

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2007

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
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

Сдано в набор 20.06.2007. Подписано в печать 29.06.2007. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2007-02-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

120-ЛЕТИЕ ПЕРВОГО СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ РОССИИ	5
XII СЪЕЗД НПА РОССИИ	
Приветствия	7
Деятельность НПА России в 2004 – 2007 гг. — Ю. С. Савенко	10
Обзор работы общественной приемной НПА — Н. В. Спиридонова	18
Резолюция съезда	22
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей к вовлекающей эпистемологии — Ричард Гиппс, Билл Фулфорд (Лондон — Варвик, Великобритания)	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация? — В. Г. Остроглазов	38
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Из практики Верховного Суда Российской Федерации — Ю. Н. Аргунова	57
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Использование психиатрии в политических целях в Белоруссии	62
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Значение нейробиологических наук, предвзятости и пустословия в судебной психиатрии (обзор) — В. В. Мотов (Тамбов)	65
ОТКЛИКИ, ПОЛЕМИКА	
О критичности и ее нарушениях с системных позиций — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)	70
Психопатическая форма диатеза — С. Ю. Циркин	73
Определение некритичности — Ю. С. Савенко	78
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Памяти Артура Кронфельда — Инго-Вольф Киттель (Аугсбург, Германия)	79
ХРОНИКА	
Защита больных должна объединять, а не разъединять наши усилия	85
XII съезд НПА России.	86
Триумф антипсихиатрии с подачи Зурабова: “финансирование психиатрии необходимо сократить!”	87
Злоупотребление психиатрической властью в России — свидетельствует пресса	87
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Георг Гейм (Georg Heym, 1887 – 1912). Стихи	90
НЕКРОЛОГ	92
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ	96

CONTENTS

120-TH JUBILEE OF THE FIRST CONGRESS OF RUSSIAN PSYCHIATRISTS	5
XII CONGRESS OF THE IPA OF RUSSIA	
Greetings	7
Activities of the IPA of Russia in 2004 – 2007 years — Yu. S. Savenko	10
Review of the work of the IPA reception room — N. V. Spiridonova.	18
Resolution of the Congress	22
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Understanding the clinical concept of delusion: from an estranged to an engaged Epistemology — Richard G. T. Gipps & K. W. M. (Bill) Fulford (London, Warwick, UK)	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Autopersonamnesia as déjà vu. Is it memory disorder or depersonalization?	38
PSYCHIATRY AND LAW	
From the RF Supreme Court’s practice — Yu. N. Argunova	57
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Using psychiatry in political purposes in Belorussia	62
FORENSIC PSYCHIATRY	
Meaning of neurobiological science, prejudice and idle talks in forensic psychiatry (review) — V. V. Motov (Tambov)	65
COMMENTS & POLEMICS	
On the insight and lack of insight from the general theory of system points of view — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine)	70
Psychopathic form of diathesis — S. Yu. Tsyarkin	73
Loss of insight definition — Yu. S. Savenko	78
HISTORY OF PSYCHIATRY	
In commemoration of Arthur Kronfeld — Ingo-Volf Kittel (Augsburg, Germany)	79
CHRONICLE	
Protection of the mentally ill has to unite our efforts, not separate them	85
XII congress of the IPA of Russia	86
Antipsychiatry triumph with participation of the Health Minister Zurabov: Financing psychiatry should be reduced!	87
Misuse of psychiatric power in Russia — mass-media evidence	87
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Georg Heym, 1887 – 1912 — Poems	90
OBITUARIE	92
RECOMENDATIONS.	95
ABSTRACTS & TRANSLATIONS	96

120-ЛЕТИЕ ПЕРВОГО СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ РОССИИ

Без человеческих условий существования больных психиатрия невозможна ни как наука, ни как медицинская профессия. Но успешное введение принципа нестеснения в России, как и во всем остальном мире, — как писал еще Ю. В. Каннабих, — зависело не столько от убежденности и настойчивости врачей, сколько **от наличия материальных условий**. “Приказ общественного призрения не был в состоянии справиться с задачей организации даже элементарно-сносного больничного дела в силу, во-первых, материальной необеспеченности, и во-вторых, казенщины, насквозь проникавшей все начинания Приказа. **Поворотным пунктом в истории русской психиатрии** был Сенатский указ 9 февраля 1867 г. за № 1241, согласно которому все капиталы Приказа были переданы Земствам. Эта мера явилась одной из составных частей земских реформ” (2).

“При всем том, однако, энергия нескольких лиц, несмотря на большие препятствия, положила этому делу начало... Первые практические шаги, сделанные в этой области, связаны с именами, которые должны быть в памяти каждого русского психиатра”. Это, во-первых, по свидетельству С. С. Корсакова, Александр Устинович Фрезе в окружной психиатрической больнице в Казани (с 1869 г.), С. И. Штейнберг в Преображенской больнице в Москве (с 1872 г. и с 1883 г. в Саратове), доктор Андриоли (с 1870 г.) и Б. А. Шпаковский (с 1875 г.) в Колмовской больнице в Новгородской губернии, и М. П. Литвинов (с 1864 г.) в Бурашево близ Твери. Штейнберг и Литвинов, активно делясь своим опытом, создали многочисленную школу главных врачей.

Каждый из них был творцом в том или ином отделе своей области: в организации больниц, колоний, трудовой терапии, посемейного призрения, судебной психиатрии и проч.

Только в этот период времени с полной наглядностью выяснилась крайняя недостаточность психиатрической помощи в России. Не успели открыться земские больницы, как они уже были переполнены; не успели отстроиться Алексеевская больница на Канатчиковой даче в Москве или, например, Пантелеймоновская больница на станции Удельной под Петербургом, как уже не хватало мест, и больницы быстрыми шагами приближались к состоянию нежелательной скученности и неизбежного падения санитарных норм. В конце восьмидесятых годов русская психиатрия стала лицом к лицу с вопросом о необходимости организации колоний и патронажа, т.е. проделала ту же эволюцию, что и Западная Европа. Бурашевская

лечебница была каплей в море. В ближайшие годы по ее образцу возникли больницы-колонии: Сапогово возле Курска, Колмово около Новгорода, Голенчино близ Рязани, Томашев Колок в Самарской губернии, Кувшиново близ Вологды и многие другие. В то же самое время в губерниях, на которые не распространялось земское положение, строились правительственные больницы: в Вилейках под Вильной, в Виннице Подольской губернии, в Творках близ Варшавы, Московская окружная лечебница около Подольска, Томская и т.д.

К этому времени русская научная и практическая психиатрия уже начинает сознавать себя мощной организацией. Все более и более назревает потребность общей встречи товарищей по работе, для обмена мыслей и выработки программы для дальнейшего усовершенствования дела.

Идея съезда русских психиатров была особенно энергично пропагандирована П. И. Ковалевским, профессором Харьковского университета. Первый съезд, представляющий собой важный этап в истории развития психиатрии в России и сильно подвинувший вперед реальное осуществление идей Конолли, был открыт в Москве, 5 января 1887 г., в большой аудитории Политехнического музея. Собралось 440 врачей, из них специалистов-психиатров 86 человек. Председателем съезда был единогласно избран Мержеевский, произнесший блестящую речь “Об условиях, благоприятствующих развитию душевных заболеваний в России и о мерах, направленных к их уменьшению”. Среди членов съезда были крупнейшие деятели земской и городской психиатрии: Баженов, Буцке, Евграфов, Говсеев, Кащенко, Литвинов, Каменев, Мальцев, Якоби, Хардин, Штейнберг, Яковенко и другие. Об устройстве психиатрических больниц говорили Баженов, Викторов, Грейденберг, Лион. Правовые условия душевно-больных, русское законодательство и его недостатки получили всестороннее освещение в докладах Боткина, Буцке, Константиновского. Вопрос о воспитании отсталых детей был доложен на съезде инициатором этого дела Маляревским. (Острая, на четверть века растянувшаяся полемика — колония или патронаж лучше в земских губерниях, — началась на этом съезде).

О колониях и патронаже говорили Баженов и Рубинович, о пьянстве и его лечении в специальных заведениях — Минор. На фоне всех этих содержательных докладов особенно выделялись два: по вопросу о призрении душевно-больных на дому и на жгучую тему о нестеснении. Эти два доклада принадлежали

Корсакову. Впоследствии на страницах своего учебника Корсаков резюмировал и отчасти дополнил то, что он говорил на съезде.

Интересно одно воспоминание Корсакова: “Когда я по окончании курса, — говорит он, — пришел в московскую Преображенскую больницу, чтобы поступить туда врачом, тогдашний главный врач, психиатр, пользовавшийся заслуженной известностью¹, сказал мне: “В университете ведь вас мало учили психиатрии; вы даже, вероятно, не знаете, как связывать”, и первый мой урок был урок связывания”. “Трудно поверить всему этому, — прибавляет Корсаков, — а между тем это все было и было вовсе не так давно”.

Во время съезда была открыта Московская психиатрическая клиника (на 50 коек), построенная на частное пожертвование В. А. Морозовой. “Первым директором этой клиники был Алексей Яковлевич Кожевников. Но он уже не мог одновременно вести преподавание и нервных, и душевных болезней. Фактическим руководителем нового учреждения был молодой доцент, которому суждено было наложить яркий отпечаток своей выдающейся личности на всю научную и практическую психиатрию в России. Это

был Корсаков... Благодаря его энтузиазму и колоссальной энергии движение в пользу но-рестрент’а было более единодушным, чем в Европе, и сама реформа осуществилась быстрее” (2).

Начиная с этого съезда, отечественная психиатрия обретает характер национального профессионального сообщества со своими целями, проблемами и приоритетами. Организация всех первых трех съездов (в 1887 г. в Москве, в 1905 г. в Киеве, в 1909 г. в Санкт-Петербурге), так же как Первого съезда Русского союза психиатров и невропатологов в 1911 г. в Москве, встречала всевозможные полицейские препоны, Устав Союза обсуждался и утверждался 14 лет (3). И не случайно, что Первый съезд сразу ознаменовался открытой борьбой с полицейской психиатрией в собственных рядах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Труды 1 съезда отечественных психиатров и невропатологов. СПб., 1887.
2. *Каннабих Ю. В.* История психиатрии. М., 1929.
3. *Юдин Т. И.* Очерки истории отечественной психиатрии. М., 1951.

¹ С. И. Штейнберг.

ХIII Консторумские чтения

ПСИХОТЕРАПИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КУЛЬТУРА

14 декабря 2007 г., Москва

Конференц-зал наркологического диспансера № 1 г. Москвы,

тел.: (495) 275-4567

РЕКОМЕНДУЕМ:

А. И. Плотичер.

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ
ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.**

Набережные Челны, 2007

ХІІ СЪЕЗД НПА РОССИИ

19 – 20 мая 2007 г., Москва



ПРИВЕТСТВИЕ ПРЕЗИДЕНТА ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Уважаемые друзья и коллеги!

С удовольствием посылаю самые теплые приветствия участникам 12 Конгресса Независимой психиатрической ассоциации России, которая является уважаемым членом Всемирной психиатрической ассоциации. Вы, вероятно, знаете, что ВПА продолжает расти. Наша семья расширилась уже до 135 национальных психиатрических обществ, и в ней произошли важные структурные преобразования, в виде появления Континентальных Регионов. Кроме того, мы вовлечены в такие серьезные инициативы как программа “Психиатрия для Человека”, которая вызывает энтузиазм как внутри, так и во вне ВПА.

Мы высоко ценим огромные успехи Независимой психиатрической ассоциации России в клинической психиатрии, ее этические и гуманитарные устремления, которые она демонстрирует, несмотря на многочисленные трудности, с которыми ей приходится сталкиваться в последнее время. В связи с этим мы выражаем искренние пожелания успеха в проведении этого важного конгресса и ожидаем, что он будет чрезвычайно успешным для НПА, ее членов и участников.

Искренне Ваш, проф. Хуан. Меззич

ПРИВЕТСТВИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МОСКОВСКОЙ ХЕЛЬСИНКСКОЙ ГРУППЫ

Дорогие друзья!

С Независимой психиатрической ассоциацией России нас объединяет давнишнее сотрудничество — к прошлому съезду был готов сигнальный экземпляр проведенного нами совместно мониторинга, охватившего 93 психиатрических стационара в 61 субъекте Российской Федерации, впечатляющие результаты которого не

могли быть проигнорированы. Тем не менее ситуация не улучшилась. Государство стало намного богаче, но по отношению к самым своим уязвимым гражданам — людям с психическими расстройствами — заботливее не стало.

Все больше граждан подвергается судебно-психиатрической экспертизе исключительно из-за открыто про-явленного ими недовольства положением вещей. Это неизбежно делает ваш предмет, вашу профессию все бо-лее актуальной в старом, недоброй памяти, смысле. Здесь роль вашей ассоциации, завоеванные ею авторитет и доверие неоспоримы.

Председатель МХГ Л. М. Алексеева

ПРИВЕТСТВИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Уважаемые участники съезда!

Уже многие годы развивается плодотворное сотрудничество Уполномоченного по правам человека в Рос-сийской Федерации с Независимой психиатрической ассоциацией России. Сплав высокого профессионализма и гуманистических устремлений членов вашей Ассоциации позволяет ей эффективно решать многие важные вопросы. В частности, в настоящее время, во многом благодаря именно усилиям Ассоциации, рассматривается вопрос о реализации статьи 38 закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, предусматривающей создание государственной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Деятельность Ассоциации получила заслуженное признание внутри страны и за ее пределами, о чем, в ча-стности, свидетельствует ее членство во Всемирной психиатрической ассоциации.

Желаю вашему съезду продуктивной и успешной работы.

С уважением, В. Лукин

ПРИВЕТСТВИЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Уважаемый Президент Ассоциации Юрий Сергеевич Савенко!

Уважаемые члены Независимой психиатрической ассоциации России, участники и гости съезда!

По поручению Правления Российского общества психиатров и лично Председателя Правления Российско-го общества психиатров профессора В. Н. Краснова приветствую участников и гостей Съезда Независимой психиатрической ассоциации России!

Мы выражаем уверенность в успешной и плодотворной дискуссии на Вашем съезде по проблемам, общим для всех российских психиатров.

Среди этих проблем необходимо выделить в качестве основной проблему развития психиатрической помо-щи в стране во всех ее формах, включая амбулаторную, стационарную и внебольничную.

Мы едины в этом важном деле и высоко оцениваем роль в этом процессе Независимой психиатрической ас-социации России.

Особенно важными направлениями в этом деле в настоящее время становятся:

- развитие и повышение качества психиатрической, психотерапевтической, наркологической и меди-ко-психологической деятельности;
- вопросы лекарственного обеспечения;
- поддержка и развитие профессиональной культуры специалистов в области психического здоровья;
- защита прав пациентов;
- защита прав специалистов службы;
- сопротивление антипсихиатрическим тенденциям;
- соблюдение “презумпции психического здоровья”;
- усилия по максимально полноценной социальной реабилитации наших пациентов, включению их в пол-ноценную человеческую жизнь в трудовых коллективах, в семье, в социуме в целом;
- развитие международного сотрудничества в нашей отрасли.

Цели и задачи наших сообществ едины, в главных вопросах имеется общее понимание стоящих перед оте-чественной психиатрией проблем.



В мае 2007 года в г. Сочи состоится конференция “Государственная политика охраны психического здоровья”, Пленум Правления Российского общества психиатров по проблеме “Права пациентов и специалистов психиатрических учреждений”, 16-е Всероссийское совещание по судебной психиатрии, на которых будут серьезно обсуждаться вопросы защиты прав как пациентов, так и специалистов, вопросы качества лечения, вопросы медико-социальной терапии и реабилитации в “большой” психиатрии, в психотерапии, наркологии и другие важные вопросы нашей специальности.

В октябре 2007 года в Москве состоится общероссийская конференция “Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии”, которая пройдет одновременно с совещанием главных психиатров и наркологов и руководителей психиатрических и наркологических учреждений и Пленумом Правления Российского общества психиатров.

Приглашаем специалистов к участию в этих мероприятиях.

В заключение позвольте отметить, что Независимая психиатрическая ассоциация России стала уже очень авторитетной профессиональной общественной организацией, обеспечивающей плюрализм профессиональной дискуссии в области психиатрии.

Отметим здесь важный вклад таких известных представителей психиатрической общественности как Савенко, Виноградова, Аргунова, Гофман, Бухановский, Пивень и многих других коллег.

Этому также много способствуют и издание очень важного и профессионально интересного регулярного “Независимого психиатрического журнала”, и активная социально-личностная позиция Президента НПА России Ю. С. Савенко.

Правление Российского общества психиатров еще раз приветствует участников и гостей Съезда Независимой психиатрической ассоциации России и желает успехов в работе съезда, а также здоровья, благополучия и успехов всем членам Независимой психиатрической ассоциации России.

От своего имени, а также по поручению московских психотерапевтов, психологов и социальных работников также поздравляю участников и гостей съезда с важным событием и желаю съезду НПА России больших успехов в работе.

Приглашаю коллег также на нашу 5-ю Всероссийскую общественную профессиональную медицинскую конференцию “Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология”, которая состоится в Москве 23 мая 2007 года.

*Главный ученый секретарь Российского общества психиатров (РОП),
Председатель правления Профмедобъединения психотерапевтов,
психологов и социальных работников (МОП) А. И. Анпенянский*

14-ая конференция Международного общества
по исследованию аффективных расстройств

**ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ
К АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ**

14 – 17 марта 2008 г., Кейптаун, Южная Африка

Тел.: +44 (0) 1865-843691;

E-mail: jm.seabrook@elsevier.com;

www.isad.elsevier.com

Деятельность НПА России в 2004 – 2007 гг.

