?.. Монотонное настроение, не хорошее, не плохое.* — Чем Вы занимаетесь обычно вот сейчас дома? Вы человек с таким богатым событиями прошлым. У Вас чего только не было в жизни, и вдруг Вы... — *Подрабатываю — Интернет там, ну долго рассказывать.* — А, у Вас есть какие-то свои, так сказать?.. — *Есть.* — Коммерческие вопросы? — *Естественно, а как?* На пенсию не проживешь же? Квартплата все больше и больше, а пенсия все меньше и меньше. — Но это тоже покрыто завесой тайны? — *Да, естественно. Коммерческая тайна.* — Хорошо, я понял. — *C AliExpress связано.* — Это торговая площадка такая. — Да. — Понятно. Ну хорошо. Я предложу коллегам несколько вопросов задать, если Вы не возражаете? Прошу вас, доктора, **вопросы** Андрею Сергеевичу.

— Андрей Сергеевич, скажите, пожалуйста, у Вас были когда-нибудь голоса такие внутри головы все-таки? — *Не было.* — Никогда. — *Нет.*

Ведущий: Вы же помните симптомы синдрома Кандинского-Клерамбо? — *Уже смутно.* — Уже забыли? — *Ну это с институтской скамьи, мы уже Кандинского-Клерамбо... ну, конечно, это все было, но...* — *Ну ясно. Вопросы?*

— А вне того, что Вы считаете белой горячкой, не было голосов? — *Не было. Не было абсолютно.* — Вот только, получается, однократно, да? — *Да, это первый...* Я сказал, единственный раз, что и вызвало тревогу, собственно говоря. *Неприятное состояние, на самом деле.*

— У Вас описываются психозы, затем пишут о том, что имеется идея реформаторства, что-то Вы там хотели переустроить в мире медицины. Вы считаете себя интересным человеком. — *Да чего, и устроили, как не устроили?* — Вот расскажите об этом, пожалуйста. — *Говорю, и устроили. ДНК-диагностику устроили, типирование ДНК устроили. Раньше иммунологическое было, оно неточное. Как это?* — Это все реально, да? — *Реально, конечно. САГ-повторы посчитали, как?.. Все реально. Разогнали так на*

гелии, что... На том-то и основано было очень многое. — Это в каком году было? — Это уже 2000-е годы, начало. — А заболели Вы когда психически? — Ну там же, вот примерно так же. — В чем же болезнь-то? Непонятно. Вы такой закрытый... — Да и Вам непонятно, и мне непонятно. Было бы понятно, не сидел бы здесь. Вы специалисты, Вы и разбираетесь. — Ну надо с Вашей помощью разобраться. Надо рассказать как-то более подробно. Мы Вас спрашиваем... — Если бы я знал все про себя бы, я бы, наверное, разбрался бы и к вам бы не ложился бы. Взял бы, посмотрел дозировку лекарственных средств, схемы, программы и вылечился бы, наверное, да? — Вылечился. — Правильно или нет? Ну Вы как считаете? — Не знаю, больные себя иначе ведут. — Да. Вот я к чему?.. Я думаю, что некоторые доктора заподозрили симуляцию у Вас. — Ну... Ну инвалидность бессрочная, Вам же сказали. Не снимешь. — Нужно разобраться.

— Скажите, пожалуйста, а при каких обстоятельствах Вы попали на военную экспертизу? — Объясняю. Вы знаете, что после того, как отчисляют из института... — А почему Вас отчислили? — За неуспеваемость, незнание немецкого языка и физики. Завернули гайки в институте, навели порядок. Лопухин Юрий Михайлович... — А почему в армию не направили? — Очень быстро навел порядок, и особенно дети доцентов и профессоров попали хорошо под раздачу. Проверяли всех. Не попал, потому что не хотел идти в армию, терять 2 года. — А статья?.. — Попался хороший... — А статья у Вас какая? — Психопатия. — Вот я и хочу спросить, на основании чего? — На основании того, что, я говорю Вам, врач хороший попался. Понял меня и решил, что лучше мне закончить институт. — А почему именно эта статья? Их было много. — Не знаю. Ходил другую, невроз, но сказали — психопатия. — Но было-то 20, почему 7-я то? — 8-я. — 7-я. — 76. — Да. Почему именно 76-то? Их было-то 20, выбор-то большой? — Не знаю. А почему Вы меня спрашиваете, почему мне ту или иную статью поставили? Ну так решили психиатры. — Может, вели себя как-то особенно? — Поднимите архивы, спросите их. — Может, вели себя как-то особенно? Приводы в милицию были, хулиганство? — Ну да, разбойником был, а что сделашь? Вырос-то в каком районе? На Шаболовке. — Ну “разбойником” — это как, расскажите? — Нет, разбойником не был я никогда. Хулиганом был.

— А как Вы хулиганили? Вот “был хулиганом” — это что значит? — Ой, да... Ну драки были. Ну улица, понимаете? Шаболовка, что это такое? — На самом деле было это, да? — Ну на самом деле, в школе. Потом учился, готовился в институт, все прекратили. — А, получается, что с 1-го курса отчислили, да? — Нет, со 2-го. — Со 2-го? А когда приняли решение?.. — С 1-го курса не восстанавливают, Вы же знаете. — Ну это да. Но, а вот когда вы все-таки поня-

ли, что врачом будете, после чего решили? — Наверное, все-таки после отчисления. — Вот в тот раз, да? — Да. — Обдумали все и решили, что все-таки будете врачом. — Обдумал и решил. Я же сказал, и стал на пятерки и четверки учиться.

— Да, странно, Вы такой умный человек и с физикой не справились? Что было-то? — Не люблю, знаете, учить предметы, которые мне не нравятся. Я не считаю бесполезным, но не нравится мне физика. — Физики много в медицине. — Сейчас, может быть, уже к этому выводу и пришел, после появления электронно-позитронной томографии мозга. — Стали Вы более замкнуты... — Да нет. — С течением жизни. — Ну сейчас, да, наверное, раньше более общительный был. — Есть разница между Вашим состоянием в молодости и сейчас? — Ну есть, наверное. — Характер поменялся, может быть? — Ну, наверное, поменялся. — Ну расскажите, что появилось? Что появилось? — Скорее всего, что пропала. Заносчивость пропала. Мог спровоцировать людей, пошутить так, задеть любил, а сейчас уже это ушло. Тогда мудрость появилась... — Повзрослел. — Повзрослел, да. — А подозрительность появилась? — Нет. Скорее всего, я просто вижу, с кем стоит, а с кем не стоит.

— А в чем Ваша роль, скажите, пожалуйста? Вот Вы говорите, что ДНК-диагностику создали, да? — Да я не говорил такого, ну Вы что? — Ну, а развитие? — Методы развивали, но не ДНК-диагностику. Вы... — Вот в чем Ваша роль была? — Я сказал, я диссертацию на САГ-повторах защитил. Считали. Ну там много чего. Всю диссертацию, роль рассказывать? Редким заболеваниям диагностику провели не впервые в мире, но явление антиципации впервые увидели, потому что семьи большие были. Вот что ценно, Левон Оганесович, он такую большую семью выцепил — нигде таких в мире не было.

Ведущий: несколько поколений. — Несколько поколений, четыре поколения. — Да, это работа колossalная. Поздравляю. — И везде ДНК достали. Явление антиципации, то есть усиление признака с поколениями в семье, и САГ-повторы увеличиваются. — Да, я слышал про это. — Вот. — А он был Вашим научным руководителем? — Кто? — Левон Оганесович. — Нет, он уже умер. У меня были другие руководители.

— А пьете один? — Ну иногда с друзьями, иногда с соседями, иногда один — по-разному. — Но чаще как? — Нет, а... Раньше один, теперь вот как-то стараюсь... Ну один — уже несерьезно как-то, плохо это закончится. — А зачем Вам окружающие, чтобы пить? — Ну, чтобы лучше себя контролировать, наверное, все-таки. Когда один — меньше себя контролируешь. — В смысле выпить можно больше? — Больше, конечно. Но результаты известны после этого. — То есть Вы их не для общения зовете, а чтобы они Вас контролировали? — Почему? Для общения

Андрей Аркадьевич Шмилович

тоже. Нет, скорее всего, один напиваюсь большие все-таки, а это сигнал — уже последнее.

— Значит, воля слабая, получается так? — Ну получается. — А она была всегда слабая или стала такой? — Стала, наверное, со временем.

— Скажите, пожалуйста, Вы на протяжении жизни, так или иначе, попадаете в психиатрию. Вы как врач сами, наверное, интересовались теми симптомами и проявлениями, которые у Вас есть, пытались их как-то классифицировать? — Да ну... трудно мне вам сказать. Пытался, конечно, но у меня знаний в психиатрии недостаточно. Я не специализировался по психиатрии. — Да, конечно, но есть же учебники по психиатрии, да? — Ну Вы понимаете, изучать другую такую специальность — это надо, во-первых, учиться второй раз в институте и заниматься в кружке, и обучаться, и еще 15 лет поработать, чтобы понять, что в этой области происходит. Следует ли начинать заново? Я думал об этом, но... — А для себя Вам же интересно, наверное? Вы замечаете у себя какие-то проявления? — Конечно, замечаю. — Вы попадаете в психиатрическую больницу, Вы же для себя как-то объясняете, почему Вы здесь оказываетесь? — Конечно, объясняю. — А как это объясняете? — Ну как?.. Безысходностью ситуации, что уже, думаю, это не подлежит никакому контролю и плохо закончится. Если эта выпивкой закончится — это закончится смертью, вот и все. А здесь как-то условия не позволяют, это и несерьезно, это и некрасиво, наверное. Здесь тоже можно выпить, насколько я понимаю. Если в Пятой наркотики достают. Достают все.

— Вы уже, получается, больше 10 раз за свою жизнь попадали в больницу. — Нет, не больше десяти, раз шесть. — И что, каждый раз это связано с употреблением алкоголя? — Нет, там мамочка еще играла роль с папочкой. — А они?.. А почему, Вы считаете, они Вас направляли в больницу? — Нет, начинали они. Ну, наверное, они раньше видели, чем все это закончится. — А что? Вот, как Вы считаете, что их не устраивало? — Алкоголизация. — Ну вот я и говорю, каждый раз это связано с употреблением алкоголя, да? — Ну да, да. — А собственно психиатрических проявлений, с Вашей точки зрения, вне алкоголизма, не было? Вот если Вы посмотрите назад... — Нет, наверное, были. Черты характера там. — А в чем? — Вспыльчивость. — Ну, а в чем? Из-за вспыльчивости же не кладут в психбольницу? — Не кладут. Они и не клали. — То есть каждый раз, когда Вы попадали — это была ситуация употребления алкоголя. — Скорее всего, да. Да. — Какая-то неконтролируемая. — Нет, контролируемая — тоже клали.

Ведущий: Тогда непонятно, от чего Вы пьете сероквель? — Сероквель — хороший препарат. — От чего? — А у него хороший побочный эффект. Он позволяет решать жизненные ситуации по мере их

важности, надобности. Одно решение проблемы влечет за собой решение других каких-то проблем. Вот этой вот распыльчивости нету. — То есть он как-то собирает Вас? — Собирает. — Организует? — Организует мышление определенное. — А почему Вы называете это побочным эффектом? Это, наоборот, его основной эффект. — Ну вот, скорее всего. — Это полезный эффект. — Полезный эффект. Мне нравится. — А у Вас есть? — Я к нему быстро привыкаю. — У Вас есть, значит, эта некоторая разлаженность, да, такая в голове? — Есть. — Мысли трудно собираются, да? — Собираются. Ну трудно сейчас сказать, но я сероквель достаточно давно пью, и как-то уже собираются, нормально собираются. Результаты видно, меня они устраивают. Я не скажу, что я его все время пью, постоянно. Полгода пью, там 8 месяцев, потом могу не пить. — Понятно. — Как говорится, опять возникает необходимость, я начинаю пить. — Хорошо, а в диспансер-то Вы приходите? — А где я сероквель беру? Он у нас запрещен. — Это Н-й диспансер? — Да, Н-й. — Знаете своего врача лечащего? — Знаю. — Знаете, что там есть дневной стационар? — Знаю. — И медико-реабилитационное отделение. — Знаю, но я не был там ни разу. Я врача своего знаю участкового. — Вы просто туда раз в месяц приходили за лекарством, да? — Приходил, она мне выписывала. — Понятно. — Разговаривала со мной. — Я понимаю. — У нас доверительные отношения. Это я в этот раз плохо, конечно, поступил. Надо было в диспансер сходить, никого не подставлять, лечащего врача.

— Вы сказали, что если бы не вызвали "скорую", если бы сейчас не попали в больницу, то это была бы безысходность и закончилось бы это все смертью. — Да нет, ну вы не поняли. Этот запой длительный, а потом... — Вы имеете в виду, что от алкоголя. — Да. — То есть суицидальных никаких мыслей у Вас не было. — Не было. Это я сказал, я для "скорой" это сказал, иначе бы не госпитализировали. — То есть и про соседей — это тоже?.. — Да. Нет, ну это они придумали, про соседей я ничего не говорил. А к соседям заходил, чтобы ключи отдать от квартиры, потому что кошка дома живет, кормить-то надо? Приезжаю, она благим матом там орала. — Я поняла. Спасибо. — Животное дома.

Ведущий: Любите кошку? — Ну... конечно, если живем вместе. Нормальная персидская кошка старенькая. Чуть голодной смертью не умерла, пока я тут госпитализируюсь. Я больше собак люблю. Ну кошка живет, и кошка получилась. — Вы планируете выписку-то? — Планирую, если выпишут. Я думаю, выпишут. — Ну, Вы же здесь на добровольных началах, в конце концов. — Да. — Почему же нет? Хорошо, все. Всего Вам доброго. — Спасибо Вам большое всем. Спасибо. — До свидания. Удачи. — До свидания. Приятно было с вами... — Взаимно. Всего доброго.

Ведущий: Его отец является легендарным человеком, вы знаете об этом? Это основоположник, современный классик, классик детской медицины, профессор. И у него очень много учеников, ссылающихся на него, по всему миру и так далее. Это личность очень известная.

Какие есть мнения? Больной очень интересный. И есть огромное количество вопросов для обсуждения и диагностических, и терапевтических, и социальных, и юридических. Кто бы хотел высказаться? Может быть, кто-то из ординаторов? Какие есть размышления на эту тему? Я хочу вам сразу сказать, что любое мнение по этому пациенту не может быть окончательным, просто потому, что у нас очень большой информационный голод здесь, поэтому мы должны остаться на уровне размышлений. У нас нет практически никакой информации ни о том, что происходило в Пятой больнице в такое продолжительное время, ни о том, что происходило в начале болезни на манифестном этапе, ни о том, что было сейчас. История болезни лишена этой информации, но тем не менее... Кто бы хотел? Ирина Николаевна, у Вас нет желания?

ИРИНА НИКОЛАЕВНА: Вы могли наблюдать, что я не очень внимательно слушала по техническим причинам. Но последние минут 10 – 15 я, кажется, включилась, но многое пропустила. Возможно, тут минимум информации, и то он у меня прошел почти впустую. У меня только одно мнение. Или диагноз, который здесь былзвучен, был поставлен обоснованно и правильно, то тогда, видимо, это вариант гретеровской формы, весьма смягченный многолетней алкоголизацией, потому что в статусе он не представляется эндогенным больным. Он синтонный, он с чувством юмора, с настроением. Видите, какой он к своему животному относится? ... И он контактный. Он в меру критичный к своим прежним нездоровым состояниям. Либо это вообще не эндогенный больной. Больной с органическими, в основном интоксикационными поражениями нервной системы и психозами соответствующими.

А. Г. МЕРКИН: От противного легче выступать. Я бы хотел с Вами не согласиться. Потому что, даже исходя из статуса, я бы не сказал, что он синтонный, а даже, скорее, наоборот, потому что он такой не полностью доступный. Он нам подробно все не рассказывает, отшучивается, уходит от ответов. Так загадочно периодически улыбается. Про любовь к кошке я бы тоже не говорил так однозначно. Потому что, сколько она в том году не ела? Вот он подтверждает даже, что она могла умереть, и вообще лучше собаку завести. То есть, на мой взгляд, он, конечно, в высказываниях достаточно паралогичен порой, уходит, соскальзывает на другое. Не всегда, но это периодически достаточно заметно. Временами он увязает. То есть расстройство мышления, конечно, у него присутствует. При этом эмоционально, на мой взгляд, он тоже несколько уплощенный. У него достаточно монотон-

ный аффект. На вопрос о голосах, когда я у него спросил напрямую: “Были?” — он, практически недослушав вопрос, очень быстро и резко ответил: “Нет”. Видимо, ему этот вопрос задавали постоянно и этот вопрос ему уже надоел, но, вероятнее всего, ему есть что скрывать. Что касается армии, на этот вопрос сложно ответить. Мы ничего не услышали относительно статьи 76, да? Как это он так понравился психиатру, что тот ему поставил психопатию. Но очевидно, что это все состояние начиналось, на мой взгляд, с психопатоподобного поведения. Как он говорил, он был хулиганом. И, вероятнее всего, вот это психопатоподобное поведение потом впоследствии переросло в политоксикоманию. Опять же мы видим, что политоксикомания, с его слов, прекращалась внезапно. А у кого мы можем видеть такое резкое прекращение опийной наркотизации, как не у больного шизофренией? Учитывая то, что у нас нет прямого анамнеза, я бы не стал сразу говорить о параноидной шизофрении, но шизофрения у него, безусловно, есть. Если бы мы владели большей информацией в отношении того, что с ним было, то, возможно, действительно можно было бы поговорить о параноидной шизофрении. Но как такого Кандинского-Клерамбо мы не видим, и он все это отрицает. Спасибо.

Ведущий: Спасибо большое. Хотелось бы все-таки мнение заведующих послушать.

УЧАСТНИК РАЗБОРА: Ну как-то так, да. Может быть, коллеги дополнят? Конечно, статус определяется изменениями личности и нарушениями мышления, и малой доступностью. И, наверное, есть у него какие-то идеи бредовые, но больше паранояльного регистра. И они, наверное, всегда были, может быть, были идеи реформаторства, идеи отношения. Мне кажется, что в последнее время еще присоединилась ипохондрическая фиксация на собственном здоровье, этот страх смерти, и какое-то опасение в плане соматического неблагополучия. И так, по-моему, он принял решение уже не употреблять алкоголь. Он сам говорит, что сероквель собирает его мысли в кучу. И это косвенным образом подтверждает какие-то расстройства и нарушения мышления. Мы тоже думаем, что, начало было с такого... психопатоподобного течения заболевания. Это и отчисление из вуза, и наверное, такое не совсем правильное, девиантное подростковое поведение, которое потом плавно переросло в другие расстройства. И все это на фоне аффективных, наверное, непродолжительных, фазных расстройств, которые каждый раз сопровождались еще и употреблением различных токсических веществ. Он абсолютно недоступен в плане своих переживаний, продуктивной симптоматики. Это именно уход от ответов. Он ничего конкретного не рассказывает ни об одной из своих госпитализаций. И на все вопросы относительно психической патологии он отвечает уклончиво. Наверняка, он изначально человек с высоким интеллектом, с достаточно большим запасом знаний и,

Андрей Аркадьевич Шмилович

конечно, чувств — у него все это есть, и это видно в статусе. У него и грамотная речь, и чувство юмора. Тем не менее, это не исключает и особую эмоциональность, и изменение личности, и нарушения мышления.

УЧАСТИК РАЗБОРА: Я хочу добавить по поводу изменения личности. Это красной нитью просто идет, вот такие регрессивные симптомы. Он с удовольствием, обнаженно говорит по поводу алкоголизации и наркотизации. И он бредовый, потому что очень закрытый. Он ничего не говорит о болезни. А если он закрытый, значит там есть, что скрывать. — *А если есть, что скрывать, значит бредовый?* — Ну, по крайней мере, есть какие-то идеи, понимаете? Вот у него косвенно какими-то фрагментами проскальзывает. Ипохондричность проскальзывает. Какие-то фамилии у него звучат, и он говорит об этом с охваченностью. Интонации меняются у него, раздражение появляется. Что это, идея или там что-то большее? Это выглядит очень болезненно.

— И вот еще его ссылка на точку зрения отца, который называл его прямолинейным и говорил, что он не умеет ладить с людьми и везде высказывает свою точку, где надо и не надо. Это тоже какие-то такие вещи в плане особенностей личностных.

Т. Е. ОБОДЗИНСКАЯ: У меня дополнительная информация. Когда я сейчас провожала пациента до отделения, он сразу после выхода сказал, что после разговора с очень интеллигентным, прекрасным профессором он подумал, что лучше, чтобы он дополнительную информацию рассказал мне, а я затем ее представила врачам. И причем он сказал, что “так будет эффектнее”. Так вот по просьбе пациента я передаю вам эту эффектную информацию. Когда он был в Пятой больнице, его лучшим другом был криминальный пациент, который занимался тем, что криминально наказывал следователей. То есть когда следователю, например, платили за что-то деньги, а следователь не выполнял своих обещаний, он расправлялся с этими следователями. Ну был, по сути, таким коллектором. И он очень гордился этим своим другом. Очень тесно они общались в Пятой больнице, однако тот выписался намного раньше, чем он. Он выписался через год с хвостиком. Из чего сделал вывод, что все у нас проплачено. Он говорит: “Возможно, вам даст какую-то информацию, с кем я дружил, и вы сделаете свои выводы”.

— Вот такой загадочный месседж от нашего пациента. И вообще само по себе загадочно такое длительное нахождение в Пятой больнице без решения суда, просто так, потому что мама-папа его положили, по договоренности с главным врачом Пятой больницы. Добровольно, несколько раз подряд. Это выглядит очень странно.

Ведущий: Я, с Вашего позволения, просто без описания перечислю все диагнозы некоторых врачей, которые выставлялись нашему пациенту.

Началось у нас все, как вы помните, в 2005 году — первая госпитализация в эту больницу, в 8-е отделение. Врач Корнюшин. Диагноз — “циклотимия, депрессивный синдром”.

Потом еще одна госпитализация в 2005 году. Наталия Тихоновна Лазина. Тогда госпитализация длилась достаточно долго. Диагноз — “хронический алкоголизм у психопатической личности”. Без алкогольного психоза, просто вот так. И еще хронический гепатит и так далее. Кирил анашу, план, марихуану, героин и много-много чего еще было, алкоголь — все вместе. Прогуливал работу.

9 месяцев находился в клинике Корсакова на лечении и там находил возможность употреблять спиртные напитки и наркотики. Постоянно нарушал дисциплину и так далее. Но после выписки приступил к работе, с работой справлялся. То есть работал врачом после этого всего. Употреблял пиво по 5–6 бутылок в день вместе с лекарствами, ну и потом уволили его за алкоголизацию.

Потом у нас 2012 год — 8-е отделение, и вот здесь в 2012 году, то есть всего лишь 5 лет назад, диагностировали параноидную шизофрению, параноидный синдром. После смерти матери в 2009 году стал проживать отдельно, периодически алкоголизироваться. Накануне стал алкоголизироваться, пил в течение месяца. Стал подавленным, тревожным, не находил взаимопонимания с отцом и соседями. Все кругом раздражало. Самостоятельно вызвал бригаду “03”. С диагнозом “шизофрения параноидная” направлен на лечение в больницу. Как-то вот этот диагноз не совсем соответствует описанию состояния, да?

И дальше уже пошло. Врач Харитонкин в 2012 году ставит шизофрению параноидную с выраженным изменениями личности, симптоматический алкоголизм. И предпоследняя до настоящей госпитализации — здесь также ему диагностируют параноидную шизофрению, непрерывный тип, отсутствие ремиссии.

Сейчас он госпитализируется с таким же диагнозом, но его консультирует доцент нашей кафедры психиатрии Владимир Борисович Миникаев и диагностирует ему психопатоподобную шизофрению на фоне резидуально-органической недостаточности и симптоматический алкоголизм.

Вот такое разноцветие диагнозов у нашего пациента: от чисто наркологического до самого, по-моему, тяжелого психиатрического. Конечно, задача у меня абсолютно нереальная: невозможно каким-либо образом диагностировать или квалифицировать анамнез пациента с таким количеством разнотечений, очень странных, непонятных данных. Вот хотя бы тот факт, что четыре госпитализации в Пятую больницу без направления суда, то есть само по себе, якобы по договоренности с главным врачом и прочее — верится с большим трудом, равно как и многое остальное. Поэтому нам остается по большому счету лишь ори-

ентировано опираться на анамнез и в основном опираться на психический статус и все выводы делать из этого, что, собственно, и делали, как я понимаю, в своей аргументации все выступающие сегодня.

Пациент отличается, конечно же, недоступностью, и в этой недоступности он преуспел. Здесь он явно демонстрирует умение общаться с психиатрами. Видно, что это, как говорится, наш человек, психиатрический человек, который общался с огромным количеством наших коллег, причем разных коллег: и тех, кто в Пятой больнице наказывал 3-месячным галоперидолом за плохое поведение, и тех, кто был более лоялен, и тех, кто вообще оказывался в роли даже чуть ли не матери, я так предполагаю. В какой-то госпитализации было такое отношение к нему. И он умеет очень хорошо манипулировать, естественно.

В этом смысле у него надо отметить достаточно высокую гибкость в этой способности быстро и правильно, с точки зрения собственной выгоды, ответить на вопрос. Мы все явно пытались его спровоцировать, явно заходили с разных сторон: “И вот вы читали учебник по психиатрии. Вот скажите, не находили ли вы там чего-нибудь такого особенного?” Были вопросы в лоб: “А что у вас психиатрического?” — спрашивали прямо вот напрямую.

И мы так и не получили ни одного ответа. Такую гибкость, такую четкость, такую эмоциональную тонкость, умение уловить тонкость интонационную и аффективную, конечно, пациенты с параноидной шизофренией, с непрерывным течением, с выраженным изменениями личности, конечно, продемонстрировать не могут, тем более, при длительном течении заболевания. Все-таки они, как правило, демонстрируют достаточно односторонние ответы или молчание тогда, когда мы говорим о недоступности и так далее. Ну, а если они еще и алкоголизируются, то мы там видим еще и какие-то варианты деменции, которые мы, как правило, тоже фиксируем.

Здесь я не могу сказать, что у нашего пациента есть интеллектуально-мнестические расстройства. Он достаточно сохранен. В связи с этим его алкоголизация и наркотизация, по всей видимости, не привели пока к этим изменениям личности и слабоумию, к которым могли бы привести человека с алкоголизмом или с чем-то еще.

Психоз, который описывает он, — это все, что у нас есть, и в анамнезе тоже является чем-то неопределенным. В его манерах, в его поведении много вызывающего. Он, безусловно, ведет себя как психопат. И так ведут себя действительно психопаты, особенно на публике. Есть элементы эпатажа, есть элементы хвастовства. И он умеет, что называется, втереться в доверие и все остальное. Очень такой двуликий, лживый, ну и так далее. Вот этот эпизод с дополнительной информацией через молодого доктора — “вот потом, так будет эффективнее”, ну и все остальное — это, конечно, поведение психопата, но не бредового больного. В

этой связи я считаю, что для диагноза “параноидная шизофрения” данных ну не то, что мало, а их просто нет. Все, за что мы можем зацепиться — это вероятные бредовые отношения к родителям. То, что Татьяна Константиновна говорила, вероятно, бредовые отношения к бывшему руководителю своему на работе. Ну, может быть, я бы к этому добавил еще историю с разводом и вот эти всякие судебные тяжбы. Но это все на огромном-огромном вопросе висит, и никакого подтверждения того, что это бредовые расстройства, нет, а значит их нет. Давайте мы будем руководствоваться фактами.

Соответственно, на повестке дня остается три диагноза, с моей точки зрения, — это психопатоподобная шизофрения, это расстройство личности, психопатия, осложненная алкоголизмом, и это биполярное аффективное расстройство, которое тоже нельзя исключать полностью, потому что наш пациент описывает эпизоды маниакальных состояний, депрессивных и многих других, причем описывает их очень ярко и красиво. Очень похоже на маниакальное состояние его диссертационное исследование, которое он проводил, потому что это, конечно, огромная, титаническая работа — собрать эти единичные случаи, и не просто случаи, но еще и найти, и обследовать семьи в нескольких поколениях этих больных, да? Я не думаю, что здесь бравада и какое-то явное преувеличение. Похоже, что это действительно так.