Мы собрались с Вами подвести итоги деятельности Независимой психиатрической ассоциации России за последние три года, обсудить сложившуюся ситуацию, наметить основные направления своих дальнейших усилий. Об этом сама тема съезда — каковы приоритеты отечественной психиатрии сегодня?

Казалось бы, об этом говорилось и на XIV съезде Российского общества психиатров, который числит в своих рядах практически всех психиатров России, тогда как у нас около 600 членов, многие из которых являются и членами РОП. Таким образом, у нас более однородный по устремлениям состав и — в соответствии с именованием Ассоциации — значительно большая независимость от власти. По Уставу нашей ассоциации ее президент наделен значительными полномочиями. Поэтому именно ему особенно важно быть, насколько это возможно, реально независимым. В связи с этим все 18 лет я предпочитал рядовое положение в государственной таблице о рангах. Но кроме административного есть еще и финансовый источник манипулирования. Здесь мы наиболее уязвимы и, действительно, наш бюджет может вызвать изумление — как можно существовать и что можно сделать на такие средства? Оказывается, можно, благодаря волонтерским усилиям, равнодушно отношению к делу, приверженности достойным традициям нашей профессии. Конечно, масштабы деятельности при этом значительно сокращаются. Но мало этого, мы постоянно с момента создания испытываем мощный неослабевающий прессинг власти — подменить нас карманными структурами, максимально ограничить нашу деятельность, запретить заниматься экспертной деятельностью, запретить даже освидетельствование, запретить общественный контроль, вплоть до, казалось бы, смешного: запретить аббревиатуру Ассоциации, запретить выбирать почетных членов — мол, это недемократично. Вот какие демократы засели в Министерстве юстиции! Мы судились два года с этим ведомством и, в результате, на прошлом съезде исключили в уставе из форм деятельности проведение судебно-психиатрических экспертиз. Однако, Минюст вновь отказался зарегистрировать Устав, требуя исключить и несудебные экспертизы. Мы повторно подали в суд, организовали мощную кампанию поддержки профессиональных и правозащитных организаций, Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Всемирной психиатрической ассоциации и спустя год после съезда, в мае 2005 года, добились регистрации. Новый устав опубликован во 2-м выпуске нашего журнала за 2005 год.

Все это, как и многое происходящее в стране, может легко вызвать и вызывает у немалого числа коллег искушение оправдывать свою пассивность, свое бездействие даже в самых кризисных ситуациях

ссылкой на внешние обстоятельства, на политику властей, на выстроенную вертикаль.

По этому поводу можно спросить: а в каких условиях работали наши классики, тот же Сергей Сергеевич Корсаков?

Его профессиональная деятельность пришлось на царствование Александра III (1881 – 1894), известное как эпоха контрреформ:

- был организован Департамент полиции, и все пронизала система сыска;
- введена цензура;
- устранены либеральные министры;
- в качестве основного девиза деятельности принят: “Россия для русских!”;
- начались еврейские погромы, русификация Прибалтики;
- ограничены права судов присяжных и земства, т.е. местного самоуправления;
- изменена система выборов.

Ничуть не лучше было и царствование Николая II, на которое пришлось деятельность Владимира Петровича Сербского:

- карательные меры против стачек и демонстраций, а также левых радикалов, во время которых погибло 1324 врача, половина земских врачей подверглась в 1905 – 1907 гг. административной каре, обыски в психиатрических учреждениях, вооруженная стража внутри психиатрических отделений, помещение в психиатрические больницы в кандалах и даже попытка узаконить это на Третьем съезде психиатров в 1909 г.;
- возбуждение великорусского национализма для подавления демократической оппозиции;
- волны кровавых еврейских погромов 1903 и 1906 гг., инспирированных полицией для переключения народного возмущения на инородцев с помощью провокаторов, черной пропаганды типа “Протоколов сионских мудрецов” и Черной сотни;
- зубатовщина, распутинщина, азефовщина¹;
- проевшая все и вся коррупция.

¹ **Зубатовщина** — политика “полицейского социализма”, названная по имени ее инициатора, начальника Московского охранного отделения с 1896 г. С. В. Зубатова, создателя системы полицейского сыска. Под его контролем в Москве были организованы общества взаимной помощи рабочих механического производства, текстильщиков и др., а с 1902 г. и в Санкт-Петербурге через посредство священника Г. Гапона, который организовал первую всеобщую стачку в России. Венцом всего этого была **азефовщина** — атмосфера и практика всеобщего провокаторства, где концы сомкнулись с началами, так что Евно Азеф — руководитель боевой дружины эсеров, асте терроризма в России, — организовал убийство министра внутренних дел Плеве, в агенты которого был завербован, и выдал немало своих товарищей. **Распутинщина** — проникновение во власть и



Вырванный революцией 1905 года манифест 17 октября, создание Думы были проанализированы и охарактеризованы Максом Вебером как переход России к псевдоконституционализму и псевдodemократии.

Не лучшими были и личности императоров: Александр III пьянствовал, Николай II был посредственностью.

Мы видим, что условия деятельности наших классиков были ничуть не легче нынешних. Вопреки этому С. С. Корсаков пренебрег личным предупреждением высокого полицейского чина и воздал должное изгнанному по политическим мотивам основоположнику нашей гигиены Ф. Эрисману (1896), а В. П. Сербский вовсе не пускал полицейских на порог клиники, за его выпад в адрес министра просвещения был прерван полицией первый съезд Союза русских психиатров в 1911 году.

Какой-нибудь будущий Фоменко мог бы доказывать, что это был один виток истории, а не три — четыре.

Эта тема — взаимоотношений науки и власти — была на примере нацистской и советской биологии тщательно проанализирована и обобщена в этом году в 600-страничном томе профессором Э. И. Колчинским. Эта тема остается высоко актуальной для нас. Она дала почву антипсихиатрической концепции Мишеля Фуко. Но антипсихиатрия отождествляет психиатрию с полицейской психиатрией, что основано на опыте тоталитарных стран, но даже для них не вполне верно. Как раз борьба с полицейской психиатрией в высокой мере характеризовала С. С. Корсакова, В. П. Сербского, В. М. Бехтерева и П. Б. Ганнушкина. Следование этой традиции составляет один из основных приоритетов нашей Ассоциации. Полицейская психиатрия — это защита государства и общества от психически больных вместо защиты больных от государства и общества, которые часто рассматривают больных как бремя, если не потенциальную опасность. Между тем, как это самая уязвимая категория граждан. Нетрудно увидеть, что борьба с полицейской психиатрией — это следование зафиксированному нашей Конституцией приоритету Личности перед обществом и государством.

В этом году исполняется

- 175 лет нашей Пинелевской реформе, проведенной в Преображенской больнице в Москве. — Это наш юридический адрес. Здесь 10 лет проработал ординатором С. С. Корсаков;

- 150 лет первой кафедре психиатрии и 140 лет первой психиатрической клинике, организованным Иваном Михайловичем Балинским в Санкт-Петербурге;

- 120 лет первому съезду психиатров, ознаменовавшемуся выдающимся докладом С. С. Корсакова “О неестественности”;

влияние на государственные дела безграмотных, иррационально и коррупционно ориентированных людей, в конечном счете синоним разложения государственной власти.

- 100 лет журналу П. Б. Ганнушкина “Современная психиатрия”, просуществовавшему с 1907 по 1917 гг., традициям которого следует наш “Независимый психиатрический журнал”, выходящий уже 16 лет.

Нашей Ассоциации — 18 лет. Для нас все эти 18 лет были трудными, но мы убедились, что во все времена существует неискоренимая почва для такой организации как наша. Вопреки всему в Ассоциацию продолжается приток новых членов. Но мы и потеряли за последние три года наших замечательных коллег:

проф. Ирину Викторовну Шахматову-Павлову;

д.м.н. Евгения Николаевича Крылова;

д.м.н. Валентина Алексеевича Галкина;

проф. Любовь Акимовну Стукалову;

а также активно сотрудничавших с нашей Ассоциацией Николая Георгиевича Шумского, Бориса Владимировича Шостаковича и сыгравшего важную роль при возникновении Ассоциации Отто Рудольфовича Лациса.

Прошу почтить их память вставанием.

Подведем итоги главного из того, что удалось осуществить за истекшие три года и сделаем это по обычному плану трех основных приоритетов нашей деятельности: собственно профессиональному — клинической психиатрии, правовой основе психиатрии и разгосударствлению психиатрической службы.

Итак, что удалось сделать нашей Ассоциации в **области клинической психиатрии**?

Это, прежде всего, издать в 2006 году к 10-летию ежемесячных открытых клинических разборов семисотстраничный том “Клинические разборы в психиатрической практике” под редакцией проф. А. Г. Гофмана. Корпус этой незаменимой для молодых психиатров — и не только для них — книги, собранной и рубрифицированной д-ром А. Ю. Магалифом, составили избранные разборы из “Независимого психиатрического журнала”, которые проводили проф. А. Г. Гофман, проф. Ю. И. Полищук, проф. В. Г. Ротштейн, проф. Н. Г. Шумский и д-р А. Ю. Магалиф. Шесть разделов этой книги: аффективные расстройства, шизофрения, расстройства личности, невротические и соматоформные расстройства, органические психические расстройства и алкогольные психозы, позволяют существенно активизировать и обогатить читателя практикой клинико-психопатологического анализа и постановкой нозологического диагноза у конкретных больных. Почин их использованию в процессе обучения студентов положил на своей кафедре проф. А. О. Бухановский, и этот опыт важно распространять как можно шире. Такой книги у нас еще не было. Не случайно ее двухтысячный тираж стремительно разошелся. В перспективе нам видится аналогичное издание с видеозаписями клинических разборов, что позволит существенно приблизиться к феноменологическому подходу. Наконец, сами клинические разборы ежемесячно продолжаются, собирая немалую разнообразную аудиторию, среди которой много молодежи.

В этом году нам удалось при финансовой поддержке посольства ФРГ, которому мы выражаем глубокую благодарность, издать 760-страничный том работ Артура Кронфельда “Становление синдромологии и концепции шизофрении”. Эти работы, написанные в 1935 – 1940 гг., представляют одну из вершин обоснования и исторического становления синдромологии, клинико-психопатологического анализа и нозологии, оставляя далеко позади по своему уровню современную критику нозологии. Чрезвычайно актуальной для нас является аргументация Кронфельдом ошибочности противопоставления эндогенных процессов и экзогенных типов реакций, и, особенно, резкая критика им концепции смешанных форм, прояснение проблемы мягкой шизофрении как формы, а не стадии шизофрении, разработанный им гетеротипизирующий структурный анализ синдромов и мн.др. Предпринятое издание сделает, наконец, доступным это заветное чтение наших лучших клиницистов, которое полностью сохранило свою актуальность. Более того, перевод на немецкий язык основной работы Кронфельда — “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии” впервые введет ее в международный научный оборот и еще сыграет крупную роль в дальнейшем развитии синдромологии.

К 120-летию самой выдающейся отечественной работы по психопатологии — монографии В. Х. Кандинского “О псевдогаллюцинациях” (1885) мы опубликовали ее заключительную обобщающую главу с приложением, опущенным А. В. Снежневским в ее переиздании 1952 года (2005, 1), а также — впервые — замечательную лекцию А. К. Ануфриева о рекуррентной шизофрении (2005, 4).

Мы перевели классическую феноменологическую работу Х. Лопеса-Ибора старшего “Бредовое настроение”, которая существенно расширяет и углубляет представление о продуктивной психопатологической симптоматике, и осуществили перевод чрезвычайно актуальной работы Альфреда Крауса “Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии” (2006, 1), а также Хуана Меззича и Карлоса Берганса “Цели и модели диагностических систем” (2005, 4) и Б. Фулфорда и Д. Стангеллини “Факты и ценности в психиатрическом диагнозе” (2006, 2). Все эти работы ориентированы навстречу МКБ-11.

В целой серии выпусков журнала приведены клинические наблюдения, обосновывающие выделение д-ром В. Г. Остроглазовым нового психопатологического феномена — аутоперсонамнезии (2004, 4; 2005, 1, 2, 3; 2006, 3), феноменологические наблюдения д-ра И. М. Беккера и д-ра Л. М. Литвака, изложение посвященной Ясперсу конференции в Москве с участием гейдельбергских психиатров Мундта и Крауса. Журнал опубликовал дискуссии о существовании бреда и понятия не критичности (2006, 4; 2007, 1), о наркополитике и заместительной терапии (2005, 3;

2006, 1), а также активно рекомендовал коллегам введение в феноменологию Н. В. Мотрошиловой и “Рефлексивный анализ” Лестера Эмбри.

Мы приняли участие в двух конгрессах ВПА в Каире, где представили критический доклад “Концепция “психотического уровня” в МКБ-10”, и во Флоренции; в конгрессе Ассоциации европейских психиатров в Мюнхене; конференции ЮНЕСКО по биоэтике в Москве, международных конференциях в Казани и Калининграде, и, наконец, в XIV съезде психиатров России, где сыграли важную роль в консолидации усилий при Обращении к Президенту России и при выборах председателя РОП. Под эгидой Ассоциации ежегодно проходили Консторумские чтения и студенческие Баженовские чтения.

Процесс деинституционализации на Западе, также как использование психиатрии в немедицинских целях у нас (политических — в советский период, “квартирных” — в последние годы), привели к резкому увеличению столкновения людей с психическими и пограничными расстройствами с законом и судами. В результате, значительно увеличилась роль **судебной психиатрии**, вплоть до ее выделения в отдельную специальность, что в наших условиях преждевременно, вредно и на современном языке “затратно”, и резко контрастирует с ликвидацией специальности детского психиатра. В связи с этим, мы воспроизвели дискуссию о специфике судебной психиатрии психиатров из Канады, Австралии, США, Дании (2006, 3) и поместили серию детальных работ д-ра В. В. Мотова об американской судебной психиатрии (2005, 1; 2007, 1).

Основное отличие судебной психиатрии вовсе не в больших познаниях в области права, а принципиально другой коммуникации врача с больным, не дружески-партнерской, помогающей, а нейтрально-исследовательской, без конфиденциальности. Этим значительно затрудняется, а не облегчается диагностика. Но тем более значимым становится уровень общепсихиатрической подготовки и, особенно, этический уровень психиатра. Между тем, у нас отмечается, и не в первый раз, отрыв судебной психиатрии от общеклинической. Я говорю об этом с полной ответственностью, как из собственного опыта, так и со слов Николая Георгиевича Шумского, который специально занимался этим вопросом. Его монография “Диагностические ошибки в судебной практике” (СПб., 1997) на примере экспертной практики Центра им. Сербского за 20 лет не была востребована в Центре им. Сербского. Наоборот, его вынудили уйти, хотя клинические разборы, которые он вел, — стержень клинической подготовки, а его “Введение в клиническую психиатрию” (М., 1998) значится в соавторстве с Г. В. Морозовым и превосходит многие другие. В нашем архиве множество актов СПЭ Центра им. Сербского, из которых падение уровня экспертиз очевидно. Что можно, например, сказать об акте, в котором утверждается, что у подэкспертного не было продук-



тивной психопатологической симптоматики, ни бреда, ни галлюцинаций, а в констатирующей части описано явственное бредовое восприятие, — важнейший феномен, который, как и бредовое настроение, недопустимо игнорировать?

Стержневая рубрика журнала “Из досье эксперта” на конкретных примерах выступлений в судах выразительно отражает резкое падение уровня основного массива судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), часто в самом Центре им. Сербского, с настолько грубыми нарушениями Инструкции Минздрава России “Заключение судебно-психиатрического эксперта” 2003 года (кстати, превосходно написанной), что очевидным делается их откровенная тенденциозность либо грубая небрежность. Констатирующая часть не сопровождается систематизацией, анализом и обоснованием, а сразу переходит в заключительную — ответы на вопросы с квазиобоснованием в несколько строк. Альтернативные версии никогда не рассматриваются, даже когда сами запрашиваются. Частым стал по существу необоснованный отказ от ответов на вопросы суда на основании формальных придинок, а на деле — необходимости приложить больше нестандартных усилий, но есть примеры психиатрических диагнозов на совершенно пустом месте. Есть пример явно искусственного изменения диагноза, установленного самим Центром им. Сербского, перед лицом мафии (2005, 2). Во время выступлений в судах эксперты все чаще не стесняются вводить суд в заблуждение утверждениями, грубо противоречащими прописным истинам общей и судебной психиатрии.

Причина падения уровня СПЭ лежит на поверхности — монополизм Центра им. Сербского, какого никогда не было при советской власти с уничтожением состязательности экспертов.

В течение длительного времени эксперты Центра им. Сербского даже использовали формулу “считать невменяемым”, да еще в императивной форме — “следует считать невменяемым”, и т.п., что является прерогативой суда. В течение нескольких лет мы вынуждены были давать разъяснения в судебных заседаниях по этому поводу. Не без сопротивления удалось положить конец этой практике.

Затем последовал период, когда вместо вопросов по существу дела от нас, выступающих не от Ассоциации, а индивидуально, требовали лицензию на экспертную деятельность, путая или забывая разницу должностного и процессуального значения понятий эксперта или специалиста, словно не сам суд решает заслушать специалистов разных сторон. Потом стали — в нарушение закона — укорять в отсутствии чиновничества: как Вы можете критиковать центральное учреждение страны? В самое последнее время, чтобы не приобщать к делу наши письменные разъяснения, придумали оформлять нас не специалистами, а свидетелями, а потом — на основании того, что мы имели дело не с подэкспертными, а только с их медицинской

документацией, — не принимать в счет наши показания, словно эта комбинация не была ясна с самого начала.