Описывает он и депрессивные состояния, правда, описания очень скучные, недостаточно полноценные, но тем не менее. У него такой частичный компланс, да? То есть отношение к лекарственной терапии у него опять же больше такое потребительское. И в этом смысле он получает удовольствие от сероквеля. Потребительское отношение к лекарствам часто бывает у бывших наркоманов, и они выбирают из всех лекарств, которые им назначали, те, от которых они получают удовольствие, от которых у них улучшается состояние. Значит, если у него на малых дозах сероквеля улучшалось состояние, значит речь идет об аффективных расстройствах, потому что малые дозы сероквеля эффективны при тревоге, эффективны при... — *Было 400 мг — А, 400 мг сероквеля?* Ну это уже больше, чем малая доза. Ну, тогда мы можем предположить, что все-таки какая-то бредовая симптоматика есть, потому что 400 мг — это уже антибредовой эффект, тем не менее опять же это все на уровне предположений. Я не буду выбирать из этих трех диагнозов, уж извините. Но на уровне какого-то своего чувства, я могу сказать, что наверное, это вялотекущий пациент с малопрограммированной формой шизофрении, психопатоподобной, но, конечно же, официально я не готов выставлять этот диагноз, равно как и два других из этой троицы.

А интересно, на самом деле, другое: интересен его уровень социального функционирования. Наш пациент является инвалидом II бессрочной группы. Живет

Андрей Аркадьевич Шмилович

один. Как мы услышали, он общается с друзьями, у него бывают девушки. Он дружит с соседкой. У него есть бизнес какой-то. Не знаю уж, насколько он официальный или полуофициальный. И у него есть всегда возможность лечь в больницу. Всегда. У него хорошо протоптанная тропинка в ПНД. У него хорошо проптранная тропинка к дежурному психиатру “скорой психиатрической помощи”. Я уверен, что и “скорая психиатрическая” его знает уже хорошо, все бригады — наверняка. У него хорошо протоптанная тропинка в 8-е отделение ко всем врачам, с которыми ему удалось установить хорошие, тесные и доверительные отношения. И я делаю из этого только один вывод, что наш пациент госпитализируется в нашу больницу установочно. Его госпитализации носят установочный характер. Так часто бывает. Наши пациенты, особенно с сохранными когнитивными функциями, а особенно пациенты, пообщавшиеся с какими-то криминальными элементами в Пятой больнице, нередко бывают заинтересованы в такой, уж извините за жаргон, “крыше” как психиатрия в тех случаях, когда нужно выйти из игры.

Я много-много раз сталкивался с такими событиями, с такими историями. И это не исключает, конечно, факт его психического заболевания, безусловно, здесь все может быть. Он может сдавать свою квартиру, пока он лежит здесь, и это хороший доход. И где еще, и как ему заработать деньги и на алкоголь, и на все остальное? Он может где-то какие-то мелкие махинации проводить на этих торговых площадках и так далее. Возможно, какие-то кредитные операции и махинации. Я совершенно уверен, что практикующие врачи многократно сталкивались с такими историями, и это совершенно не эксклюзивная ситуация. Если предполагать это, то тогда у него действительно

есть причины для недоступности. И тогда эта недоступность совсем не бредовая, а простая психологически объяснимая недоступность. Поэтому, с моей точки зрения, нашему пациенту явно не хватает того, что мы называем “социальная реабилитационная работа”. С ним, к сожалению, эта работа не проводится в диспансере, а он живет прямо рядом с N-м диспансером, пешком 5 минут идти. Там есть великолепное медико-реабилитационное отделение, где бы он мог быть вовлечен в какую-то психотерапевтическую, психообразовательную работу. Его можно как бывшего врача, например, привлечь к психообразованию, и почему бы нет? С его способностью производить впечатление и там много-много чего еще. Мотивировать, заинтересовать, отвлечь. И мы можем получить хорошую, стойкую ремиссию с отсутствием длительной госпитализации, с отсутствием частых повторных госпитализаций и всего остального. Наш пациент вполне мог бы здесь себя проявить. Я думаю, что это происходит не потому, что он не хочет или не может, а просто потому, что до него не дошли, что называется, руки у врачей диспансера. Пора бы это сделать. И это вполне реально.

Ну вот, таковы мои размышления на тему этого клинического случая. Он у нас сегодня получился спонтанным, таким неожиданным, но от этого наш разбор не потерял, с моей точки зрения, в интересе. И я совершенно уверен, что все присутствовавшие сегодня на разборе не пожалели об этом. И у всех размышления на тему этого больного как минимум до конца сегодняшнего дня еще будут.

Вот с этими словами я всех хочу поблагодарить за участие. Большое спасибо.

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

“Признать виновной в совершении преступления...”

(Есть ли состав преступления в действиях врача-психиатра Ольги Андроновой?)

Ю. Н. Аргунова

Рассмотрены вопросы дисциплинарной, гражданско-правовой и уголовной ответственности за незаконную госпитализацию в психиатрический стационар. Анализируется приговор Кировского районного суда г. Астрахани в отношении врача-психиатра О. Андроновой с целью выяснения наличия в её деянии состава преступления. Высказывается мнение о необоснованности квалификации действий врача по ч. 2 ст. 128 УК РФ.

Ключевые слова: статья 128 УК РФ, незаконная госпитализация, умысел, неосторожность, ответственность врача

Госпитализация в психиатрический стационар может быть признана незаконной по самым разным основаниям и влечь разные виды ответственности: дисциплинарную, гражданско-правовую, уголовную.

Нарушение порядка госпитализации лица, которое нуждается в стационарном психиатрическом обследовании, наблюдении или лечении, как правило, относится к категории *дисциплинарных проступков*. За неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей работодатель с учётом тяжести проступка и обстоятельств, при которых он был совершён, вправе применить дисциплинарное взыскание: замечание, выговор, увольнение (ст. 192 ТК РФ).

Законность помещения в стационар может быть оспорена в рамках *гражданского судопроизводства*. Пострадавшее лицо вправе обратиться в суд с иском о компенсации причинённого ему незаконной госпитализацией морального вреда и (или) материального ущерба. Применение к работнику мер дисциплинарного воздействия не исключает возможности привлечения его одновременно и к гражданско-правовой ответственности. Как показывает судебная практика, взыскать компенсацию морального вреда возможно даже в том случае, если госпитализация без согласия лица не превышала 48 часов, и лицо было выписано из стационара по результатам комиссионного освидетельствования.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам суда Ямало-Ненецкого АО (апелляционное определение от 24 сентября 2012 г. по делу № 33-2302) отменила решение Салехардского горсуда от 27 июля 2012 г. и вынесла новое решение: взыскать с ГБУЗ “Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер” в пользу Колмаковой Я. С. компенсацию морального вреда в сумме... руб.

Колмакова обратилась в ПНД для прохождения освидетельствования на предмет получения заключения об отсутствии противопоказаний к владению оружием. С её слов, в тот день она находилась в сложной эмоциональной ситуации, вызванной пребыванием в УВД ЯНАО и смертью близкого родственника. Комиссия из трёх врачей отнеслась к ней враждебно и предложила оказать стационарную психиатрическую помощь, от которой она отказалась. После этого был вызван наряд полиции, доставивший истицу в психиатрический стационар, где её поместили в кровать с фиксирующими ремнями и удерживали более 2 часов. Ей не позволили познакомиться с знакомым, чтобы устроить несовершеннолетнего ребёнка, который на это время был помещён в учреждение соцзащиты. На следующий день комиссия врачей-психиатров не нашла оснований для дальнейшего пребывания Колмаковой в стационаре, и её выписали. Через 6 дней ей была выдана справка об отсутствии психиатрических противопоказаний для приобретения и хранения огнестрельного оружия.

Представители ПНД в суде заявили, что на момент освидетельствования и госпитализации истица обнаруживала признаки тяжёлого психического расстройства, требовавшего лечения в условиях стационара, её психическое состояние представляло опасность для окружающих и могло способствовать причинению вреда её здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если бы она была оставлена без психиатрической помощи. На следующий день её состояние улучшилось, и основания для дальнейшей недобровольной госпитализации отпали. Выданная ей справка об отсутствии противопоказаний к владению оружием означает отсутствие “заболеваний, указанных в законе, но не исключает наличие иного психического расстройства”.

Истица указала на отсутствие оснований для недобровольной госпитализации и нарушение её личных неимущественных прав.

Отказывая в иске и признавая госпитализацию обоснованной, суд первой инстанции указал, что при решении вопроса о госпитализации у врачей имелись обоснованные подозрения о возможности агрессивного поведения истицы в будущем.

Однако Судебная коллегия с таким выводом суда не согласилась. По её мнению, суд неправильно применил нормы материального права. Единственное правовое последствие обоснованной недобровольной госпитализации — необходимость дальнейшего содержания гражданина в стационаре и обращение в суд за разрешением этого вопроса. Как видно из материалов дела, у истицы не установлено наличие тяжёлого психического расстройства. Заключением комиссии не выявлено показаний к лечению в стационаре и не признана необходимой дальнейшая госпитализация. Соответствующее заявление в суд не направлялось. Тем самым недобровольная госпитализация по смыслу ст. 32 Закона о психиатрической помощи фактически была признана необоснованной. Кроме того, как следует из заключения комиссии и выписного эпикриза, в период пребывания истицы в стационаре к ней не применялось лечение, в т.ч. такое, которое могло быть применено только в условиях стационара. Из дела также не следует, что поведение истицы свидетельствовало о её опасности для себя самой или окружающих, т.к. конфликт с врачами-психиатрами, "недекватное" поведение и враждебность истицы сами по себе не свидетельствуют о её опасности. Действий, направленных на причинение вреда себе или окружающим, истица не совершала. "Обоснованные подозрения" о "возможном" агрессивном поведении "в будущем" сами по себе также не являются основанием для недобровольной госпитализации. Таким образом, на момент госпитализации истицы отсутствовали как совокупность, так и отдельные обстоятельства, предусмотренные законом в качестве оснований для недобровольной госпитализации.

В результате недобровольной госпитализации, сопровождавшейся привлечением сотрудников полиции, фиксацией истицы привязными ремнями на кровати, оставлением без материнского присмотра несовершеннолетнего ребёнка истицы и дальнейшим помещением его в учреждение социальной защиты, Колмаковой был причинён моральный вред. Моральный вред заключается в том, что явно и несомненно были нарушены гарантированные законом права истицы на личную неприкосновенность, неприкосновенность личной жизни, свободу передвижения, была ограничена реализация семейных и материнских прав истицы. Нарушение указанных личных неимущественных прав в силу ст. 151 ГК РФ влечёт взыскание в пользу истицы компенсации морального вреда.

Лицо может получить компенсацию морального вреда и в том случае, если к нему были незаконно применены насилиственные действия при доставлении в психиатрический стационар без необходимой оценки его психического состояния при том, что сама госпитализация как таковая произведена не была, и после

освидетельствования врачом приёмного отделения лицо было отпущено.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Иркутского облсуда (апелляционное определение от 19 декабря 2013 г. по делу № 33-10354/2013) оставила без изменения решение Кировского районного суда г. Иркутска, которым частично удовлетворены требования по иску М.Т. и М.И. к З., Н., Х. и МБУЗ г. Иркутска "Станция скорой медицинской помощи". С учреждения в пользу истцов была взыскана компенсация морального вреда.

Истцы показали, что сидели в фойе здания администрации г. Иркутска и, ожидая встречи с Н., вели беседу. Допускали, что разговаривали громко, поскольку истица пользуется слуховым аппаратом. Нарушений общественного порядка не допускали, замечаний им не делали, лишь предупредили о возможности находиться в здании до определённого часа.

В здание администрации приехал Г. и стал выяснять причину нахождения истцов в фойе. Истцы объяснили, что ждут Н. для подачи жалобы. Г. заявил, что Н. их не примет и поднялся по лестнице. Вскоре в фойе появились трое людей в форме медработников, старший из которых поднялся по лестнице, остальные остались в коридоре. Спустя 30 минут он вернулся, пообщался с охранником, вахтером и находившимися в коридоре двумя санитарами. Внезапно все трое схватили истицу М.Т. и потащили волоком к выходу с применением физической силы, никак не объясняя свои действия. С её головы упала шапка, с ног слетели туфли. Она кричала, пыталась звать на помощь, ощущив реальную угрозу и страх. Её муж — М.И. подошёл к машине с целью сопроводить жену, но один из санитаров схватил его и стал душить, к нему присоединился и другой санитар. В процессе доставления в машину истице были причинены телесные повреждения, не причинившие вред здоровью.

Когда истицу привезли в областной ПНД, медработники прошли в здание больницы, оставив истицу сидеть на полу автомобиля без обуви. К ней подошла В., которую М.Т. информировала о незаконном применении насилия, об беспокойности состоянием мужа, брошенного лежащим на асфальте. Она полагала, что доставление в ПНД преследовало цель удалить её из помещения администрации города. В результате беседы истице было выдано заключение о её адекватном состоянии и поведении.

Находясь в машине "скорой", истица смогла позвонить своей сестре, чтобы та проехала к зданию администрации города и узнала судьбу её мужа. Через полтора часа подъехали сестра с мужем и помогли истице выйти из машины.

По словам истцов, они испытали физические и нравственные страдания, страх за своё здоровье, неуверенность в завтрашнем дне, унижение и оскорбление их человеческого достоинства и доброго имени. Считали нарушенными нормы врачебной этики и Конституции РФ.

Суд установил, что МБУЗ "ССМП" был принят вызов в здание городской администрации к гр. М.Т. По

“Признать виновной в совершении преступления...”

месту вызова была направлена бригада в составе З., Н. и Х. Истцу в недобровольном порядке доставили в приёмный покой ПНД, где было принято решение об отсутствии оснований для её экстренной госпитализации.

Суд пришёл к выводу, что З., прибыв по месту вызова, в нарушение требований Закона о психиатрической помощи, приказа Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108 “О скорой психиатрической помощи” неправильно оценил психотерапевтическую беседу, а потому не установил путём сбора анамнеза, осмотра М.Т., что она не нуждается в психиатрической помощи в недобровольном порядке. Не имея законных оснований, он самостоятельно, при отсутствии письменного заявления, при отсутствии признаков соответствия состояния М.Т. критериям недобровольной госпитализации решил вопрос о госпитализации. З. не представился М.Т., не провёл с ней беседы по поводу её психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации; не сделал записи в карте вызова.

Судебная коллегия согласилась с выводом суда и указала, что оснований для психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации не имелось. На диспансерном “учёте” истца не состоит. За свои действия З. был привлечён к дисциплинарной ответственности. Нравственные и физические страдания, причинённые М.Т. и М.И. действиями выездной психиатрической бригады, подлежат компенсации в силу ст. 1064, 150, 151 ГК РФ. Суд правомерно в силу ст. 40 ГПК РФ привлёк к участию в деле в качестве ответчика работодателя З., Н. и Х. — МБУЗ г. Иркутска “Станция скорой медицинской помощи” и возложил на него обязанность по компенсации морального вреда, поскольку в соответствии со ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причинённый его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Статья 128 УК РФ, предусматривающая *уголовную ответственность* за незаконную госпитализацию в психиатрический стационар, применяется в единичных случаях. Это объясняется, в том числе, некоторой неопределённостью в понятиях и признаках данного состава преступления, возникающими отсюда затруднениями в квалификации деяния, в установлении его стадий и момента, с которого это преступление можно считать оконченным, а также трудностями в доказывании умысла виновного. До суда доходят лишь воющие случаи.

Так, приговором Мосгорсуда от 19 декабря 2005 г. зав. отделением психиатрической больницы Д. осуждена по ч. 2 ст. 128 УК РФ к 6 годам лишения свободы с лишением права занимать должности в системе здравоохранения, связанные с выполнением организационно-распорядительных функций, а также должности, связанные с врачебной или иной медицинской деятельностью, на срок 3 года.

Д. признана виновной в незаконном помещении Л. в психиатрический стационар, совершенном с использованием служебного положения. По делу

осуждена также группа лиц (С., К., С., Ч., Б., Г.) за совершение похищения Л., его незаконное лишение свободы, грабёж, кражу, убийство, создание банды и участие в ней.

Как видно из материалов дела, похищение Л. было тщательно спланировано. К его совершению были привлечены работники милиции, подыскан психиатрический стационар в Чеховском районе Московской области с такими условиями содержания больных, которые исключали бы возможность побега Л. Изначально группой преследовалась цель, сломив сопротивление Л., получить от него письменное разрешение на продажу дома и земельного участка в пос. Барвиха, и эта цель была ими достигнута. Чтобы скрыть похищение и незаконное помещение Л. в психиатрический стационар, было совершено его убийство и предприняты меры к скрытию трупа.

В суде Д. не признала себя виновной. Она утверждала, что Л. был стационаризован на законных основаниях, т.к. с 1978 г. страдал серьёзным психическим расстройством, ранее неоднократно помещался в психиатрические больницы, с близкими родственниками вёл себя неадекватно, после похищения его психическое состояние ухудшилось. С просьбой о помещении его в стационар обратились родственники. И сам Л. дал письменное согласие на госпитализацию, никто из посторонних лиц в стационаре его не охранял, само помещение произвёл дежурный врач без какого-либо её участия, она выполняла в отношении Л. только обязанности лечащего врача, проводила лечение и после улучшения состояния здоровья Л. выписала его из стационара. Д. считала, что не является субъектом преступления, т.к. направление больного в стационар или его госпитализация в её служебные обязанности не входили.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ оставила приговор без изменения, указав, что утверждения Д. о том, что Л. был помещён в стационар на законных основаниях, противоречат материалам дела. Как следует из показаний свидетелей, длительное время близко знавших Л., и выводов СПЭ по материалам дела, каким-либо психическим расстройством Л. не страдал, согласно справкам из ПНД и НД на “учёте” в этих учреждениях не состоял. Таким образом в психиатрический стационар был помещён заведомо психически здоровый человек. На это прямо указывают и обстоятельства госпитализации Л. Он поступил в стационар под другой фамилией, его личные документы были переданы Д. В палату к Л. были помещены лица, охранявшие его по указанию С.

Судом установлено, что именно Д. дала распоряжение о помещении Л. и охранявших его лиц в отделение, которым она заведовала. Д., внося записи в историю болезни В. (Л.), соответствующие указанному ею же диагнозу, таким образом намеревалась скрыть незаконность помещения Л. в стационар. Д. допустила нарушения ч. 2 ст. 1, ст. 11, ч. 1, 3, 5 ст. 28 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Ю. Н. Аргунова

Событием последних месяцев явилось признание виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 128 УК РФ, врачу-психиатру из г. Астрахань. Это дело вызвало широкий резонанс, не на шутку встревожив психиатрическое сообщество.

Приговором Кировского районного суда г. Астрахани от 27 декабря 2017 г. врачу-психиатру приёмного отделения ГБУЗ АО “Областная клиническая психиатрическая больница” О. В. Андроновой назначено наказание в виде 2 лет лишения свободы (условно) с лишением права заниматься врачебной деятельностью на 2 года.

Как следует из приговора, 19 февраля 2016 г. Д. и М. обратились в больницу с заявлением о проведении диагностики психического состояния их матери Б. В этот же день они вызвали бригаду скорой психиатрической помощи по месту жительства Б. Врач-психиатр “скорой” К. на основании полученных от Д. и М. несоответствующих действительности сведений о наличии у Б. психического заболевания принял решение и доставил Б. в приёмное отделение больницы в отсутствие согласия Б.

В приёмном отделении О. Андронова по результатам недобровольного освидетельствования без достаточных оснований выставила Б. диагноз “параноидная шизофрения, аффективно-бредовой синдром” и, используя своё служебное положение, при отсутствии оснований, предусмотренных Законом о психиатрической помощи, приняла незаконное решение о недобровольной госпитализации психически здорового лица, не нуждающегося в оказании психиатрической помощи и направлении Б. в стационарное отделение с рекомендацией усиленного наблюдения по п. “а” и “в” ст. 29 Закона.

20 февраля в 9.57 комиссия врачей-психиатров данных за психическую патологию у Б. не вывила, указав, что в стационарном лечении она не нуждается. В 12.30 Б. была выписана.

О. Андронова свою вину не признала и пояснила, что Б. была доставлена врачом “скорой” К., который усмотрел признаки аффективно-бредового синдрома. Из заявлений дочерей Б. следовало, что Б. представляет непосредственную опасность (избивала бабушку, поджигала дом, угрожала внукам по СМС). Продуктивный контакт с пациенткой был затруднён: она кричала, “высказывала отрывочные мысли и бессвязные фразы”. По мнению О. Андроновой, на момент осмотра она как врач-психиатр располагала данными о наличии у Б. трёх признаков (бредовые идеи отношения, эмоциональная изменённость и расстройства мышления) при необходимости двух для диагностики шизофрении. Сочетание указанных признаков с тревожным аффектом дало основание для диагностики и аффективно-бредового синдрома.

Потерпевшая Б., хозяйка кафе, имевшая неприязненные отношения с дочерьми, показала, что в ту ночь находилась дома одна, спала. Приехали её дочери с санитарами. Те взяли её под руки и потащили к машине, не дав закрыть дверь. Она была в халате на босу ногу. Дочери были рядом в нетрезвом состоянии.

Врач-психиатр “скорой” К. пояснил, что с Б. разговаривал через дверь, дочери были грубы с матерью, утверждали, что та пишет письма в инстанции, оскорбляет их. Через час Б. открыла дверь сотрудникам полиции, которых вызвала сама. В карте “скорой” был указан диагноз “психоз”. Выставленный им самим диагноз требовал уточнения, поэтому он принял решение о доставлении Б. в стационар для консультации врача приёмного отделения.

При допросе одна из дочерей пояснила, что лично в отношении неё угрозы матери были год назад и выражались в том, что мать обещала выселить её с детьми из дома, который принадлежит матери.

Проанализировав показания свидетелей (врача К., санитаров и работников полиции), а также сведения, изложенные в заявлении Д. и М., суд пришёл к выводу, что в них отсутствуют данные о том, что Б. несвязно высказывалась, не осознавала происходящее. Отказ открыть дверь сотрудникам “скорой” в ночное время при отсутствии в заявлениях дочерей фактов психического расстройства, бредовых идей у их матери основанием для признания наличия у Б. на момент её доставления в больницу тяжёлого психического расстройства быть не может, как и само по себе сутяжничество Б. и наличие неприязненных отношений в семье.

В медкарте указано, что при осмотре в приёмном покое больная тревожна, беспокойна, громко возмущается. Наличие “голосов” отрицает, мышление в ускоренной конструкции выполняет достаточно, критика к состоянию отсутствует, сознание не нарушено, достаточно ориентирована. Говорит, что обеспечивает дочерей материально, а они сделали так, чтобы упрятать её в психушку из-за денег.

Члены комиссии, осматривавшие Б. на следующее утро, указали, что пациентка была доброжелательна, всё логично объясняла. Дочери пояснили, что мать не даёт денег, на психиатрическом обследовании не настаивали. Комиссия пришла к выводу об отсутствии у Б. психического расстройства. По заключению СПЭ Б. психическим расстройством на момент госпитализации не страдала. Основных стержневых симптомов, указывающих на выставленный диагноз, на момент осмотра врача К. и затем врача О. Андроновой не имелось.

Как установил суд, врач-психиатр приёмного отделения является должностным лицом, осуществляет лечебно-диагностические и организационные функции: проводит осмотр поступающих пациентов, обеспечивает оперативное установление диагноза, при наличии показаний осуществляет госпитализацию. Оснований для недобровольной госпитализации Б. отсутствовали. Нахождение в стационаре ограничило право Б. на свободу передвижения.

Анализ приговора суда позволяет выявить в действиях врача-психиатра О. Андроновой не все признаки данного состава преступления.¹

¹ Развёрнутая характеристика состава преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ, представлена в статье Ю. Н. Аргуновой “Уголовная ответственность за незакон-

Объект преступления (личная свобода и достоинство человека) в наличии. Действия врача повлекли как минимум ограничение личной свободы потерпевшей. Деяние совершено надлежащим *субъектом* — врачом-психиатром приёмного отделения, с использованием своего служебного положения, правомочным осуществлять госпитализацию, в т.ч. в недобровольном порядке. Деяние можно считать *оконченным*, поскольку такая госпитализация была произведена.

Госпитализация была *незаконной*, поскольку исходя из обстоятельств, изложенных в приговоре, врач-психиатр О. Андронова не располагала достаточными данными для установления наличия у Б. диагноза тяжёлого психического расстройства, а также принятия решения о наличии оснований для недобровольной госпитализации, указанных в п. “а” и “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Под отсутствием достаточных данных в рамках настоящего уголовного дела мы понимаем не отсутствие данных (в пользу госпитализации и против неё) вообще, т.е. дефицит информации, когда, например, в стационар доставляется неизвестное лицо, взятое “с улицы”, вовсе недоступное контакту. У врача приёмного отделения имелись заявления от дочерей, никак не “тянувшие” на необходимость экстренного вмешательства психиатров. В своём обращении в РОП врач О. Андронова пишет: “В заявлении указывалось, что гражданка Б. в течение 5 лет вела себя неадекватно, конфликтовала, обещала “лишить материнства и имущества”, “избивает... бабушку”, писала заявления на дочерей в разные инстанции, в т.ч. в полицию, угрожала физической расправой дочерям и внукам. Мною был сделан вывод о непосредственной опасности гражданки Б. для окружающих. Угрозы физической расправой целой группе лиц, а именно двум дочерям и пятерым малолетним детям я восприняла реально”. В данных заявлениях не раскрывается, в чём конкретно заключается неадекватность их матери. Так бывает в тех случаях, когда родственники хотят ввести врачей в заблуждение. Это подтверждается и нашим опытом юридического консультирования родственников, которые часто обращаются за советом, как отправить “больного” в “психушку”. Они не в состоянии пояснить, в чём проявляется неадекватность, что сразу настораживает и указывает на то, что

ное помещение в психиатрический стационар” // Независимый психиатрический журнал, 2011, № 4, с. 36 – 42. В статье рассмотрены также случаи незаконной госпитализации, подпадающие под действие других статей УК РФ. Приведён сравнительный анализ мнений юристов по наиболее сложным проблемам квалификации данного преступления. Обосновывается собственная позиция автора в отношении понятия “незаконная госпитализация”, а также по вопросу о субъекте данного преступления. Со статьёй можно ознакомиться на сайте НПА России <http://npar.ru/nezavisimuj-psixiatricheskij-zhurnal/soderzhanie-vsej-nomerov-na-odnoj-stranice/>

защищать придётся интересы не заявителей, а того лица, которого они хотят скомпрометировать и признать “сумасшедшим”. Конфликты, обещания лишить имущества (кстати, имущество принадлежит Б.), родительских прав дочерей (показательно, что при госпитализации Б. они находились в нетрезвом состоянии), обращения в полицию и даже некие не конкретизированные, длившиеся 5 лет угрозы расправой, “непосредственную” опасность их матери не образуют.

Более того О. Андронова в ночь госпитализации, как указывают свидетели по делу, общалась с дочерьми. Их мотивы были весьма прозрачны. Кроме того, и сама потерпевшая вполне логично вела себя в такой ситуации. То, что О. Андронова восприняла как “крики, отрывочные мысли и бессвязные фразы” было объяснимо. Любой человек, тем более дама, частный предприниматель, которую, разбудив ночью, с использованием насилия, в халате, босиком, без личных вещей выволакивают из дома и привозят в психиатрическую больницу, будет говорить на повышенных тонах, выражать обеспокоенность оставлением квартиры незапертой, сокрушаться по поводу вероломного поведения взрослых дочерей, которые жили фактически за её счёт, упоминать о судебных тяжбах с ними. То есть картина попытки родственников использовать психиатрию для достижения личных целей вырисовывалась с достаточной очевидностью. Врач могла продолжить опрос и получить значимые для этой ситуации сведения. Вместо этого она “выраженную реакцию Б. в связи с процедурой недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации” расценила как “отсутствие критики”.

Нельзя согласиться с суждением Комиссии РОП по правовым вопросам о том, что “не было самого факта недобровольной госпитализации”, что “дежурный врач по положению не вправе принимать решение о недобровольной госпитализации”. Возникает вопрос: а что же тогда это было? По мнению юристов РОП, это было “оставление Б. для наблюдения и дальнейшей оценки её состояния” или ещё вариант: “оставление в стационаре на период, определённый законом для решения вопроса, нуждается ли она в недобровольной госпитализации”.

В обращении Исполкома Правления РОП на имя Генпрокурора России в связи с этим говорится, что суд допустил грубую правовую ошибку: “дежурный врач не является субъектом данного преступления. Он по своему положению не вправе принимать окончательное решение о недобровольной госпитализации, он не может обращаться в суд с заявлением об оформлении недобровольной госпитализации. Эти полномочия предоставлены комиссии врачей-психиатров, которая в течение 48 часов провела сбор необходимых данных, уточнила клинико-психопатологическое состояние Б. (с учётом данных наблюдения в период её нахождения в отделении больницы), диаг-

ноз и окончательно определила соответствие характера и степени тяжести психических расстройств критериям недобровольной госпитализации". Обсуждение ситуации на сайте РОП вывило и другие толкования того, что же было на самом деле. Так, по мнению врача и одновременно юриста Е. А. Колточника, "врач фактически положила направленную на лечение гражданку на диагностическую койку".