Таковы в своей массе современные суды. В результате, многие дела неимоверно затягиваются, длятся годами, пожирая массу времени у всех, причастных к делу и разоряя менее состоятельную сторону. Массовый характер таких сценариев лишает суды уважения и доверия. Так, сохраняется неослабевающий поток дел с обкрадыванием психически больных, превращением их в БОМЖей в результате квартирного мошенничества, технология, распространившаяся уже на психически здоровых людей пожилого возраста, и нередко явно коррупционная. ПНД, даже с хорошей репутацией, делаются вольными или невольными соучастниками таких дел. Выдавая направления в психиатрический стационар, они целиком полагаются на заявления родственников или даже соседей, часто не проверяя этих сведений, которые начинают фигурировать как “объективный анамнез” или включаются в него без четкого указания, с чьих слов они получены.

Множество скандальных дел с участием подчас всем известных фигурантов не становится предметом разбирательства ни профессионального, ни этического, в силу сложившегося глубоко порочного принципа не выносить сор из избы, а пребывать в нем, и — таким образом — не оказывает должного влияния и плодит их повторение.

Что касается Европейского суда, заваленного делами из России (20 %), то уже начались репрессии за обращение туда. — Мы следим за исполнением решения Европейского суда по делу Ракевич: внести в российское законодательство статью, позволяющую обращаться в суд самому недобровольно госпитализированному.

Уничтожение состязательности экспертов (главного условия реальной независимости СПЭ) и, таким образом, ее тотальное **огосударствление** получило крайне уязвимое квазиобоснование в “Российском психиатрическом журнале” (2005, 1 и 2006, 2) — органе Центра им. Сербского в форме отклика на нашу статью об этом эпохальном для отечественной судебной психиатрии событии (НПЖ, 2005, 2, 46 и 67; 2006, 2, 71), событии, роняющем репутацию нашей судебной психиатрии, открывающем дорогу административному произволу. Из самого Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности” такое огосударствление вовсе не следует, но с помощью кулуарно подготовленных подзаконных актов и ведомственных инструкций Центр им. Сербского целенаправленно добился полной монополии, не смущаясь недоброй славой, повторяя собственную историю, которую снова переписали на советский лад, что уже никого не обманет.

За последний период повторился очередной виток **религиозных дел**, образцом которых является опубликованное в нашем журнале дело имама Пятигорской мечети. Оно высветило широкий спектр положе-

ния вещей на сегодня и, прежде всего, полную формальную обюрокраченность и равнодушие к сути дела. — Под разнарядку борьбы с ваххабизмом попал заведомо далекий от него человек — просто на этой территории не нашлось никого другого. Шантажом и допросом с пристрастием из юноши и двух подростков выбили лже-свидетельства по возбужденному уголовному делу о вымогательстве со стороны имама, который их, наоборот, облагодетельствовал. Все дело опиралось на показания 18-летнего инвалида детства, который последние годы ежегодно поступал в психиатрический стационар с диагнозом “органическое расстройство личности”. Адвокат попросил нас дать разъяснения относительно этого диагноза. Но судья отказался приобщить к делу фактически простую цитату из МКБ-10. Более того, в нарушение УПК он отказывался допустить меня на заседание и только после длительного препирательства с адвокатом оформил свидетелем, а не специалистом. Он был в растерянности, так как получил соответствующую установку, а тут все свидетели отказались от выбитых у них показаний. На увещевания судьи вернуться к первым показаниям инвалид детства по психическому расстройству ответил: “Не могу, совесть замучила”. Уж не это ли признак психического расстройства в наше время?

Мы показали научную несостоятельность вышедшего в прошлом году “руководства для врачей” В. Э. Пашковского “Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями”, которое опирается на ненаучную, давно одиозную, но зато востребованную позицию М. Сингер – С. Хассена, и Центра им. Сербского вместе с одиозными А. Дворкиным и А. Кураевым, игнорируя научное религиоведение. Их, а не эксперта Минюста проф. МГУ И. Я. Кантерева приглашают в Думу и на ТВ, как экспертов и специалистов. Мы показали также несостоятельность постыдного “обезьяньего процесса” (2004, 4; 2005, 3). Психиатров начинают приглашать для оценки возможности причинения вреда психическому здоровью обрядами, картинками и даже текстами, причем полезного содержания, но якобы содержащими скрытый вредоносный потенциал. Это не просто падение в суеверное невежество тьмы средневековья, — это еще цинично раскрученные наживы ради фальшивки типа реанимированной утки о 25-м кадре в кино и телевидении, психотронного оружия Акимова, компьютерных психотехнологий Смирнова, воскрешения умерших Грабового, колдовства, магии, целительства, всегда пышно расцветающих в эпохи кризисов. Следователя по особо важным делам, усилиями которого был арестован Грабовой, самого пытались представить психически больным, так как у успешного в оперативно-азефовском стиле коммерческого проекта Грабового есть могущественные покровители. Деятельность Григория Грабового — новоявленного Христа — вершина кощунства, но кощунством у нас назва-

ли художественную выставку, натравив на нее провокаторов и подобрав соответствующих экспертов.

Мы приняли участие в архангельском деле, где преследования коснулись уже не религиозной, а общественной организации “Духовное возрождение северян”, занимавшейся общепользуной просветительской деятельностью. Наконец, появились и отдельные политические дела. Они не приняли характера системы, — но, с одной стороны, — все технологии давно готовы и отработаны на религиозных организациях, а с другой — новые резиновые формулировки закона об экстремистской деятельности, разжигании розни, оскорблении чиновников неизбежно автоматически направят поток оппозиционно настроенных граждан и просто недовольных на судебных психиатров, как это было в свое время с формулировкой “за клевету на советскую власть”. И немалый процент из них окажется с психиатрическим диагнозом, повторяю, автоматически, даже без специальной установки, без какой-либо клинической нужды в этом.

Но вот месяц назад к нам на освидетельствование приехала женщина из города Могилева в Белоруссии, — яркий пример чисто **политического использования психиатрии**. После нескольких предупреждений не ездить в Минск для участия в акции протеста, ее поместили в психиатрическую больницу. Через три дня выпустили, но поездка была сорвана, цель достигнута. Такие акции еще и давнишний способ дискредитации и запугивания окружающих, со стороны государства это называется террором. Особенно характерным было то, что она не смогла найти ни в своем городе, ни в Минске никого из психиатров, кто согласился бы ее освидетельствовать.

Поэтому не случайно появление 500-страничной монографии “Карательная психиатрия в России”, подготовленной Международной Хельсинкской Федерацией по правам человека, на которую мы откликнулись критической рецензией (2005, 1), указав на недопустимость отождествления понятий “карательная психиатрия” и “советская психиатрия”, на совершенно недостаточное изложение ситуации в постсоветский период, хотя это отражено в разделе “Хроника” нашего журнала и проведенном в 2004 году мониторинге психиатрических стационаров 61 региона страны, на антипсихиатрическую риторику и т.п., и подчеркнули необходимость сотрудничества правозащитных организаций с НПА России во избежание ошибок в такой сложной области как психиатрия.

Как сторонники сохранения живой памяти о прошлом, мы позаботились, чтобы коллеги из Центра им. Сербского познакомились с книгой Виктора Некипелова “Институт дураков”, а читатели журнала узнали ее содержание. О правдиво и талантливо схваченной в этой книге работе знаменитого четвертого отделения проф. Д. Р. Лунца — сердцеvine карательной психиатрии — говорили все, кто прочел ее, в частности, ветеран Центра проф. Б. В. Шостакович.



Но перед лицом легко прогнозируемой опасности повторения прошлого делается все, чтобы ее усугубить. — Прежде всего, отрицается это прошлое. Государственные каналы ТВ и официоз Правительства — “Российская газета” предоставляют место только такой позиции.

В этом отношении, пожалуй, только наш журнал проводит последовательную установку на высокую значимость **истории психиатрии**, ее неослабевающее актуальное звучание, уроки истории нашего предмета, высокие и низкие, как сплетения каждый раз сложнейших узлов, чрезвычайно поучительных для анализа: традиции, в которых можно черпать силы, и ошибки, о которых нельзя забывать. Это еще и способ разобраться в фильсифицированной и мифологизированной картине прошлого, в реальной ценности идей и концепций. История предмета, освобожденная от всего наносного, — могучий источник энтузиазма, углубленного понимания и широкого горизонта. Во многих современных руководствах и учебниках по психиатрии этот раздел фактически выродился, либо дается в совершенно искаженном формальном виде.

За последние три года, пользуясь юбилейными датами, мы воздали должное С. С. Корсакову и В. Х. Кандинскому, критически проанализировали достижения и издержки Э. Крепелина, З. Фрейда и М. Фуко, их современное звучание, роль Вильгельма Крамера, выдающиеся вклады Льва Марковича Розенштейна, Артура Кронфельда и Филиппа Вениаминовича Бассина, вклад папы Иоанна-Павла II, политическое завещание Карла Ясперса и его знаменитое интервью редактору “Шпигеля”, и, наконец, апологию В. Розанова как востребованного нашим временем типа Смердякова и смердяковщины.

Разумеется, мы выбираем те события прошлого, которые имеют современное звучание, значимое для нашей профессии. 60-летие Победы — это прежде всего, основание показать ничтожную цену у нас человеческой жизни. 60-летие Нюрнбергского процесса — рассказать о страшных подробностях уничтожения 180-тысяч психически больных и принудительной стерилизации около 400 тысяч больных нацистами, о поведении при этом врачей и персонала, чтобы более непосредственно прочувствовать и осмыслить то, что называется исполнением преступного приказа. На актуальность темы двойной лояльности указывает открытие последнего съезда Ассоциации европейских психиатров докладом ее президента, предстоящего президента ВПА Марио Майя “Конфликт интересов” (2005, 2), опубликованном в НПЖ. Эта тема приобрела актуальность в силу десакрализации жизни, деградации смысла понятия “психически больной” до “потребитель психиатрических услуг” и падения социального статуса врача.

В нашей работе “Терроризм и психиатрия” (2005, 3) уточнена терминология и показано, что со-

циальная востребованность этой темы привела к увеличению всеми своих возможностей, как это сделали проф. П. И. Сидоров и проф. В. С. Ястребов. Последний даже выступил в Корсаковском журнале (2004, 6) с утверждением, что психиатрический компонент современного терроризма становится одним из основных и ввел выражение “психопатологическое оружие”. Негоже психиатрам раскручивать эту тему, тем более, что — наряду с резиновыми понятиями “информационной безопасности” и “аналитического шпионажа”, т.е. интеллектуальной обработки открытых данных, — дошла очередь до “духовной безопасности”, уже получившей организационное воплощение. Ложное, как мы неоднократно документировали, обвинение так наз. “деструктивных культов” в манипулировании зависимыми личностями переносится на источники терроризма. Но эта страшилка — новая редакция криминальной опасности сомнамбул — давнишняя идея писателя-фантаста Рона Хаббарда и трех его организаций. Вот что пишет президент одной из них — Международной гражданской комиссии по правам человека в широко растиражированном докладе “О роли психиатрических средств и способов в порождении международного терроризма”: “...терроризм — это плод усилий сумасшедших... Эти сумасшедшие, — результат применения психологических и психиатрических методов, нацеленных на контроль над разумом и поведением. Самоубийцы-смертники неразумны — это слабые духом и податливые личности... Это — искусственно созданные убийцы”. Так, блефованье в погоне за финансированием в чуждой психиатрии сфере оборачивается против нее самой. — Вполне закономерный предвиденный итог добровольного вовлечения в политику.

Мы постоянно, с момента создания, противостоям политизации, а то, что иным нашим недоброжелателям выглядит как политизация, — не более, чем защита профессиональной автономии, на которую власть непрерывно покушается.

Но главную опасность для психиатрии мы видим не в открытых выпадах антипсихиатров, а в “**латентных формах антипсихиатрии**” (2005, 4). К ним относятся использование психиатрии в немедицинских целях, исключение из МКБ из перверсий одного только гомосексуализма и, наряду с этой политизацией и социологизацией, и все другие формы редукционизма — психологизация, биологизация и т.д.

Объявленная **реформа психиатрической службы** на наших глазах также превращается в форму такого редукционизма — экономического, “ресурсосберегающего”. Именно такой приоритет не постеснялся озвучить министр здравоохранения, впервые менеджер, а не врач на этом посту. Кошунственно прозвучали его выступления со ссылками на затратные болезни и старение населения, которое поняло его так, что неплохо бы, чтобы все “затратные” вымерли.

Мы отразили в журнале опыт аналогичных реформ в восточноевропейских и прибалтийских странах, согласно которому сокращение числа психиатрических стационаров с переходом на полустационарные и диспансерные формы помощи, тем более бригадные, сулящее на первый взгляд существенную экономию средств, в конечном счете, дороже, затратнее прежних (2004, 4; 2005, 2 и 4; 2006, 4). Но нас не услышали, так как реформа готовилась кулуарно, сверху, без привлечения профессионалов различных направлений для критического обсуждения. Обсуждения устраивались пост-фактум, профформы ради.

При Минздравсоцразвитии, как и при других ведомствах, были организованы **общественные советы**, один во главе с председателем Лиги защиты прав пациентов А. В. Саверским и другой под председательством проф. В. С. Ястребова при главном психиатре-эксперте Министерства Т. Б. Дмитриевой. В оба совета нас не пригласили, они были укомплектованы из более конформных людей, имитируя представительство гражданского общества. Достаточно прочесть в Интернете уставы этих общественных советов, чтобы поубавить всякий энтузиазм — это быть на коротком поводке. Автор типового устава сказал нам: вы не должны действовать бесконтрольно, самостоятельно; лучше приходите в прокуратуру и помогайте нам; поручений найдется достаточно. Общественный контроль, взаимный контроль воспринимаются уже с возмущением. Но при необходимости тут же быстро имитируются. Отрадным исключением является пермский опыт, где решением губернатора введен общественный контроль закрытых учреждений социальной сферы.

Мы отразили в журнале (2006, 2) обсуждение на международной конференции в Калининграде **Европейского плана действий по охране психического здоровья** (опубликованного в журнале “Социальная и клиническая психиатрия”, 2005, 3), разработанного на основе соответствующей Декларации, под которой есть подпись и нашего министра здравоохранения, и где “психическое здоровье и психическое благополучие”, а также профилактика, лечение и реабилитация лиц с проблемами психического здоровья признаются приоритетными задачами. Тем самым появилось основание апеллировать к этому факту, который все еще остается пустым заявлением, отражая отсутствие национальной стратегии в области психического здоровья.

В этом направлении мы разработали **программу дестигматизации**, визуальный ряд которой разместили на стенде правозащитной выставки, которая началась в бывшем Музее революции в Москве, а затем ездила по ВУЗовским центрам России. К 10-летию организации “Общественные инициативы в психиатрии”, организовавшей движение групп взаимной поддержки, мы опубликовали текст подготовленной ею брошюры “Помогая другим, помогаешь себе”. В

2006 году мы провели обучающий семинар в Иркутске для представителей Уполномоченных по правам человека региона Восточной Сибири и Дальнего Востока, а также совместное совещание Уполномоченного по правам человека Свердловской области, главных врачей психиатрических больниц этого региона, а также встречи с коллегами Воронежа, Владимира и т.д.

Мы **откликаемся** в журнале, на своем и нескольких других сайтах, на радио и в прессе на все острые, волнующие общественность темы, связанные с психиатрией, занимая взвешенную и нелицеприятную позицию, на дело Андрея Сычева, например, на психическую эпидемию в Чечне, на доклад акад. А. И. Воробьева о тюремной медицине, на унижительное положение наших стационарных больных, многие из которых размещаются в давно непригодных по санитарным нормам помещениях, на нынешнее катастрофическое положение с циклодолом и инъекционными пролонгами для психически больных с инвалидностью. Мы начали работу по изучению суицидов, а также жестокости и насилия в армии и уже приняли участие в ряде судебных процессов (в Ростове-на-Дону, Владивостоке и т.д.), где удалось добиться наказания виновных. Это открывает очень мрачную картину. Приходится иметь дело с ложными показаниями и самооговорами в силу пыток, не с суицидами, а доведением до суицида или убийствами, списанными на суицид или неосторожность, т.е. с круговой порукой, а чаще страхом.

В прошлом году мы выступили с протестом против солдафонски грубого стиля обращения с врачами зав.медов нескольких московских психиатрических больниц. Ни при каких обстоятельствах нельзя строить отношения с коллегами на таком основании, фактически дедовщине в собственной среде.

Среди различных форм сотрудничества с Российским обществом психиатров — мое постоянное участие часто в роли оппонента в заседаниях Президиума его Правления.

За истекшие три года через **общественную приемную Ассоциации**, осуществляющую медико-правовые консультации, прошло около 900 человек, из них 116 прошли комиссионное освидетельствование. Этой деятельности Ассоциации будет посвящен специальный доклад, так же как правовой деятельности. Здесь я только кратко отмечу главное.

По-прежнему наш журнал — единственный, где важное место в каждом выпуске занимают **проблемы права в психиатрии**. Это раздел ведет Ю. Н. Аргунова — уникальный специалист в этой сложнейшей области, семинары и курсы лекций которой делаются все более и более востребованными. Сейчас это курсы для врачей ПБ им. Н. А. Алексеева, на очереди курс для врачей ПНД Москвы, а потом — для психиатров Московской области. Мы издали вторым, вдвое расширенным и обновленным по январю 2007 года изда-



нием ее пособие “Права граждан с психическими расстройствами”. Принципиальную важность имеет публикация юриста А. В. Деменовой, доведшей до победы дело Тамары Ракевич в Европейском суде, “Проблема обеспечения процессуальных гарантий при назначении СПЭ в аспекте обязательств России в отношении постановлений Европейского суда по правам человека”. За это время в Ассоциации приобрел соответствующий опыт новый юрист С. М. Курбанов, защитивший диссертацию и ставший руководителем курса правового обеспечения медицинской деятельности в Новом Российском Университете. Поражает контраст юридического вклада нашей Ассоциации с ее резко ограниченными финансовыми возможностями и Государственного центра им. Сербского с его ресурсами и протекционистскими возможностями в Минздравсоцразвития.

С 1 сентября 2004 года произошло ухудшение закона о психиатрической помощи, в котором (впрочем, как и в других 150 социальных законах) гарантии высокого качества психиатрической помощи снижены с федерального, на региональный уровень. Исчезло “обязательное государственное страхование” и конкретизация компенсации ущерба при причинении вреда здоровью, при инвалидности и смерти для работников психиатрической службы. По всему тексту слово “защита” заменено словом “поддержка”, а слово “льготы” — словом “гарантии”. Это уже общегосударственный политический курс (2004, 3).

Нам удалось объединить усилия всех коллег, обеих всероссийских психиатрических организаций и организации родственников психически больных и организовать совместное письмо от имени XIV съезда психиатров России на имя Президента о реализации, наконец, 38 статьи закона, являющейся гарантией исполнения всего закона для наших стационарных больных. 10 декабря 2005 года это письмо было лично вручено Президенту Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации. Президент наложил резолюцию “профинансировать” создание независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров. Однако, несмотря на совместные усилия д-ра Б. А. Казаковцева, Аппарата Уполномоченного по правам человека и наши, а также публикацию нами европейского опыта по этой теме, дело не просто застряло, а натолкнулось на отрицательную позицию Минфина и Минэкономики. Сейчас в предвыборный год, спустя 14 лет неисполнения одной из ключевых статей закона, эта ситуация настоящим образом диктует необходимость обращения от имени нашего съезда, к которому, конечно, присоединятся и РОП, и организации родственников психически больных, с требованием исполнить резолюцию Президента и, наконец, уважать и исполнять Закон.

Мы приняли участие в составлении двух **альтернативных докладов**, представляемых в ООН, — о

пытках и о правах ребенка в России, а до этого — о социально-экономических правах, и встречах с председателями соответствующих комитетов ООН, в предотвращении неправильного перевода ключевого места в Конвенции ООН по правам инвалидов, и т.д.

Приоритет международного права — наиболее действенное средство, которым мы располагаем, если не считать главного — нашей с вами решимости действовать каждому на своем месте в соответствии со своим профессиональным долгом.

Подводя итоги нашей деятельности за последние три года, мы видим, что — вопреки попыткам уничтожения и ничтожности финансовых средств — Ассоциация:

- выстояла, не уронив достоинства провозглашенных ею принципов;
- помогла многим конкретным людям, обратившимся за помощью;
- усиленно действовала в направлении своих приоритетов;
- осуществляла своей деятельностью в своей профессиональной сфере реальный институт гражданского общества.

Ровная гражданская позиция на протяжении 18 лет снискала Ассоциации авторитет, проявившийся на XIV съезде психиатров России.

Каковы первоочередные задачи Ассоциации?

Это мы решим все сообща сегодня. Эта задача вынесена в название съезда. Конечно, его программа уже является такой попыткой. Достаточно было посмотреть на проблематику 12 комиссий и 16 секций Российского общества психиатров, чтобы увидеть, что самая главная и неисчерпаемая — общая психопатология и клиническая психиатрия — оказалась в самом конце списка, последней, чем зафиксировано, что она была предложена только в момент утверждения, что называется вдогонку, “под занавес”. А ведь это по необходимости всегда наш первый приоритет. Трудность состоит в его адекватной, на должном уровне конкретизации. Здесь важно осмысленно, сравнительно-исторически, на макроуровне видеть происходящие процессы саморазвития нашего предмета и, критически их анализируя, действовать целенаправленно, не идя на поводу инородных влияний фармакофирм, моды, собственного удобства, политической злобы дня и т.д.

Перед лицом политтехнологий времен двух последних императоров, в годовщину Большого Террора, наше профессиональное сообщество замерло, спрятало голову в песок. Между тем, приверженность профессиональным ценностям обеспечивает высокую толерантность. Перед нами пример позиций Бехтерева и Сикорского, Сербского и Рыбакова в сходную эпоху. Выбор всегда за нами, и в нем наше будущее. Мы все причастны тому, каким оно будет.

Ю. С. Савенко

Обзор работы общественной приемной НПА России

Н. В. Спиридонова

За отчетный период изменился принцип работы общественной приемной: если вопрос касается разъяснений по законодательству или порядку работы медицинской психиатрической службы и не требует изучения документов или комиссионного освидетельствования, мы стараемся давать консультации по телефону. Это удобно и для нас, и для населения, и позволило снизить количество непосредственных обращений в общественную приемную на 40 %. За отчетный период было 900 обращений непосредственно на прием и дано 756 консультаций по телефону. Прием ведут врач-психиатр и юрист.

При обращениях из других регионов, мы просим сначала кратко в письме изложить ситуацию, чтобы понять сможем ли мы помочь в данном случае, и только тогда записываем на прием-комиссию, которые проводим в один день. Соответственно, это предполагает и работу с письмами.

География обращений в последние три года такова: 60 % — москвичи, 17 % — жители Московской области, 20,5 % — жители других регионов России (35 регионов); 1,5 % — БОМЖи; 1 % — граждане Белоруссии.

По характеру обращений мы выделили следующие группы:

36 % (324) — судебные дела;

13 % (117) — вопросы военной службы (новая большая группа);

12 % (111) — вопросы, связанные с недееспособностью;

11 % — оспаривание диагнозов, диспансерного наблюдения, группы инвалидности;

7 % (61) — жалобы на работу психоневрологических диспансеров;

7 % (62) — жалобы на работу психиатрических больниц;

5 % — льготы и социальное обслуживание;

2 % — обращения подопечных психоневрологических интернатов;

7 % — обращения по болезненным мотивам.

Такое разделение носит весьма условный характер, поскольку на самом деле большая часть выделенных нами групп так или иначе связана с судебными разбирательствами: суд уже состоялся или предполагается.

Из 36 % обращений собственно по судебным вопросам примерно половина связаны с консультациями по гражданским и уголовным делам. Обращаются наши пациенты, их родственники, адвокаты и иные граждане, особенно когда по ходу дела встает вопрос о проведении судебно-психиатрической экспертизы. По гражданским делам большую часть составляют имущественные дела и дела по недееспособности, а также дела, касающиеся родительских прав, жилищных во-

просов, недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации, принудительного лечения... Здесь большую помощь оказывает юрист, который дает разъяснения по закону, подготовке необходимых документов, представительству в суде и т.д. Когда дело касается наших пациентов, то юрист часто сам составляет заявления в суд, пишет ходатайства, делает необходимые запросы, собирает документы, иногда сам выступает представителем в суде.

Примером может быть дело о недееспособности вместо размена квартиры. В общественную приемную НПА обратился гражданин П., 70 лет, дочь которого подала заявление в суд о признании его недееспособным. П. давно имел другую семью, но оставался прописанным в трехкомнатной квартире с бывшей женой и дочерью и хотел произвести размен квартиры. Суды по разделу имущества шли уже несколько лет. Но тут сожитель дочери — адвокат, посоветовал решить вопрос иначе. Он стал писать жалобы на неправильное поведение П. в ПНД, и когда тот однажды пришел в спорную квартиру, родственники устроили скандал, вызвали милицию и психиатра ПНД. П. госпитализировали в психиатрическую больницу в недобровольном порядке с предварительным диагнозом шизофрения, который был установлен фактически только на основании жалоб недобросовестных родственников. Суд не дал разрешения на недобровольное лечение П., и через несколько дней он был выписан. Но поставленный в больнице диагноз: паранойяльное расстройство личности на фоне органического заболевания головного мозга, и рекомендация наблюдения у психиатра, позволили дочери подать заявление в суд о признании отца недееспособным. П. обратился за помощью в общественную приемную НПА, был направлен на комиссию специалистов, которая сделала заключение, “что основания для назначения П. судебно-психиатрической экспертизы в порядке ст. 283 ГПК РФ отсутствуют. П. не страдает психическим заболеванием, понимает значение своих действий и может руководить ими”. Интересы П. в суде представляла руководитель юридической службы НПА Ю. Н. Аргунова. Суд приобщил к материалам дела заключение НПА, заслушал показания лечащего врача П. в стационаре, изучил карту из психоневрологического диспансера, который к этому времени уже провел комиссионное освидетельствование П. и сделал вывод о том, что психических расстройств у него нет и в динамическом наблюдении он не нуждается. В результате, заявление дочери было оставлено без удовлетворения, в назначении судебно-психиатрической экспертизы отказано.

Другой пример — дело о договоре ренты с дементной больной.



В общественную приемную обратились соседи 80-летней К. Они сообщили, что К. заключила договор аренды с малознакомым человеком и, в результате, оказалась на улице. Ночью спит в подъезде или на лавочке около дома, а в ее квартире живет рентодатель. Были даны разъяснения по закону, предложено привести К. на комиссию специалистов НПА, которая сделала следующее заключение: “У К. выявлена сосудистая деменция (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия) с психотическими эпизодами. Выраженное интеллектуально-мнестическое снижение не позволяет К. в настоящее время правильно оценивать происходящие события, она не может понимать значение своих действий и руководить ими. Настоящее состояние К. и сведения, полученные от ее соседей, позволяют предположить, что в январе 2005 г. во время заключения имущественной сделки она также не понимала значения своих действий и не могла руководить ими. Для решения данного вопроса целесообразно назначение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы”. Назначенная судом судебно-психиатрическая экспертиза пришла к тем же выводам, что и специалисты НПА. К. вернули ее квартиру в которой она теперь проживает под присмотром соседей.

Половина обращений по судебным делам связана с несогласием граждан с заключением судебно-психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Мы даем консультации и разъяснения по заключениям СПЭ. Часто мы согласны с заключениями и объясняем обратившимся бесперспективность дальнейшего оспаривания выводов экспертизы, но, к сожалению, так же часто мы видим заключения очень низкого качества, оспорить которые совсем нетрудно, поскольку они не соответствуют требованиям инструкции Минздрава России “Заключение судебно-психиатрического эксперта” (2003 г.). Многие заключения написаны очень кратко, отсутствует анализ изложенного материала, выводы сделаны без всякого обоснования, а иногда не соответствуют содержательной части заключения. Однако если мы в целом согласны с выводами экспертов, мы не берем заключения на рецензию: разъясняем обратившимся, что по формальным признакам заключение можно оспорить, но следующая экспертиза придет к аналогичным выводам.

Очень часто обращаются по имущественным делам (оспаривают завещания, оформления аренды имущества) и представляют посмертные судебно-психиатрические экспертные заключения. В этих случаях мы обычно направляем граждан в экспертные учреждения, которые делают рецензии на заключения СПЭ. Но если дело касается наших пациентов, которые таким образом лишаются имущества и которым трудно собрать документы, найти свидетелей и т.п., мы пишем рецензии на заключения СПЭ сами и принимаем участие в судебных разбирательствах.

Среди дел неимущественного характера **часто стали встречаться дела по ложным доносам, кле-**

вете, оскорблению. Это особенно касается исков государственных учреждений и служащих (иски судей, прокуратуры, администрации) к гражданам.

Вот *пример скоропалительной СПЭ.* В общественную приемную НПА обратилась гражданка М. из Брянска, которая в 1996 г. получила на производстве тяжелейшую черепно-мозговую травму, она инвалид 2 группы с 3 ст. утраты трудоспособности по неврологии. Ежегодно лечится в институте им. Бурденко и получает рекомендованное там лечение. Однако чтобы получить это лечение, на которое она имеет право по закону, М. регулярно приходится обращаться в суд. Она выиграла 20 судов по положенным ей льготам и лечению. В прошлом году страховая компания обвинила М. в умышленном предъявлении к оплате фиктивных чеков. Заведено уголовное дело. Мы видели эти прикрепленные к рецептам чеки, и не смогли понять, почему они фиктивны. Но настораживает другое: еще не расследовав дела, М. сразу же назначают судебно-психиатрическую экспертизу. Специалисты НПА полагают, что нет никаких оснований сомневаться в психической полноценности М. и дали ей соответствующее заключение, однако предотвратить назначение экспертизы мы, вероятно, не можем.

А вот *пример наказания руками психиатров.* Гражданин Л. обвинил судей в несправедливом решении по его делу, а затем и по другим делам, в которых он принимал участие. Он вышел на площадь перед судом с лозунгами оскорбительного содержания (“Судья Н. — подонок!”). Его обвинили в оскорблении и клевете на суд и в рамках уголовного дела сразу назначили амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, которая была проведена в психиатрической больнице г. Чебоксары. Эксперты не обнаружили у Л. психических нарушений: поведение адекватное, мышление логичное и т.п., но выявили личностные особенности, природу которых не смогли определить в амбулаторном порядке (то ли личностные расстройства, то ли акцентуация, то ли органика). Вопрос о том, понимал ли Л. фактический характер и общественную опасность своих действий абсолютно ясен, но диагностический вопрос не решен, и эксперты отказываются отвечать на вопросы суда и рекомендуют направить Л. на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ГИЦССП им. Сербского. Таким образом наказывают неудобного человека. К сожалению, таких дел становится все больше.

Многие обращаются с вопросом, можно ли провести судебно-психиатрическую экспертизу в НПА, просят найти независимую негосударственную экспертную организацию, которая имеет право на проведения экспертиз. В объективность государственных экспертных учреждений люди часто не верят.

Впервые второе место по численности обращений в общественную приемную НПА заняли **обращения военнослужащих, призывников и их родителей,** а также родителей военнослужащих, погибших во время прохождения службы в Российской Армии. Это результат тесного сотрудничества с Фондом “Право Ма-

тери”, Комитетом солдатских матерей Москвы и Союзом комитетов солдатских матерей России (КСМ).

По направлению КСМ проведено 88 консультаций солдат срочников, самовольно оставивших воинскую часть, т.е., так называемых дезертиров. КСМ совместно с военной прокуратурой проводит программу по легализации “бегунков”, и к ним обращается много таких военнослужащих. Если психическое состояние вызывает сомнение, солдат направляют к нам. Из 88 человек, обратившихся в общественную приемную, 51 был направлен на комиссию НПА, даны заключения, рекомендовано лечение, обследование и направление на ВВК для решения вопроса годности к военной службе. В результате, по данным КСМ, более 90 % этих солдат освобождены военно-врачебными комиссиями от срочной службы, уголовные дела по факту самовольного оставления воинской службы против них закрыты.

У нас сейчас много дел совместно с фондом “Право Матери”, который помогает родителям солдат, погибших во время службы в армии. Если солдат погиб при невыясненных обстоятельствах или покончил жизнь самоубийством, обязательно проводится расследование и назначается посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. От заключения экспертов зависит, будут ли предъявлены кому-либо обвинения, получат ли родители компенсацию. Много зависит от позиции суда, и поэтому в таких случаях особенно важно участие специалиста в судебном заседании.

Так, например, в апреле 2007 г. мы участвовали в военном суде по делу о доведении до самоубийства рядового Иванчи, 1984 г. рожд., служившего в в/ч № 11659. По этому делу было проведено 5 судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз, и 4 из них подтвердили наличие причинно-следственной связи между действиями прапорщика Кухты, издевавшегося над военнослужащим, и самоубийством последнего. Однако Грозненский военный суд положил в основу своего решения выводы пятой дополнительной экспертизы, проведенной экспертами ПНД г. Грозный, которые отрицали регулярность издевательств, поскольку за исследованный период времени прапорщик Кухта иногда отсутствовал (находился в отпуске, в командировке и т.п.), ссылались на их словесный характер. В результате обидчику было вынесено условное наказание, он продолжал служить в своей части и самостоятельно приезжал на суд. Адвокаты матери, признанной потерпевшей, добились пересмотра дела, специалисты НПА написали рецензию на проведенные экспертизы, показав несостоятельность той, которая положена в основу решения суда, и сумели потом доказать это в судебном заседании. Их позиция нашла подтверждение и в выступлении эксперта-психолога Центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Ростова-на-Дону, участвовавшего в проведении экспертизы. В результате, насильник был взят под стражу прямо в зале суда и получил заслуженное наказание — 4 года лишения свободы.

Третья большая группа обращающихся в общественную приемную — это лица, которых интересуют **вопросы по недееспособности**. Обращаются недееспособные, опекуны, родственники, юристы. Мы даем консультации по вопросам о признании недееспособным и восстановлении дееспособности, смене опекуна, имущественным и жилищным вопросам. Особенно актуальными в последнее время стали имущественные вопросы в случае помещения недееспособного в ПНИ или при длительном пребывании в больнице, вопросы доверительного управления имуществом.

Лица, признанные недееспособными, являются самыми незащищенными гражданами России. Им практически некуда обратиться за защитой своих прав. Органы опеки и попечительства, которые обязаны защищать их права, зачастую просто отказываются с ними разговаривать, не принимают их заявления, предпочитая иметь дело с опекунами, от которых часто и требуется защита.