Действительно, вопрос о субъекте рассматриваемого преступления является непростым потому, что процесс принятия окончательного решения о госпитализации растянут во времени. В принятии такого решения поэтапно участвуют несколько врачей-психиатров:

- врач ПНД, оформляющий направление на госпитализацию (в этом случае лицо доставляется в стационар в сопровождении санитара психиатрической перевозки), либо врач скорой психиатрической помощи при экстренном вызове;
- врач приёмного покоя (дежурный врач), опрашивающий лицо и оформляющий историю болезни;
- лечащий врач, наблюдающий пациента в первые часы его пребывания в стационаре и назначающий лечение;
- члены комиссии врачей-психиатров, обязаные освидетельствовать лицо, помещённое в стационар, в течение 48 часов;
- представитель стационара, который подаёт в суд заявление о недобровольной госпитализации, если по заключению комиссии такая госпитализация обоснована.

В апелляционной жалобе на приговор суда по данному делу право принятия решения о недобровольной госпитализации отодвинуто ещё дальше. В жалобе говорится, что это право принадлежит именно суду. Соответственно действия врача-психиатра приёмного отделения лишь предваряют процедуру недобровольной госпитализации и их нельзя расценивать как окончательное решение о госпитализации. В связи с этим уголовная ответственность О. Андроновой за действия, направленные на выяснение психического состояния пациентки, а также на предотвращение причинения ею вреда окружающим, исключается. "Промежуточное решение о необходимости наблюдения за состоянием здоровья пациентки... не повлекло наступления каких-либо юридических последствий".

То есть с позиций защиты, врачи в принципе не ответственны за госпитализацию. Это всё суд. Напоминаем коллегам, что согласно ч. 2 ст. 20 Закона о психиатрической помощи установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса является исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

По мнению большинства юристов, состав данного преступления считается оконченным с момента фактического водворения лица в стационар независимо

от длительности пребывания потерпевшего в нём. Соответственно члены комиссии, хотя они и замыкают перечень врачей-психиатров, правомочных принимать решение, субъектами данного преступления выступать не могут. Комиссия, как следует из ч. 1 ст. 32 Закона о психиатрической помощи, принимает решение об обоснованности (необоснованности) фактически уже произведённой госпитализации, ну и, конечно, об обоснованности её дальнейшего осуществления. Если комиссия признает госпитализацию необоснованной, пациент будет выписан, но это не означает, что госпитализации не было. Пациент претерпел ограничения вследствие необоснованных действий врачей "скорой", приёменного покоя и вправе требовать компенсации морального вреда. Пример из судебной практики был представлен выше.

В такой ситуации "крайним" оказывается врач приёменного отделения (дежурный врач), который за отведённое ему короткое время общения с доставленным в стационар лицом должен безошибочно диагностировать психическое состояние этого лица и спрогнозировать его поведение. Врач приёменного покоя склонен передоверяться мнению своих коллег — врача ПНД, подготовившего направление на госпитализацию, врача "скорой", который имел возможность оценить поведение лица во время приезда по экстренному вызову. Врач же "скорой", как это произошло в настоящем деле, надеется на врача приёменного покоя. Врач приёменного покоя, зачастую, "из благих побуждений" предпочитает оставить лицо в стационаре "на всякий случай" "до завтра", а фактически на двое суток и даже более, рассчитывая на мнение членов комиссии, а затем санкцию суда. Однако при этом он закрывает глаза на то, что лишает человека свободы. Таким образом, решение врача приёменного покоя во многих случаях предопределено.

На это указывает и суждение, высказанное членами Исполкома Правления РОП. В их обращении сказано, что "в связи со сложностью оценки состояния Б., ограниченными возможностями для контакта с ней, решение о наблюдении пациентки в условиях стационара для дальнейшего уточнения диагноза и принятия решения о необходимости лечения представляется единственно правильным". С такой позицией согласиться трудно. Во-первых, к помещению в стационар лица без его согласия, которое может сопровождаться и насилиственным введением препаратов, предлагается относиться всего лишь как к безобидному наблюдению в условиях стационара для уточнения диагноза. Во-вторых, врачам-психиатрам даётся понять, что им не имеет смысла особо усердствовать, они всегда могут сослаться на сложность оценки состояния доставленного в стационар лица и утверждать, что возможности для контакта с ним были ограниченными.

Неверным представляется и утверждение О. Андроновой о необоснованности вменения ей использо-

вания своего служебного положения, т.е. квалифицирующего признака, предусмотренного ч. 2 ст. 128 УК РФ. Лицом, “использующим своё служебное положение”, т.е. наделённым организационно-распорядительными функциями и использующим свои полномочия вопреки интересам службы, может быть не только главврач, зав. отделением, вышестоящее лицо в органах здравоохранения, но и *иное лицо*, которое в силу своего служебного положения может влиять на принятие решения о незаконной изоляции потерпевшего в психиатрическом стационаре.

Теперь о *субъективной стороне* данного состава преступления.

Преступление, предусмотренное ст. 128 УК, является *умышленным*. По мнению большинства юристов, оно предполагает вину в форме *прямого умысла*. Это означает, что врач *осознавал* общественную опасность своих действий, что незаконно госпитализирует психически здоровое лицо помимо его воли либо помещает в стационар лицо, страдающее психическим расстройством, без законных оснований, *предвидел возможность или неизбежность* наступления общественно опасных последствий и *желал* их наступления.

Вместе с тем, редакция ст. 128 УК РФ, с нашей точки зрения, даёт возможность предположить, что субъект преступления может осознавать общественную опасность своего действия, однако не желать, но сознательно допускать эти последствия, либо относиться к ним безразлично, что означает наличие *косвенного умысла*.

Возможность *неосторожной* формы вины ст. 128 УК РФ исключает. Представим ситуацию, при которой врач в силу недобросовестного отношения к своим профессиональным обязанностям не предпринимает необходимых действий по осмотру доставленного в приёмный покой лица, целиком полагаясь на мнение врача ПНД, врача “скорой” или на информацию, сообщённую родственниками пациента, преследующими цель ввести врача в заблуждение относительно психического состояния госпитализируемого. В данном случае врач предвидит вероятность наступления общественно опасных последствий своих действий (*бездействия*), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение этих последствий, что достоверность сведений найдёт подтверждение после госпитализации лица (*неосторожность в форме легкомыслия*) либо не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предупредительности должен был и мог предвидеть эти последствия (*неосторожность в форме небрежности*).

Ситуации, подобные описанной, возбуждение уголовного дела по ст. 128 УК РФ не влечут, т.к. по правилам ч. 2 ст. 24 УК РФ, деяние, совершенное только по неосторожности, признаётся преступлени-

ем лишь в случае, когда это специально предусмотрено в самой статье Особенной части УК РФ. Поскольку в ст. 128 указания на неосторожную форму вины (по признаку использования служебного положения) не содержится, уголовно-наказуемыми считаются только умышленные действия врача.

Как следует из приговора, вопрос о форме вины О. Андроновой вообще не исследовался. В любом случае наличие в её действиях умысла следствием и судом не доказано. Отсутствие в деянии лица всего лишь одного из четырёх признаков состава преступления (в данном случае субъективной стороны) исключает уголовную ответственность по соответствующей статье УК РФ.

Речь может идти о непрофессионализме, недостаточной квалификации врача, приведших к её добросовестному заблуждению в отношении психического состояния Б. Либо случившееся может быть следствием недобросовестности, небрежности, невнимательности, непредупредительности врача. В последнем случае действия (*бездействие*) врача могут квалифицироваться как *халатность* (ч. 1 ст. 293 УК РФ). Это преступление небольшой тяжести.

Астраханская область, как мы видим, незаконных госпитализаций врачам-психиатрам не прощает.

Так, приговором Володарского районного суда Астраханской области от 2 октября 2012 г. врач-психиатр поликлиники МУЗ “Володарская ЦРБ” Купенов М. У. был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 293 УК РФ “Халатность”. Купенов был оштрафован на 15 тыс. руб.

Купенов как должностное лицо по признаку выполнения организационно-распорядительных функций в указанной больнице, не надлежаще исполняя возложенные на него должностные обязанности, нарушил положения ст. 11, 23, 28, 29 Закона о психиатрической помощи путём небрежного отношения к своей работе. Купенов, не проверив должным образом документы, не проводя обязательного психиатрического освидетельствования, на основании лишь заявлений родственников выставил М., не состоящей “на учёте” у психиатра, диагноз и принял незаконное решение о направлении М. на госпитализацию в ГУЗ ОКПБ. На основании оформленного им направления на госпитализацию силами сотрудников полиции и медработников потерпевшая против её воли была незаконно помещена в психиатрический стационар. При этом Купенов при необходимости внимательности в ходе рассмотрения заявлений родственников М. мог и должен был провести её освидетельствование для установления диагноза и рассмотрения вопроса о госпитализации. Судом установлено, что Купенов поддался на уговоры родственников и осуществил незаконное помещение М. в психиатрический стационар.

По заключению СПЭ эмоционально-волевые расстройства М. не находились в состоянии декомпенсации. Она понимала характер и значение своих действий, могла руководить ими на момент госпи-

тализации и в предшествующий период. Имеющиеся у М. нарушения психики не давали оснований для её стационарного лечения в недобровольном порядке.

Ненадлежащее исполнение врачом-психиатром своих должностных обязанностей повлекло существенное нарушение прав и законных интересов М., выразившееся в нарушении конституционных прав последней, закрепленных в ст. 22, 23, 27 Конституции РФ. Будучи незаконно помещённой по решению Купенова в психиатрический стационар, М. была лишена права на свободу, защиту своей чести и доброго имени, а также права на свободное передвижение.

При ознакомлении с материалами уголовного дела Купенов заявил ходатайство об особом порядке судебного разбирательства и постановлении приговора без проведения судебного разбирательства в связи с согласием с предъявленным обвинением. В судебном заседании он заявил, что признаёт себя виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 293 УК РФ по признакам халатности, т.е. ненадлежащее исполнение должностно-

стным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного и небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан.

Признание подсудимым вины, раскаяние в содеянном суд признал смягчающими вину обстоятельствами.

В этом поучительном деле о раскаявшемся враче среди прочего представляет интерес тот факт, что лицом, непосредственно осуществлявшим недобровольную госпитализацию, следствие назначило врача-психиатра поликлиники, выписавшего направление в стационар. К врачу-психиатру приёмного покоя (дежурному врачу) у правоохранительных органов и суда вопросов почему-то не оказалось. Мы даже не знаем, есть ли вообще такой врач в Володарской ЦРБ. Очевидно лишь то, что не только врачам приёмных отделений, но и врачам ПНД и поликлиник есть над чем задуматься. Они тоже могут оказаться "крайними". И это справедливо. На очереди врачи-психиатры бригад "скорой".

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.**

**ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
СУДЕБНЫЙ И ВНЕСУДЕБНЫЙ ПОРЯДОК
(Вопросы и ответы). — М., 2018. — 224 с.**

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

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Неуважение к воле душевнобольного

Как часто мы сталкиваемся со случаями, когда дети или другие члены семьи не заботятся при жизни о своих душевнобольных родственниках, порой не только не поддерживают и не навещают их, но вообще ничего не знают об их жизни, некоторые даже не приходят на похороны, но сразу после смерти предъявляют свои права на наследство и оспаривают завещания, если они написаны не в их пользу. А эксперты не слишком утружддают себя необходимостью разбираться в состоянии человека с зафиксированным психическим расстройством на момент оформления завещания или совершения какой-либо сделки с имуществом, и без особых обоснований делают заключение о неспособности человека понимать значение своих действий и руководить ими. А ведь порой состояние меняется очень существенно. Перед вами пример человека, который на протяжении жизни страдал биполярным психическим расстройством, причем в межприступный период он был абсолютно адекватным человеком и хорошо понимал, что делает. Однако эксперты отказывают ему в праве самому решать, как распорядиться своим имуществом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА на заключение посмертной судебно-психиатрической экспертизы СМИРНОВА Игоря Ивановича¹ (1951 – 2016)

Настоящее заключение составлено 25 мая 2017 г.
по запросу представителя ответчика по доверенности Газиева Мишеля Сардаровича,

на основании представленной им ксерокопии заключения комиссии экспертов № N от ... 2017 г. посмертной судебно-психиатрической экспертизы Смирнову И. И., 1951 г. рожд., проведенной в КПБ № 1 им. Н. А. Алексеева, для ответа на вопрос:

Мог ли Смирнов И. И. в момент подписания завещаний 12 апреля 2012 г. и 15 апреля 2016 г. понимать характер и значение своих действий и руководить ими?

Заключение написано на 11 страницах, из которых 9 страниц посвящены изложению констатирующей

части и 1 страница — ответам на 4 поставленных вопроса и их обоснованию.

Констатирующая часть написана достаточно полно, подробно и явственным образом строго добросовестно при всей сложности и противоречивости фактических данных. Это дает возможность проанализировать эти данные в разных аспектах не только с точки зрения психиатра, но и психолога: является ли волеизъявление в завещании Смирнова И. И. адекватным, исходя из его характера и жизненных обстоятельств, или было обусловлено психическим расстройством, если оно было констатировано в юридически значимые моменты?

Про Смирнова И. И. известно, что ему было 19 лет, когда его мать в климактерическом возрасте в 1970 г. покончила жизнь самоубийством (повесилась), что вызвало у него депрессию с идеями самоубийства. Он бросил обучение в ВУЗе, был призван в армию, где активно занимался общественной работой, попал в ДТП, получил травму позвоночника с последующей люмбошизгиией. Поступил в МГИМО, в период обучения несколько раз отмечались спады настроения, брал академические отпуска, после окончания института работал журналистом-международником. В 1978 г. женился, спустя год родилась дочь (истец по делу). Спустя 12 лет совместной жизни по инициативе жены они развелись, что было связано, судя по показаниям дочери, с его нетерпимым агрессивным поведением, характерным для маниакальных фаз, одна из которых привела к непредумышленному убийству жены. В 1992 – 1996 гг. находился в местах лишения свободы.

В 1996 г. отмечался первый зафиксированный в ПНД приступ болезни в форме маниакальной фазы.

Весной 1997 г. развилась депрессия, говорил, что “не переживет апрель из-за годовщины смерти матери, жены, близкого друга”, не спал, не выходил на работу, алкоголизировался, с утра до ночи на полной громкости слушал аудиозаписи Высоцкого, пытался “расшифровать” их, выделить особый смысл, часто молился, “общался” с пророком, слышал “голоса” со стороны, был агрессивен к дочери, выгнал ее из квартиры.

В мае-июне 1997 г. два месяца в маниакальном состоянии лечился в КПБ № 1 с диагнозом “маниакально-депрессивный психоз, смешанный тип”.

В июне-сентябре того же года три месяца повторно лечился с диагнозом “маниакально-депрессивный

¹ Ф.и.о. изменены.

психоз, затяжная депрессивная фаза, циркулярная”, но тоскливая депрессия не прошла, оформлена 2-ая группа инвалидности.

В октябре-декабре того же года снова лечился с тем же диагнозом и указанием “бредовой и галлюцинационной симптоматики не выявлено”.

В 1998 г. в результате квартирного обмена разъехался с дочерью, проживал в гражданском браке. В августе-октябре 1998 г. снова лечился в связи с депрессией в ПБ № 1, отмечались суицидальные мысли, диагноз: “маниакально-депрессивный психоз, циркулярный тип, затяжная депрессивная фаза”. Продолжал лечиться амбулаторно.

В конце 2000 года развилось выраженное маниакальное состояние с нелепым поведением на улице, был недобровольно стационирован в КПБ № 1, был дурашлив, первоначально выставлялся диагноз “шубообразная шизофrenия, острое психотическое состояние”, но полностью вышел из этого состояния и выписан с прежним диагнозом: “маниакально-депрессивный психоз, маниакальная фаза, циркулярный тип”.

В 2002 г. в ПНД отмечен спад настроения, на рубеже 2002 – 2003 годов проходил лечение в НЦПЗ, ПБ № 14. Диагноз “биполярное аффективное расстройство, эпизод мании, без психотических симптомов”.

В 2004 г. опять лечился в ПБ № 14 с депрессией и тем же диагнозом: “Биполярное аффективное расстройство, эпизод средней тяжести, без психотических симптомов”. С этого года инвалид 2-ой группы бессрочно.

В конце 2005 года начал вести себя неправильно, запирался, слушал записи Высоцкого, выходил голым на лестницу, алкоголизировался, недобровольно стационирован в КПБ № 1, был дурашлив, паралогичен, нелеп, подозрителен. Выписан с диагнозом “шизофрения шубообразная, аффективно-бредовой синдром F 20.02; церебральный атеросклероз”.

В феврале 2006 г. в ПНД отмечено депрессивное состояние, которое углубилось, и в марте-мае лечился в ПБ № 14 с диагнозом “биполярное аффективное расстройство первого типа, депрессивный эпизод, без психотических симптомов, хроническая ишемия головного мозга 1 – 2 степени, последствия ЧМТ с церебрастеническим синдромом и вегетативными бурыми”.

В 2007 – 2008 гг. в ПНД зафиксированы жалобы на периодически пониженное настроение и тонус, а в 2009 г. даже тоскливо-апатическое состояние, принимал сероквель, бреда и галлюцинаций не было, был упорядочен, медлителен, настроение ровное, периодически пониженное, без депрессивных идей.

3 февраля и 5 марта 2012 г. на регулярном приеме в ПНД (приходил за рецептом на сероквель) жалоб не предъявлял, настроение не снижено.

12 апреля 2012 г. **подписал завещание** на свою племянницу К., а в случае ее смерти завещал квартиру внучке А., а денежные средства гражданской жене Х.

В июне 2012 г. на приеме в ПНД (для получения рецепта) зафиксировано, что настроение оставалось ровным, сохранялась социально-бытовая адаптация.

В марте 2013 г., декабре 2014 г., мае и сентябре 2015 г. отмечались легкое снижение настроения, апатия, ослабление памяти, бред и галлюцинации отсутствовали, повышение АД до 160/90 и сахара крови до 13 ммоль/д. Диагноз: “гипертоническая болезнь 2 степени, сахарный диабет 2-ого типа средней тяжести”.

В декабре 2015 г. психотических расстройств не отмечалось, установлен диагноз “рак правого легкого с метастазами”. На рубеже 2015 – 2016 гг. преобладала слабость, похудание на 10 кг за год, в феврале-марте прошел три курса химиотерапии, но метастазы увеличились. Аналгетики не принимал.

6 апреля 2016 г. при осмотре в поликлинике — выраженная слабость, одышка в покое. 8 апреля при осмотре на дому отмечено тяжелое состояние с кахексией, АД 110/80, 13 апреля неразборчивая запись зав.амбулаторным отделением.

15 апреля 2016 г. **подписал завещание**, идентичное по содержанию завещанию от 12.04.2012.

1 июня при посещении медсестрой на вопросы отвечал правильно, речь внятная. В течение двух месяцев не выходил на улицу.

24 июня 2016 г. умер при явлениях раковой интоксикации.

Итак, анализируя имеющуюся в констатирующей части заключения информацию в свете заданных экспертом вопросов, мы видим, прежде всего, что содержание завещаний от 2 апреля 2012 г. и от 15 апреля 2016 г. совпадают, они вполне естественны и не содержат ничего неадекватного: все свое состояние Смирнов И. И. завещал племяннице К., а в случае ее смерти завещал квартиру внучке А., а денежные средства гражданской жене Х., с которой прожил 20 лет. Дочь после гибели матери сама фактически разорвала отношения с отцом. Разъехалась с ним, отказалась от примирения, не приняв во внимание его психическое заболевание, а сейчас, наоборот, апеллирует к этому заболеванию.

Психическое заболевание Смирнова И. И. было вполне обоснованно квалифицировано самими экспертами как “биполярное аффективное расстройство (F31 по МКБ-10)”. Из 10 стационарений в психиатрические больницы только один раз, на рубеже 2015 – 2016 гг., выставлялся диагноз “шизофрения шубообразная, аффективно-бредовой синдром”. В 2000 г. такой диагноз выставлялся только при поступлении, но был снят при выписке и не подтвердился при последующих стационарных и амбулаторных наблюдениях. Элементы шизофреноподобной симпто-

матики возникали на высоте маниакального возбуждения, на депрессивном фоне их не было.

Более того, эксперты пишут о том, что “межприступные периоды характеризовались отсутствием клинически очерченных колебаний настроения... и острой психотической симптоматики”. Но эксперты не смогли привести ни одного примера и хронической психотической симптоматики в юридически значимые периоды подписания завещаний. Даже в суммарном перечне психических расстройств во всех межприступных периодах хронических психотических симптомов ни разу не было.

“Астенические расстройства с указанием на его “дефектность”, “пониженный тонус”, вялость, слабость, медлительность, тоскливо-апатический гипотимный оттенок настроения с периодическим усилением тревоги, раздражительности” — не являются психотическими симптомами. Нагромождать такие расстройства там, где требуются не суммарные данные, а хронологически адекватные и клинически значимые по степени выраженности, — значит темнить, а не прояснять.

3 февраля и 5 марта 2012 г., т.е. за месяц до подписания завещания от 2 апреля 2012 г., на приеме в ПНД, куда Смирнов И. И. приходил за рецептом на сероквель, отмечалось, что он жалоб не предъявлял, а настроение не было сниженным. Спустя 2 месяца, в июне 2012 г., на приеме в ПНД, опять-таки для получения рецепта, зафиксировано, что настроение оставалось ровным и сохраняется социально-бытовая адаптация.

За неделю до подписания идентичного по тексту завещания от 15 апреля 2016 г., а именно 6 и 8 апреля 2016 г., отмечены выраженные слабость, одышка в покое, тяжелое состояние с кахексией, АД 110/80, без указания на наличие каких-либо психических расстройств. 13 апреля заведующий амбулаторным отделением оставил неразборчивую запись, а 1 июня посетившая Смирнова И. И. медсестра отметила, что на вопросы он отвечал правильно, и речь была внятной.

Ссылка экспертов на разноречия свидетельских показаний игнорирует отсутствие их хронологической привязки к юридически значимым моментам подписания завещаний, а полиморфизм симптоматики значим не своим разнообразием, а отсутствием психотического уровня всех своих проявлений. Имеющиеся в медицинской документации свидетельства о психическом состоянии Смирнова И. И. за месяц до подписания первого завещания и спустя два месяца после него и за неделю до подписания второго завещания и спустя полтора месяца после него убедительно свидетельствуют о правомерности экстраполяции этих данных на юридически значимые моменты в силу того, что аффективные фазы Смирнова И. И., как депрессивные, так и маниакальные, всегда длились существенно дольше этих пробелов. Наконец, адекватность завещаний и их идентичность, не изменившаяся за прошедшие четыре года, позволяют с полной определенностью судить о достаточно стабильном психическом состоянии в эти периоды.

Из 4 заданных экспертам вопросов первые два сформулированы нетрадиционно: страдал ли Смирнов И. И. в момент подписания завещаний каким-либо психическим заболеванием или иным расстройством психики? Корректно ответить на такой вопрос “да/нет” невозможно. Необходимо сказать: **Смирнов Игорь Иванович страдал приступообразным психическим расстройством, а именно биполярным аффективным расстройством, но в момент подписания завещаний 2 апреля 2012 г. и 15 апреля 2016 г. это расстройство, в силу межприступного периода, никак не проявлялось** (ответ на первый и второй вопросы суда), и потому в момент подписания завещаний 2 апреля 2012 г. и 15 апреля 2016 г. **Смирнов Игорь Иванович понимал характер и значение своих действий и мог руководить ими** (ответ на третий и четвертый вопрос).

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

ПСИХОТЕРАПИЯ

Тело и психика — взгляд психотерапевта XXIII Консторумские чтения

22 декабря 2017 г. в Москве состоялись очередные, уже XXIII-е Консторумские чтения, которые с 1994 года ежегодно проводит Общество клинических психотерапевтов НПА России (председатель проф. М. Е. Бурно). На этот раз была выбрана тема “Тело и психика — взгляд психотерапевта”.

На Консторумских чтениях традиционно собираются врачи-психиатры, психотерапевты и психологи, для которых проблема психотерапии представляет особый интерес. Частый гость на них — священник Георгий Кочетков, который позволяет присутствующим понять, как наиболее просвещенные священнослужители относятся к психическим болезням, как можно выстроить взаимодействие между врачами и священниками, какова роль церкви в вопросах психотерапии.

Научно-практическая конференция Консторумские чтения” как всегда состояла из двух отделений и завершилась концертом **Психотерапевтического реалистического театра-сообщества** (руководитель И. Ю. Калмыкова) “Связующая нить души и тела”.

Приводим краткое содержание некоторых выступлений на конференции.

С вступительным докладом “Введение в тему: тело и психика — взгляд психотерапевта” выступил президент НПА России врач-психиатр **Ю. С. Савенко**

“Тема, избранная для настоящих, XXIII-х Консторумских чтений, — “Тело и психика — взгляд психотерапевта”, как всегда, фундаментальна и многоаспектна. Это центральная для психиатрии тема соотношения тела и души, понимание того, **на что и как действует психотерапия**. Но поднимая и акцентируя ее, было бы ошибкой повторять расхожие представления советской эпохи, которые в подавляющем большинстве опирались на наивные детерминистские представления механицистской физиологии вульгарных эпигонов Павлова, ударившие на двух Павловских сессиях 1951 г. по его самым выдающимся ученикам и привели к 15-летнему интеллектуальному спаду типовых физиологических, психологических и клинических представлений, следы которых в косвенной форме все еще не редкость.

Им наиболее убедительно и ярко противостояли наследие Алексея Алексеевича Ухтомского и операющее эпоху творчество Николая Александровича Бернштейна. Центральная нервная система не един-

ственная и не деспотическая инстанция. Организм действует как целое.

Хотя понятие “первичного Я”, как “телесного сознания”, сформулировал выдающийся лидер венской школы Теодор Мейнерт еще в 80-х годах XIX века, а понятие “схемы тела” — Пауль Шильдер в 1923 г., которое, согласно исследованиям Клауса Конрада, “всегда динамично”, в концептуально философском плане **радикальный поворот в осмыслиении значимости тела**, намеченный Фридрихом Ницше его знаменитой репликой: “Я не следую вашим путем, презирающим тело”, связан с феноменологией Э. Гуссерля, для которого “мое живое тело” играет ключевую роль как “центральное звено” для конституирования мира внешнеположных друг другу объектов. Его французский последователь Морис Мерло-Понти, вслед за Габриэлем Марслем, третью своей знаменитой работы “Феноменология восприятия” (1945) посвятил феноменологическому анализу тела. Это не абстрактные теоретические рассуждения, а многие десятки страниц анализа **под новым углом зрения** одного единственного больного с ранением затылочной области, тщательнописанного и исследованного Адемаром Гельбом и Куртом Гольдштейном. И приходит к выводу, что именно “тело — это субъект восприятия” и что “видят не глаза, и не душа, а тело, как открытая целостность”. “Тело — постоянный фон для всегда готовых исчезнуть объектов, выступающих в единстве фигура — фон на двойном горизонте внешнего и телесного пространства. Части моего тела охвачены друг другом, а не развернуты рядом друг с другом”. “Движение и фон, на котором оно существует, — цитирует он Гольдштейна, — это лишь искусственное разделенные аспекты одного уникального целого”. “Мое тело (а не универсальное конституирующее сознание) это то смыслополагающее знаковое ядро, которое проявляет себя как общая функция, которая в то же время живет и может быть поражена болезнью”.

Это представление о теле, как “экзистенциальной опоре всего сущего” (Г. Марсель) корреспондирует с концепцией Организма Курта Гольдштейна, который убедительно аргументировал предпочтительность целостного понятия организма, постоянно стремящегося к возможно наибольшей в меняющейся среде самоактуализации, — представление, которое не может быть заменено иерархической пирамидой его ученика Абрахама Маслоу. Фундаментальное значение имеет

установленное Гельбом и Гольдштейном качественное различие между абстрактной и конкретной установками в отношении как моторики, так и поведения.

За прошедшее с этого времени полстолетия эти представления развивались не только в русле экзистенциальной феноменологии, и не только философии, как в недавно вышедшей в свет содержательной монографии Валерия Подороги. Параллельно также активно развивались психодинамическое и психосоматическое направления.

Экзистенциально-антропологический бум, как реакция на уже Вторую мировую войну, Холокост и уничтожение психически больных пронацистски и конформистски настроенными психиатрами, сник к 70-м годам. И так же как психодинамический развернулся на множество течений.

Значительную роль сыграла монография выдающегося клинициста Ганса-Йорга Вайтбрехта “Критика психосоматики” (1955), показавшая научную и практическую несостоятельность многих модных представлений. Радикальный пересмотр представлений об истерии, неврозах, соматических заболеваниях был зафиксирован в МКБ-10, но далеко не во всем лучшим образом. Так называемые психосоматические заболевания — это сборная группа разнообразных соматических заболеваний, возникновение или декомпенсация которых у личностей определенного склада носит психогенный характер. Этот психогенез соматических заболеваний и эти представления о психосоматических типах личности и специфических ситуациях опроверг Вайтбрехт.