Вот пример *недобросовестного опекуна, которым в данном случае являлась ПБ*. Гр-н П. находился на лечении в ПБ № 13 г. Москвы с 10.09.03 г. П. являлся инвалидом 2 группы по психическому заболеванию и инвалидом-колясочником. Проживал с бабушкой 88 лет и матерью — инвалидом 1 группы по заболеванию сердца. Родственники регулярно навещали больного, приносили ему передачи, вещи. Все вместе они решили, что дома уход обеспечить уже не смогут и попросили больницу оформить П. в психоневрологический интернат. 27.10.2004 г. П. был признан судом недееспособным по заявлению больницы (без согласования с родственниками, которые были против), после чего больница сразу перестала выдавать доверенность на получение пенсии больного его родным, хотя те продолжали покупать ему все необходимое на свои небольшие пенсии. А больница, “действующая на правах опекуна” П. (доверенность была выдана ст. медсестре), стала хлопотать о выделении доли П. в приватизированной трехкомнатной квартире, оказывая давление на родственников. Двум старым больным женщинам пригрозили судом, продолжая удерживать пациента в больнице еще два года. Только после обращения в прокуратуру в сентябре 2006 г. больного наконец перевели в ПНИ. На этом опекунская деятельность больницы по отчуждению площади больного закончилась. При этом выяснилось, что на сберегательной книжке П. было всего 28 тыс. рублей, а не пятьдесят, как предполагалось. Отчета о потраченных средствах не оказалось, видимо опекун тратил деньги на хлопоты за жилплощадь, потому что для больного все покупали родные. Делом П. мы занимались совместно с группой социальной защиты партии “Яблоко”, которая до сих пор продолжает выяснять, на что же потрачены деньги П.

Достаточно много обращений по поводу **снятия диагнозов, динамического наблюдения, по вопросам медико-социальной экспертизы**. Иногда мы сразу предупреждаем, что по нашему мнению и диагноз верный, и динамическое наблюдение у психиат-



ра обоснованно, однако в любом случае мы даем разъяснения по порядку снятия диагноза и динамического наблюдения в различных инстанциях. Но бывает и так, что у пациента уже много лет отмечается стойкая ремиссия, он адаптирован в социально-трудовом отношении и лечения не получает, а ПНД продолжает держать его на динамическом наблюдении. В этих случаях мы даем свои рекомендации, а иногда сами участвуем в комиссии главного психиатра по вопросу снятия пациента с динамического наблюдения. Обычно наши мнения совпадают.

Встречаются *примеры формально-равнодушного отношения ПНД к пациентам*, интересы которых они должны защищать. Так, в общественную приемную НПА обратилась гр. В., которая пыталась получить в ПНД № 13 г. Москвы разрешение на работу на электрокаре, на котором она уже несколько лет работала. В таком разрешении ей было в грубой форме отказано, и заместитель главного врача ПНД заявила, что она состоит и будет состоять у них на учете. Между тем В. была поставлена на динамическое наблюдение в 1991 г. после госпитализации в психиатрическую больницу, второй раз она попала в больницу в 1993 г. и с тех пор больше в ПНД за медицинской помощью не обращалась, лечения не получала, работала, на работе и в доме характеризовалась положительно. После комиссионного освидетельствования НПА направила В. на комиссию главного психиатра, где выяснилось, что у пациентки более 10 лет стойкая ремиссия, и ее сняли с динамического наблюдения еще в 2002 г., однако “забыли” известить об этом, а при личном обращении почему-то скрыли этот факт. Комиссия рекомендовала ПНД выдать В. разрешение на работу, а спустя два года (в 2007 г.) она пришла к нам в общественную приемную поблагодарить за помощь и сообщить, что у нее все в порядке, и она успешно работает.

Изменилась ситуация с обращениями по поводу инвалидности: если раньше часто обращались по поводу снятия группы инвалидности, то теперь **люди жалуются, что им снимают группу инвалидности или отказывают в изменении группы.**

Так в общественную приемную НПА обратилась гр-ка С. из Московской области, которая имеет 2 группу инвалидности бессрочно с 1993 г. по психическому заболеванию. В трудовых рекомендациях написано — ручной труд. За прошедший период она приобрела целый ряд соматических заболеваний: бронхиальную астму и сахарный диабет в тяжелой форме с поражением мелких сосудов конечностей. Ручным трудом она заниматься не может из-за потери чувствительности в пальцах рук, которые постоянно немеют. Эндокринолог дал ей заключение, позволяющее увеличить утрату трудоспособности до 3 степени. Но в районной МСЭ с ней не хотят разговаривать, не принимают у нее заявления, просто выгоняют, заявляя что группа инвалидности дана ей бессрочно и пересмотру не подлежит. Сейчас мы начали помогать ей, наш юрист написал ей заявление в медико-социальную комиссию, будем контролировать решение этого вопроса.

Другой пример — гр-н С. из Кемеровской области, шахтер, получивший еще в 1964 г. на производстве тяжелую травму позвоночника. Ему была определена 2 группа инвалидности, потеря трудоспособности на 80 %, он получал дополнительно к пенсии 70 % по трудовому увечью. В 2004 г. его направили на спец. МСЭК, где на первое место в диагнозе поставили травматическую деменцию. В результате, он сразу лишился многих льгот и доплат к пенсии по инвалидности.

При обращениях по поводу наблюдения и лечения в ПНД и ПБ очень часто приходится давать такие разъяснения по закону о психиатрической помощи, которые должны были дать в этих учреждениях. **По-прежнему возникают затруднения по получению информации по медицинской документации. Врачи не дают разъяснений по назначенному лечению, хотя все мы говорим об информированном согласии** больного на лечение. В одном ПНД при просьбе больной изменить ей лечение врач ответила, что не имеет на это права, она назначает только то, что рекомендовано в стационаре.

В стационарах возникает много вопросов по недобровольной госпитализации. Судебные заседания проводятся формально, часто интересы больного никто по существу не представляет. Решения суда больному не дают, и он может написать кассационную жалобу только после выписки из больницы. Поэтому **очень много жалоб поступает от больных и родственников именно по проведению судебной процедуры.** В общественную приемную НПА неоднократно обращались пациенты, недобровольно госпитализированные в ПБ, обращались по телефону (больному разрешали позвонить из отделения) или заявления больных в НПА передавали родственники. В таких случаях мы проводили проверки, и в большинстве случаев недобровольная госпитализация признана обоснованной. Но бывало и так, что сразу после согласования времени нашего визита в больницу, больного срочно выписывали.

Из всех обратившихся в общественную приемную **116 человек были направлены на комиссию специалистов НПА, и в 99 случаях (85 %) НПА оказала необходимую помощь.**

Что касается самой значительной проблемы — **использования психиатрии в немедицинских целях**, то при самой сдержанной — насколько это возможно — оценке, **нельзя не увидеть уже существующую широкую практику такого рода.**

Психиатрические диагнозы и даже случаи простого психиатрического освидетельствования, тем более недобровольного, активно используются во всевозможных корыстных целях, начиная от злоупотребления квартирами до политической дискредитации и манипулирования.

Обращения, связанные с несогласием с решениями СПЭ, часто оказываются вполне адекватными, **что вызвано явным падением уровня экспертиз и требует принятия соответствующих неотложных мер.**

Резолюция съезда

XII съезд общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”, состоявшийся 19 – 20 мая 2007 г. в Москве, поддерживает идею реформы психиатрической помощи, связанную с подписанием Россией Европейской Декларации по охране психического здоровья и присоединением к Европейскому Плану действий по охране психического здоровья.

Перенесение акцента психиатрической службы на помощь в сообществе, на внестационарные формы помощи, осуществляемые полипрофессиональными бригадами специалистов, сокращение доли стационарной помощи в общем объеме психиатрических услуг, усиление социально-реабилитационной составляющей и др., должно способствовать общему повышению качества и эффективности психиатрической помощи, приближению ее к населению и, таким образом, обеспечению ее большей доступности, улучшению качества жизни людей с психическими расстройствами, и — в конечном итоге — снижению бремени расходов общества в связи с психическими заболеваниями граждан.

Вместе с тем, дискуссия на съезде показала, что проведение реформы начато без предварительного ее обсуждения как с профессионалами, так и с пациентами и их родственниками; она не доведена до сведения тех, кто должен принимать участие в ее осуществлении. Врачи-психиатры и сотрудники кафедр психиатрии знают о реформе больше из средств массовой информации, чем от организаторов здравоохранения или из обсуждений в профессиональном кругу. Скопальительное сокращение коек в психиатрических стационарах без предварительного расширения видов амбулаторной помощи и обеспечения контроля за проводимым амбулаторным лечением, без подготовки и привлечения специалистов психологов, социальных работников, юристов, медсестер с высшим образованием, без широкой программы антистигматизации психиатрии и лиц с психическими расстройствами, может привести к катастрофическим последствиям. Расширение амбулаторной помощи предполагает доверие к психиатрам и желание пациентов добровольно лечиться в диспансерах, что невозможно, когда врачу-психиатру отведено 15 минут на одного больного.

Правительство не только не проработало этот вопрос, не обсудило его с профессионалами и потребителями, но и обезглавило руководящие и координирующие структуры, упразднив должность главного психиатра Минздравсоцразвития России. Вместо него учрежден “внештатный психиатр-эксперт”, который ни за что не отвечает. В организации психиатрической помощи тут же возникла рассогласованность и неразбериха, а кое-где просто паника в связи с происходящими изменениями к худшему: из списка бес-

платных лекарственных средств исключены столь необходимые тяжело больным пролонги; на длительное время исчез циклодол (что можно было предвидеть), без которого лечение нейролептиками многими больными приравнивается к пыткам. Проводимая в отдельных случаях в рамках реорганизации психиатрических больниц (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2005 № 633) передача коек в отдаленные населенные пункты привела к тому, что появились отделения, где в штате имеется только один врач-психиатр и, соответственно, невозможны какие-либо действия, требующие комиссионного решения. Главные врачи получают противоречивые указания. Отсутствует четкая нормативная база для оказания скорой психиатрической помощи. Табели оснащения психиатрических больниц и диспансеров давно устарели, они не обеспечивают материальной базой выполнение стандартов обследования и лечения и не соответствуют новым лицензионным требованиям. Врачи-психиатры вынуждены тратить больше времени на оформление документации, чем на общение с пациентами, а пациенты и их родственники, в свою очередь, выражают недовольство невниманием врачей и постоянными трудностями с получением необходимых лекарств.

Резкая нехватка, а порой и полное отсутствие в стационарах младшего медицинского персонала, связанные с чрезвычайно низкой заработной платой, ведут к серьезному повышению риска агрессивных действий и снижению безопасности пациентов и специалистов, работающих в психиатрии. По-прежнему не решен вопрос с охраной специализированных больниц с интенсивным наблюдением и судебно-экспертных отделений для испытуемых, содержащихся под стражей.

Недостаточно продуманное изменение жилищного законодательства, направленное на защиту интересов собственников жилья, (“оживление рынка жилья”) без учета соблюдения прав наиболее незащищенных категорий населения (в частности, детей и лиц с психическими расстройствами) привело к тому, что многие психически больные оказались на улице, в положении БОМЖей и не имеют даже надежды на получение жилья. В результате они или сами совершают противоправные деяния или становятся жертвами преступлений.

Переход российской психиатрии на Международную классификацию болезней 10-ого пересмотра без обязательных мер по сохранению национальной классификации, привел к смещению на периферию главного собственно профессионального приоритета — общей психопатологии и клинической психиатрии, заметному падению уровня клинической квалификации врачей-психиатров. Отечественная психиатрия



стремительно теряет свои традиции клинической дисциплины, превращаясь в прикладную психофармакологию. Осуществляемая в настоящее время разработка стандартов диагностики и лечения на основе МКБ-10, которая является обобщенным статистическим инструментом и вводилась в основном как средство международного общения, неминуемо приведет к еще большему отходу от клинических основ психиатрии и ухудшению эффективности и качества лечения пациентов.

Особую озабоченность вызывают также значительное падение уровня судебно-психиатрических экспертиз, нарушение инструкции Минздрава России “Заключение судебно-психиатрического эксперта” (2003 г.), фактическая невозможность реализации нормы УПК РФ и ч. 3 ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан о привлечении к производству экспертизы специалиста по ходатайству сторон и полная монополизация судебной психиатрии Государственным Центром им. Сербского, что чревато повторением прошлого и уже приводит к использованию психиатрии в немедицинских целях.

Все происходящее свидетельствует о том, что **в стране отсутствует реальная политика сохранения и укрепления психического здоровья**, гарантированных ст. 41 Конституции РФ. Судьбу психиатрии и психического здоровья определяют чиновники, без учета мнения профессионального сообщества и самих пациентов и их родственников. Дезорганизация психиатрической службы, как и службы здравоохранения в целом, связана с совершенно чужеродным для нее приоритетом ресурсосбережения в качестве целевого, а не ограничительного принципа. Если так будет продолжаться, то неизбежны значительные социально-экономические издержки, а также угроза безопасности страны.

Для научной разработки и эффективного проведения национальной политики в области психического здоровья необходимо участие сильного независимого авторитетного профессионального сообщества в качестве партнера и эксперта, а не простого исполнителя политики в сфере психического здоровья. Необходимым условием достижения этой цели является сотрудничество двух российских психиатрических обществ.

Делегаты съезда считают необходимым:

1. Предусмотреть в Приоритетном национальном проекте “Здоровье” специальный раздел “Психическое здоровье населения”.

2. Установить независимый профессиональный контроль за принятием Федеральной целевой программы “Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)”.

3. Предложить Правительству РФ:

3.1. Безотлагательно реализовать статью 38 Закона о психиатрической помощи о создании “независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических ста-

ционарах”, не исполняемой уже 14 лет действия закона, несмотря на распоряжение президента РФ более года назад (10.12.2005);

3.2. Разработать и утвердить Положение о независимой медицинской экспертизе в соответствии с ч. 3 ст. 53 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

4. Предложить Минздравсоцразвития России:

4.1. Восстановить должность главного психиатра Минздравсоцразвития России, а также отдел психиатрической и наркологической помощи;

4.2. Восстановить в номенклатуре врачебных специальностей субспециальность “детская психиатрия” и должность главного детского психиатра Минздравсоцразвития России.

5. Просить Федеральное Собрание принять пакет изменений и дополнений в законодательство в области охраны психического здоровья и защиты прав граждан с психическими расстройствами (см. Приложение). Наиболее важными из них являются:

А. Введение в законодательство института *независимой психиатрической экспертизы* (независимого психиатрического заключения);

Б. Выполнение решения Европейского Суда по правам человека по делу Ракевич о внесении дополнений в российское законодательство о праве недобровольно госпитализированного лица самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за недобровольной госпитализацией;

В. Регламентация судебной процедуры рассмотрения дел о помещении граждан в психоневрологические интернаты в недобровольном порядке с целью реализации ст. 15 ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”;

Г. Принятие нормативных правовых актов в сфере оказания наркологической помощи и реабилитации лиц с алкогольной и наркозависимостью.

6. Обеспечить большую независимость главных врачей от местных органов власти: отказаться от практики ежегодного заключения контракта, наделить главных врачей правом распоряжаться выделенными средствами, исходя из реальных приоритетов.

7. Обеспечить участие специалистов профессионального сообщества в лице двух его общероссийских организаций — Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России — в квалификационной аттестации работников психиатрической службы в соответствии с ч. 2 ст. 62 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

8. Считать приоритетной задачей профессионального сообщества разработку единой национальной классификации психических расстройств и объединить для этого усилия РОП и НПА России.

9. Обязать Минздравсоцразвития России принять безотлагательные меры по разрешению кризиса в лекарственном обеспечении психиатрических пациентов,

в том числе по приведению списка дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) в соответствие со стандартами терапии. Указать на недопустимость принятия чиновниками министерства и Правительства РФ кулуарных решений о лекарственном обеспечении по программе ДЛО, нарушающих права пациентов на качественное психиатрическое лечение. Признать необходимым выделить в официальном перечне жизненно важных лекарственных средств семь препаратов, без которых невозможно проводить лечение психически больных (галоперидол, азалептин, пропазин, циклодол, амитриптилин, карбамазепин, диазепам); проводить мониторинг наличия необходимого количества этих лекарств в стационарных отделениях и системе ДЛО. Приобретение других лекарственных препаратов считать возможным только при наличии базового набора лекарственных средств в лечебном учреждении.

10. Предложить Министерству образования РФ повысить качество послевузовской специализации в области психиатрии и обеспечить приоритетное и непрерывное обучение клинично-психопатологическому методу как основе профессионализма.

11. Обратить внимание Минздравсоцразвития России на частые нарушения экспертными комиссиями Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной приказом Минздрава России от 12.08.2003 г. № 401 (особенно пп. 2.2.5 и 2.2.6; 2.3.2 и 2.3.4; 2.3.16 и 2.3.17; и 3.1), на безнаказанность таких нарушений и необходимость независимого профессионального контроля за уровнем судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз.

12. Предложить Правительству РФ внести коррективы в бюджете на 2008 и последующие годы с целью повышения заработной платы специалистам, оказывающим психиатрическую помощь, прежде

всего, участковым врачам-психиатрам диспансеров и психиатрических кабинетов, младшему медицинскому персоналу.

13. При закрытии психиатрических больниц (сокращении коечного фонда) передавать освободившиеся помещения и земельные участки психиатрической службе и службе социального обеспечения для перепрофилирования их в дневные стационары, общежития для больных, утративших социальные связи, психоневрологические интернаты, платные медицинские учреждения по оказанию психиатрической помощи и т.п.

14. Обеспечить доступность психоневрологических интернатов, достойные условия содержания в них и квалифицированную правовую помощь лицам, в них проживающим, а также создать максимально возможное количество общежитий для лиц с психическими расстройствами, не имеющих жилья. Психически больные не могут и не должны быть БОМЖами!

15. Предложить Минздравсоцразвития России обеспечить проведение широкой программы по дестигматизации граждан с психическими расстройствами, просветительской работе с населением, в том числе средствами массовой информации, выпуску популярной литературы для бесплатного распространения среди населения о возможностях лечения психических расстройств и т.п.

16. Повысить статус и эффективность работы общественного Совета по психическому здоровью при Минздравсоцразвития России за счет укомплектования его наиболее активными специалистами, в частности членами НПА России, и создания в нем комиссии по проведению реформы службы психического здоровья. В задачи комиссии должны входить мониторинг ситуации в стране, обеспечение обратной связи с субъектами и благополучателями реформы, обмен опытом между регионами, разработка рекомендаций по продвижению и корректировке реформы.

Приложение к резолюции XII съезда Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ И ДОПОЛНЕНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психическое здоровье населения — основа здоровья нации. Поэтому государство должно соотносить свою социальную и правовую политику с их воздействием на психическое здоровье населения. Одной из наиболее актуальных задач в этой связи является проведение на постоянной основе **монито-**

ринга законодательства, т.е. его оценки с точки зрения полноты, системности и непротиворечивости, а также его соответствия задачам общества и государства по охране психического здоровья граждан.

В контексте предложений Европейского плана действий по охране психического здоровья необходи-



мо внести следующие изменения и дополнения в действующие законодательные акты.

1. Необходимо ускорить доработку и принятие федерального закона “О правах пациента”, а также ввести законодательную регламентацию вопросов оказания наркологической, а также психосоматической и соматопсихиатрической помощи.

2. Ввести в законодательство институт *независимой психиатрической экспертизы* (независимого психиатрического заключения). Потребность в ее проведении, в т.ч. с участием профессиональных правозащитных организаций, очевидна, диктуется необходимостью соблюдения международно-правовых стандартов и вытекает из Принципа 18 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденных Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г., согласно которому “пациент и адвокат пациента могут запросить и представить во время любого слушания *независимое психиатрическое заключение* и любые другие заключения, а также письменные и устные доказательства, которые относятся к делу и являются приемлемыми”.

3. Срочно разработать и принять положение о *независимой медицинской экспертизе*, право на которую предусмотрено ч. 7 ст. 20 и ст. 53 Основ законодательства об охране здоровья граждан и касается несогласия гражданина с заключением патолого-анатомического вскрытия и независимой военно-врачебной экспертизы. В проведении последней, как известно, принимает участие и психиатр.

4. Ряд дополнений целесообразно внести в Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Необходимо:

4.1. Придать ему статус федерального закона и внести соответствующие уточнения в его редакцию.

4.2. Вернуть в Закон норму, согласно которой законодательные и иные правовые акты, принимаемые в России и ее субъектах, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом (бывшая ч. 3 ст. 2 Закона¹), а также норму, предусматривающую контроль за деятельностью лиц, оказывающих психиатрическую помощь (бывшая ч. 1 ст. 45 Закона), упраздненные Федеральным законом № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г.

4.3. Указать в Законе, что он не только распространяется на граждан при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении лишь тех субъектов, кто оказывает такую помощь (ст. 3), но и предназначен для органов власти, должностных лиц предприятий и организаций, что позволит обеспечить

¹ Примечательно, что аналогичную норму в Основах (ч. 3 ст. 3), согласно которой “законы субъектов РФ, нормативные правовые акты органов местного самоуправления не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья”, Федеральный закон № 122-ФЗ вычеркнуть не посмел.

нормативную базу для соблюдения этими субъектами норм Закона, в частности ч. 3 ст. 5, ст. 8 и 9.

4.4. В ст. 9 Закона расширить объем понятия “врачебная тайна”, приведя ее, таким образом, в соответствие с международно-правовыми требованиями и ч. 1 ст. 61 Основ. “Иные сведения” не должны ограничиваться лишь теми, которые касаются психического здоровья лица. “Иные сведения” должны охватывать любую информацию, полученную при обследовании и лечении лица.

4.5. В соответствии с п. 4 ст. 5 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод и в связи с необходимостью исполнения постановления Европейского суда по правам человека по делу “Раевич против Российской Федерации” внести в Закон дополнения, предусматривающие право лица, госпитализированного в недобровольном порядке, самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за его госпитализацией.

4.6. Внести дополнение в ст. 39 Закона, закрепив за администрацией психиатрического стационара обязанность знакомить (информировать) пациента (или его представителя) с вынесенным судом постановлением об удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации лица. Эта норма будет являться правовой гарантией обеспечения реализации предусмотренного ч. 3 ст. 35 Закона права лица в 10-дневный срок обжаловать такое постановление.

4.7. Предусмотреть в Законе допустимость проведения по просьбе или с согласия лица психиатрического обследования (освидетельствования) для решения вопросов:

1) об отсутствии у него противопоказаний для совершения гражданско-правовой сделки с недвижимостью, существенно ухудшающей жилищное или имущественное положение лица либо связанное с отчуждением жилья. Данная норма могла бы быть введена в Закон после соответствующего дополнения Основ законодательства РФ о нотариате;

2) о годности лица по состоянию психического здоровья к исполнению обязанностей присяжного заседателя, что вытекает из положений ФЗ “О присяжных заседателях федеральных судов общей юрисдикции в Российской Федерации” (п. 3 ч. 3 ст. 3, а также пп. “б” п. 2 ст. 7).

5. Изменения и дополнения необходимо внести и в другие законодательные акты, а также устранить имеющиеся между ними противоречия.

5.1. Необходимо привести ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” в части оснований для помещения недееспособного лица в психоневрологический интернат (ПНИ) в соответствие с Законом о психиатрической помощи, устранив имеющуюся лазейку для недобросовестных действий опекуна. Обязательным условием для помещения недееспособного лица в ПНИ должно быть решение органа опеки и попечительства, принятое на

основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Следует также убрать из ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” ссылку на Закон о психиатрической помощи относительно порядка недобровольного помещения в психоневрологические интернаты, поскольку последний недобровольное помещение в указанные учреждения не допускает. Распространение же на такие случаи норм о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляется неверным.

5.2. Уточнения и дополнения требуют статьи ГПК РФ:

1) следует регламентировать судебную процедуру рассмотрения дел о помещении граждан в психоневрологические интернаты недобровольным порядке, предусмотренную ст. 15 ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”, который действует уже более 10 лет;

2) необходимо устранить противоречие между Основами, Законом о психиатрической помощи, УК РФ, с одной стороны, и ГПК РФ, с другой. Термины “принудительная госпитализация” и “принудительное освидетельствование”, содержащиеся в главе 35 ГПК РФ, должны быть заменены терминами “госпитализация (освидетельствование) лица без его согласия или без согласия его законного представителя” (“недобровольная госпитализация, освидетельствование” либо “госпитализация, освидетельствование в недобровольном порядке”);

3) целесообразно внести уточнения в ст. 304 ГПК. Институт возбуждения дела в гражданском процессе не получил своего закрепления. Речь должна идти о моменте принятия заявления судом, а не о моменте возбуждения дела.

5.3. Следует внести изменения в ГК РФ:

1) необходимо дополнить статью 40 ГК РФ, приведя ее в соответствие с ГПК РФ (ст. 286 и 45) и Законом о психиатрической помощи (ч. 3 ст. 43). С заявлением в суд о признании лица дееспособным вправе обратиться наряду с опекуном и органом опеки и попечительства также члены семьи подопечного, прокурор, психиатрическое либо психоневрологическое учреждение. Кроме того, необходимо вернуть право обращаться в суд с заявлением о признании лица дееспособным (недееспособным) общественным организациям, которые в соответствии со своими уставами занимаются защитой прав людей с психическими расстройствами.

2) Устранить противоречие между ст. 37 ГК о праве опекуна совершать дарение имущества подопечного с предварительного разрешения органов опеки, и ст. 575 ГК, которая не допускает дарение от имени недееспособного его опекуном, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти минимальных размеров оплаты труда.

печного с предварительного разрешения органов опеки, и ст. 575 ГК, которая не допускает дарение от имени недееспособного его опекуном, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти минимальных размеров оплаты труда.

5.4. В связи с принятием ФЗ “О присяжных заседателях...”, следует дополнить ч. 4 ст. 61 Основ, предусмотрев в п. 7 допустимым предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя по запросу исполнительно-распорядительного органа муниципального образования и высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ для составления списков кандидатов в присяжные заседатели.

5.5. Необходимо расширить полномочия нотариуса в плане защиты имущественных и жилищных прав граждан с психическими расстройствами, наделив его правом в случае возникновения сомнений в психической полноценности лица, совершающего сделку с недвижимостью, существенно ухудшающую его жилищное или имущественное положение, либо связанную с отчуждением жилья:

1) привлекать специалиста-психиатра для оказания квалифицированной помощи при проверке дееспособности данного лица с его согласия,

2) запрашивать органы опеки и попечительства в отношении лиц, признанных недееспособными,

3) направлять такое лицо с его согласия в ПНД для обследования и получения заключения об отсутствии противопоказаний для совершения данной сделки и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным. Практика такого рода уже имеет место в ряде регионов, в т.ч. Москве.

6. Необходимо обеспечить **механизм реализации** принятых законодательных актов, в частности, определить порядок участия федеральных органов исполнительной власти в реализации Конвенции о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения, заключенной еще в 1997 г. государствами-участниками СНГ. Такая задача была поставлена перед Правительством РФ Федеральным законом от 22 апреля 2004 г. № 19-ФЗ, однако она до сих пор не выполнена, что “застопорило” передачу и принятие Российской Федерацией лиц для проведения принудительного и приводит к нарушению Россией взятых на себя международных обязательств.

Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей к вовлекающей эпистемологии¹

Ричард Гиппс², Билл Фулфорд³

Достаточно легко распознать бредовую идею, но практически невозможно ее определить. В этой статье (I) используется метод “философской съемки (field work)”, чтобы показать, что используемые в стандартных подходах определения избыточны или недостаточны. Кроме того, этот метод утверждает, что подобные подходы в лучшем случае повторяют “изолирующую (estranged) эпистемологию”, которая предполагает, что наше понимание и, как следствие, переживание мира происходит извне. В качестве альтернативы предложена “вовлекающая (engaged) эпистемология”, которая рассматривает переживание в контексте нашего соприкосновения с миром. (II) Обсуждается значение нашего контакта с реальностью, а также значение утраты этого контакта, которое существует при бреде. (III) Также обсуждается значение этой альтернативной теоретической модели для когнитивной психологии бреда.

ВВЕДЕНИЕ: ФИЛОСОФИЯ И ПРОБЛЕМА БРЕДА

В 1913 г. Карл Ясперс в своей “Общей психопатологии” предложил формальное определение бреда как ложного, имеющего неправдоподобное содержание суждения, которое сопровождается необычной убежденностью в своей правоте, и которое недоступно для контраргументов и других переживаний. Современные руководства по психиатрии определяют бред сходным образом. Бред — это “ложное убеждение, которое поддерживается, несмотря на доказательства обратного, ...необъяснимое, исходя из образовательного и культурного уровня пациента... (которое) поддерживается абсолютной убежденностью и не может быть опровергнуто каким-либо аргументом” (Harge & Lamb, 1986). Американская классификация психических расстройств уже много лет следует тем же самым путем. DSM-IV-TR (2000), например, определяет бред как “ложное суждение, основанное на неправильных выводах относительно действительности, которое твердо поддерживается пациентом, вопреки суждениям других людей и вопреки неопровержимым и очевидным доказательствам обратного”.

Однако, около девяносто лет назад Ясперс подверг критике собственное формальное определение: “просто сказать, что бред является ошибочной идеей, ко-

торая твердо поддерживается пациентом и не поддается коррекции, — есть слишком поверхностный и неверный подход к этой проблеме” (Jaspers, 1997, p. 93).

Проблема, о которой говорит Ясперс, состоит в следующем. Хотя врачи в своей практике и могут легко обнаружить целый класс бредовых идей, оказывается трудной задачей правильно понять, что именно таким образом обнаружено. Как будет показано дальше, согласно стандартным определениям, к бредовым идеям могут относиться некоторые феномены, которые вовсе ими не являются, а также могут исключаться некоторые подлинные бредовые идеи. Хотя подавляющее число бредовых идей и соответствуют тому, что отражено в стандартном определении, неясно, отражают ли в действительности эти описания важнейшие (а не второстепенные) признаки бредовых идей, то, что составляет их суть. Пока бредовые идеи фактически описываются как заблуждения и упрямо поддерживаемые суждения, остаются основания считать, что эти признаки бреда случайны. Подобная характеристика говорит нам о сущности бреда не больше, чем, скажем, тот факт, что большинство панд обнаружено в Китае говорит нам о том, кем в действительности являются панды. (Ясперс говорит о “внешних” как о противоположных истинным “внутренним” критериях бреда. В дальнейшем говорилось о существенных в противоположность случайным критериям бреда. Возможно, что и не существует “внутренних”, или существенных критериев бреда, того, что Витгенштейн называл “общим понятием сходства” — понятием, которое объединяет различные родственные случаи, которые никак нельзя отделить друг от друга. Далее мы не рассматриваем эту возможность,

¹ International Review of Psychiatry (August 2004), 16(3), 225 – 235.

² Richard G. T. Gipps, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, London, UK.

³ K. W. M. (BILL) Fulford, Department of Philosophy, University of Warwick, Coventry, UK & Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK.

хотя в ней, вероятно, и есть зерно правды. Исходя из этого, мы склонны считать преждевременным анализ значения бреда).

Для того, чтобы продемонстрировать недостаточность стандартного определения бреда, мы привлечем в I части этой статьи метод, названный философом J. L. Austin “философской съемкой” или “лингвистической феноменологией” (Austin, 1956 – 7). Этот метод используется не в качестве некой спекулятивной модели, способной проникнуть в суть явления, а лишь как прикладной инструмент, который помогает взглянуть на бред в его так сказать привычном окружении, т.е. в контексте клинической и диагностической работы, а также понять то, насколько предлагаемые в учебниках определения соответствуют тому, что описывается клиницистами. Указывая на расхождение между теорией и практикой, метод Austin обнаруживает пробелы в текущем определении, которые необходимо заменить более удачными выражениями.

Хотя метод “философской съемки” и обращает наше внимание на недостатки, имеющиеся в основе современной диагностики, сам по себе он мало помогает в области позитивного знания. Часть II этой статьи исследует, в какой мере бред есть “утрата контакта с реальностью” с точки зрения обманутого (deluded) субъекта. Согласно этому определению, можно предположить, что имеется четкое осознание того, что значит быть в контакте с реальностью. Понятие “контакт с реальностью” имеет множественные смыслы, поэтому во II части привлекается философская дисциплина *эпистемология*, которая изучает природу нашего контакта с реальностью (наших знаний, убеждений, понимания и т.д.). Она необходима для понимания того, что означает “контакт с реальностью”, а в клиническом смысле, что значит утратить данный контакт. Два вида эпистемологии, “изолирующая” и “вовлекающая”, обсуждаются и противопоставляются.

В то время как изолирующая эпистемология приумножает трудности и противоречия в понимании бреда, вовлекающая эпистемология имеет лучшие перспективы. В III части статьи рассматриваются некоторые современные *психологические* концепции бреда. Привлекается философия как *критическая* дисциплина, способная обнаружить скрытые предположения и спекулятивные модели, которые вплоть до последнего времени использовались для простой *регистрации* фактов. Предполагается, что некоторые современные психологические теории бреда не являются эпистемологически нейтральными концепциями, и в некотором роде тяготеют к тому, что описывается “изолирующей” эпистемологией. Польза философии состоит в том, чтобы показать каким образом изолирующие модели ведут психологические теории в определенные тупики и ловушки, которых можно избежать, если привлечь инструменты вовлекающей эпистемологии.

I. МЕТОД “ФИЛОСОФСКОЙ СЪЕМКИ” И КОНЦЕПЦИЯ БРЕДА

В целом, можно сказать, что бред чаще всего понимают как неверное суждение, которому сопутствует непоколебимая уверенность, несмотря на доказательство обратного. Это суждение необъяснимо с точки зрения образовательного и культурного уровня пациента; его невозможно поколебать с помощью аргументов. Это определение, однако, слишком общее. Даже, если все бредовые идеи подпадают под это определение, существует множество феноменов, которые не являются бредовыми, но которые вполне ему соответствуют. С медицинской точки зрения особенно важно то, что обнаружение бредовой идеи является основным мотивом для назначения недобровольного лечения (Fulford, 1993). (Недобровольная госпитализация в принципе может быть применима в отношении любого психического расстройства, которое представляет опасность для пациента или других людей, но на практике она используется преимущественно для психотических расстройств, а бред является основным симптомом подобных расстройств). Считается, что бредовые идеи часто могут являться культурально обусловленными, необычными убеждениями, необъяснимыми с точки зрения опыта пациента, и тогда в них трудно распознать что-либо патологическое. В противном случае, есть большой соблазн любое творение гения и даже любую новую идею считать бредовой. С точки зрения чьих-либо убеждений легко оказаться в чем-то неправым, но, к счастью, ошибка не является признаком душевного заболевания. Сходным образом, бредовые идеи могут быть непоколебимыми убеждениями, сопровождающимися абсолютной в них уверенностью, которые недоступны для доказательств и аргументов в обратном (хотя иногда даже неясно, как приступить к доказательству неправильности бредовой системы). Но и в этом нет ничего патологического: твердое убеждение в чем-либо трудно считать признаком патологии (ср. Jaspers, 1997, vol. 1, pp. 95 – 98 и pp. 195 – 198; Fulford, 1989 (глава 10); Shepherd, 1961).