Характерно, что подобно тому, как у ряда больных “внутренняя картина болезни” принимала гиперболический, искаженный, устрашающий характер, так и у исследователей этих больных, в силу односторонности их установок, изоляции от критики, распространения найденных удачных корреляций на все случаи, в свою очередь возникали не менее мифологичные на свой лад концепции. История психосоматической медицины — поучительный урок красиво сложившегося, но тем не менее ложного пасьянса. Многие случаи пищего спазма, спазма взора, избыточного веса и т.д. лечатся хирургически. Любая болезнь носит психосоматический характер, так же как клиническая психиатрия всегда является социальной психиатрией.

Место психосоматических расстройств заняли в МКБ-10 так называемые соматизированные расстройства, т.е. те разнообразные неотвязные соматические симптомы, при которых все исследования не обнаруживают объективных отклонений. Это открывает простор для новых клинических и экспериментальных исследований и психотерапевтических интервенций.

Это все — с общеконцептуальной точки зрения. С практической, технической стороны в отношениях с собственным телом возможно все разнообразие: безраздельное отвлечение ответственной деятельностью

или различные формы отчуждения, когда тело — партнер, с которым на “ты”, или как угодно иначе, даже — “так тебе!”, и за каждую провинность самонаказание вплоть до удара плетьью, или наоборот, безусловная слитность с телом, даже с его болью и попытка ритмически ею управлять и модулировать, как например, в родах, все манипулятивные хитрости и их комбинации, с определенным стереотипным алгоритмом или наоборот неожиданными творческими, экспромтом, поворотами...

Принципиальная особенность и преимущество клинического психотерапевта, что он врач-психиатр, а исходно врач широкого профиля — соматолог, и очень важно для психиатра держаться современного общемедицинского уровня. Пренебрежение телом, биологическим фундаментом характерно для психологов-психотерапевтов. Между тем, тело — это предмет медицины, а психиатрия, оторванная от тела (организма), не была бы медицинской дисциплиной.

Индивидуальный личностный подход часто упускает из вида, что в понятие личности входит ее приватный мир, т.е. система социальных связей, ценностей, предпочтений, личных вещей и ландшафтов, что включает ее в конкретный исторический контекст места и времени.

Завершенные и, таким образом, закрытые проблемы, легко догматизируются, тем самым изживая себя. Постоянная работа с больными, сознательно нацеленная на индивидуальную работу, — лучшее средство от догматики шаблонов, провоцирующее творческий подход. Новизна психотерапевтического подхода — не в новых психотерапевтических методах, а в адекватном выборе системы методических приемов и во все более глубокой тонкой и полной конгруэнтности используемых психотерапевтических средств личности индивидуального пациента”.

Врач-психотерапевт А. В. Александрова и теоретик музыки П. В. Маркина рассказали о том, как они проводят музыкальные занятия в рамках Терапии творческим самовыражением по М. Е. Бурно.

“Гармония в музыке — это, гармония, вероятно, появившаяся из крика, плача, из растянутых по песенному слогов, слов. Изначально рожденная человеком, она менялась и усложнялась на протяжении веков. Очевидно и то, что по музыке разных периодов развития человечества, можно многое понять о людях, живших в разные времена в разных местах планеты. Каждый композитор, музыкант выражал (и выражает) себя музыкой согласно своей природе, своим врожденным характерологическим особенностям. Музыка — отпечаток души человека, в котором, мы в прямом и клиническом смысле ищем звучное нам переживание. Наши музыкальные занятия построены на размышлениях о жизни и творчестве композитора и особенностях психики, благодаря которым, человек может тонко сопереживать музыкальным произведениям. Выводы пациентов по поводу особенностей ха-

XXIII Консторумские чтения

рактера композитора, сделанные из биографии, нужно подтверждать ощущениями, возникающими во время прослушивания музыкальных отрывков. И наоборот — то, что почувствовали и интуитивно поняли из музыки, нужно обосновать фактами биографии композитора. И тогда разрозненная мозаика мыслей и чувств начинает складываться и приобретать отчетливые очертания. Особенность занятий в том, что их нельзя преподать быстро, чтобы вслушаться, вчувствоваться в музыкальное произведение нужно внимание, время и обязательно — грамотно подобранный материал человеком, который разобрался и в музыке и в основах характерологии. Только при этих условиях можно “разбудить” эмоции пациента и побудить его к размышлению о характерологической природе композитора с целью поиска пациентом своегоозвучия с происходящим в психотерапевтической мастерской, а самое главное — поиска себя, своей неповторимости. Наши занятия пополнились уже неоднократно случившимися беседами о Рахманинове, Стравинском, Свиридове, Прокофьеве и т.д.

О занятии “Иоганн Себастьян Бах, характер и творчество”.

В докладе представлены отрывки занятия, звучала музыка Баха, цитаты беседы с пациентами, многие из которых говорили о синтонности Баха, но при этом испытывали возвышенные чувства. На занятии возникла катарсисоподобная атмосфера.

Валерия: До этого я не слушала Баха, относилась к нему спокойно. Я восхищаюсь тем, что Бах был сегодня как живой! Совершенно потрясающая музыка. В нем для меня есть сочетание и синтонности, и аутичности.

Наталья: Для меня музыка, которую мы сейчас слушали, как воздух. Человек дышит, не замечая, как он дышит, делает вдох, выдох. И вот эта музыка вроде бы настолько понятна и, в то же время, возвыщена по-человечески. Возникает ассоциация с переплетенными узорами, которым нет конца. Этот узор то вверх, то вниз, то глубоко, то на поверхности...

Мария: Когда мы слушали на первых занятиях Моцарта. И было ясно, что среди радужного возникает совершенно тревожная или даже страдальческая нота, здесь происходит тот же оборот. Особенно это слышно в прелюдии ми-минор. На какой-то момент я подумала, что слушаю Моцарта. Там идет постоянная игра настроений.

Полина: У Баха однозначно была синтонная телесность, посмотрите на портреты. Вот мне до конца так и не понятно, проникновенные места в музыке Баха — они глубокие по аутистическому или по-синтонному. Ощущение, что радикалы сплетаются в единое целое, где и не поймешь, что от кого. Однозначно есть глубокая, мощная чувственность, одновременно с тонкостью и собственным пониманием феномена бога — вне контекста эпохи, это слышно по музыке.

Заключение А. В. “Как всё непросто. Как правильно говорили сегодня — до Баха нужно дорasti. Вот так получилось, что слушала его каждый день и по-долгу. Сначала обнаружила, что много Моцарта слышу в Бахе, как сегодня говорили на группе. Ведь вот у Моцарта есть невероятно скорбная вещь — Реквием, особенно часть, которая называется Лакримоза (Слёзная), но там столько торжественного прекрасного — торжество жизни перед лицом смерти. Оченьозвучно Баховскому.

Как сказала Валерия, “когда слушаю его как в океане плаваю”, но думается это не океан Солярис, а океан чувств, океан торжества жизни. Порой рождается щемящее чувство бренности человеческого существа, оно сменяется чувством спокойной радости бытия. Проникаешься чувством естественной гармонии музыки Баха, необходимой как вдох. Чувствуя в музыке и настроение и танец и бытовые картинки и торжественное... Всё не каменное, а легкое как дыхание. А если о боге... чувствую живого бога, сострадающего нам, создавшего эту сочную, многоголосую прекрасную жизнь. И пришло понимание того, что у Баха гениальная естественная одухотворённая музыка.

Поговорим об аутистической гармонии. Я помню, как Софья Асгатовна Губайдулина говорила о том, что вся её жизнь подчинена божественному аккорду, который “звукит внутри меня”. Этот аккорд невероятного неземного звучания, и я не могу больше ничего серьёзно так в жизни делать как то, что пытаюсь воспроизвести эту музыку, я как ослик за травкой вечно иду за этим аккордом. Вся моя жизнь подчинена этому”. Маленькая худенькая женщина. (Она разрешила её процитировать). Ещё... Мы с вами смотрели картины Нестерова. Там человеческие фигуры, не так выражен символизм, но картины пропитаны духом, гармонией вечного и бесконечного, мне они видятся несколько неподвижными. Я когда готовилась к занятию, смотрела картины Нестерова и ставила различную музыку Баха и обнаружила для себя, что по сравнению с этими картинами музыка Баха очень естественная, подвижная... Не думаю, что Бах существует всецело в такой аутистической гармонии (не слышу этого). Искусство фуги слышу как аутистическое кружево. Это так. Возможно это аутистоподобность, или если можно было бы себе представить аутиста и реалиста в равных пропорциях, но это, наверно, было бы близко к шизофреническому характеру. Есть ядро а есть подобность. Думаю, что у Баха ядро характера — естественность, реалистическое ядро, глубоко одухотворённый реалистический радикал, обрамление аутистоподобное. Но это я так чувствую его музыку... Возможно для кого-то он останется аутистом, или полифонистом. Главное сегодня произошло — мы услышали его музыку и немного изменились. Мы задумались — какой человек мог написать такую гениальную музыку, насколько онаозвучна нам. Откликнулись все, многие почувствово-

вали себя лучше. Я очень рада, что сегодня никто не остался равнодушным. Спасибо, великолепное занятие.”

Студент-медик 6 курса, староста студенческого психиатрического кружка Д. С. Радионов выступил с сообщением на тему “Виртуальность как психопатологическая и психотерапевтическая проблема”, подготовленном совместно с психиатром-психотерапевтом Б. А. Воскресенским. Вот тезисы его выступления:

“Понятие витальность рассматривается философией, антропологией, медицинскими науками. Оно по-своему обозначает “тайну жизни”, “загадку человека” — соотношение материи (тела) и психики (души, духа). В клинической психиатрии оно выступает как симптом, предпочтительно встречающийся при аффективных расстройствах и нарушениях самосознания.

С позиции “сомы” (тела) витальность представляет собой активность физиологических процессов, которые обеспечивают функционирование систем органов, биологическое существование человека. Она динамична: человек рождается, развивается, проявляет как биологический объект. Со временем она угасает — девитализация-смерть. Это не только структурное, материально-преобразование. Языковая модель человека, предложенная Анной Вежбицкой, включающая, в частности, слова “живь” и “умирай” позволяет утверждать, что витальность — это и психический (а в случаях душевной болезни и психопатологический) феномен (Воскресенский Б. А., 2016).

Явственнее всего витальность соотносится со знаменем аффективности. Снижение жизненного тонуса отмечается при депрессивном синдроме. Уменьшается стремление к удовлетворению биологических потребностей. Этот дефицит, переходя на ценностный уровень (мы имеем ввиду трихотомическую концепцию человека), преобразуется в ангедонию: пациенты не получают удовольствия от социальных контактов, общения с близкими и т.д. Обратная динамика наблюдается при маниакальном синдроме с развитием ядерного расстройства — аллюпии. Такие изменения Х. Шарфеттер описывал, как маниакальная гипервигильность и депрессивная девитализация, наблюдавшиеся им при эндогенных расстройствах. Снижение энергетического тонуса (энтропия в понимании физиков, витальность в медицине) прослеживается и в целистно рассматриваемой динамике эндогенных процессов. Уже в начале заболевания у пациентов “уходит жизненная сила”. Течение процесса одна пациентка описывала так: “снижение жизненной активности”. В работах, посвященных изучению шизофрении, Э. Минковский оценивал утрату витального контакта с окружающим, как основное расстройство. Его пациент описывал свое состояние следующими словами: “устралил эмоциональность в отношении всей реальности... я существую телесно, но у меня нет

никакого внутреннего чувства жизни (*наше: витальности*), я больше ничего не чувствую, утратил контакт с жизнью” Изменение витальности прослеживается и при синдроме Котара: “внутри пусто, умираю”.

Нередко такому ипохондрически-катастрофическому переживанию предшествует недифференцированное крайне тягостное ощущение надвигающейся угрозы, локализующееся в области сердца.

По-иному изменение витальности переживается при кататоническом ступоре: “умерла телесно”, — в таких словах воспроизводила пациентка переживания острого психотического состояния.

Витальная деперсонализация — тесно связанные друг с другом протопатические, недифференцируемые ощущения и эмоции — обособляется в работах Е. Б. Беззубовой (1993), И. И. Сергеева, А. Я. Басовой. Она разворачивается на перцептронном уровне, а в последующем “поднимается вверх”, усложняется, рефлексируется, преобразуется в болезненную психическую анестезию.

Итак, феномены витального круга выявляются в структуре различных психопатологических расстройств. Изучение их синдромальных и клинико-нозологических особенностей, осуществляющееся с позиций трихотомии — задача дальнейших исследований”.

Психиатр-психотерапевт Л. В. Махновская рассказала о попытке осмыслить беседы Антония Сурожского в контексте психотерапии. Ее сообщение было построено на основе неоднократно проводимых с пациентами занятий группы Терапии творческим самовыражением (по методу М. Е. Бурно) об Антонии Сурожском. “Эти занятия нашли особый отклик у пациентов с преобладанием психастеноподобных (дефензивных) расстройств и черт характера, в том числе и у пациентов с деперсонализацией. Данным пациентам присущи переживания измененности, нечеткости ощущения собственного “Я”, сопряженные с постоянным стремлением ощутить “ускользающий” жизненный смысл и внутреннюю духовную и нравственную опору. Эти пациенты, большей частью предрасположенные к реалистичному мироощущению, с одной стороны, не способны ярко, полнокровно чувствовать собственное “Я” и окружающую реальность, а с другой стороны, не находят опоры в Боге (не могут почувствовать божественное начало). Тут возникает аналогия с образом “Недоноска” из стихотворения Е. Баратынского: “Я из племени духов, но не житель Эмпирея, и, едва до облаков взлетев, паду, слабея.”; “Мир я вижу как во мгле; арф небесных отголосок слабо слышу...”.

Для пациентов с такими духовно сложными переживаниями, занятие, посвященное Антонию Сурожскому, помогает многое прояснить в себе. Это объясняется, по-видимому, особым строем души Антония Сурожского и уникальностью его проповедей и бесед.

XXIII Консторумские чтения

Митрополит Антоний (1914 – 2003 гг.) — епископ Русской православной церкви в Великобритании, родом из семьи русских эмигрантов. В 14 лет в момент чтения евангелия осознал “достоверно”, в пределах своего “личного опыта” присутствие рядом с собою в комнате Христа, почувствовал, что Бог несет в себе Любовь. Как сам Антоний, с его клиническим врачебным мышлением, говорит: не важно, как назвать его яркое переживание, психозом или Встречей с живым Богом. Важно, что это событие осветило всю его жизнь и определило его призвание — служить людям и нести им божественную Любовь. Многие годы был, одновременно, практикующим врачом и монахом в миру, совершив тайный постриг. “Выдающимся хирургом никогда не был (в отличие, напр., от священника-хирурга Войно-Ясенецкого, — Л. М.), но была глубокая жизнь взаимных отношений” (цитата по А. Сурожскому). Проводил последние ночи с умирающими солдатами в госпитале, каждый больной, который позовет, был для него “хозяином”.

Антоний о Христе: “По любви к человеку Бог стал именно таким: беззащитным, до конца уязвимым, бессильным, безвластным, презренным для тех людей, которые верят только в победу силы”. По-видимому, это понимание Христа перекликается с образом Спаса на иконах Андрея Рублева, в отличие от более древнего иконографического образа Спаса Ярое око (“Страшное око, от которого ничто утаиться не может!”).

Говоря на языке клинической характерологии, мы можем предполагать, что характер Антония Сурожского был многогранно-мозаичным. При ярком ведущем аутистическом радикале (с идеалистически-религиозным мироощущением), присутствует большая доля реалистоподобного (психастеноподобного, и даже м.б. синтоноподобного), которое выражается во врачебно-реалистическом, психологически тонком видении мира и человека, призыве к подлинности и содержательности человеческих отношений и переживаний. Важно также отсутствие всякой авторитарности и однозначности. Ставя во главу угла Человека, чувствуя в каждом человеке “Значительность”, мог отойти от строго толкования церковных канонов, видоизменяя, преломляя их через призму человеческой индивидуальности. Учитывая еще особый дар ясности, простоты и поэтичности языка, его беседы, лекции и проповеди, становятся понятными и людям неверующим, но ищущим ответы на многие экзистенциальные вопросы.

В ходе наших групповых психотерапевтических занятий об Антонии Сурожском пациенты стремились прояснить для себя насколько им близко учение Антония, что лично для себя они могут взять из его бесед, свое отношение к религии. Дефензивные пациенты шизоидного (аутистического) склада в результате занятий проясняют свое мироощущение, тонкие оттенки своего религиозного чувства, быть может,

устремляются по пути к Вере. Дефензивные (с психастеноподобностью) пациенты с реалистическим мироощущением, оставаясь неспособными почувствовать божественное начало, находят моменты созвучия с учением Антония. В частности в том, что они по своей природной сущности стремятся следовать в жизни тому “универсальному нравственному закону” (выражение пациентов), единому, как для верующего, так и для неверующего, который так выразительно ясно звучит в изложении Сурожского. Этот “нравственный закон” для них целесообразен, невыполнение его приводит к душевной боли, усилиению болезненного тревожного самоанализа. Беседы Антония Сурожского помогают таким тревожным дефензивным пациентам идти в своем духовном поиске по тому “громадному полю … между “есть бог” и нет бога” (по выражению А. П. Чехова), и находить там свою индивидуальную тропинку…”.

В докладе были освещены также другие, важные для практической психотерапии, аспекты бесед Антония Сурожского, такие как толкование Антонием понятия “память смертная”, пастырские рекомендации обращенные к пожилым немощным людям, подробно разработанные рекомендации по оказанию духовной помощи тяжело больным и умирающим людям.

Психиатр-психотерапевт **К. Е. Горелов** выступил с сообщением на тему “*К проблеме целостности психотерапевтических и реабилитационных усилий с учетом единства психического и телесного в человеке*”, в котором привел несколько конкретных примеров классической клинической психотерапевтической работы со сложными пациентами Психоневрологического диспансера № 20 (после реформы, филиала № 3 ПБ № 13) и с позиции целостного подхода к пониманию личности человека, личности пациента и, соответственно, помощи, оказываемой ему. Он так определил свое понимание работы психотерапевта классического клинического направления.

“Наше большое профессиональное сообщество составляет много специалистов, так называемых, помогающих профессий: психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, тренеров всевозможных духовных и физических оздоровляющих “практик”.

Часть профессионалов тяготеет к полюсу духа, теоретичности, “идеалистического”, в широком смысле этого слова. Работает с миром идей, в том числе, философических, схем, символов. С миром психологических концепций (психодинамических, экзистенциально — гуманистических, религиозных и др.), с построением психотерапевтической работы “внутри них”, в соответствии данными теоретическими знаниями — конструкциями, с одной стороны.

Часть специалистов строит свою работу у противоположного полюса — биологии, практики, непосредственного контакта с реальностью, с другими людьми и со всем “вещностным”, через “телесное”, в

широком смысле. Условно сюда можно отнести использование многообразных средств научно обоснованной фармакологической терапии (в том числе, психфармтерапию), так называемую, биологическую терапию. Здесь же большое поле телесно — ориентированных психотерапевтических методов. И многое другое, связанное с телесностью, вплоть до вульгарно-приземлённых обучающих практических курсов вроде “удержания жены, мужа”, практик “пикапинга” для мужчин и для женщин и пр.

Думается, что большинство людей в своей жизни нуждается в гармоничном соотношении “высокого” — одухотворенного и телесного — “земного”. Как в здоровье, так и в случае возникновения психологических проблем, заболеваний, в частности.

Полагаем, что *психотерапевт классического клинического направления*, как никто другой, как *практик*, строящий свою работу на *естественнонаучной основе*, но, в то же время, *практик одухотворённый*, по прямому своему профессиональному и личностному предназначению, способен и должен находить оптимальное соотношение теоретического и практического, “духовного”, “душевного”, “философского” и “телесного”, земного, обыденного, — для каждого обратившегося за помощью человека.

Здоровье человека, по консолидированному научному и общественному мнению принято рассматривать, как многомерную целостность и определять (согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения), как “...состояние полного физического,

душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов”.

Руководством к действию и основным направлением в этой работе для нас явился опыт основоположника современной отечественной клинической психиатрической психотерапии С. И. Консторума: “Сущность этой психотерапии, конечно же, прежде всего в активировании, в мобилизации тех резервов личности, которые часто не разрушены, а лишь временно нарушены, заторможены, в стимулировании, т.е. прежде всего, в трудовой терапии и в трудоустройстве” (С. И. Консторум, 2010, с. 96).

Важнейшими практическими инструментами работы для нас явились основы классического клинического психотерапевтического метода Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно, 2002; М. Е. Бурно 2006; М. Е. Бурно 2012). С изучением с пациентами, в начале терапии, известных природных характеров и хронических душевных расстройств — в разнообразном творческом самовыражении. С обретением смысла своего существования, исходя из особенностей своего душевного склада, в том числе, и особенности клинической картины имеющейся болезни. С последующим одухотворенным осмыслением своей личностной творческой уникальности, индивидуальности, неповторимости. С обретением своей, по возможности полезной для других и целительной для себя, жизненной дороги. Побуждением посильнее пойти по этой дороге”.

(Окончание — в следующем выпуске журнала)

РЕКОМЕНДУЕМ

**3-й том Избранных глав
общей психопатологии и частой психиатрии
Исаака Михайловича Беккера
“ШКОЛА МОЛОДОГО ПСИХИАТРА”**

М., 2017

ОБЗОРЫ

XVII конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (часть 2)

На симпозиуме, посвященном созданию новой классификации психотропных препаратов, Hans-Jürgen Möller из Мюнхенского университета в Германии отмечал, что, хотя имеется значительный прогресс в области психофармакологии, сегодняшняя номенклатура приблизительно 200 препаратов, которые мы используем в лечении психических расстройств, создана 40 лет назад и к настоящему времени не является научно валидной и имеет ограниченную клиническую пригодность. Например, антипсихотические препараты используются не только для лечения психотических расстройств, антидепрессанты или антиконвульсанты, кроме лечения депрессий или судорожных расстройств, имеют несколько других важных клинических применений. В то время как остальная медицина заметно продвинулась к классификации лекарств, основанной на механизмах действия, мы, как отмечал автор доклада, все еще пользуемся нашей устаревшей таксономией. Для исправления существующего положения дел в 2008 г. пять международных научных и клинических фармакологических организаций (Европейский, Американский, Азиатский и Международный коллегиум нейропсихофармакологии, а также Международный союз фундаментальной и клинической фармакологии) создали рабочую группу для разработки новой номенклатуры. Предполагалось, что новая классификация должна (1) основываться на современных знаниях, (2) помогать клиницистам совершать информированный выбор "фармакологических шагов", (3) предусматривать систему наименований, которая бы не входила в конфликт с использованием препаратов, (4) быть ориентированной в будущее и способной принять новые типы лекарств без нарушения своей внутренней структуры.

Рабочая группа предложила продукт, названный ею NbN (neuroscience-based nomenclature — "номенклатура, основывающаяся на нейронауках"), в которой выделены 11 фармакологических доменов: ацетилхолин, ионные каналы, допамин, GABA (гамма-амино-масляная кислота), глутамин, гистамин, мелатонин, норадреналин, опиоиды, серотонин, литий и около десятка механизмов действия: агонист рецептора, антагонист рецептора, ингибитор обратного захвата, ингибитор обратного захвата и релизера, ингибитор обратного захвата и антагонист рецептора, ингибитор энзима, блокатор ионного канала, позитивный алло-

стерический модулятор и др. Комбинация этих терминов, по мнению создателей, позволяет описать сложные фармакологические характеристики любого отдельного препарата.

Как отмечает выступавший на данном симпозиуме Thomas Baghai из Регенсбургского университета, Германия, в настоящее время доступна NbN версия 2.1 (взрослые) и NbN C&A (дети и подростки). NbN2 содержит информацию о 441 препарате, девяти фармакодинамических механизмах действия, десяти доменах, показаниях к применению и побочных эффектах. Электронная версия этой классификации для смартфонов (NbN app для iOS и Android), по мнению автора, может применяться в учебном процессе для обучения студентов и резидентов по программе психофармакологии, а также в психиатрической практике для выработки психиатром общего с пациентом решения относительно назначения того или иного препарата.

Нельзя не заметить, что предложенная номенклатура довольно сложна для применения в повседневной клинической практике, потому в настоящее время разрабатываются альтернативные варианты.

Shigenobu Kanba из университета Кюсю в г. Фукуока, Япония, в своем докладе концентрируется на подходах **к преодолению разрыва между психопатологией и патологией мозга**.

Надежная диагностика в психиатрии, как отмечает Dr. Kanba, продолжает оставаться трудной задачей, поскольку психиатрический диагноз основывается, главным образом, на вербальном общении клинициста и пациента. Такой, не базирующийся на биологических данных диагностический метод, может нести в себе риск значительных диагностических расхождений и лишает диагноз биологической валидности.

Благодаря стремительному прогрессу нейрофизиологии и нейровизуализации психические расстройства рассматриваются сегодня как болезни мозга, обусловленные нарушениями в нейронных системах. По мнению автора доклада, два новых подхода представляются многообещающими в идентификации нарушений в нейронных сетях.

Первый — исследование гамма — активности коры головного мозга. При шизофрении спонтанная гамма-активность коры повышена на протяжении всего периода поддерживаемой звуковой стимуляции (acoustic steady-state stimulation), что отражает нару-

шения в нормальном балансе возбуждения и торможения. Схожесть повышенной спонтанной гамма-активности при шизофрении и повышенной спонтанной гамма-активности на моделях животных с гипофункцией NMDAR (Н-метил Д-аспартат-рецепторов) предполагает, что спонтанная гамма-активность может служить биомаркером сохранности Н-метил Д-аспартат рецепторов в парвальбумин-содержащих тормозных интернейронах (эти интернейроны участвуют в генерации гамма-ритма) у человека и у животных — моделей нейропсихиатрических расстройств.

Другой подход — магнитно-резонансная характеристика функциональных связей при функциональной МРТ в покое. Разработан алгоритм (Yahata et al, Nat Comm 2016), позволяющий идентифицировать расстройства аутистического спектра.

Michael B. First — профессор психиатрии в Колумбийском университете в Нью-Йорке, в своем сообщении анализировал **наиболее заметные различия между МКБ-11 и DSM-5**.

По завершении работы над МКБ-11 (май 2018 г.) клиницисты и исследователи получат возможность пользоваться и МКБ-11, и DSM-5. Для многих психиатров, по мнению Dr. First, знакомство с обеими диагностическими системами — необходимость, т.к. в своей исследовательской работе они нередко используют DSM, а в клинической практике — МКБ. Он отмечает, что работа по гармонизации двух диагностических систем привела к тому, что ненамеренные различия между ними были устраниены, сохранившиеся же являются концептуальными. Они включают в себя: (1) различия в метаструктуре (МКБ-11 сохраняет единую группу “Расстройства настроения”, тогда как в DSM-5 эта группа разделена на две: “Биполярные расстройства” и “Депрессивные расстройства”), (2) различия в способе определения расстройств: использование “Клинических описаний и диагностических рекомендаций” в МКБ-11 в противовес операционализированному (поддающемуся измерению) критериям DSM-5, (3) включение в одну систему категорий, которые не используются в другой. Например, в МКБ-11 введен Olfactory Reference Syndrome (удобоваримо перевести на русский такую англоязычную словесную конструкцию сложно, перевод, передающий смысл этого словосочетания — идеи отношения непсихотического или психотического уровня, связанные с ложным убеждением пациента о наличии исходящего от него запаха, неприятного для окружающих). В DSM-5 нет имеющегося в МКБ-11 комплексного посттравматического стрессового расстройства (Complex PTSD), отличающегося от типичного ПТСР тем, что сексуальная, эмоциональная или физическая травматизация, имеющая место в детском возрасте или связанная с насилием со стороны полового партнера, а также в ситуациях, когда пациент становится заложником, жертвой “потогонной системы производства”, военнопленным и в некоторых

других случаях, является либо повторяющейся, либо длительной. Нет там и затянувшейся реакции горя (Prolonged Grief Disorder). Категории, имеющиеся в DSM-5, но отсутствующие в МКБ-11: расстройство в виде неустойчивости настроения с хронической раздражительностью и пароксизмами гнева (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) и фетишистское расстройство (Fetishistic Disorder). Автор констатирует, что, хотя гармонизация структуры диагностических групп в обеих классификациях в значительной мере достигнута, для некоторых расстройств остаются различия в их определении и диагностике. По мнению Dr. First, ввиду отсутствия “золотого стандарта” для описательных диагностических определений, наличие альтернативного “операционализированного” подхода, используемого в DSM-5 может представлять определенные преимущества.