Исходя из сказанного, неясно, почему это гарантирует правильную диагностику бредовой идеи; у любого упрямого гения есть идеи, которые в последующем могут оказаться как правильными, так и неправильными, и непонятно, почему все это должно быть присуще только “бредовой идее”. Если убеждения, которые *являлись* культурально обусловленными и революционными, в дальнейшем окажутся неверными, то непонятно, почему к ним нельзя относиться *так же* как к убеждениям, которые в дальнейшем окажутся правильными.

Беда стандартного определения состоит не только в том, что оно слишком широкое, но также и в том, что оно, в некотором роде, и слишком узкое: можно привести примеры идей, которые мы интуитивно рас-

смаатриваем как бредовые, однако они не соответствуют критериям, приводимым в определении. Например, убеждение может быть бредовым, даже, если оно *правильное*. Известный пример — “синдром Отелло” или бред ревности — приводится Ясперсом: пациент, обычно мужчина, страдает от бредового убеждения (часто хорошо разработанного), что партнер ему изменяет (Jaspers, 1997, p. 106). Верен ему партнер или в тайне изменяет, в принципе не важно; необходимо понять, *является или нет бредом* убеждение пациента (правильное или неправильное), что партнер ему не верен. Таким образом, бредовая идея может случайно совпасть с реальностью, но этого еще недостаточно для отмены диагноза. Синдром Отелло совсем *не редкий* случай; он также важен в контексте принудительного лечения, так как является одним из тех психиатрических состояний, которые связывают с повышенным риском совершения убийства (Epoch, 1967). С точки зрения логики, бредовые идеи как симптомы психического заболевания не обязательно должны быть ложными убеждениями. Особый интерес представляют пациенты, чьи бредовые идеи концентрируются на мысли, что *они являются психически больными*. В психиатрической клинике Оксфордского университета наблюдался такой больной, совершивший суицидальную попытку (Fulford, 1989, pp. 204 – 205). Пациент хотел себя убить, так как считал, что он “душевно болен”, а психически больные люди “уходят из жизни”. В процессе лечения его состояние оценивалось тремя разными докторами, и ни один из них не сомневался, что убеждение пациента в своей психической ненормальности было бредовой идеей. Диагноз был настолько очевиден, что все три врача соглашались с необходимостью недобровольного лечения пациента из-за высокого риска совершения суицидальной попытки. В этом случае диагностика бредовой идеи не зависела от того, являлось ли убеждение пациента истинным. Если рассматривать все бредовые идеи как ложные убеждения, то слова пациента о том, что он является психически ненормальным, нельзя считать бредом. Если бы он заблуждался, то тогда его убеждения могли бы быть истинными. Хотя, если бы это было правдой, то с точки зрения стандартного определения трудно понять, каким образом данные убеждения могли стать основой для диагностики бреда! В этом случае стандартное определение приводит к парадоксу и тупику.

Далеко не бесспорно утверждение, что бредовая идея — это всегда *убеждение*. Бредовые идеи чаще проявляются в оценочных суждениях, а не в констатации фактов. В качестве подтверждения последнего можно привести пациента, который по-бредовому полагал, что “его (реальная) неспособность дать своим детям карманные деньги была большим грехом, признаком его несостоятельности как отца, знаком того, что его семья должна исчезнуть, если он умрет” (Fulford, 1989, p. 206). Даже беглое обращение к учебни-

кам показывает, что, помимо убеждений и оценок, бредовые идеи обнаруживаются в контексте восприятия (бредовое восприятие), мышления (бредовое понятие), чувства (бредовой аффект), эмоций (бредовое настроение) и переживания (бредовые идеи вкладывания мыслей, отнятия мыслей, переживания пассивности и т.д.). Хотя существительное “бред” обычно используется для обозначения только бредовых убеждений, игнорирование других определений может привести к риску пропустить то, что является общим для всех этих феноменов и делает их именно бредовыми феноменами.

Наконец, обратимся к утверждению, что бредовые идеи — это *фиксированные и недоступные для аргументов и опыта переживания*. Чаще это так, но бывает и другое. Успехи когнитивной терапии бреда показали, что бредовых больных можно подвести к рефлексии по поводу своих бредовых идей, а, используя терпение и поддержку, даже заставить в них усомниться. Более того, эмпирические исследования показали, что степень убежденности, с которой поддерживаются бредовые идеи, может существенно отличаться как между отдельными пациентами, так и у одного и того же больного в зависимости от периода болезни (Garety & Freeman, 1999, pp. 114 – 115).

Все сказанное заставляет усомниться в правильности стандартных определений. Вплоть до последнего времени они были в состоянии охватить и описать, с большей или меньшей точностью, лишь те особенности бредовой идеи, которые Ясперс называл “внешними” характеристиками. Хотя бредовые идеи *часто* являются культурально необычными и упорно поддерживаемыми ложными убеждениями, мы можем найти множество небредовых убеждений, которые соответствуют этим признакам, и некоторые бредовые идеи, которые им не соответствуют. Поэтому стандартные определения являются вовсе не определениями, а лишь набором некоторых, часто правильных, утверждений относительно бредовых идей, которые, как мы отмечали ранее, говорят нам о существовании бреда не больше, чем факт обнаружения панд в Китае говорит о том, кем они являются. Но в каком же месте стандартные определения отклоняются в сторону?

Более ранние определения бреда подвергались критике за то, что *предполагали* особый патологический характер его возникновения. Эмиль Крепелин первоначально (1883) определил бред как “патологически искаженное понятие”. В дальнейшем (1927) он изменил “патологическое искажение” на “патологическую ошибку” (“бредовые идеи — это патологически возникшие ошибочные суждения, не поддающиеся коррекции путем логического разубеждения”). Подобные определения в целом неинформативны, так как ничего не говорят о том, *что именно* в них патологично, в них также нет объяснения относительно существенных характеристик бреда (Schmidt, 1987).

Современные определения редко прямо упоминают о “патологически искаженных” убеждениях. Однако, весьма интересно их прямое или косвенное обращение к *ошибочности* и *необоснованности* убеждений, что можно понять как “ложные” и “необоснованные” идеи, означающие почти то же самое, что и “патологически искаженные идеи”. Возможно, это же имеет в виду и J. Cutting, когда пишет, что “бредовая идея всегда ошибочна (аномальна). Может показаться банальным, но многие определения бреда это игнорируют или преуменьшают. В данном контексте уместно спросить: ошибочна в отношении чего?” (Cutting, 1997, p. 124). В *Оксфордском учебнике психиатрии*, например, бредовая идея определяется как “необоснованное” убеждение, но ничего не сказано о том, в чем состоит “необоснованность”, если иметь в виду *патологическую* или *бредовую* необоснованность. Похожая проблема встанет перед нами при обращении к DSM-IV, где бредовые идеи определяются как “искажения или усиления (exaggerations) процесса обобщения”, хотя речь идет только о *патологических* или *бредовых* искаженных умозаключениях (inferential thinking). В DSM-IV (стр. 7) есть важная оговорка для всех содержащихся в ней дефиниций: данный феномен должен быть “клинически значимым”. В DSM нет определения “клинической значимости”, а оценка этой значимости представляет “крайне непростую задачу” (дискуссию по этому поводу см. у Fulford, 2002). Подобные подходы к определению бреда в целом также бесполезны, как и определение Крепелина. Они подразумевают, что мы уже понимаем еще до того, как нам что-либо скажут, и используют в своих дефинициях такие понятия, как “ложный” и “необоснованный” в специальном или метафорическом (не оговоренном ранее) психопатологическом смысле. Также эти подходы предполагают использование понятий “ложный” или “необоснованный” в буквальном значении. Мы, тем самым, вновь приходим к проблеме истинных и парадоксальных бредовых идей, тех идей, которые является не убеждениями, а переживаниями, восприятиями, настроениями, аффектами, оценками, — и эти последние могут соответственно описываться как истинные или ложные.

Как отмечалось ранее, согласно стандартному определению, бредовые идеи — это всегда *необычные* убеждения. Этот критерий уже критиковали за его потенциально слишком широкое содержание (over-inclusiveness). Но существуют и другая потенциальная ловушка, с которой сталкиваются дефиниции, подчеркивающие необычность и неправильность бредовых идей. Стандартное определение акцентирует внимание на необычности бреда с точки зрения его статистической встречаемости в пределах субкультуры заблуждающегося человека. Так, утверждение, что кто-либо имеет неземное происхождение, может находиться в абсолютной согласии с рас-

пространенными в определенных культурах красочными мифами, но это также может указывать на бред, если это говорит человек, живущий в любой другой культуре. Вероятно, “определение” само по себе не может дать нам понять, *почему* оно правильное. Можно сказать, что оно только помогает распознать бредовые идеи, увидеть их самые яркие и бросающиеся в глаза, но далеко не самые существенные, черты. (В этом контексте уместно сравнить используемые в учебниках “внешние” критерии бреда по Ясперсу с известными “симптомами первого ранга” Шнайдера, которые не патогномичны для шизофрении, но используются как критерии для ее диагностики). Шнайдер предложил список симптомов первого ранга (пассивные переживания, бредовое восприятие, звучащие мысли, голоса, отнятие мыслей или их распространение, или вкладывание, и т.д.), не как специфичные для шизофрении феномены, но лишь как легко диагностируемые симптомы, наличие которых с большей вероятностью говорит именно о шизофрении, а не о любом другом заболевании (ср. Bentall, 2003, pp. 31 – 35). Также и “внешние критерии” бредовой идеи (культурально необъяснимые, ложные, упорно отстаиваемые) не описывались Ясперсом как действительно для нее *специфичные*, но только как на нее указывающие. Исследования же сущности бреда с его точки зрения должно осуществляться с других позиций. Бредовые идеи могут быть необычными для данной субкультуры феноменами, но это далеко не самая важная их характеристика. Она скорее указывает на то, что люди в данной субкультуре имеют определенные убеждения, что большинство людей *не заблуждаются*. В этом смысле определение не выходит за пределы логического круга. Оно предполагает, что, если большинство людей не разделяют данное убеждение, то это уже означает, что убеждение не *бредовое*.

Как в примере с местообитанием наших панд, возможно, что нетипичные для данной культуры бредовые идеи являются всего лишь некими фактами, а не определяющими их характеристиками. Бредовые идеи — это нетипичные и необычные убеждения, но пока мы понимаем эту “необычность” в категориях статистики (в смысле преобладания в субкультуре), мы можем только предполагать и подразумевать, но не в состоянии постичь сущность бреда. Из-за частого использования в общей психиатрии слов “ложный” и “необоснованный” вскоре поднимется дискуссия по поводу того, что бредовую “необычность” не следует трактовать слишком буквально, если мы желаем сохранить значение этого феномена. Бредовые идеи *являются* во многих отношениях “необычными” и “нерегулярными” феноменами, но эту нерегулярность нужно интерпретировать скорее в *нормативном*, чем в *статистическом* смысле. Бредовые идеи — это *случайные* и *иррациональные* убеждения, и поэтому для человека с определенными убеждениями (т.е. живу-

щего в какой-то субкультуре) непременно должно показаться *очень странным*, когда говорят, что утверждение “X это X” считается бредом.

Если сказать, что бредовые идеи, согласно определению, это ложные и не общепринятые идеи, то это значит завершить их анализ, даже к нему не приступив. До сих пор непонятно, каким особым “патологическим” способом бредовые идеи превращаются в неясные, чрезвычайно странные, необычные, не имеющие оснований и, даже, “ложные” феномены. Бредовые идеи разрушают не только *дескриптивные* нормы, — то, о чем обычный человек *типично* думает или во что верит, или, то, что подразумевает, — но и предписывающие (*prescriptive*) нормы, — то, о чем мы могли бы подумать или предположить в той или иной ситуации. Именно *поэтому* большинство людей не склонны придерживаться определенных убеждений — они боятся быть *обманутыми* этими убеждениями.

Удивительно то, что стандартное определение даже не упоминает об иррациональности бредовых идей, хотя они являются *примером* иррациональности особого рода. Конечно, сказать это — значит оставить надежду найти сущность бреда. Еще раз подчеркнем, что мы не сомневаемся в существовании особого способа распознавания патологических или необычных, или неясных или ложных убеждений.

Бредовые идеи — это вовсе не любые старые пред-рассудки. Временами наши убеждения могут не соответствовать действительности без риска быть признанными бредовыми. Бредовые убеждения — это в некотором роде *глубоко* иррациональные идеи. Иррациональность — не просто отсутствие адекватного доказательства для данного утверждения или одновременная приверженность двум и более непоследовательным убеждениям. Хорошо развитые логические способности не только не спасают от бреда, но часто, наоборот, могут его укрепить, если принять во внимание тщательную продуманность внутренне стройной бредовой системы (ср. Jaspers, 1997, p. 195: “Так как мышление находится в согласии с бредом, и даже изобретательно им используется для своей работы, мы вряд ли можем говорить о бреде как о расстройстве мышления”). Если бы бред был следствием ежедневной иррациональности, то, чтобы убедить пациента в ошибочности его бредовой идеи, ему, вероятно, следовало бы лишь указать на эти логические ошибки.

Бредовые идеи не являются результатом ежедневной иррациональности, а скорее они отражают *глубокое нарушение того контакта с реальностью*, который *предполагает* ежедневную работу мысли (*reasoning*), путь, который пролегает от предпосылок к выводам (ср.: Fulford, 2004). Как отмечалось ранее, бредовым может быть не только *убеждение*, но также и *мысль, оценка, чувство, внутренний опыт, сильная привязанность, восприятие* и т.д. Легко понять, как

становятся иррациональными убеждения, мысли или оценки, если предположить утрату их естественных связей с другими убеждениями, мыслями или оценками, однако непонятно как это применимо по отношению к чувствам или жизненному опыту. Последние не имеют в своей основе каких-либо обоснований или других переживаний, их также нельзя описать посредством других терминов. То же самое можно сказать в отношении основы наших убеждений и известных утверждений. Хотя убеждения, к которым мы приходим путем размышлений, умозаключений или слухов можно проверить, это вовсе не является доказательством правильности некоторых из наших главных убеждений, таких, например, что у нас две руки, что наше имя такое-то, что перед нами находится компьютер и т.д. В некоторой смысле условие для доказательств будет определять его ход (ср.: Wittgenstein, 1969). Однако, и сами убеждения также могут иметь способы контакта с реальностью. Уже много лет область философии, которая изучает основы нашего контакта с реальностью, известна как “эпистемология”. Чтобы объяснить предпосылки контакта с миром, необходимо обратиться к ресурсам эпистемологии.

II. ОТ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ К ВОВЛЕКАЮЩЕЙ ЭПИСТЕМОЛОГИИ БРЕДА

До сих пор наше исследование было сосредоточено на двух важных аспектах бреда: (1) бредовая идея включает в себя не только ложные, необычные и некорректируемые убеждения, но и особый вид *отсутствия понимания* — в некотором смысле бредовые идеи *глубоко иррациональны*; и (2) бредовая идея проявляется не только в сфере убеждений, не также и более широко — в *восприятии, аффектах и внутреннем опыте*. Если мы не хотим остаться с этой дилеммой, то, возможно, один из этих аспектов бреда необходимо отложить. Поэтому вполне естественно думать, что понимание и рациональность относятся к сфере мышления и убеждений, а эмпирические феномены, такие как восприятие, ощущение, аффект и внутренний опыт являются внешними по отношению к рациональности и пониманию переживаниями. Таким образом, если бредовые идеи включают отсутствие *понимания*, то наш опыт не может быть бредовым; наоборот, если бред включает в себя расстройство *нашего опыта*, трудно понять, как последний может включать в себя и отсутствие понимания.

Далее будет выдвинуто предположение, что возникновение в данном контексте неразрешимой дилеммы, и стремление хоть как-то приблизиться к ее решению является результатом особого рода эпистемологии — концепции, объясняющей основы нашего контакта с реальностью, к которой мы вынуждены обратиться, когда размышляем о природе нашего понимания в целом и бреда в частности. Эту эпистемологию повторяет “изолирующая” концепция, которая

уже давно считает, что наша разумность (*mindedness*), наше понимание окружающего мира и других, является внешним феноменом по отношению к нашему подлинному, основанному на опыте, контакту с миром. Можно предположить, что как вышеупомянутая дилемма, так и проблема бреда по Ясперсу (при условии ее правильного понимания) не смогут быть решены до тех пор, пока преобладает изолирующая концепция. Далее будет продемонстрирована противоположная ей “вовлекающая” эпистемология, которая сможет разрешить вышеупомянутую дилемму и пролить свет на сущность бреда.