В отношении декларируемых Dr. First преимуществ “операционализированного” подхода и основывающейся на таком подходе DSM-5, позволю себе усомниться. Начну с цитаты из размещенного 29 апреля 2013 г. (за 3 недели до официального выхода в свет DSM-5) на сайте NIMH¹ сообщения тогдашнего директора Института Thomas Insel:

“Цель этого руководства [DSM-5], так же, как и всех предыдущих изданий, — пишет Dr. Insel, — дать общий язык для описания психопатологии. Хотя DSM изображалась как “Библия” для своей области, она, в лучшем случае, словарь, дающий набор терминов и определяющий каждый из них. В отличие от наших определений ишемической болезни сердца, лимфомы или СПИДа, диагнозы DSM основываются на согласии относительно групп клинических симптомов, а не на каком-либо объективном лабораторном измерении. В остальной медицине это было бы равнозначно созданию диагностической системы, основывающейся на характере боли в груди или особенностях лихорадочного состояния. В действительности, диагноз, базирующийся на симптомах и бывший никогда обычным в других областях медицины, за последние полвека был, по большей части, вытеснен, т.к. мы поняли, что одни лишь симптомы редко указывают на лучший выбор лечения. Пациенты с психическими расстройствами заслуживают лучшего. NIMH запустил проект “Критерии в области исследо-

¹ Национальный институт психического здоровья (National Institute of Mental Health — NIMH) — единственный в США федеральный психиатрический НИИ и самое большое в мире исследовательское учреждение, специализирующееся в области психического здоровья с ежегодным бюджетом порядка \$1,5 млрд. В глазах занимающихся наукой американских коллег Институт имеет особую значимость по той причине, что именно через NIMH происходит распределение в виде исследовательских грантов тех денег, которые выделяются федеральным правительством на проведение научных исследований в американской психиатрии.

В. В. Мотов

ваний” (Research Domain Criteria — RDoC) с целью трансформировать диагноз путем соединения генетической, визуализированной, когнитивной информации и информации других уровней для того, чтобы заложить основы иной системы классификации... Диагностическая система должна основываться на появляющихся данных научных исследований, а не на существующих в настоящее время категориях, основывающихся на симптомах. Вообразите вывод о бесполезности ЭКГ на том основании, что у многих пациентов с болью в груди не отмечалось изменений на ЭКГ. Это как раз то, что мы делаем на протяжении десятилетий, когда мы отвергаем биомаркер, потому что он не распознает имеющуюся в DSM категорию. Нам необходимо начать сбор генетических, визуализационных, физиологических и когнитивных данных для того, чтобы увидеть, как вся эта информация, а не только симптомы, группируется и как эти группы относятся с ответом на лечение. Именно поэтому NIMH будет переориентировать свои исследования, удаляясь от категорий DSM. Продвигаясь вперед, мы будем поддерживать исследовательские проекты, которые смотрят далее существующих сегодня категорий или подразделяют теперешние категории, чтобы начать разрабатывать лучшую систему..."

Заявление директора NIMH вызвало массу комментариев как в профессиональной среде, так и в СМИ. Ограничусь выдержками лишь из двух. Во влиятельном и наиболее читаемом (тираж более 3 млн. экземпляров) американском еженедельнике Time от 7 мая 2013 г. появилась статья: “Исследователи в области психического здоровья отвергают новую психиатрическую диагностическую “Библию”. “Буквально за недели до выхода в свет новой психиатрической “Библии”—DSM-5,— пишет Maria Szalavitz,— самый большой в мире спонсор исследований в области психического здоровья объявил, что не будет пользоваться новой диагностической системой при реализации своей научной программы — перемена, которую некоторые наблюдатели назвали “катализмом” и “потенциальным землетрясением”. Dr. Thomas Insel, директор Национального института психического здоровья, заявил на прошлой неделе в своем блоге, что NIMH переориентирует свои исследования в направлении прочь от категорий DSM”. Как отмечает автор, это изменение не затронет пациентов немедленно, но в будущем может привести к полному пересмотру определения расстройств психического здоровья. Все сегодняшние категории — от аутизма до шизофрении, могут быть заменены новыми, основывающимися на генетической, биохимической или получаемой посредством изучения нейронных сетей головного мозга информации. Психиатры, — пишет автор, — которых уже шатает от полного конфликтов рождения пятой классификации, чувствуют себя вдвойне потерпевшими”.

Matthew McKay, PhD, опубликовал 22 мая 2013 г. в Huffington Post статью под названием “До свидания DSM-V”², где он, в частности пишет: “Пятое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам уже здесь и мертвое по прибытии. Несколько недель назад Национальный институт психического здоровья (NIMH) объявил, что прекращает финансировать исследования, основывающиеся на симптоматических кластерах DSM, по одной причине: DSM не имеет отношения к установлению причин и лечению психологических проблем... Пятое издание [DSM] — просто передвижение нескольких стульев на палубе тонущего корабля. Выбрасывание за борт многоосевой системы диагностики и синдрома Аспергера, при добавлении расстройств в виде периодического переедания, на-копительства и экскориационного расстройства, не привело нас ближе к классификационной системе, которая объясняла бы, что случилось и направляла лечение, основывающееся на научных данных. Вскоре нам надо будет закончить то, что начал NIMH — опустить крышку, заколотить ее и похоронить Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам”.

Стоит заметить, что желание “похоронить” DSM-5, а заодно и МКБ-11, звучало (в одних случаях имплицитно, в других, как например, в сообщении Dr. U. H. Peters — заслуженного профессора психиатрии и психотерапии в Кельнском университете и бывшего президента немецкого общества психиатров и психотерапевтов — вполне определенно) в докладах коллег из Германии и Франции на симпозиуме: “Германо-французский диалог о развитии классической психиатрии”.

Отмечая, что франко-немецкая дружба остается “дружбой без языка”, Dr. Peters выразил убеждение, что данный франко-германский симпозиум символизирует новое начало — отход от глобалистского доминирования английского языка и начало движения в направлении плюрализма.

Послушаем Dr. P. Charbit — коллегу из Франции: “Тот, кто способен диктовать в научном отношении, как классифицировать психические болезни, тот может устанавливать и определять, кто является психически больным. Но он также получает возможность объявлять, кто может обращаться за психиатрической помощью, кого следует направлять в психиатрические больницы, определять направление развития медицины и устанавливать нормы в нашем обществе. Следовательно, он приобретает мощное влияние на общество”. Просматривая выступления участников франко-германского симпозиума, невозможно освободиться от впечатления, что, хотя никто из высту-

² Размещено: 05/22/2013 12:28 pm (http://www.huffingtonpost.com/new-harbinger-publications-inc/goodbye-to-the-dsmv_b_3307510.html).

павших не назвал по имени “левиафана”, который на протяжении последних четырех десятков лет устанавливает правила функционирования международного психиатрического сообщества, под вуалью политкорректности, его скрывающей, просматриваются буквы: АПА.

По мнению другого участника симпозиума — Dr. G. Such, психопатология сегодня заменена “атеоризмом” и современная психиатрия пребывает в состоянии кризиса.

Сопредседатель симпозиума Dr. Peters выражал тревогу в связи с тем, что сегодняшние технологизированные методы исследования мозга человека вытеснили общую психопатологию, которая воспринимается немалым числом современных исследователей как нечто отжившее, и призвал вспомнить классическую психиатрию и психопатологию. При этом, по мнению Dr. Peters, ни американская, ни британская психиатрия не имеют тех предпосылок, тех исходных условий для разработки психопатологии будущего, которые имеют немецкая и французская, поскольку именно немцами и французами заложен ее фундамент и именно они создали целое учение о том, “как видеть знаки психических расстройств, как интерпретировать наблюдения, как называть то, что выявлено, и как использовать это в диагностике”. Характеризуя американские DSM III, IV, 5, и созданные, по сути, под контролем АПА, МКБ 10 и 11, как “совершенно неудовлетворительные”, немецкий коллега призывал создать “**новую континентальную Европейскую систему психических расстройств**”.

В заключение о том, как видится сегодняшнее состояние и будущее психиатрии президенту ВПА

Helen Herrman (Австралия) и избранному (вступающему в должность через 3 года) президенту Afzal Javed (Великобритания), председательствовавшим на семинаре **Будущее психиатрии: вызовы и возможности**.

Авторы отмечают, что, хотя психические расстройства широко распространены и причиняют серьезные страдания значительному числу людей в любой стране мира, текущая ситуация в профессии характеризуется уменьшением числа специалистов в области психического здоровья, нехваткой ресурсов для полноценного функционирования психиатрических служб, миграцией квалифицированных психиатров в развитые страны. Проблемы диагностики, лечения, прогноза и исходов психических расстройств, наряду с нарастающей демедицинизацией (утратой медицинской составляющей) служб, занимающихся психиатрическими пациентами, маргинализацией психиатров в процессе эволюции этих служб, вызывают беспокойство психиатров, ощущение, что профессия пребывает в состоянии кризиса и наводят на мысль, не являются ли психиатры “вымирающим видом”?

Высказано убеждение, что инновации и совместные с представителями других медицинских профессий усилия помогут психиатрии занять достойное место в ряду медицинских дисциплин, будут способствовать повышению ее уважения и признания ее значимости широкой общественностью, которая, наконец, придет к пониманию, что нет здоровья без психического здоровья.

B. V. Мотов (Московская область)

ОКЛИКИ, ДИСКУССИИ, ПОЛЕМИКА

“Психиатрия детей и подростков” Б. В. Воронкова в свете современной методологии науки

Б. Я. Пукшанский¹

Новая книга по психиатрии детей и подростков, написанная доцентом Государственного Санкт-Петербургского педиатрического университета Б. В. Воронковым, представляет большой интерес как для специалистов-психиатров (о чем свидетельствуют уже опубликованные в печати отзывы о данной работе), так и для значительно большего количества образованных читателей, интересующихся современной наукой, в частности психиатрией. Автор данной рецензии, профессионально занимающийся философией, в частности философией и методологией науки, нашел в книге Воронкова немало интересного материала, проливающего свет на специфику той области научного знания, которую можно определить как методологию современной психиатрической науки. По мнению рецензента, книга Воронкова является одной из первых, если вообще не первой, работой такого рода.

Необычен уже сам жанр книги, который еще не нашел своего названия. Это не учебник в традиционном смысле, хотя он и обращен, судя по его содержанию, в первую очередь молодым врачам в целях расширения их кругозора. Это и не монография, так как автор касается в ней многих фундаментальных проблем современной психиатрии. Это и не обычная научно-популярная книга, хотя она и изложена ясным и общедоступным языком. Это и не философская работа, посвященная психиатрическим проблемам. Но в ней есть что-то и от учебника, и от монографии, и от всех остальных жанров. Это “что-то”, по мнению рецензента, может быть названо научно-медицинским Просвещением в самом широком смысле этого слова.

В своей оценке этой примечательной книги Воронкова рецензент хочет обратить внимание, как было уже сказано, на наиболее близкий ему аспект — философско-методологические вопросы современной психиатрии. В книге нет специального раздела, посвященного этой теме, но автор постоянно органично и ненавязчиво касается ее при изложении самых разных вопросов. Не претендую на полноту рас-

смотрения, обратим внимание на наиболее характерные из них.

Одним из главных разделов книги Воронкова является глубокое рассмотрение проблемы аутизма у взрослых и детей. Автор начинает ее изложение с постановки принципиального методологического вопроса: “Исследователи раннего детского аутизма, оставив за этим феноменом лишь функцию нарушения контактов пациента с внешним миром, допустили, на мой взгляд, серьезную методологическую некорректность, выразившуюся в том, что при отделении “детского аутизма” от эндогенных психозов были радикально ревизованы суть и метафизический смысл аутизма как феномена инобытия, а экзистенциальные состояния отчуждения, неприсутствия, погружения, номинально присутствующие в составе диагноза в виде термина “аутизм”, стали подвергаться дальнейшему упрощению, трансформируясь в нарушения общения (практически независимо от причин!), социального взаимодействия (исключительно в житейском понимании) и приобретающие право (чьей волей?) стать диагностическими критериями детского аутизма и сыгравшие в ряду других причин существенную роль в сегодняшней вакханалии в диагностике детского аутизма. Термин аутизм, утратив первоначальный интуитивно улавливаемый экзистенциальный смысл аутического отчуждения, базирующийся на отсутствии социальных представлений, подменяется понятными для неспециалиста обиходными представлениями — уходом в себя, нежеланием общаться, самоизоляцией” [14 с.]. Дальнейшее изложение феномена аутизма посвящено собственно медицинскому обоснованию автором данного методологического утверждения. Более того, автор не только обосновывает, но и делает важную конкретизацию данного утверждения. “...Одной из самых существенных методологических ошибок, а может быть, и самой серьезной, — утверждает автор, — стала подмена далеко не всегда понятной сути болезни ее видимым проявлением — расстройством общения с окружающим миром” [36 с.].

Критикуемое автором ошибочное, по его мнению, понимание сути аутизма одной из причин своего существования имеет неверно сформулированное методологическое мышление многих врачей-психиатров,

¹ Доктор философских наук, профессор кафедры философии Санкт-Петербургского Горного университета.

особенно молодых. Автор неоднократно обращает внимание на это обстоятельство. “Что касается неофитов, — пишет он, — то мой им совет: размышляя над каждым больным, набираясь опыта, формировать у себя критическое мышление и обязательно уважать чужое мнение..., не разделять бездумно любые идеи, не принимать на веру самые убедительные доктрины и не обожествлять поспешно самые яркие авторитеты..., доверяться собственным впечатлениям... Не позволяйте взглядам других заглушать свой собственный внутренний голос... Для того, чтобы добровольно и свободно признавать и ценить чужие достоинства, надо иметь собственное” [10 с.]. В качестве примера подобного некритического принятия авторитетного, но, по убеждению автора, ошибочного взгляда на природу аутизма он приводит почти общепринятое понятие “аутистического спектра”, внедренного Л. Уинг еще в 1980-ые годы, которое такой признак, как нарушение общения рассматривает в качестве признака сущностного, что явно запутывает понимание этого заболевания [15 с., 41с., 51 – 52 с.]. В связи с этим автор касается и так называемого “священного права на заблуждение”, особенно в психиатрии, где, как он отмечает, “истина и ложь имеют зачастую родственные лица” [10 с.]. Рецензент согласен с автором, что это признак самостоятельного мышления и что “теоретическое и клиническое заблуждения порой бывают свойственны достойнейшим людям, в психиатрии особенно”. Сложность проблемы, однако, по мнению рецензента, в том, что если “достойнейшие люди” впадают в заблуждения действительно “порой”, а их заблуждения нередко бывают продуктом долгих и мучительных поисков, то гораздо чаще, этим “священным правом” бессовестно пользуются люди мало достойные и не порой, а очень часто, и к которым напрямую относятся слова Спинозы, что невежество — не аргумент. В настоящее время всякого рода псевдонаучные заблуждения охватывают все больше областей самого научного знания, а в медицине это заметно особенно. Да и сам автор отмечает проявления “квазинаучной активности, ведущей к созданию не имеющей клинического содержания фантомной психиатрии или психиатрии для бедных, для которых главным, а может быть единственным профессиональным руководством является очередное издание международной классификации болезней” [50 с.]. О старой доброй так называемой “антipsихиатрии”, столь популярной несколько десятилетий тому назад (вспомним “Полет над гнездом кукушки” Кизи), мы уже не говорим, хотя она и до сих пор вроде бы существует. Внимание автора, обращено, однако, на более актуальные для нашего времени проявления псевдопсихиатрии, порождаемые активной профанацией общественного сознания в целом. “На роль толкователей сложнейшей патологии, — отмечает автор, — наряду со специалистами, смело стали претендовать не только дилетанты — неврологи, педагоги, но и

профаны — любители словесности, доморошенные философы и даже работники телевидения и документального кино... [51 с.].

Ценным моментом в работе Воронкова является то, что он касается вопроса не только о псевдонауке, рождающейся как бы вне собственно научной деятельности, но и псевдонауки, возникающей в самом научном сообществе. Эту внутреннюю научообразную псевдонауку最难的 всего выявлять и с ней как-то бороться. “Некоторую грусть, — пишет автор, — навевает ситуация, что научный уровень создается благодаря редким счастливым догадкам гениев..., а научные массы успешно паразитирующие на чужих идеях, околонаучные карлики, шумно клубящиеся вокруг них, не обремененные ни эвристическим, ни критическим мышлением, а стало быть и правом называться хотя бы питательным для науки бульоном, способные лишь к имитации научной активности, формализации и рубрификации чужих идей, систематизации и прочей “легитимизации” этих идей, создающей атмосферу их общеизвестности и “общепринятости”, определяют научный климат или по крайней мере претендуют на его создание.... Эта шумная, лихорадочная, квазинаучная активность кроме как инсценировкой научной деятельности названа быть не может” [217 с.]. Применимость же этой ситуации к психиатрии автор подчеркивает особо: “Известно, что с “общепринятостью” в психиатрии всегда проблемы, как и “то, что общеизвестно — неверно” (О. Уальд) [217 с.].

Содержание современной философии и методологии науки убеждает, что в основном она построена на материале так называемых точных наук, в первую очередь физики. При этом молчаливо подразумевается, что это оправдывается тем, что физика является бесспорным эталоном и для всякого иного научного знания. Представленная работа Воронкова заставляет думать в этом вопросе иначе, по крайней мере, в области психиатрии. Философия и методология психиатрии, как убедительно показывает автор, это нечто иное, чем философия и методология физики; более того, она сильно отличается не только от точных, но и от большинства социальных и гуманитарных наук. И, судя по всему, это скорее не временное явление, связанное с недостаточным пока уровнем научности

К вопросам о сущности науки и научности, а иногда и о псевдонаучности психиатрии, о современном состоянии психиатрии как науки, о специфике методологии психиатрии автор обращается неоднократно. Так, например он подчеркивает серьезное различие в мере научности так называемого массового психиатра от требуемого уровня научности хорошего специалиста в этой области. Говоря о научном понимании столь сложного заболевания, как аутизм Воронков отмечает: “Ни на йоту не приблизив постижение сути ни самого аутизма ни других расстройств, сопровождающихся неконтактностью или иной социальной

Б. Я. Пукшанский

дисгармонией, повсеместно упоминаемое в текстах понятие “аутистический спектр” дает массовому психиатру ощущение, что он работает с верифицированным материалом и не стимулирует у него потребность лишний раз задуматься о положении вещей в целом и действительном состоянии своих больных в частности...” [49 с.]

К проблеме массового психиатра и связанной с ней научности психиатрии автор обращается и в других местах. “Современные классификации, будучи прагматическими и рассчитанными на “массового” психиатра, — пишет автор, — как выше сказано, исключает интуицию из диагностического процесса. Хорошо бы понять, что это такое — “массовый” психиатр?” [61 с.]. Ответ автора вполне определенный “К сожалению, сегодняшний “массовый” психиатр — это в лучшем случае очень средний доктор с шаблонным мышлением, и я уверен, что не каждая профессия должна быть массовой” [61 с.]. Это связано, по убеждению Воронкова, с сущностью самой психиатрии как науки. “В связи со спецификой изучаемого материала, — пишет он, — психиатрия всегда занимала и занимает в медицине особое место. В силу этой особысти квалифицированная психиатрическая практика в обозримом и, наверняка, в отдаленном будущем будет сочетать в себе интуитивное восприятие фактуры и ткани психоза с тонким психопатологическим анализом и требовать от врача соответствующего уровня и качеств личности. Клинический, глубина и сложность собственной душевной структуры психиатра — гарантия, что он не станет придатком схем, классификаций и лабораторных данных” [60 с.].

В своей книге Воронков обращает внимание не только на вопросы научной методологии в психиатрии, но и на общие философские проблемы, которые при обращении к психиатрии получают более обоснованное толкование, например, о смысле жизни [129 с.], о воспитании [171 – 174 с.], о нравственности [178 – 179 с.], о конформизме [207 – 208 с.]. Особенно интересны и важны рассуждения автора о мировоззрении здоровых и психически больных, об идеологии, о мудрости. В осмыслиении всех этих феноменов автором проводится идея присутствия в них в большей или меньшей степени врожденных свойств, лежащих в основе личностных особенностей человека. “Что касается взглядов, — пишет автор, — то в широком смысле это оценка — что такое хорошо

и что такое плохо; я думаю, что они хоть в чем-то и продукт среды, но намного серьезнее зависят от состояния совести, ума, способности к самостоятельному мышлению, которые являются, я убежден, врожденными свойствами. Наши взгляды (от научных до политических) опираются на внутреннюю предрасположенность, воспринимающую именно эту конкретную идеологию как наиболее близкую” [125 с.].

Не обошел автор своим вниманием и такой традиционный философский феномен, как мудрость. “Я вижу мудрость, — пишет он, — в сочетании глубокого ума, трезво оценивающего свой и чужой опыт и, соответственно не очень оптимистического в отношении будущего своего и окружающих, видящего даже в малой мудрости избыток печали” [124 с.].

Автор не только выразил свое понимание мудрости, но и “Заключение” в своей книге [286 с.], а также и всю книгу в целом написал в духе этого понимания. Вся работа проникнута печальным пессимизмом, что нередко бывает в художественной литературе, но крайне редко — в сочинениях научных. Достоинство это данной книги или ее недостаток? По мнению рецензента, пишущего эти строки — это скорее ее достоинство. Сам автор так объясняет в заключительных строках книги свой пессимизм. Заканчивать книгу, с грустью отмечает автор, приходится тем печальным соображением, что даже начатками достоверного знания о закономерностях работы психики мы не располагаем. Я уверен, — пишет он, — что даже в минимально приближенном варианте устройство психики останется непонятным ни нам, ни нашим потомкам. “Озадачиваюсь вопросом, — заканчивает свой труд автор, зачем я все это написал? Пытаюсь оправдаться тем, что в какой-то мере стимулирую воображение читателя, без которого (воображения) своей профессии не представляю, и для привлечения внимания молодых коллег к особой важности развития у себя способности вообразить, “представить себе”, без которой, я убежден, квалифицированная психиатрическая диагностика очень и очень проблематична” [286 с.].

По убеждению пишущего эти строки рецензента автор написал очень мудрую книгу, действительно стимулирующую воображение думающего читателя. И ей суждена долгая жизнь.

1. Воронков Б. В. Психиатрия детей и подростков. Изд-во “Наука и техника” СПб, 2017.

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Положение Академии наук при Сталине (из “Дневников Сергея Ивановича Вавилова”)

В наше время унижения и лишения независимости Российской Академии Наук полезно вспомнить аналогичные акции диктаторских режимов Бенито Муссолини и Иосифа Сталина-Джугашвили.

Каждый, кто прочел беспрецедентные отрывки из дневников Президента АН СССР С. И. Вавилова в 3-ем выпуске нашего журнала 2017 г., — поразительное самоописание его мучительного внутреннего состояния с 1940 г. до конца жизни, с постоянным пассивным желанием смерти, преодолевавшееся могучим творческим потенциалом, но обрекшее его на невообразимо страшную роль служения тирану, убийце его брата, — с особенной силой может прочувствовать драматизм этой ситуации, сравнивая его с нашим временем.

3 июля Моженка

... Попросил приема у И. В. Сталина. Поскребывшев известил, что в ближайшие дни Stalin примет...

15 июля. В поезде, около Любани*, пятница 9 ч утра, 1949 г.

13-го в 10 ч. вечера принимал меня И. В. Stalin в присутствии Г. М. Маленкова. Разговор длился около 1 1/2 часа, об Академии и Энциклопедии. Встретил довольно строго, без улыбки, провожал с улыбкой. Неприятные слова пришло слышать о геологах, сказано было, что по словам министров Академия “шалит” и ничего не дает. Передал я более 15 бумаг. Не одобрил И. В. Stalin и “лебединую песнь” Щусева, проект Главного Здания¹. Остальное принималось без возражений. В целом не знаю, хорошо, или плохо?** Настроение у меня очень тревожное.

Ленинград, 15 июля, Пятница 10 ч. вечера

Для истории записываю разговор с И. В. Stalinным 13 VII 49 от 22 ч. до 23 ч. 45 мин. в присутствии Г. М. Маленкова.

1) Мой краткий доклад о работе Академии Наук. Академия постепенно уменьшает долю работ “академических” в плохом смысле слова, остающихся на полке, не принципиальных и не практических. Растет связь с практикой, пересматривается идеология. Доклад об экваториальной экспедиции на “Витязе” по космическим лучам. Впечатление: т.т. Stalin и Ma-

ленков заинтересованы. Stalin спрашивает, кто был во главе экспедиции. Называю Н. А. Добротина. Затем в виде примера новых хороших работ сообщаю о совместной работе нефтяной промышленности и института мерзлотоведения о снижении глубины проектирования газопроводов с 2 м до 80 см. Встречается как будто благожелательно. Говорю совсем коротко о биологических работах (Элленгорн, витамины) — в мичуринском духе. Чуть-чуть о пушкинских работах. Киваю головами.

2) И. В. Stalin говорит о плохой работе геологов². Я подтверждаю³. И. В. С. знает решение Президиума. Спрашивает, почему мы просим разрешения проводить Ученые советы, когда это наше право и обязанность. Указание на вредительство в геологии (академик Григорьев). “Вредительство или нет, а на три года затормозили работу. Сообщили обо всем простые люди, рабочие. А Академия ничего не знала”. Нужен хороший Секретариат.

И. В. С. спрашивает, как работает секретариат Президиума, говорит, что по его сведениям недостаточно. Секретариат должен следить за исполнением решений Президиума, вовремя сигнализировать о положении дела. Секретариат надо увеличить, если надо до 10 человек, по отраслям. Следует хорошо оплачивать, желательно, чтобы целиком сосредоточились на этой работе. Говорю, что ученыму трудно

² Речь идет о “красноярском деле геологов”, когда множество геологов было обвинено в сокрытии урановых месторождений на территории Красноярского края на основе ложного доноса корреспондентки газеты “Правда”, уивавшей образец урановой руды в Красноярском музее, который был на самом деле из другого региона. В марте — июне 1949 г. около тридцати геологов было арестовано, в том числе чл.-корр. АН СССР А. Г. Вологдин, директор Геологического института академик АН СССР И. Ф. Григорьев, председатель техсовета Мингео проф. В. М. Крейтер и др. Осуждены ОСО МГБ СССР 28 октября 1950 г. за “неправильную оценку и заведомое сокрытие м-ний полезных ископаемых, вредительство, шпионаж, контрреволюционную агитацию” и приговорены к различным срокам заключения в ИТЛ (вплоть до 25 лет) с конфискацией имущества и поражением в правах на 5 лет. 6 геологов, в том числе И. Ф. Григорьев, умерли во время следствия или в лагере, остальные освобождены в 1954 г. См. Годлевская Н. Ю., Крейтер И. В. “Красноярское дело” геологов // Репрессированная наука. Вып. 2. СПб., 1994. С. 158 — 166; Беляков Л. П. “Красноярское дело” // Репрессированные геологи. М.; СПб., 1999. 3-е изд., испр. и доп. С. 422 — 427.

³ Курсив в тексте принадлежит редакции.

* Почекрк все этой записи очень неразборчивый, “дрожащий”.

** С новой страницы почерк становится устойчивым.

¹ Проект I Главного здания Академии наук в 25 этажей А. В. Щусева принят не был, это произошло вскоре после его смерти.

из “Дневников Сергея Ивановича Вавилова”

совсем оторваться от научной работы. Реплика остается без ответа, т. С. говорит, что президиум нужен, но президиуму трудно справиться с такой работой.

Министры, говорит т. С., жалуются, что Академия только “шалит”, ничего не делает, ничего не дает: ничего не стоит. Я решительно возражаю говорю, что утверждение министров неправильно, т. С. указывает на необходимость связи с промышленностью. “Мы, большевики, всегда организуем гак: подбор кадров (бывают шляпы, заваливают дело) и проверка исполнения!”.

3) В связи с вопросом о связи Академии Наук с промышленностью, и докладываю о недопустимом положении технического отделения, созданного 15 лет назад и работающего в невозможных отношениях площадей условиях. Техническое Отделение могло бы принести многое больше пользы. “Затовариваем” кадры. Передаю с комментариями т. С бумаги об увеличении капиталовложений на 1950 г. до 280 миллионов, о кандидате в начальники Академстроя Чернопятове. Обещается поддержка, более определенно говорится.

4) Докладываю последний предсмертный Щусевский проект Главного здания Академии в 25 этажей. Проект т. С. не нравится. Не одобряется книгохранлище в башне, нужно в первый этаж или в подвале. Проект “похож на церковь”, указывается, что место для постройки можно подыскать другое, если надо. Я говорю о том, что хорошо бы передать в будущем Парк Культуры под Парк истории техники. “А где же будут отдыхать студенты, если рядом будет университет?” Говорю, что лучше устроит за Калужской заставой. Аудитория на 2200 чел. в проекте мала, нужна аудитория на 4 – 5 тысяч. Строить надо, поможем. Даётся совет посоветоваться с министерством гор. строительства по всем вопросам относительно главного архитектора (Симонов?) относительно проекта и места.

5) Прошу готовые площади, предлагаю передать здание ВЦПС. Не ясно, т. С. не вспоминает теперешнее здание ВЦПС. Предложение о передаче НИИ № 1 и Цниитмаш встречается несколько скептически. Больше внимание обращается на предложение передать институт № 108. Поддерживает т. Маленков.

6) Дальше говорю о том, что умерло 17 академиков. Прошу разрешить “довыборы” 20 академиков, т. С. спрашивает: “Можно ли исключать академиков, которые не работают?” Говорю, что по уставу нет, исключаются только за антисоветскую деятельность. Указывается, что хорошо бы такую статью ввести. Говорю о том, что Президиум перерабатывает проект нового устава, и что указание будет выполнено, т. С.

рекомендует это сделать на том же “конгрессе”, или как у вас называется, когда будут довыборы.

7) Докладываю о ряде бюджетных дел: разрешение из экономии статьи заработной платы 6500 на другие нужды. Принимается одобрительно. Прошу 5 млн 700 тысяч на новые легковые машины. Вместо ЗИС 110 т. С. рекомендует новую машину типа БЮИК⁴.

8) Докладываю просьбу об увеличении штата на 400 чел. Наши бумаги одобрительно принимаются.

9) Докладываю просьбу о новых 50 персональных ставках и о приравнивании оплаты аппарата к аппарату М. В. О., о премиях инженерно-техническим работникам автобазы. Принимается.

10) Докладываю о разрешении и отпуска в 36 дней лицам, имеющим кандидатскую степень. Принимается.

11) Перехожу к делам Большой Советской Энциклопедии. Прошу разрешения перепечатать на слово В.К.П. книгу т. Сталина: “Краткий курс” т. С. смеется, не согласен, говорит, что было бы достаточно перепечатать 1/20 книги, да и вообще не стоит, тем более, что есть время. Я внесу на съезде партии предложение переименовать партию в Коммунистическую Советскую Партию, будет не на букву “В”, а на букву “К”⁵. Хочет,

12) т. Stalin одобряет макет тома, соглашаясь с моими доводами в его пользу, удивляется, что мог даже возникнуть вопрос о непомещении “отрицательных” лиц вроде Гитлера. “Ну и редакторы”. “А Наполеон, ведь он же был мерзавцем”. Точно так же считает вполне возможным заказывать статьи раскритикованным авторам вроде Варги. Можно заказывать статьи иностранным авторам из стран народной демократии. Принимает проект деталями. Говорит, что статьи должны содержать новый, современный материал.

13) Спрашивает о О. Ю. Шмидте. Говорю, что успешно занимается теорией солнечной системы. “Почему не выбрали в президиум”. Говорю, что болен. “Он тогда обнаглел, сел на плечи Президенту (Комарову)⁶”.

14) Говорю о необходимости пенсий ученым (50 процентов) Удивляется, почему до сих пор не так.

15) Говорю о необходимости распространения ставок научных работников со степенями на работающих в заводских лабораториях. т. С. удивляется, почему молчат министры? Считает самоочевидным.

16) На прощание спрашивает об отпуске. Предлагает 2 месяца вместо — 1½ месяцев. Спрашивает, почему не на юг. Говорит, что бумажка об отпуске будет готова.

⁴ Вероятно, речь идет об автомобиле ГАЗ-12 “ЗИМ”.

⁵ ВКП(б) — Всесоюзная Коммунистическая партия (большевиков) была переименована в КПСС — Коммунистическую партию Советского Союза — в 1952 г. на XIX съезде партии.

⁶ Речь идет о событиях начала 1942 г., в результате чего О. Ю. Шмидт с 24 марта 1942 г. был снят с поста вице-президента АН СССР.

Иосиф Моисеевич Тонконогий (1925 – 2017)



Иосиф Моисеевич Тонконогий в течение двух десятилетий возглавлял одну из крупнейших советских патопсихологических лабораторий в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, наряду с лабораторией Блюмы Вульфовны Зейгарник, а затем Бориса Моисеевича Сегала в Московском НИИ психиатрии, Юрия Федоровича Полякова в Институте психиатрии АМН СССР и Иосифа Теймуразовича Бжалавы в Институте психологии им. Дмитрия Узнадзе в Тбилиси. Все эти 4 коллектива сотрудничали, дополняя своими исследованиями друг друга, встречаясь на конференциях в Ленинграде, Тбилиси и Москве.

Рубеж 60 – 70-х годов был периодом возвращения — с остройми дискуссиями — тестологического направления с его внушительным математическим аппаратом, разгромленного в середине 30-х годов. Как непосредственный помощник возглавившего к тому моменту лабораторию Б. М. Сегала, я часто приезжал в лабораторию Иосифа Моисеевича, тесно взаимодействуя с рядом его сотрудников. Сам И. М. занимался нейропсихологическими методиками, позиционируя себя учеником Александра Романовича Лурия.

Яркой, врезавшейся в память сценой, связанной с И. М., стало представительное совместное заседание кафедры нейро- и патопсихологии МГУ с участием А. Р. Лурия, представителей АМН СССР, Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и Московского НИИ психиатрии в конференцзале Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Это было ответственное сражение, так как в президиуме и зале преобладали сторонники старой выучки. Было заслушано три доклада: Б. Д. Карвасарского и

И. М. Тонконогого о теории и практике тестологии и мой о проективных личностных тестах. Если выступление Бориса Дмитриевича в этой напряженной атмосфере было конформным, то И. М. выступил довольно резко, а я и более того. Как бы побуждаемый этим и скептическими репликами из президиума в мой адрес И. М. вновь вышел на трибуну со словами: “Выслушайте этот документ” и, вынув из внутреннего кармана большой лист, зачитал его. Это был текст, четко и решительно по многим пунктам повторявший те же критические доводы, которые прозвучали из президиума. Услышав такой текст от автора противоположного по смыслу доклада, в зале на несколько минут возникло недоумение. Тогда, выдержав паузу, И. М. сказал: “Это министерский циркуляр гитлеровской Германии”. В зале возник шум, а из первых рядов взметнулась рука с партбилетом и криком “не пройдет!” вскочившего известного психолога проф. Константина Константиновича Платонова, противника тестов. Так не удалось свернуть обогащение арсенала наших психологов, а главное, выросший на этой проблематике математический аппарат проверки самих методов на валидность и надежность.

В 1979 г. — пике политических чисток — И. М. эмигрировал в США. Я встречался с ним однажды после этого во время одного из его приездов в Ленинград. Он был очень успешен на профессиональном поприще, продолжая развивать направление нейропсихологии А. Р. Лурия.

В 2005 г. в США вышла фундаментальная монография “Клиническая нейропсихология” И. М. в соавторстве с проф. психологии, главным редактором журнала “Neuropsychology review” Антонио Пуанте, — значительно переработанное и дополненное издание монографии 1973 г. “Введение в клиническую нейропсихологию”, в частности, разработанной И. М. методикой “краткое нейропсихологическое обследование познавательных способностей (BNCE)”, а также новым описанием нейропсихологических синдромов. В 2007 г. усилиями проф. Ю. В. Микадзе она появилась на русском языке с посвящением жене Людмиле Леонидовне Тонконогой. До этого И. М. издал в 1968 г. монографию “Инсульт и афазия”, а также множество интересных экспериментальных работ с новой математической обработкой в соавторстве с В. Н. Мясищевым (1960), Е. Ф. Бажиным, Л. И. Вассерманом, Б. В. Иовлевым, С. И. Кайдановой, Я. А. Мейерсоном, И. И. Цуккерманом, В. М. Шкловским и др.

Ю. С. Савенко, Людмила Тонконогая

Вызывает удивление прямо-таки неувядающая традиция не помнить и не ценить отечественных коллег-эмигрантов, даже крупных ученых. Ни в вышедшей в 1982 г. “Медицинской психологией” Б. Д. Карвасарского, ни в “Методах психологической диагностики и коррекции в клинике” М. М. Кабанова, А. Е. Личко и В. М. Смирнова 1983 г. имени И. М. Тонконогого не найти.

Ю. С. Савенко

Уважаемый Юрий Сергеевич,

Вы задали мне трудную задачу — изложить в нескольких страницах воспоминания об этом уникальном человеке, который прожил не одну, а две полноценных, исключительно продуктивных и интересных жизней! Я не знала его в его первой жизни, но он всегда говорил что его “вторая жизнь началась с момента нашего знакомства”. Ему тогда было почти 48 лет!

Иосиф Михайлович (Моисеевич) Тонконогий родился в Белой Церкви на Украине в семье бухгалтера и фотографа. Он часто смеялся, говоря, что родился “в рубашке”, но оказался прав, не только в буквальном, но и в переносном смысле. Ему было 15 лет, когда началась война, его мама забрала семью и отправилась в эвакуацию через 2 недели после начала войны, а буквально на следующий день после их отъезда немецкая бомба разрушила их дом! Жили они в Самарканде, отец сразу ушёл на фронт, а Иосиф стал помогать маме, играя на пианино в ресторане. Он там закончил среднюю школу на 2 года раньше, и стал слушателем Ленинградской Военно-медицинской Академии, которая тоже была эвакуирована в Самарканд. Ему было тогда 16 лет! Вскоре после окончания блокады Ленинграда Академия вернулась в Ленинград, и Иосиф продолжил своё медицинское образование там. Он рассказывал, как студенты голодали, и как его руки опухали от отсутствия протеинов, ведь питались они только “затиухой” — мука с водой.

Он закончил Академию в 1947 в чине капитана медицинской службы, служил некоторое время в Берлине, а после демобилизации устроился на полставки в Ленинградский Психоневрологический Институт имени Бехтерева, где и началась его долгая и плодотворная научная и преподавательская карьера от младшего научного сотрудника до профессора. За почти 30-ти летнюю карьеру он опубликовал больше 150 статей, написал или отредактировал несколько книг, и стал одним из основателей нового направления — “медицинская психология”. Его научная и преподавательская деятельность поглощала все его время. Он часто шутил: “У меня нет хобби... моя работа — это моё хорошо оплачиваемое хобби”.

Мы познакомились в 1973 году, поженились в 1975 после его развода, и в этом же году у нас роди-

лась дочь. Я жила тогда в Москве, а он в Ленинграде, но почти каждый уикенд он приезжал в Москву на Стреле! Иосиф сделал попытку в 1976 перевестись в Московский психологический институт, но не тут то было! Он получил безапелляционный ответ от старшего советника по науке нашего “дорогого” ЦК, который звучал примерно так: “Еврей? Пускай сидит там, где он есть, и благодарит судьбу!” После этого он решил уехать... Ему тогда был 51 год

Мы смогли эмигрировать только в 1979 году, и только потому, что областной комитет партии “дал согласие” на его отъезд, чтобы сделать его “примером” для других желающих, будучи совершенно уверенными в том, что он будет полным неудачником за границей. Ведь Иосиф тогда был одним из самых выдающихся учёных, когда-либо покинувших Россию.

Только много лет спустя я поняла до конца, от чего он должен был отказаться, и какую силу интеллекта и характера надо иметь, чтобы добиться того, чего он добился в эмиграции!

Путь был нелёгким, он должен был преодолеть множественные преграды, чтобы восстановить свой профессиональный и социальный уровень, и было много скептиков, кто ехидно предсказывал его падение и неудачи. Одним из таких персонажей был маленький лысый человечек, менеджер в Нью-Йоркской Ассоциации для Новых Американцев, который, прочитав все Иосифа регалии, сказал: “Может Вы и были профессором в России, но тут Вы полный ноль!” Иосиф пожал плечами и лаконично ответил: “Посмотрим...”

Буквально через 2 года он сдал все экзамены, получил лицензию на медицинскую практику и стал главным неврологом в госпитале для ветеранов в западном Массачусетсе. В это же время у нас родилась вторая дочь, и вскоре я смогла начать подготовку к экзаменам на врачебную лицензию. А ещё через 5 лет Иосиф стал профессором психиатрии и неврологии Массачусетского Медицинского Института, где он продолжал свою научную и педагогическую деятельность в последующие 20 лет до ухода на пенсию в 2009. Он также стал одним из любимейших врачей для русских эмигрантов в Бостоне, и его больные плали, когда он вынужден был закрыть свою клинику из-за болезни.

Последние 3 года его жизни были очень тяжёлыми, он страдал неизлечимым неврологическим заболеванием и тихо угасал, потерял зрение и мышечную силу, но не терял духа до последнего, с удовольствием слушал своих любимых певцов — Вертиńskiego и Бернеса, и тихо ушёл в окружении своих любящих детей.

Он был моим лучшим другом, ментором, болельщиком, отцом, братом, и под конец его жизни — моим ребёнком!

Людмила Тонконогая

В память об Иосифе Тонконогом:

Joseph M. Tonkonogoy, MD, PhD был очень интересным и, можно сказать, уникальным человеком — в то время когда он эмигрировал в Америку, он, возможно, был самым известным советским врачом в области нейропсихиатрии, лауреатом Бехтеревской премии, и его имя было хорошо знакомо любому нейропсихологу советской эры.

Он обладал кладезем знаний в области когнитивных функций и часто оживлял наши нейропсихиатрические конференции в восьмидесятых и девяностых годах своими примерами о случаях из его практики, а также об интересных больных, которых он обследовал с самим Лурия!

Те из нас, кто стажировался в Массачусетском университете до его ухода на пенсию в 2009, хорошо помнят его авторитетные и проницательные комментарии и его мудрость. Список его работ очень длинный, и его влияние на академический мир в нашей области огромно, но только призадумайтесь — этот человек сумел восстановить свою академическую карьеру после эмиграции из Советского Союза и овладел новым языком до такой степени, что он смог опубликовать крупные работы на английском языке, включая 2 книги, практический тест когнитивных функций и многочисленные статьи! А те, кто участвовал в заседаниях Американской Нейропсихиатрической Ассоциации, будут помнить его как постоянного участника с самого первого годичного заседания до его ухода на пенсию.

Мы очень тронуты тем, что его семья создала фонд помощи нашей нейропсихиатрической программе при университете в его честь!

Шелдон Бенджамин, MD, PhD,
заведующий кафедрой психиатрии
Массачусетского университета
Апрель 2017

Умер Иосиф Михайлович Тонконогий...

Летом ему могло бы исполниться 92 года...

Всего 92... И если бы ему было больше, все равно его уход казался бы преждевременным. Старость не вязалась с его обликом. Он был похож на “самого себя” и в 60, и в 70, и в 80. Поэтому казалось, что так будет всегда. Казалось, он родился в облике хроматического профессора. Неторопливая походка, неторопливая речь, лишенная ёрничества и пошлости, фантастическое чувство юмора... Мягкая ирония, которой он ухитрялся не обидеть того, на кого она направлена.

Мы любили его шутливые сентенции: “Что бы поступить по-своему, необязательно спорить с женщиной...”. Спрашивать Иосифа Михайловича, почему он задержался на работе, было бессмысленно: он просто физически не мог перебить пациента, который, полу-

чив рецепт и нужные рекомендации, усаживался поудобнее и начинал делиться своими соображениями о политике, неправильной невесте своего сына, глобальном потеплении.

За дружеским столом на вопрос: “Иосиф, не хотите ли холодца?”, он тут же поворачивался к жене: “Мила, я хочу холодца?” Его друзья, многие из которых называли его по имени и на “ты”, время от времени обращались к нему так: “Професор, а вот скажите, что бы Вы сделали на месте Рейгана (Клинтона, Буша, Арабского шейха, предводителя племени зулусов...)?” И столько было в этом полушутиловом обращении нешуточного почтения! И столь же серьёзно и обстоятельно профессор объяснял свою стратегию на случай... Хотя, мало того, что своя “стратегия” была у него на все случаи жизни, нам казалось, что разумней её не может быть в принципе!

А видели бы вы, с каким серьёзным выражением лица Иосиф Михайлович мыл посуду! Он так страстно и решительно отказывался от помощи, что было ясно: и на этот случай у профессора есть своя стратегия...

Правда, точно с таким же выражением он писал свои книги и научные статьи... Хотя хвастаться предпочитал женой и ее успехами в садоводстве...

Удивительно легко писались для него стишко “по слухаю”. Казалось, чем они будут легкомысленнее, тем больше его порадуют...

*“Наш милый седовласый друг,
А ты хотел бы разве,
Чтоб громко зачитали вслух
Весь перечень твоих заслуг,
Испортив этим праздник?”*

*Что б в разговорах о тебе
Напомнили о детстве,
Заслугах, жизненной борьбе,
И о завиднейшей судьбе,
Как в Адресах советских?”*

Благодаря Иосифу Михайловичу моя московская подруга жива до сих пор. Восемь лет назад, опровергнув выводы московских светил, И. М. Тонконогий поставил ей диагноз и назначил лечение... Московские врачи с благодарностью согласились и по сей день держат подругу “на плаву”... Я не припомню случая, когда эта семья (Мила тоже врач — детский психиатр), отказалась кому-то в помощи... И как здорово, что они никогда не ограничивались помощью только профессиональной. Здесь можно было получить совет, как снять зубную (!) боль, и чем лучше поливать воткнутую в песок палку, что б к субботе на ней выросли вперемежку гладиолусы и анютины глазки..

То, что вы читаете сейчас — не некролог. Я даже не знаю, есть ли у этого название: эссе? рассказ? воспоминание о друге? не знаю... Но именно поэтому я позволяю себе писать не только об Иосифе Тонконогом...

Таня Лоскутова

гом, но и о его жене. У меня не получается их разделить даже мысленно... Тем более, что два с половиной года назад именно Мила бросила вызов смерти, чтобы продлить жизнь любимого мужа... Когда, два с половиной года назад, Иосиф внезапно и тяжело заболел, всем, включая врачей, было очевидно, что это не просто тяжело, но — фатально... О том, что думала и чувствовала Мила, можно было только догадываться — ведь сама она никогда не жаловалась... Но все, что происходило в эти два с половиной года, проходило по лозунгом “Смерть отменяется!” Был построен лифт на второй этаж... Поставлены видеокамеры сыном Иосифа, Виталием, во всех частях и закоулках квартиры... Найдена замечательная, полюбившая Иосифа, сиделка и помощница, которая ухаживала за Иосифом, пока Мила была на работе, а все субботы, воскресения и праздники Мила ухаживала за ним сама... Удовлетворение меняющихся вкусов и возможностей Иосифа, угадывание его малейших желаний, стало смыслом жизни Милы и продлением самой жизни её мужа...

До последнего дня он узнавал тембр голоса жены... Иногда реагировал на шутки Милы, несколько раз острил сам... Прощаясь с Профессором, хочу напомнить ему один из последних стишков... Именно

ему, потому что не сомневаюсь, что он все это слышит Пока? Не знаю...

*Иосиф! Я рискну опять
Вас в женской теме воспевать.
Быть может, очень нежным душам
И не пристало это слушать?*

*Писать могла бы о науке...
Но Вы бы умерли со скуки:
Ваш человеческий талант
И так уже воспет стократ.*

*Писать как о примерном муже?
Легко, но тут талант не нужен...
Могла бы упомянуть в конце,
Как о счастливейшем отце...*

*/ Оставим лучшие на потом
Мы очевидностей поток!../

Но, коль Вы молоды пока,
Любить мы будем мужика...
(Тем более, для всех не ново —
Без женской темы — все хреново!..)*

С любовью и печалью,
Таня Лоскутова (писатель и художник)

ИЗ ПРАКТИКИ

Гипнотерапия психогенной афонии: анализ двух успешных случаев лечения

С. С. Худоян¹ (Ереван, Армения)

В статье представлены данные литературы о гипнотерапии психогенной афонии. Анализируются два успешных случая психогенной афонии с разными психологическими механизмами формирования. Предполагается, что эффективность гипнотерапии обусловлена тремя факторами: а/ осознанием механизмов отказа от громкой речи; б/ состоянием релаксации пациента, в/ гипнотическим состоянием пациента, при котором требования гипнотерапевта обычно пациент осуществляет непрекословно; г/ десенсибилизацией.

Ключевые слова: психогенная афона, конверсионное расстройство, психологические механизмы, внутренний конфликт, гипнотерапия.

Психогенная афона обычно рассматривается как конверсионное расстройство [2, 9], обусловленное внутренним конфликтом, которое проявляется "...в ситуациях, где имеет место желание протестовать или жаловаться, но, в то же время, осознается, что говорить об этом громко социально не приемлемо или приведет к обострению ситуации" (9, с. 817).

При лечении психогенной афоны обычно применяются медикаментозная, психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная терапии [2, 4], а также гипнотерапия. В литературе можно найти описание нескольких удачных случаев лечения афоны с применением гипноза. Так, Дж. Левбарг [5] описывает несколько случаев, при которых в состоянии гипноза пациенты с психогенной афонией начали говорить. А. Пелетиер [8] описывает случай, при котором пациент начал говорить после регressiveной гипнотерапии и прямого внушения. Э. Макку и П. Макю [6] также описывают успешную гипнотерапию афоны с применением возрастного регресса и внушения, что подсознание решило говорить, и будет говорить после пробуждения.

Дж. Нилман и А. Ман [7] для лечения афоны применяли гипноз совместно с так называемой прокалечической терапией (терапия вызовом), при которой пациент был поставлен в сложную ситуацию, в которой он был вынужден говорить.

В нашей практике мы дважды столкнулись с феноменом психогенной афоны и, применив гипнотерапию, смогли успешно решить проблемы с речью. Попробуем представить эти случаи.

Случай 1

К нам обратилась 34-х летняя беременная женщина (шестой месяц беременности) с психогенным мутизом. До этого она безуспешно лечилась у нескольких психотерапевтов. На вопросы отвечала письменно. В ходе общения выяснилось, что отказ от речи начался 6 – 7 месяцев назад, утром, после пробуждения, 10 – 15 дней до того, как она узнала, что беременна (точные даты она не помнила). Непосредственно перед отказом от речи и в течение 2 – 3 месяцев до этого никаких стрессовых событий не помнит. Однако полтора года назад она потеряла ребенка в аварии из-за невнимательности отца. По ее мнению в смерти ребенка виновата она, так как она настояла, чтобы муж забрал ребенка с собой. Отказ от речи женщина никак не связывала с потерей ребенка, так как после этого события она почти год не имела проблем с речью.

Так как непосредственного повода (стресса) для отказа от речи не было, мы, проанализировав и вычислив время, когда женщина отказалась говорить, выдвинули гипотезу, что она отказалась от речи, тогда, когда подсознательно узнала, что беременна и отказалась от речи, так как подсознательно считала, что именно ее разговор с мужем был причиной гибели ребенка. Женщина согласилась, что зачатие ребенка могло произойти в этом отрезке времени. Когда мы представили нашу гипотезу пациентке, она заплакала и сказала, что не знает. Далее мы попробовали убедить женщину, что она никак не виновна в гибели ребенка, что его смерть — трагическая случайность.

На следующей встрече мы ввели женщину в гипнотическое состояние (средний уровень гипноза), внущили, что она не виновна в гибели ребенка и пред-

¹ Доктор психол. наук, профессор, зав. кафедрой прикладной психологии Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абовяна.

ложили громко поговорить с ребенком, извиниться, если посчитает нужным и получить прощение от ребенка. Женщина начала очень тихо говорить, а мы вышли из кабинета, и вернулись через несколько минут. Таким же тихим голосом женщина начала говорить после выхода из гипноза. Других сеансов не потребовалось.

Случай 2

К нам обратился мужчина в возрасте 41 лет с диагнозом психогенный мутизм. До этого долго лечился у психиатра, однако речь не восстанавливалась. Мужчина отказался говорить год назад в стрессовой ситуации, связанной с похищением сестры. Вопрос похищения обсуждался на семейном совете, во время которого пациент был очень зол, хотел выразиться, однако не смог говорить вслух. Мы выдвинули гипотезу, что у пациента в этой ситуации возник внутренний конфликт: он хотел протестовать, однако испугался, что скажет лишнее. Мужчина согласился с нашей гипотезой, после чего мы приняли решение применить гипноз. Пациент был очень гипнабельным и быстро впал в глубокое гипнотическое состояние. В гипнотическом состоянии мы перевели пациента в стрессовую ситуацию, в которой он отказался говорить, после чего предложили сформулировать мысль, которую он хотел выразить в той ситуации, далее, высказать эту мысль в уме, потом шепотом, тихим голосом и, наконец, громким голосом. Такая поэтапная экстериоризация мысли облегчила процесс восстановления громкой речи (фактически происходила десенсибилизация), и пациент удачно справился с заданием и начал говорить. На следующей встрече старший брат пациента сообщил, что дома пациент опять отказался говорить. Мы решили провести сеанс с участием брата, так как он являлся высшим авторитетом для пациента и именно его он больше всего стеснялся дома. Во время сеанса пациент без проблем заговорил, и других сеансов не потребовалось.

Обсуждение

Эффективность лечения представленных случаев мы объясняем тремя факторами: осознанием внутреннего конфликта, приводящего к отказу от громкой речи, гипнотическим состоянием пациента и десенсибилизацией (имеем в виду второй случай). Осознание, как известно, является важной составляющей психотерапии тревожных расстройств [1] и фобий (психогенную афонию можно рассматривать как специфическую фобию, иррациональный страх говорить вслух). Что касается второго фактора, то здесь, на наш взгляд, важную роль играет не только состояние релаксации, как подчеркивается в литературе [6], но и требование гипнотерапевта говорить вслух. Ведь в гипнотическом состоянии инструкции гипнотерапевта пациент осуществляет безоговорочно. И, наконец, поэтапная экстериоризация мысли во внешнюю, громкую речь, осуществляла функцию десенсибилизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Abbass A.* (2006). Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study. *Depression & Anxiety*, 23(7), pp. 449 – 452.
2. *Butcher P., Elias A. and Cavalli L.* (2007). Understanding and Treating Psychogenic Voice Disorder—a CBT Framework. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
3. *Bader C. A., Schick B.* (2013). Psychogenic aphonia. A challenging diagnosis? *HNO*. 6: pp. 678 – 682.
4. *Kolbrunner J., Menet A. D., Seifert E.* (2010) Psychogenic aphonia: no fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swiss Med Weekly*, 140: pp. 12 – 17.
5. *Levbarg J. J.* (1940). Hysterical aphonia. *Eye, Ear, Nose and Throat Monthly*, 19, pp. 306 – 312.
6. *McCue E. C. & McCue P. A.* (1988) Hypnosis in the Elucidation of Hysterical Aphonia: A Case Report, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30:3, pp. 178 – 182.
7. *Neeleman J., Mann H.* (1993) Treatment of hysterical aphonia with hypnosis and prokaletic therapy. *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 816 – 819.
8. *Pelletier A. M.* (1977). Hysterical aphonia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, pp. 149 – 153.
9. *Van Harten P. N., Schutte H. K.* (1992) Psychogenic aphonia; an effective and rapidly treatable conversion. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*; 136, pp. 790 – 793.

ЛИЦА, СИТУАЦИИ, СУДЬБЫ

ЧУДЕСНЫЙ ДОКТОР

На старте отличного от других 2018 г. хмурым утром порог ПНД города NN на предмет “справки про здоровье” переступил вольнонаемный МЧС Николай Н. 33 лет, стаж кинолога и водолаза 11 лет. Коридоры уже полны отрешенными сидельцами-хрониками и мамками с гиперактивными детьми. Хаотичная очередь и иные приметы хронотопа лечебно-профилактического госучреждения.

Вспыльчивый по природе Коля-Николай, не знающий отказа у полканов, был неласков с врачом, заявив зряшно и огульно, что тот делает здоровых больными. Отчего резонно и углубленно обследован местным медицинским психологом, выявившим умственную отсталость. Нелишнее и модное ныне второе психологическое мнение утвердило шизоидные черты, а на ЭЭГ проявились зловещие пики.

Не госпитализированный чудом Коля вернулся домой без справки и смысла жизни. Коля — первичный абстинент из неблагополучной семьи, и идеальный адаптоген не рассмотрен. Отец-тиран повесился, гулящая сестра отравилась (далее по Гашеку), и малодушный побег в небытие тоже отвергнут.

Но Коля знал о президентской папочке юодоли народной и даже видел ее в телевизоре. Потому выбрал единственно верное научно доказанное на репрезентативной выборке решение.

Через положенные 10 дней жалоба Коли на столе главврача неладного на предвзятый взгляд ПНД.

Коля пришел точно в срок в новенькой форме с лычками и значками, производственной характеристикой и гражданской женой с ее сынишкой 10 лет. Женщина нелегкой судьбы сообщила, что полюбила вновь и впервые узнала: мужчина может быть надежным. Скоро свадьба; парнишка-безотцовщина обрел защитника и старшего брата.

На обязательный вопрос о международном положении (психиатр обязан что-то спрашивать) Коля ответил, что его беспокоит лишь цена на бензин (безуокризенный водитель), но КрымНаш. Нехотя признал, что слегка “погорячился” в прошлый раз.

Коля продолжает защищать нас в форме.

Желаю дорогим коллегам в текущем и всех следующих (сколько Б-г даст) годах выбирать сердцем и умом.

Как Коля.

E. B. Любов

ГЛУХОТА НАШЕЙ ФЕМИДЫ

Наталья приехала Москву давно, лет двадцать назад. Было тяжело, но через какое-то время она устрои-

лась на работу, где и трудилась до того момента, как заболела. Как говорит Наталья, “восемь лет отдала стройке”. От работы она получила небольшую комнату в коммунальной квартире, где сейчас и живет. Квартира двухкомнатная, в соседней комнате живут женщина с дочерью.

Наталья — инвалид второй группы. Она состоит на учете в ПНД, регулярно посещает врача. Однако, диагноз Натальи входит в перечень тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире. Перечень этот был утвержден постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378.

Таким образом, Наталья имеет полное право получить отдельную квартиру. Неудачная попытка это право реализовать привела женщину в НПАР.

Наталья получила справку из ПНД о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья и обратилась в Департамент городского имущества г. Москвы. Но получила отказ! Который, кстати, первый заместитель Департамента не сильно потрудился и обосновать. Наталья при помощи юриста общественной организации обжаловала решение Департамента, обратившись в суд. Но суды первой и второй инстанции поддержали Департамент городского имущества и отказали Наталье в реализации ее законных требований.

Департамент городского имущества вообще считает, что Наталья не имеет права на улучшение жилищных условий, так как она в настоящее время живет в отдельной комнате (общая площадь — 21,3 кв.м., жилая — 13,2 кв.м.), площадь которой превышает учетную норму. На справку из ПНД Департамент вообще никакого внимания не обратил.

Суд же в обоих инстанциях поддержал доводы Департамента городского имущества, а по поводу справки из ПНД отметил следующее: “справка не содержит сведений о возможности проживания истца в коммунальной квартире”.

Форма справки утверждена приказом Департамента здравоохранения Москвы от 18 февраля 2013 г. № 117, и в ней действительно используется такая формулировка, при которой не называется диагноз, а только указывается, имеет/не имеет обратившийся заболевание, входящее в перечень заболеваний, дающих право на первоочередное получение жилой площади. В справке дана ссылка к Приказу Минздрава СССР от 28.03.1983 г. (с последующими изменениями), в котором, действительно, есть список заболеваний, дающих право на первоочередное получение жилья, но в котором не говорится ни слова о том, что эти заболевания исключают совместное проживание граждан в одной квартире.

И хотя в искомом заявлении и апелляционной жалобе Наталья ссылалась на то, что заболевание, кото-

рым она страдает, входит в перечень заболеваний, при которых невозможно совместное проживание в одной квартире, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378, суд эти доводы счел не имеющими правового значения.

Более того, Мосгорсуд проигнорировал Постановление собственного Президиума от 5 декабря 2014 года по делу № 44г-148, в котором указано, что “...наличие у гражданина (нанимателя либо собственника жилого помещения), проживающего в квартире, занятой несколькими семьями, тяжелой формы хронического заболевания, при которой совместное проживание с ним в одной квартире невозможно, является самостоятельным основанием для признания такого гражданина нуждающимся в жилом помещении, в связи с чем обеспеченность заявителя жилой площадью сверх нормы для признания его нуждающимся в жилом помещении... правового значения не имеет.” Т.е., если человек страдает тяжелым заболеванием, исключающим возможность совместного проживания, и живет он при этом в коммунальной квартире, неважно, какого размера комнату он занимает, — он имеет право получить отдельное жилье.

К сожалению, Наталья обратилась к нам тогда, когда были проиграны суды первой и второй инстанции: на тех этапах к участию в деле еще можно и нужно было привлечь представителей ПНД, которые могли бы дать письменные и устные разъяснения по поводу характера заболевания Натальи, его вхождения в вышеупомянутый Перечень и возможности проживания в коммунальной квартире при таком диагнозе. Увы, кассационная инстанция, в которую теперь будет обращаться Наталья, исключает личное присутствие сторон, но, по совету и при помощи НПА, к кассационной жалобе будут приобщены письменные разъяснения, полученные в ПНД. Надеемся, что дело в итоге будет разрешено в пользу Натальи.

Хочу обратить внимание тех, кто может оказаться в подобной ситуации: с 1 января 2018 года Постановление Правительства РФ от 16 июня 2006 года № 378 утратило силу, вместо него будет применяться Приказ Минздрава России от 29 ноября 2012 года № 987н “Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире”. Последний значительно сокращает перечень хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. По старому Перечню к таким заболеваниям относился весь класс МКБ-10 “Психические расстройства и расстройства поведения” — F00-F99. В этот класс входит, например, блок F70-F79 “Умственная отсталость”, блок F80-F89 “Расстройства психологического развития”, блок F90-F98 “Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте”. Новый Перечень ограничивается заболеваниями с кодами F20-F29; F30-F33.

Евгения Доброванова

“ПОД ДИСПАНСРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ” РЕГРЕССИРУЕТ К “СОСТОИТ НА УЧЕТЕ”

Марина родилась и выросла в небольшом подмосковном городе. Семья была небольшой, мама, папа, Марина и ее старшая сестра Ольга. Мама работала майяром, папа — токарь 6 разряда. Когда Марина рассказывала о своем детстве, она упомянула, что папа часто приходил домой с работы пьяным, иногда его даже приводили друзья, сам идти не мог.

— Ну, как все мужчины, — улыбаясь, говорит она.
— А разве бывает по-другому?

Обычное детство девочки из не очень благополучной советской семьи в небольшом городке. Было еще кое-что: сложные отношения со старшей сестрой. У Ольги выявили нарушения речевого развития, и ей пришлось ходить в школу-интернат для детей с особенностями развития. Домой девочку забирали только на выходные. Ольга завидовала Марине — ведь та была всю неделю с родителями.

— Меня сдали в интернат, а тебя оставили, это нечестно, чем я хуже?! — часто говорила Ольга Марине. Эта ситуация, чувство несправедливости, обида на родителей и сестру определили отношения между Ольгой и Мариной. Вражда тлела долгие годы, чтобы в критический момент вспыхнуть и окончательно испортить отношения и жизнь одной из сестер.

Но это будет еще нескоро, а пока сестры выросли: Марина закончила медицинское училище, Ольга вышла замуж и ушла из родительской семьи. После училища Марина пошла работать медсестрой в детский дом, хотя ей предлагали и другие варианты. Кто знает, возможно, таким образом Марина неосознанно хотела загладить вину перед старшей сестрой?

Работая в детском доме, она привязалась к одному мальчику. У него была тяжелая форма астмы, он больше времени проводил в больнице, чем в детском доме. Там его даже не прописывали, считая, что он долго не протянет. Марина взяла Алешу домой. Она выходила его, сняла с гормональной терапии, а через два года оформила опекунство над ним. Так они и жили, Алеша, Марина и ее родители. Марина воспитывала мальчика как сына, он рос, начал ходить в школу.

В 2003 году при странных обстоятельствах на даче умер отец Марины. Летом он жил на даче один, его жена работала, взрослые дочери тоже. Как рассказала Марина, накануне туда ездила Ольга с мужем. Они вернулись, рассказали, что отец пьет.

— Соседи даже советовали мне написать заявление: отец умер и пролежал на даче несколько дней, а ведь лето, жара стояла, когда его нашли, уже нельзя было определить причину смерти. Может, поругались, может подрались, а потом сердце не выдержало, — не ладили они с мужем Ольги, — рассказывает Марина. — Но я, конечно, не стала ничего писать и выяснять. Человека не вернешь, зачем обострять отношения.

У матери Ольги и Марины после смерти мужа случился инсульт, и Ольга с мужем и детьми переехали в

“Под диспансерным наблюдением” регрессирует к “состоит на учете”

квартиру родителей. Там уже жили и Марина с Алешей.

У мужа Ольги сразу начались конфликты с Алешей: мальчик с особенностями развития, тем более подросткового возраста, не всегда вел себя так, как хотелось Игорю, мужу Ольги. Сначала он постоянно делал замечания Алеше, Марине, а потом дело дошло до того, что он начал Марину периодически избивать. Ситуация сильно обострилась, когда Марина решила прописать Алешу: ему исполнилось 14 лет, он нигде не был прописан, а встал вопрос о получении им жилья как сиротой. Все родственники Мариной были категорически против этого, даже ее мама. Сначала Марина их уговаривала, объясняла, что для того, чтобы встать на очередь для получения жилья, ребенок должен быть где-то прописан. А потом выяснила, что для прописки несовершеннолетнего согласия родственников не требуется, и все сделала сама. Когда об этом узнали Игорь и Ольга, был страшный скандал, и Игорь сильно избил Марину. Она зафиксировала побои, написала заявление. В ответ сестра и ее муж написали в районный ПНД заявление о принудительном освидетельствовании Мариной: якобы она страдает психическим расстройством, угрожает им расправой и т.д. По решению районного суда в январе 2004 года полицейские доставили Марину в ПНД на освидетельствование. Она высказала всем присутствовавшим свое отношение к происходящему, развернулась и ушла. Это было оформлено как освидетельствование, в результате которого врачебная комиссия поставила Марине диагноз “парапонидное расстройство личности”.

После этого случая Марина собирает вещи, забирает Алексея и уезжает из квартиры родителей. Она в нее больше не вернется, даже после смерти матери в 2009 г. Ольга несколько лет ничего не знает о том, где находится ее младшая сестра, и что с ней. Да и не стремится узнать. Вопрос этот ее начинает волновать только после смерти матери, в связи с разделом наследства.

Тем временем по заявлению Мариной решение районного суда о ее недобровольном освидетельствовании было признано незаконным и отменено. Они с Алексеем получили квартиру, Марина устроилась на работу медсестрой в школу, научилась водить машину. Жизнь потихоньку налаживалась. Для получения водительских прав, при обращении в органы опеки и попечительства, при устройстве на работу Марине пришлось обратиться за справками в районный ПНД. Они пригласили ее на освидетельствование, которое женщина прошла, выдали необходимые справки (!), но с диспансерного учета не сняли. По результатам освидетельствования по вопросу снятия диагноза Марине было рекомендовано обратиться на комиссию главного врача города. Она тогда не придала этому значения, ведь нужные ей справки она получила, а обращаться в ПНД она больше не планировала.

И все бы так, наверное, и закончилось, если бы не... шлагбаум. Да, да. В один непрекрасный день, когда Марина шла на работу и входила в школьный

двор, на нее упал шлагбаум. Удар был довольно сильным и пришелся по голове. В результате Марина получила сотрясение мозга. Когда она обратилась в больницу по этому поводу, ей выдали больничный лист и заключение, в котором было указано, что женщина получила производственную травму. И это полностью соответствует действительности и трудовому законодательству: если человек получил травму по дороге на работу, она считается производственной. В нашем случае Марина шла на работу в школу из поликлиники, к которой школа прикреплена. Кроме того, школьная медсестра числится в штате поликлиники, а место работы у нее — школьный медицинский кабинет.

Для работодателя, в данном случае поликлиники, производственная травма работника влечет массу неприятных последствий: нужно обязательно создавать комиссию по расследованию несчастного случая и искать виновных; необходимо выплачивать пострадавшему работнику компенсацию (либо из собственных средств или из средств ФСС), ежемесячные страховые выплаты, больничный лист придется оплатить в размере 100 % среднего заработка, нужно компенсировать расходы, связанные с реабилитацией, лекарственные средства, возместить моральный ущерб и т.д. Да и вышестоящее начальство явно по головке не погладит...

И когда подобная перспектива замаячила перед работодателем Мариной, он решил сначала попробовать свалить вину в несчастном случае на работника. А когда работник может быть сам виноват в полученной травме? Когда не соблюдал технику безопасности или находился в состоянии, в котором плохо понимал происходящее. Алкогольное и наркотическое опьянение в случае Мариной исключается, это было бы указано во врачебном заключении. А вот психическое расстройство — хороший вариант... Руководство поликлиники направило запрос относительно Мариной в ПНД. И получило ответ, что она состоит под диспансерным наблюдением. Марину отстранили от работы, на нее оказывают давление, и понятно, что все идет к тому, чтобы Марина уволилась и не создавала лишних проблем.

Но Марина хочет защитить свои права и не готова расставаться с любимой работой, поэтому обратилась за помощью к экспертам НПАР. По результатам проведенного освидетельствования специалисты НПА пришли к выводу, что оснований для диспансерного наблюдения в отношении Мариной нет. Надеемся, что это заключение сыграет свою роль в борьбе Мариной с руководством поликлиники. НПА готова помочь ей в этом и далее, мы будем следить за развитием событий.

К сожалению, в этом деле, как и во многих других случаях, с которыми обращаются в НПА, возможности психиатрии были использованы не во благо, но чтобы навредить или избавиться от неугодного человека, причем из самых низких побуждений.

Евгения Доброванова

ХРОНИКА

В Верховном Суде. Мрачный прецедент поведения адвоката

В начале 1990-х годов юрист-консультанты нашей Ассоциации, выдающиеся юристы Александр Иосифович Рудяков и Борис Андреевич Протченко, высказали новаторскую идею: вывести экспертную деятельность из подчинения своей профессиональной системы в самостоятельные Коллегии экспертов наподобие Коллегий адвокатов. Эта идея, могущая внести радикальный сдвиг в решение проблемы независимой экспертизы, которая бы сохраняя состязательность экспертов обеих сторон, избавлялась от прессинга сложившейся в профессиональном сообществе иерархии, идеологии, моды, предвзятости и ангажированности разного рода. Но для практического осуществления этого замысла требовалась существенная ломка сложившихся стереотипов, для которых ни тогда, ни тем более сейчас, неподходящее время.

Общественная атмосфера и сама по себе, и в унисон общемировому тренду, но на порядок мощнее в условиях полицейского режима, не просто провоцирует и дает зеленую улицу, буквально лепит по своему подобию рисунок поведения представителей самых разных профессий.

Мы считаем необходимыми привлечь внимание к яркому примеру имитации адвокатом его прямой профессиональной обязанности — максимальной защиты своего подопечного, свидетельству того, что разлившийся в обществе страх затронул даже твердыню легальной защиты подсудимого.

В громком деле, опубликованном в предпоследнем выпуске нашего журнала “Воскрешение советского подхода к судебно-психиатрической практике в отношении общественной опасности” (НПЖ, 2017, 3, 45 – 48) речь шла, как и широко известном деле Михаила Косенко, о виде принудительного лечения: вместо самого легкого из четырех возможных — амбулаторного, — самое тяжелое — стационарное, специализированное, с интенсивным наблюдением. Основанием для этого эксперты назвали общественную опасность, проявлением которой сочли банально-наивную идею в блоге, которую они приравняли к самым тяжелым действиям, у человека, никогда в жизни не совершившего агрессивных актов, с эмоционально-волевым дефектом, социально адаптированного, а полтора года до этого адекватно расцененного СПЭ другой психиатрической больницы того же города и оправданного судом за видеоролик с проклятиями в адрес судьи, которое следствие приравняло к “угрозе убийством”, видимо веря в колдовскую силу проклятий и наведение порчи.

Идея, которая вызвала уголовное преследование состояла в призывае к террористам совершать свои

акты в отношении не простых граждан, а главных ВИП-персон, очевидным образом безобидна в своей наивной глупости. Т.к. панику сеют террористические акты только против гражданского населения.

Явившись по просьбе представителя защиты — жене подэкспертного — рано утром в Верховный Суд, я столкнулся с беспрецедентной в моей многолетней практике выступлений и на этом уровне случаем, когда адвокат (который, впрочем, и прежде избегал контактов) не заявил меня на проходной. Это вызвало недоумение и у вызванной из канцелярии сотрудницы суда, которая спустя некоторое время в соответствии с непрерывно поддерживаемой со мной мобильной связью пригласившей меня представительницы защиты, заверила меня, что суд извещен о моем прибытии и что сложная процедура пропуска будет сокращена. Действительно, меня провели к дверям суда и предложили подождать вызова в зал заседаний. Это подтвердил вышедший вскоре из зала судебный пристав. Однако спустя час выяснилось, что заседание закончилось, и меня никто не собирался заслушивать. На мое возмущение вышедший прокурор на чисто обывательском уровне сказал: “Вы что, можете дать гарантию, что этот сумасшедший ничего больше не натворит?”, словно можно было говорить о наличии события преступления и словно научный подход претендует на 100 %, а не уступил эту способность мошенникам. Я дождался зачтения приговора. В зале присутствовали только прокурор, секретарь и адвокат, а на большом экране по скайпу — клетка с подсудимым и рядом на скамейке его жена. Я специально возвращался из суда вместе с адвокатом, который не проявил никакой заинтересованности в заслушивании меня, а сам обнаружил глубоко пессимистическую установку. “Все держатся за свои рабочие места и зарплату, — откровенно сказал он, — следователи не направят нового дела тому, кто не поддержит их версию, никакие репутации, даже репутация страны, никого не волнует, просто каждый исполняет свою роль”. Исходно пораженная позиция не помешала ему взять приличный гонорар, фактически имитируя свою деятельность, плывя по течению сложившихся судебных процедур.

Действительно, таково принуждение сложившейся в стране системы во многих профессиях. К халтуре система принуждает и врачей. Все мы постоянно находимся в ситуации “двойной лояльности”, а на самом деле — не менее чем тройной, не забывая самих себя.

Ю. С. Савенко

Новый модуль психического здоровья в Чертаново

Еще один — второй из запланированных 20 — диспансерный модуль психического здоровья открылся недавно в Чертаново по адресу ул. Чертановская, 26. Он обслуживает жителей Северного, Центрального и Южного Чертаново, количество которых в настоящее время достигает 350 тыс. чел. Это филиал психиатрической клинической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева и городской поликлиники № 2. Это очередной шаг на пути интеграции психиатрической и общемедицинской помощи и дестигматизации наших пациентов.

Небольшое четырехэтажное здание с двумя вывесками “Психоневрологический диспансер № 13” и “Городская поликлиника № 2”, общий вход, общий гардероб, общие объявления. Никто не разбирает, с какими проблемами пришел пациент, хотя помещения поликлиники и психиатрического модуля различно отличаются друг от друга. Третий этаж здания, который занимает общесоматическая поликлиника, — типичный образец обычного районного медицинского учреждения — теснота, обшарпанные стены, отсутствие достаточного пространства для ожидания и т. п. На втором и четвертом этажах, где располагается модуль, — все блестит и сверкает после только что сделанного ремонта: светлые просторные коридоры, множество стульев, кабинеты с большими окнами, чистота и порядок. Огорчают лишь голые стены в кабинетах, но это, по словам сотрудников, еще впереди. Модулю ведь всего несколько дней.

На четвертом этаже располагается диспансерная служба модуля. Четыре кабинета, где в две смены ведут прием участковые психиатры, просторные холлы для ожидания, туалет, кулер. Под диспансерным наблюдением состоит около 2 тыс. человек, с каждым из которых нужно встречаться не реже чем 1 раз в месяц, а есть еще консультативное наблюдение и работа по выдаче справок. Предусмотрены и осмотры на дому, но для этого нужно подать заявление, которое по закону может рассматриваться в течение месяца. Понятно, что за месяц многое может случиться, и врачи стараются обслуживать поданные заявления в течение недели.

Здесь же на четвертом этаже кабинет главного врача и старшей сестры. Главный врач — Олеся Юрьевна Тюлькина — симпатичная молодая женщина, на вид почти девочка, но уже имеет за плечами солидный опыт: успела поработать и в Центре Сербского, где изучала сделкоспособность людей пожилого возраста с различными болезнями, и даже защитила диссертацию на эту тему, и в дневном стационаре клинической психиатрической больницы № 3 им. Гиляровского.

Старшая сестра модуля — Бутарная Нелли Владимировна — солидная брюнетка средних лет, с открытым лицом и приятной улыбкой. Здесь же в кабинете — симпатичный надувной человечек, который олицетворял пациента во время открытия модуля. Глядя на них всех, появляется чувство уверенности, что пациенты встретят здесь доброжелательное отношение, получат необходимую помощь и будут приходить всякий раз, когда потребуется. Тем более, что модуль находится, что называется, в шаговой доступности от их места жительства. Прямо под окнами — трамваи и автобусы, 10 минут пешком до М. “Южная”.

Второй этаж занимает дневной стационар и отделение интенсивной терапии. Дневной стационар рассчитан на 50 мест, и его уже посещает 18 человек. Отделение интенсивной терапии может обслуживать 30 пациентов и тоже постепенно заполняется. Уютная столовая, где пациенты могут позавтракать и пообедать, большой конференцзал для групповых занятий психотерапией. Психологов и психотерапевтов пока не хватает, но те, что есть, активно работают с пациентами, занимаясь и диагностической, и психокоррекционной индивидуальной работой. Есть специалист по социальной работе и 3 социальных работника. Планируется развивать реабилитационное направление, проводить занятия по просвещению в области психического здоровья, по возможности интегрировать пациентов в социальную жизнь.

Созданы бригады неотложной помощи: в острых случаях врачи и медсестра выезжают на дом и оказывают необходимую помощь, предотвращая таким образом ненужные стационаризации.

Итак, первое впечатление очень хорошее. Теперь нужно проводить мониторинг работы уже созданных модулей и следить за тем, чтобы открытие новых не слишком отставало от сокращения коек в психиатрических стационарах. Иначе наши пациенты окажутся на улицах, и мы все чаще и чаще будем слышать о новых правонарушениях и даже уголовно наказуемых действиях, совершенных людьми с психическими расстройствами. А это — очередной виток стигматизации. В последнее время в Общественную приемную Независимой психиатрической ассоциации России стали приходить люди в остром состоянии, чего раньше никогда не было. А некоторые жалуются на отказ в стационаризации. “Такие расстройства нужно лечить амбулаторно”, — говорят пациентам и родственникам. Но ведь не везде есть такие модули, как в Южном Бутово и Чертаново.

Л. Н. Виноградова

Защита прав граждан с психическими расстройствами: объединения усилий государства и гражданского общества

11 декабря в Липецке прошёл правовой семинар по защите прав граждан с психическими расстройствами, организованный Независимой психиатрической ассоциацией России (в рамках проекта, финансируемого из средств гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов) совместно с Липецким отделением Всероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических заболеваний “Новые возможности” и благотворительным фондом “Защита прав граждан с психическими расстройствами”.

Цель проекта НПА России — содействовать участию людей с психическими расстройствами и их родственников в процессе защиты их прав и интеграции в общество, и первоначально планировалось провести семинар именно для них, чтобы помочь им чувствовать себя более уверенными. Однако интерес к семинару оказался столь велик, что на него съехались представители психиатрической службы и органов опеки и попечительства со всей области, юристы и адвокаты, пришли и представители уполномоченного по правам человека в Липецкой области и различных некоммерческих организаций. Всего в семинаре участвовали 98 человек.

В своем вступительном слове исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова отметила, что такой состав аудитории отражает необходимость тесного взаимодействия государственных структур в лице органов здравоохранения и социальной защиты и общественных организаций, объединяющих людей с ментальными нарушениями. “Хотя семинар — это учебное мероприятие, но мы приехали не учить, а обсуждать, попытаться сблизить позиции врачей и пациентов, представителей органов опеки и родственников”, — сказала она.

Л. Н. Виноградова познакомила присутствующих с основными положениями Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Россией в 2012 г., рассказала о новой парадигме в отношении к инвалидам, напомнила, что в 2018 г. Российская Федерация должна будет представить очередной отчет в Комитет по правам инвалидов с информацией об исполнении Конвенции, и у НКО есть возможность представить альтернативный доклад, уделив особое внимание проблемам инвалидов вследствие психического заболевания.

Эксперт проекта юрист Центра лечебной педагогики П. Ю. Кантор рассмотрел систему законодательства, регулирующего правовое положение людей с психическими расстройствами, и подробно остановился на различных нарушениях прав этой категории населения, рассказал о процессуальных коллизиях

при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и перспективах реформирования психоневрологических интернатов. Присутствующая на семинаре судья Липецкого областного суда Н. Н. Жукова рассказала, как обстоит дело с недобровольной госпитализацией и недобровольным освидетельствованием в Липецкой области. Липецкие судебные власти взяли за основу Кодекс административного судопроизводства, и часто рассматривают дела в отсутствие пациента, целиком полагаясь на мнение врачей-психиатров.

Руководитель общественной приемной НПА России Н. В. Спиридонова поделилась опытом работы по анализу жалоб, мониторингу нарушений и формам помощи людям с психическими расстройствами и их родственникам. За год в НПА России обращается не менее 500 человек, так что складывается достаточно репрезентативная картина. Н. В. Спиридонова привела конкретные примеры наиболее типичных нарушений прав граждан с психическими расстройствами, в том числе связанных со стремительно идущей сейчас в Москве реформой психиатрической помощи. Заметно снизилась возможность получения стационарной помощи, с одной стороны, а с другой стороны, наблюдается тенденция принуждения к оформлению в психоневрологический интернат тех, кто не удерживается длительное время дома. Наблюдаются также необоснованные ограничения в выдаче разрешений на управление автотранспортом, выполнения определенных профессиональных обязанностей, в воспитании детей и т.п.

Подробно обсуждались вопросы, связанные с признанием граждан недееспособными и ограниченно дееспособными. Было отмечено, что введение новой правовой категории — ограниченная дееспособность — пока не привело к заметному изменению ситуации. Суды не знают, какие вопросы ставить перед экспертами, а эксперты-психиатры не понимают, как решать вопрос о “возможности понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц”. При решении вопроса об ограниченной дееспособности большую роль должны играть психологи и социальные работники и следует назначать комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу.

Все темы семинара вызвали оживленные дискуссии, в которых участвовали как медицинские работники, юристы и сотрудники органов опеки, так и представители некоммерческих организаций, и пациенты психиатрической службы. Такие совместные разговоры способствуют лучшему взаимопониманию и позволяют найти нестандартные решения сложных ситуаций.

Участие людей с ментальными нарушениями в обсуждении проблем здравоохранения и социальной помощи

12 декабря в диспансерном отделении Липецкой областной психоневрологической больницы прошёл круглый стол “Медико-социальное положение и права граждан с ментальными нарушениями в период реформы психиатрической помощи”. Инициаторами круглого стола выступили Независимая психиатрическая ассоциация России (в рамках проекта, финансируемого из средств гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов), Липецкое отделение Всероссийской организации инвалидов вследствие психических заболеваний “Новые возможности” и Благотворительный фонд “Сохранение нации и развитие гражданского общества”. В круглом столе участвовали руководители Липецкой психиатрической службы, представители психоневрологических интернатов и органов опеки и попечительства, представители Уполномоченного по правам человека в Липецкой области и некоммерческих организаций.

Круг обсуждаемых вопросов был довольно широк: это показатели психического здоровья в Липецкой области и проблемы оказания психиатрической помощи, проблемы социального обслуживания граждан с ментальными нарушениями и проблемы ме-

дико-социальной реабилитации и трудоустройства инвалидов вследствие психических расстройств, участие организаций, объединяющих людей с ментальной инвалидностью и их родственников, в развитии общественно-ориентированной психиатрической помощи в Липецкой области, в разработке региональной целевой программы развития психиатрической помощи, а также возможности Уполномоченного по правам человека по контролю за соблюдением прав граждан с ментальными проблемами, сотрудничество с НКО. Был также затронут вопрос о необходимости разработки государственной политики в отношении реализации Конвенции по правам инвалидов, ратифицированной Россией в 2012 г., в отношении лиц с ментальной инвалидностью.

Круглый стол прошел в атмосфере взаимного уважения и доброжелательности, все согласились, что забота о гражданах с психическими расстройствами должна объединять государство и гражданское общество, что люди с ментальными нарушениями и их представители должны иметь свой голос в выработке политики психического здоровья и участвовать в контроле за ее осуществлением. Похоже, что в Липецкой области так и есть, однако нельзя останавливаться на достигнутом. Нужно развивать это взаимодействие.

Четверть века Российскому исследовательскому центру по правам человека Конференция в Санкт-Петербурге

23 декабря 2018 г. в Санкт-Петербурге в гостинице “Санкт-Петербург” Российский исследовательский центр по правам человека отмечал свое 25-летие. Отмечал конференцией, призванной проанализировать современную ситуацию с правозащитным движением в России и понять, что нас ждет в будущем. На конференцию были приглашены коллеги из Белорусского и Украинского домов прав человека, и мы надеялись, что Санкт-Петербург покажется им более безопасным местом. Однако, украинские коллеги все равно не приехали.

Российский исследовательский центр по правам человека был создан в 1992 г., и его учредителями стали 10-правозащитных организаций, в том числе Независимая психиатрическая ассоциация России. Другими его членами были: Московская Хельсинкская группа, Союз комитетов солдатских матерей

России, Центр содействия реформе уголовного пра-
восудия, Фонды “Право Матери” и “Социальное партнерство” и т.д. Большая часть организаций размещалась под одной крышей, в самом центре города, неподалеку от Старой площади. Такое тесное соседство организаций способствовало сотрудничеству, и в первые годы своей работы Центр был очень активен: ежегодные отчеты о ситуации с правами человека в стране, регулярные поездки по стране и выстраивание сетевой структуры, совместное консультирование и помощь гражданам, совместные проекты, подготовка альтернативных докладов в различные комитеты ООН.

В 1994 г. Центр выступил одним из учредителей международной сети Домов прав человека, секретариат которой находится в Осло. Сегодня сеть включает в себя 13 Домов, структура которых может немного

Четверть века Российскому исследовательскому центру по правам человека

отличаться, но это всякий раз несколько правозащитных НКО, которые сотрудничают друг с другом.

На юбилейной конференции каждая организация получила возможность коротко рассказать о своей истории, выделить что-то главное, проанализировать достоинства и недостатки сотрудничества с другими членами Центра. Однако самое главное было не это, а анализ ситуации, сложившейся с правами человека и с правозащитным движением в стране. С программными докладами выступили Алексей Смирнов, первый директор Центра, Дмитрий Дубровский, историк, бывший сотрудник Европейского университета в СПб и преподаватель многих европейских и американских университетов, и Сергей Лукашевский, историк и аналитик, исполнительный директор Общественного центра им. Сахарова.

Все они отметили, что правозащитное движение переживает кризис во всем мире. Даже в промышленно развитых странах все чаще и чаще на первый план выходят социально-экономические права граждан, снижается эффективность международных механизмов защиты прав человека, сокращается пространство для работы правозащитников, создаются многочисленные ГОНГО (государственные-негосударственные организации), которые с успехом осваивают государственные гранты и все активнее ведут себя на международной арене, участвуя в различных форумах и конференциях и проводя политику, выгодную государству. Характерная особенность России — подмена понятия “права человека” понятием “традиционные ценности” и активное вмешательство церкви в социальную и политическую жизнь страны.

В этих условиях нужно искать новые методы работы: устанавливать контакты с активными социально-экономическими протестными движениями, учиться разговаривать с молодежью, осваивать работу в социальных сетях.

Нельзя клеймить тех, кто высказывает другое мнение о правах человека, нужно пытаться разговаривать с ними. Очень важен разговор об общих принципах устройства нашей жизни. Широкая коалиция получится там, где мы договоримся об общих принципах на культурное многообразие.. Надо бороться за право каждого человека быть представленным в этом пространстве.

Один из самых больших и неизменно актуальных вопросов — взаимодействие с властью. Правозащитники активно взаимодействовали с властью, в том числе через внедрение в российское право понятий

прав человека. Российская конституция, другие документы построены на уважении прав человека, и это в значительной степени заслуга правозащитников. Однако с середины 2000-х годов, когда власть показала себя как авторитарная, началась серьезная дискуссия: где граница взаимодействия? Нельзя не вступать во взаимодействие, иначе нельзя помогать, власть не отрицает права граждан, с другой стороны — постоянно кто-то из представителей власти выступает против прав человека. Серьезный кризис мы наблюдаем и в международной системе защиты прав человека. Превратившись в отложенную многосложную систему, она бюрократизировалась. Выстроенная ради защиты прав человека, она не имеет действенных мер воздействия на страну. Можно добиться защиты одного человека или небольшой группы, Россия платит штрафы, но практически не выполняет решений Европейского суда по правам человека общего характера. Желание включить как можно больше государств в систему международного права превалировало над желанием добиваться исполнения прав человека. В результате работа некоторых международных органов оказалась парализованной. В нашей стране надо понимать, что защита прав человека — это фундаментальная часть гражданской активности, которая будет и дальше развиваться, она не может быть прекращена. С другой стороны, сегодня мы имеем ситуацию, когда большинство людей считают единственно важными правами — социально-экономические права, а гражданские и политические права их не интересуют. Права человека создавались как права индивидуума, с другой стороны естественно объединять людей в какие-то группы. Это опасная тенденция, когда разнообразные религиозные, этнические, социальные группы подменяют защиту естественных прав человека защитой своих корпоративных и групповых интересов. Либеральная доктрина подвергается низкопробным нападкам. Политическая и моральная поддержка развитых демократических государств может начать уменьшаться. Расширение количества людей, которые с пониманием интересуются правами человека, — наша надежда.

Что нужно сделать правозащитному движению?
— Самая главная задача — углубление и расширение коммуникации с обществом, пробуждение в нем энтузиазма конкретной работы, которую люди поддерживают материально и собственными усилиями, привлечение возможностей социальных медиа, выход всей этой проблематики в социальные сети.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Неумолимый ход событий: как пропаганда приобретает самостоятельность

Чудовищные жертвы Первой мировой войны породили новый стиль в искусстве — экспрессионизм — чуждый красивости, манифестом которого стал вопль ужаса перед действительностью. Графическая и живописная техника этого направления принципиально структурно изменилась: деформация линий, резкие контрастные цвета, отказ от удовольствия.



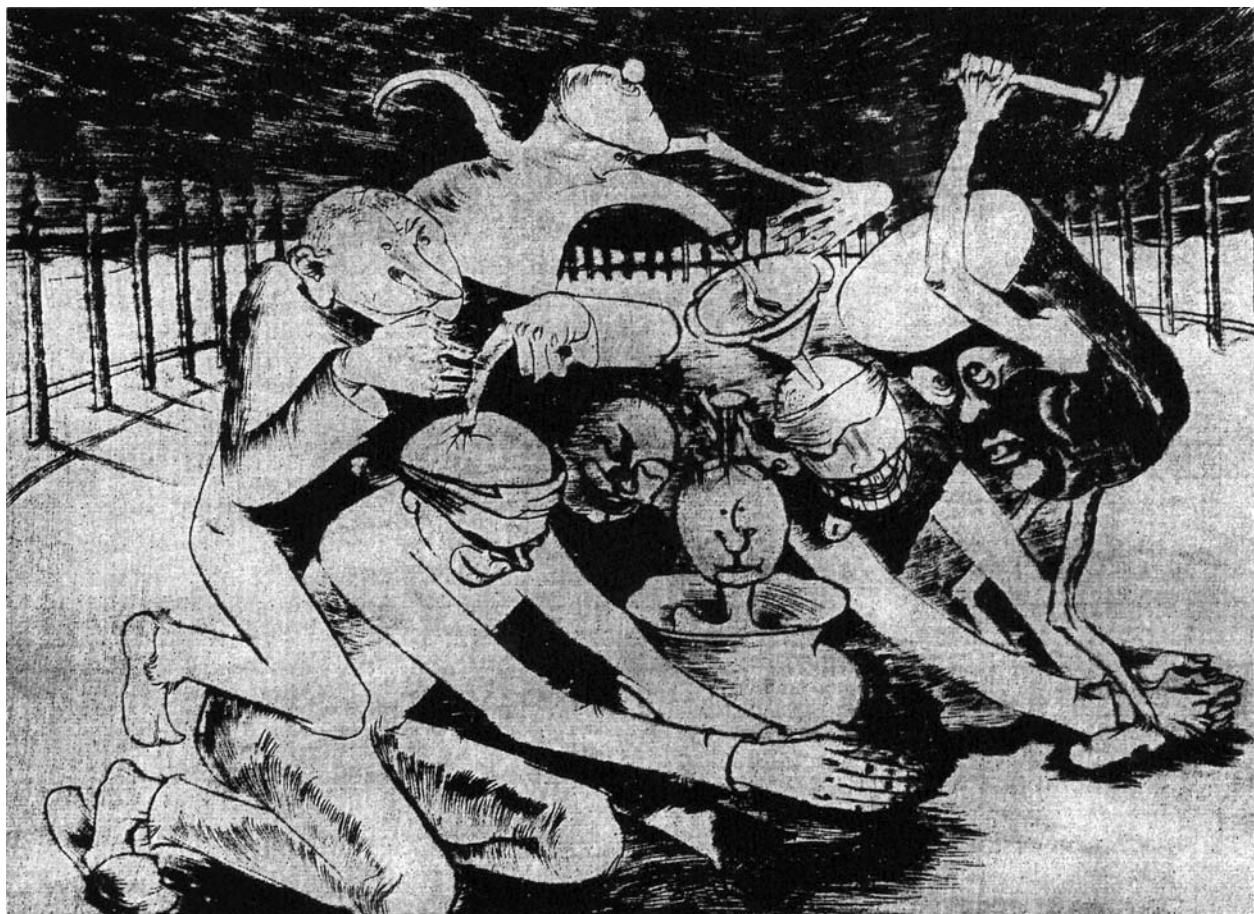
Франсиско Гойя. Проводы на гильотину. 1824



Альфред Кубин. Демагог. 1939



Ганс Грундиг. Барабан. 1936



Ганс Грундиг. Геббельсовская пропаганда. 1936

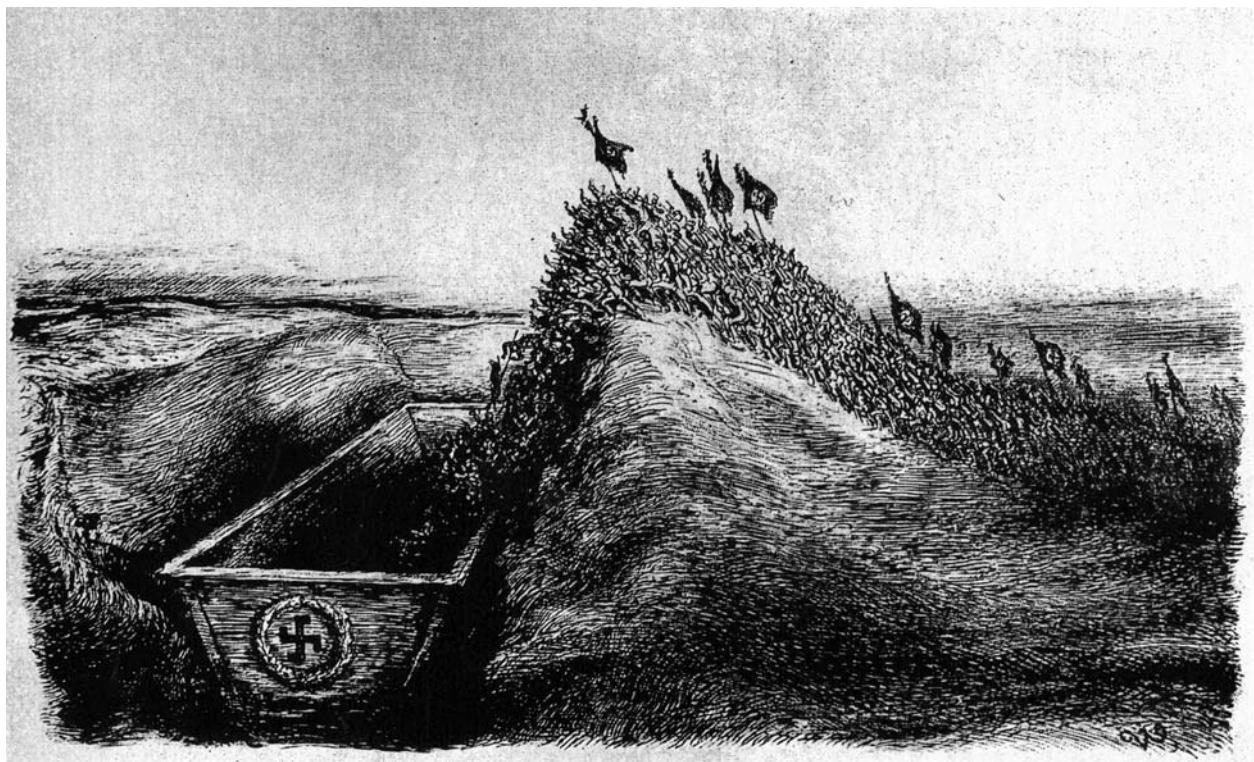
Неумолимый ход событий: как пропаганда приобретает самостоятельность



Карл Россинг. “Я не хотел этого”. 1931



Карл Россинг. Старая гвардия. 1929



Пауль Вебер. Судьба. 1932

Неумолимый ход событий: как пропаганда приобретает самостоятельность



Торстон Биллман



Рокуэлл Кент



Торстон Биллман



Александр Шендов

НЕКРОЛОГ

Памяти Исаака Яковлевича Гуровича (07.05.1927, Днепропетровск – 20.02.2018, Москва)



Такие профессионалы, как Исаак Яковлевич Гурович не нуждаются в глянце, он по-настоящему выдающаяся фигура нашего предмета в историческом смысле этого слова.

Его высокий клиницизм, продолживший традицию Самуила Григорьевича Жислина, послужил основой выдающихся вкладов во все основные практические проблемы психиатрии — в мастерское лечение, в закон о психиатрической помощи, в организацию психиатрической помощи.

Это он настоял на 38 статье Закона, неисполнение которой изобличает всех, кому наплевать на права наших больных, и что до сих пор — кость в горле властей.

Это он открыто отстаивал принцип децентрализации в условиях курса на тотальную централизацию.

И это он, как главный редактор журнала РОП, поместил в нем гневное письмо члена редколлегии, проф. Свободного Амстердамского университета Б. К. М. Рааса в отношении шести экспертиз полковника Ю. Буданова: “Ваша судебная психиатрия — флюгер власти”.

Мы, т.е. НПА России, были единодушны с ним в клинической, организационной, правовой, лечебно-профилактической и социально-психиатрической проблематике и шли параллельным курсом. Но Исаак Яковлевич запретил себе — и это основное, что нас

различает — критическую ноту, и на этой почве внешне дистанцировался от НПА. Эта мудрая тактика дала свои высоко продуктивные плоды, но не опровергла необходимости и критики, и такой организации как наша, которая сознательно занимается самыми болевыми проблемами судебной психиатрии и злоупотреблениями психиатрией. Высокое служебное положение вынуждало Исаака Яковлевича — человека до ригоризма принципиального — к устранению от этих проблем, что позволило ему достичь на редкость многоного, вопреки сложному, не благоприятствовавшему его деятельности времени. Он сумел вырастить себе приемника — Александра Борисовича Шмуклера. Своим учителем как клинициста называл его руководитель наших открытых клинических разборов Александр Юрьевич Магалиф.

Исаак Яковлевич в течение 28 лет был главным редактором журнала “Социальная и клиническая психиатрия”, центрального журнала РОП. Общие цели и задачи, которые нас объединяли, и наша возможность высказываться значительно свободнее, вызывали ревнивые чувства и вели к продуктивной состязательности.

Я знал Исаака Яковлевича с 1963 года по Московскому НИИ психиатрии. Он всегда держался независимо и с достоинством. Как член партбюро он вел философский кружок для сотрудников института и, когда я как-то наговорил в своем выступлении много лишнего в то секстое время пухлых досье, он — не в пример любителям разборок — спокойно сказал: “Вы не подготовились”. Во время совместной с Исааком Яковлевичем поездки по приглашению комитета Американской психиатрической ассоциации, я — как уже несколько раз побывавший там — имел возможность поделиться с ним своим опытом, а теперь ностальгировать по теплым отношениям и общим устремлениям с той поры.

Исаак Яковлевич показал пример редкого мужественного поведения перед лицом семейных трагедий и очень тяжелой изнурительной болезни, которую преодолевал вопреки преклонному возрасту, продолжая работать, и до последнего момента публикуя новаторские тексты. Он до конца сохранил ясную голову и достойное лицо.

Выразительный профиль Исаака Яковлевича наполнил бы смыслом медаль Российской общества психиатров его памяти.

1966 год — канд. дис. “Шизофрения, возникшая или обострившаяся в период инволюции”.

1971 год — докт. дис. “Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии”.

1975 – 2018 г. — Руководитель отдела клинико-социальной психиатрии и отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи.

1990 – 2018 г. — Главный редактор журнала “Социальная и клиническая психиатрия”.

1993 – 2018 г. — Зам.директора Московского НИИ психиатрии.

1992 — Член комиссии по разработке закона о психиатрической помощи.

- Внедрил современные новации в систему социальной реабилитации психически больных.

- Впервые организовал клинику первого психотического эпизода и сеть таких клиник по всей стране.

- Автор около 400 научных работ и 10 монографий.

Ю. С. Савенко

Воспоминания об И. Я. Гуровиче

С Исааком Яковлевичем я познакомился в 1951 г., когда после окончания трехлетней клинической ординатуры на кафедре психиатрии 2-го Московского мединститута был направлен на работу в Шацкую психиатрическую больницу. Это была больница колониального типа, на территории которой располагался отдельный корпус, где осуществлялось принудительное лечение душевнобольных. В этом корпусе находились больные, которые обвинялись в убийстве, нанесении тяжких телесных повреждений или в антисоветской деятельности. Исаак Яковлевич работал и в общих отделениях больницы, и в корпусе для принудительного лечения.

С самого начала работы Исаак Яковлевич обнаружил стремление усовершенствовать проводимое лечение. В то время не было еще анти舒心отиков, антидепрессантов, невозможно было по техническим причинам использовать электросудорожную терапию. Исаак Яковлевич активно участвовал в проведении инсулинотерапии и решил организовать в больнице лечение длительным сном. Была организована палата для проведения многочасового сна с помощью имевшихся тогда снотворных препаратов. Сразу же обнаружился большой интерес Исаака Яковлевича к клинике психических заболеваний и стремление психотерапевтически помочь больным, находившимся на принудительном лечении.

В дальнейшем после службы в армии Исаак Яковлевич начал работать в психиатрической больнице им. П. Б. Ганнушкина в отделении, где консультировал крупнейший отечественный психиатр С. Г. Жислин. Через некоторое время после защиты кандидатской диссертации Исаак Яковлевич перешел на работу в отдел психофармакологии. Это было новое направление в психиатрии, и Исаак Яковлевич внес большой вклад в разработку терапии душевнобольных. Он сосредоточился на изучении побочных эффектов, возникавших при лечении нейролептиками, и блестяще защитил докторскую диссертацию, посвященную лечению больных параноидной шизофренией. О мастерстве Исаака Яковлевича в лечении больных ходили легенды. Считалось, что при назначении

нового препарата надо не только изучить всю доступную информацию, но обязательно осведомиться у Исаака Яковлевича о его личном опыте применения нового лечебного средства. Если он считал препарат эффективным, можно было смело им пользоваться. Блестяще знание клиники психических заболеваний и особенностей действия того или иного препарата, а также комбинации препаратов, позволяло Исааку Яковлевичу добиваться улучшения психического состояния казалось бы в “бесперспективных случаях”.

В лечении любых заболеваний, в том числе психических расстройств, очень важны нюансы назначения тех или иных средств, длительность терапии, минимизация побочных эффектов. Всем этим Исаак Яковлевич владел в совершенстве и охотно делился своими знаниями на декадниках, семинарах, во время консультаций больных. Эта огромная по объему деятельность нашла отражение в многочисленных публикациях и руководствах, автором и соавтором которых был Исаак Яковлевич.

Всем врачам больницы им. П. Б. Ганнушкина и научным сотрудникам Московского НИИ психиатрии было известно, что быстро идущий по территории больницы Исаак Яковлевич спешит прийти на помощь врачам, столкнувшимся с какими-то проблемами лечения душевнобольного.

Характер деятельности Исаака Яковлевича существенно изменился, когда он стал руководителем отдела института, занимавшегося вопросами организации психиатрической помощи в диспансерах и стационарах. По существу речь шла о новых подходах в лечении больных и наблюдении за их состоянием.

Ничего не удалось бы сделать без изменения существующего законодательства. Исаак Яковлевич внес большой вклад в создание закона об оказании психиатрической помощи. Он был сторонником снятия с учета в диспансерах многочисленной группы больных, которые в связи со стойкой ремиссией (в части случаев, в связи с практическим выздоровлением), не нуждаются ни в лечении, ни в наблюдении. Эта точка зрения, несмотря на сопротивление некото-

А. Г. Гофман

рых администраторов, благодаря усилиям Исаака Яковлевича и его союзников, стала в конце концов нормой.

Огромный вклад принадлежит Исааку Яковлевичу и его сотрудникам в разработке и внедрении принципов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии. Это было новое для страны направление деятельности. Поэтому Исаак Яковлевич и его сотрудники читали лекции, организовывали декадники, демонстрировали на собственном опыте возможности нового подхода в лечении душевнобольных. Внедрение этих принципов на ряде территорий существенно повысило эффективность терапии. Исаак Яковлевич был очень рад, когда сторонники новых взглядов демонстрировали статистически доказанную эффективность психосоциальной терапии. В рамках нового направления в работе психиатрических стационаров были разработаны принципы лечения больных с первым психотическим эпизодом, и доказана эффективность своевременного психиатрического вмешательства. Поэтому в клиническом руководстве, посвященном психиатрической помощи больным шизофренией, Исаак Яковлевич и его сотрудники перечислили отдельные виды психосоциальных воздействий и организации психиатрической помощи.

Огромная организаторская деятельность Исаака Яковлевича и его отдела предполагала и интенсивную научную разработку различных аспектов проблемы терапии душевнобольных. Не удивительно, что в отделе, руководимом Исааком Яковлевичем, ус-

пешно защищались кандидатские и докторские диссертации. Как научный руководитель Исаак Яковлевич был строг и требователен, но всегда готов был прийти на помощь. Он постоянно сравнивал то, что удалось сделать в России, с тем, что видел во время многочисленных зарубежных командировок в Европе и США.

Его всегда отличала взвешенность в принятии решений, тактичность и мудрость в оценке достигнутого и перспективах развития науки и здравоохранения.

С Исааком Яковлевичем всегда было интересно обсуждать отклоняющееся от нормы течение заболевания, психопатологические особенности симптоматики. Во время этих бесед иногда выяснялось, как цепко он хранит в памяти истории заболевания тех больных, которых лечил в молодости.

Конечно, не обходилось и без споров. Но он всегда готов был выслушать оппонента и свою позицию отстаивал аргументированно.

Всем, кто контактировал с Исааком Яковлевичем, было ясно, что он выдающийся ученый и организатор психиатрической помощи. Однако он не стал ни академиком, ни членом-корреспондентом, ни даже заслуженным деятелем науки. Впрочем, без этого обошлись и те, у кого учился Исаак Яковлевич. Ни Г. Е. Сухарева, ни С. Г. Жислин, ни Д. Е. Мелехов не имели академических званий. Как и Исаак Яковлевич, они просто были выдающимися психиатрами, на которых равнялись те, с кем они работали и общались.

Проф. А. Г. Гофман

РЕКОМЕНДАЦИИ

Мотрошилова Н. В. Ранняя философия Эдмунда Гуссерля. Галле, 1887 – 1901. М., 2018.
Арендт Ханна. Опыты понимания. 1930 – 1954. Становление, изгнание, тоталитаризм. М., 2018.
Хайдеггер, “Черные тетради” и Россия. М., 2018.
Людвиг Витгенштейн в Кембридже и России. Документальная биография. М., 2018.
Подорога В. Антропограммы. Опыт самокритики. СПб., 2017.

* * *

Субъективный мир в контексте вызовов современных когнитивных наук. М., 2017.
Идентичность. Энциклопедическое издание. М., 2017.
Резник С. Эта короткая жизнь. Николай Вавилов и его время. М., 2017.
(самая полная биография с новыми чудовищными фактами)
Беньямин. Ж. “Логос”, т. 28, № 1, 2018.

* * *

Тополянский Виктор. Москва, 1911. М., 2018.
Левинсон Лев. Наркомания преследования. М., 2017.
Кондратьев Ф. В. Правозащитное злоупотребление психиатрией. М., 2017.
(книга отражает нашу общественную атмосферу выразительнее,
чем ее приглашенная редакция на сайте РОП)
Кейзер Берт. Танцы со смертью. М., 2017.
Гуревич Филипп. Мы вынуждены сообщить вам, что завтра вас и вашу семью убьют.
Истории из Руанды. М., 2018.
Максудов Сергей. Не своей смертью. Потери населения СССР в 1918 – 1953 гг. М., 2017.

* * *

Юродство (сост. М. Ю. Бакулин). Тюмень, 2014.
Фор Бернар. Красная нить (Буддийские подходы к сексуальности). М., 2018.
Кричли Саймон. Книга мертвых философов. М., 2017.
Два крыла. Марина Цветаева глазами ее детей. М., 2018.

* * *

Гейне Генрих. Девушки и женщины Шекспира. М., 2017.
Мандельштамовская энциклопедия в двух томах. М., 2017.
Найман Анатолий. “Еврейское слово”: колонки “Взгляд частного человека”. М., 2018.
Ле Корбюзье. Новый дух в архитектуре. М., 2017.
Чаянов Александр. Избранное искусствоведческое наследие. М., 2018.
Барсова Инна. Музыка. Слово. Безмолвие. М., 2018.
Русакова Татьяна. Художники детских книг. М., 2017.
Холландер Энн. Пол и костюм. Эволюция современной одежды. М., 2018.
Барнс Джсулиан. Открой глаза. СПб., 2018.

ABSTRACTS

On the subject of forensic psychiatry and forensic psychiatric examination

Yu. S. Savenko

The authors suggest a detailed definition of the subject of forensic psychiatry and forensic psychiatric examination within the frameworks of this problem in the Soviet and Russian forensic psychiatry, particularly, introduction into the definition of typical mistakes.

Key words: the subject of forensic psychiatry, the subject of forensic psychiatric examination, the subject of forensic pathopsychology, correlation of pathopsychology and psychopathology, intercorporate conflicts.

Three faces of psychiatry: ethnographic, transcultural and anthropological (Part 1)

Josef Zislis (Jerusalem, israel)

This paper traces the significance of using of the principals of applied anthropology for the theoretical and clinical psychiatry. Two different approaches are presented. First, anthropological psychiatry and second anthropology of psychiatry. These different types makes it possible to better understanding of everyday psychiatric practice (for example: unconscious using by psychiatrists of emic and etic approaches in diagnostic practice, moral panics among physicians and hyper diagnosis of different psychiatric conditions). Based upon this methodology tree different types of transcultural syndromes — local, “crash syndrome” and mixt syndromes are described. Finally, we believe that the application of set of anthropological research pathways will allow to construct a correct typology of transcultural syndromes.

Key words: anthropological psychiatry, transcultural syndromes, emic, etic, moral panics, ostension.

The influence of the urban environment on development of neurotic disorders

A. S. Slyusarev, M. Yu. Kozlov

Urbanization brings the whole spectrum of serious problems in different areas. One of such problems is a rise in mental disorders, triggered by specific stress factors. The main part of these disorders can be attributed to the neuroses, largely stemmed from information stress. Technologies, which will be able to protect people from an adverse external environment, and which will take an im-

portant part and play an essential role in treating already existing mental illnesses, should be incorporated into the arsenal of methods, used for prevention and treatment of such unstable mental conditions. Therefore, there is a need to introduce appropriate measures for development and implementation of programs, which are based on the use of nature-based solutions for prevention and treatment of mental disorders.

Key words: urbanization, hierarchy of needs, neurosis, psychosomatics, nature-based solutions, nature-based therapy, information toxicity, prevention of mental disorders.

“To convict of a crime...” (Is there the components of crime in the actions of clinical psychiatrist Olga Andronova?)

Yu. N. Argunova

The paper deals with the issues of disciplinary, civil and criminal liability for unlawful hospitalization to an in-patient psychiatric facility. It also contains the analysis of the verdict of the Kirovsky District Court of Astrakhan, Russia regarding Psychiatrist O. Andronova in order to reveal the components of crime in her actions. There is an opinion on the inconsistency of the doctor's actions qualifications according to P. 2 Art. 128 of the Criminal Code of the Russian Federation in the paper.

Key words: Article 128 of the Criminal Code of the Russian Federation, unlawful hospitalization, design, negligence, medical responsibility.

Hypnotherapy of psychogenic aphonia: analysis of two successful cases of treatment

S. S. Khudoyan (Erevan, Armenia)

The study presents a literature review on hypnotherapy of psychogenic aphonia. Two cases of psychogenic aphonia with different psychological mechanisms of formation are analyzed. Hypnotherapy was applied to these cases taking into account these mechanisms. It is assumed that the effectiveness of hypnotherapy is due to three factors: a/ awareness of the mechanisms refusal from loud speech; b/ the patient's relaxation state; c/ hypnotic state of the patient, in which the hypnotherapist's requirements are usually fulfilled by the patient unquestioningly; g/ desensitization.

Key words: psychogenic aphonia, conversion disorder, psychological mechanisms, inner conflict, hypnotherapy.