Как различные типы эпистемологии, “изолирующая” и “вовлекающая”, объясняют наш контакт с реальностью? Изолирующая концепция рассматривает наше сознание как самоподдерживающуюся *внутреннюю* систему. Содержанием этой системы являются внутренние состояния и процессы: или нематериальные, как в картезианской перспективе, или материальные, как в современной теории тождественности разума/мозга (Churchland, 1986). Изолирующая эпистемология рассматривает восприятие как сенсорный “вход”; органы чувств и неврологические процессы преобразуют сенсорные стимулы в восприятия, которые представлены в сознании. Посредством данных когнитивных процессов и представлений у меня формируются *убеждения* относительно того, что я вижу или слышу, и в дальнейшем происходит *понимание* того, что таким образом воспринято. Например, когда я путешествую на автомобиле и вижу знак, что до Оксфорда 20 миль, в моем мозгу происходит серия когнитивных процессов, которые начинаются с того, что мои органы чувств подвергаются некоей атаке (свет этого знака раздражает мою сетчатку). Затем происходит восприятие объекта, которое отражается в сознании (у меня создается зрительный образ знака), далее идет процесс распознавания того, что вижу (я читаю слова, написанные на знаке), и, в конце концов, осознается значение или скрытый смысл этого (мне еще остается 20 миль пути).

Данная точка зрения утверждает, что наше понимание мира опосредовано *убеждениями*. Опыт формирует у меня убеждения о мире. Только при условии, что эти убеждения истинны, их можно проверить и каким-либо образом обосновать, можно сказать, что я обладаю *знаниями* о мире. Модель человеческого мышления, поддерживаемая изолирующей эпистемологией, — это модель одинокого мыслителя. Мое понимание и знания о мире — есть результат рефлексии над опытом, который предшествует этой рефлексии. То, что я могу не подозревать о существовании этой рефлексии, возможно, не имеет значение. Когнитивные процессы, которые служат связующим звеном между перцептивным входом и пониманием того, что я вижу, в реальности являются полуавтоматическими актами, протекающими вне рамок сознания.

Такова концепция мышления, которую отвергает *вовлекающая* эпистемология. Иногда кажется, что результатом этой модели является слишком абстрактная и интеллектуализированная картина мира. Однако, если встать на сторону вовлекающей концепции, она будет выглядеть вполне естественно, а неестественным будет представляться тот путь, которым следует изолирующая концепция, предлагающая разъединяющую и сверх-интеллектуализированную картину мира. Чтобы избежать абстракции, которую допускают известные теории жизненного опыта, необходима кропотливая философская работа и возвращение к исследованиям истинной основы ежедневного предрефлексивного (*pre-reflective*) общения с миром. (Эта концепция природы философии и природы мышления заимствована у феноменологов-экзистенциалистов, в первую очередь у Merleau-Ponty (1962).) Также следует отметить, что наше понимание, которое проявляется во время взаимодействия с миром, не ограничивается областью внутреннего опыта, как это имеет место в изолирующей эпистемологии.

В модели вовлекающей концепции тот факт, что я обладаю разумом, еще не означает, что в моем распоряжении находится внутренний опыт с его состояниями и процессами. И это несмотря на то, что моя способность думать, чувствовать и понимать находят подтверждение в работе моего головного мозга, а также в неврологических состояниях и процессах (ср.: Bennet & Hacker, 2003, где дана критика разума как “внутренней” основы нейропсихологических конструкций). Модель включения в мир через его одинокое созерцание далеко не лучшая. Наша разумность есть результат того, что мы находимся в определенных *отношениях* с миром, и наше понимание проявляется в первую очередь не в рефлексии, а в опыте. Восприятие не является результатом сенсорного “входа” во внутренний мир, скорее оно есть следствие естественного включения людей в связь с миром вокруг них. С этой точки зрения опыт обычно не является *предшественником* понимания, а сам является одним из средств нашего разума. Тот факт, что мы иногда не понимаем, что видим или слышим, показывает, что опыт *не полностью* состоит из отдельных ощущений и других входящих в него компонентов. Временами наш естественный способ познания мира может дать трещину и подвергнуться вытеснению более приемлемой концепцией.

Вернемся, однако, к поездке на автомобиле в Оксфорд и к знаку вдоль дороги. Неправильно думать, что вначале я вижу знак, затем читаю, что на нем написано и только затем все понимаю. Скорее, я читаю, что написано, и в процессе чтения осознаю, что там говорится и что это для меня значит. Мое понимание в первую очередь проявляется *в контексте моей жизни*, т.е. мои действия (я продолжаю идти вперед; в данный момент я могу рассказать вам, насколько далеко я ушел; я ускоряюсь, чтобы проехать это рассто-

яние за более быстрое время) не являются самостоятельными внутренними процессами (хотя, конечно, они обусловлено *мозговыми* процессами, также как ускорение, проявляющееся в движении автомобиля в целом, обусловлено внутренней работой двигателя). Происходит не так, что вначале я читаю буквы, затем распознаю слова, а затем их понимаю. Скорее мое понимание уже включено в мой опыт. Чтобы доказать обратное, изолирующей концепции следовало бы показать, как то, что с первого взгляда не представляется аргументом (что я занят интерпретацией воспринимаемого знака), в действительности является важным доказательством, независимо от того, какую концепцию мышления она поддерживает.

С точки зрения вовлекающей концепции *в моем опыте* уже заложено то, что делает мир понятным для меня. *Когда* я вижу препятствие на дороге, я понимаю, что должен объехать его. И это распространяется не только на перцептивный опыт, но также на сферу телесных ощущений и эмоций. Такое ощущение, как боль, не является “слепым”, скорее оно является основой понятного отношения к телу. Эмоция — это не просто внутренняя окраска (coloration) опыта, но основа отношения к другим людям. Я вижу знак и понимаю, где ехать; я слышу, что вы говорите, и при этом понимаю, что вы имеете в виду; я чувствую боль и при этом понимаю, что моя нога повреждена. Я ощущаю себя расстроенным, но это переживание является не столько неясным внутренним сопровождением некоего суждения, сколько оценкой того, что по отношению ко мне вы совершили скверный поступок. Поэтому первое впечатление, которое обнаруживает значение мира вокруг меня, не ограничивается регистрацией фактов, но также раскрывает передо мной целый мир ценностей (ср. Heidegger, 1962, секция V).

Утверждение, что понимание уже включено в переживание, имеет разные смыслы, в зависимости от того, что переживается. Если я воспринимаю обычные события (передо мной падает дерево), то понимаю, что случилось; а поскольку причина этого видна, я могу уяснить связь между явлениями (сильный ветер уронил дерево), даже не совсем *осознав*, что эта мысль пришла мне в голову при анализе того, что я увидел. Или, если я вижу *инструмент*, то понимаю, для чего он нужен (я вижу рычаг какого-то устройства и при этом *понимаю*, что это рычаг некоего устройства), даже не “соотнеся” свою идею с опытом, который в некотором роде не имеет под собой оснований. Или, если я вижу движения других людей, то не воспринимаю вначале их движения, а затем делаю выводы относительно внутренних намерений, управляющих этими движениями. Скорее, понятный характер этих действий естественным образом уже заложено в моем опыте. Я воспринимаю это как понятное действие, т.к. желание и намерение в нем уже существуют: *когда* я вижу действия других людей, я понимаю, *почему* они действуют таким образом.

В конце концов, мое понимание мира основывается не на вере, а непосредственно на знании. Это знание проявляется в моем отношении к миру, а также в опыте. В изолирующей концепции знание понимается как истинная, имеющее подтверждение вера. Вначале воспринимается то, что субъективно для нас правильно (вера), затем прибавляются внешние условия (истина, подтверждение и т.д.) до тех пор, пока то, что существует у нас в мыслях (определенная вера) не сделает возможным наше взаимодействие с миром. (Критика традиционной концепции знания приводится у Gettier, 1963). В модели вовлекающей концепции, наоборот, знание — это не разновидность веры, а целостное переживание мира. Оно не базируется на позиции, утверждающей, что первоначально я нахожусь вне контакта с миром, а осуществить этот контакт необходимо при посредничестве системы доказательств и подтверждений субъективных значимых убеждений. Я сразу же оказываюсь на позиции активного включения и, следовательно, знания. Если же мне придется отступить на позицию веры, то лишь потому, что в моем опыте недостаточно фактов. (DSM-IV-TR предполагает, что бредовая идея базируется на “неправильном заключении о внешнем мире”. Вместо того, чтобы подвергать бредовую идею точной проверке, более уместно привлечь для этого вовлекающую эпистемологию, которая могла бы показать, как трудно осуществить контакт с *внешним* миром посредством *заключений*.)

Каково же влияние вовлекающей эпистемологии на проблему бреда? Во-первых, бредовые идеи обычно рассматриваются как *убеждения*, и если это так (по крайней мере, в отношении бредовых убеждений, а не бредовых восприятий, настроений, эмоций, мыслей), то (как отмечалось в разделе I этой статьи) чрезвычайно трудно понять смысл различия бредовых и небредовых убеждений, если ограничиться лишь философскими категориями. Кроме того, люди, имеющие бредовые идеи, говорят о них как о доподлинно *известных* фактах.

Случай 1. Пациент встречается на улице людей в желтых рубашках и понимает, что они так одеты, чтобы указать ему на его “желтизну”, т.е. на то, что он трусливый человек. Когда его спрашивают об этом, он говорит, что знает, почему так происходит; для него это совершенно очевидно (из личного опыта). Вовлекающая концепция позволяет нам понять смысл этого. Несостоятельность бреда не следует искать в сфере убеждений, т.е. в *изображении* действительности, его несостоятельность состоит в области *знаний* — изначальном неправильном *отображении* действительности.

Во-вторых, вовлекающая концепция предполагает, что бредовые идеи *несостоятельны в отношении непосредственного понимания реальности, которое имманентно существует в ней, какой бы способ контакта с действительностью мы не рассматривали.*

Случай 2. Пациентка вошла в госпиталь и увидела обветшалую надпись: “RUBE... ILL”. Она внезапно поняла, что за этим срывается послание, обращенное только к ней: “Вы больны (Are you be ill?)” (из Sims, 1995, p. 109). Пример из обычной жизни: на двери я вижу надпись “прежде чем войти, постучите” и понимаю, что этот знак говорит мне о том, что мне следует сделать это, если я хочу войти в эту комнату. Также пациентка из приведенного выше примера ясно поняла, без всяких причин, что надпись имела только то значение, которое она в ней обнаружила. Не время здесь задавать вопрос, является ли понимание отражением предшествующего опыта или понимание возникает в связи с ним.

Можно думать, что задержка между увиденным в первый раз знаком и осознанием того, что он обозначает, предполагает, что должен произойти какой-то процесс интерпретации. Но можно привести примеры из обычной жизни, которые показывают, что некий предмет не может быть полностью осознан или понят, хотя осознание и не является функцией мысли. Так, я смотрю на неясный рисунок фигуры: возможно, вначале я ничего не вижу, затем (используя близкие примеры) я вижу утку или профиль молодой женщины, а спустя некоторое время я неожиданно различаю кролика или голову пожилой женщины. Наше понимание этой фигуры время от времени меняется, хотя это изменение и не опосредовано какой-либо причиной; новое понимание содержится в пределах нашего опыта относительно фигуры и вновь увиденный новый аспект фигуры является нашим изменчивым опытом. (Размышления по поводу эпистемологического аспекта озарения (dawning) можно найти у Mulhall, 1990).

Случай 3. Пациент написал: “Это произошло со мной однажды ночью. Вполне естественно и очевидно, хотя и необычно, но мисс Л., по-видимому, была причиной всех тех ужасных вещей, через которые мне пришлось пройти в последние годы (телепатические влияния и т.д.)”. Чтобы прийти к этому убеждению, пациент очень мало об этом думал, полное осознание пришло к нему внезапно, “совершенно неожиданно, хотя и вполне естественно. Я почувствовал себя так, как, если бы с моих глаз спала пелена, и я увидел то, чем по существу была моя жизнь все эти последние годы...” (из Jaspers, 1997, p. 103). Здесь перед нами бредовой пациент, который совершенно неожиданно понял, что с ним произошло. При этом ему пришлось во все поверить “неожиданно и совершенно внезапно”, “очень мало об этом думая”. Даже если его бред был результатом необычного опыта, бредовая идея — это пример внезапного вторжения чего-либо в сознание, а не разумного объяснения путем поиска смысла данных переживаний. Бредовая идея возникает не в результате осознания предпосылок, данных в опыте, но в результате внезапного понимания того, что обычно возникает вместе с опытом, также как внезап-

но мы узнаем фигуру при взгляде на нее, и не нужно ждать, пока эта информация дойдет до сознания. (Эти комментарии о бреде имеют целью повторно обратиться к категории первичного бреда Ясперса (Jaspers, 1997, pp. 93 – 108), а также пояснить некоторые замечания Ясперса, которые в значительной степени уже вышли из использования. Официально считается, что эмпирически нельзя разграничить “первичный бред от бредоподобных идей”. Выдвигается предположение, что это отличие просто неосуществимо и, в некотором смысле, бессмысленно вне контекста экзистенциальной или вовлекающей концепции опыта, как у Ясперса или в этой статье).

В-третьих, как упоминалось в I части, вопреки стандартному определению, бредовая идея проявляется не просто в утверждении о фактах, но также и в оценке мира. В качестве примера там приводят мужчину, который забыл дать своим детям деньги на карманные расходы и решил, что он глубоко порочный человек, которому лучше умереть. Если бредовую идею определить как неудачное осознание и осмысление действительности, то ее легко понять; отец терпит полный провал в оценке морального значения своих действий.

В-четвертых, как показывают примеры выше, измененное понимания значения является не только функцией веры, но и опыта. Модель вовлекающей эпистемологии находит отражении не только в сфере мышления, но и в опыте, настроении, чувстве, ощущении и т.д., поэтому посредством этой концепции мы добиваемся понимания мира. Здесь нет необходимости делать выбор между отказом от концепции бреда, которая указывает на локальные ошибки в понимании, и концепцией бреда, которая может проявиться не только в мышлении, но и в опыте. Этот выбор навязывается нам только в изолирующей концепции, которая отсылает процесс понимания во внутренний мир. Галлюцинации при шизофрении могут включать телесное переживания жара, холода, боли, электрического шока, ощущений, что от больных отрывают части тела или живьем снимают кожу, что животные, машины или другие люди проникли внутрь их организма (ср. Hamilton, 1976). Нет нужды говорить, что пациенты могут не понимать эти галлюцинации, которые поэтому могут быть восприняты как бредовые переживания. Когда я испытываю боль, я обычно понимаю, что это переживание боли означает, что я поранился, и для меня нет необходимости привлекать для этого мышление. Бредовой больной также понимает, что обладание определенными ощущениями означает, что его личность как-то изменилась, и для осознания этого ему не нужно привлекать воображение.

Случай 4. Пациент вышел на прогулку и заметил, что “собака ждала меня, т.к. села на ступени католического монастыря. Она встала на задние лапы и серьезно на меня посмотрела. Как только я приблизился к

ней, она поприветствовала меня передней лапой” (из Schneider, 1959, p. 105). В данном примере восприятие движения собаки как жеста не является продуктом использования понимания для предсознательного (pre-cognitive) опыта. Эта ситуация, скорее, напоминает другое: я вижу своего друга, приближающегося ко мне с протянутой рукой и, видя это, я понимаю, что он предлагает мне руку, чтобы поздороваться. Я не осознаю, что вначале я вижу бессмысленное движение рукой, затем некий жест и лишь затем нечто, направленное в мою сторону, но *с самого начала* я понимаю, что означает это действие, т.к. оно уже есть в моем опыте. Это напоминает то, что мы видели в случае 1, где бредовое восприятие представляет мир как наполненный особым значением для воспринимающего действия. Также в случае небредового восприятия: я осознаю значение, личное или какое-либо иное, того, что вижу уже в самом процессе видения.

С точки зрения изолирующей концепции, мое понимание есть функция мышления, и оно занимает внешнюю по отношению к опыту позицию, который просто обеспечивает перцептивный “вход” для того, чтобы переработать. Поэтому здесь трудно понять, как мы можем интуитивно постигать то, что является бредом, который, несомненно, включает в себя частично неудачное понимание, а также нашу неудачу при соприкосновении с реальностью. В конце концов, в нашем опыте содержится понимание того, как мы можем вступить в контакт с действительностью, хотя изолирующая концепция и представляет наш опыт как внешнее по отношению к пониманию переживание. В отличие от этого, изолирующая концепция делает понятным, почему тот, кто потерял всякую связь с реальностью, также пережил неудачу в сфере понимания. Наш контакт с действительностью основан на опыте и *поэтому* он является причиной нашего понимания значения мира.

III. ЗНАЧЕНИЕ ВОВЛЕКАЮЩЕЙ ЭПИСТЕМОЛОГИИ ДЛЯ ПСИХОЛОГИИ БРЕДА

До сих пор ресурсы философии были направлены на то, чтобы исследовать психиатрический аспект концепции бреда и пролить свет на существенные характеристики людей, обладающих бредовыми идеями: каким образом они находятся вне контакта с реальностью. В этой части статьи мы кратко коснемся некоторых аспектов значения вовлекающей эпистемологии для психологических теорий бреда.

Современные когнитивные психологические теории бреда во многом обязаны работам Brendan Maher, которая в 1974 предложила теорию, согласно которой бредовые идеи можно понять как рациональные попытки придать смысл аномальному опыту (Maher, 1974). Работы Maher и ее влияние были очень плодотворными и привели к появлению большого количе-

ства различных когнитивных теорий бреда. Многие из этих теорий допускают полиэтиологичные подходы, обозначая множество различных причинных факторов и когнитивных механизмов, которые могут принимать участие в развитии и поддержании бредовых убеждений (оценку развития идей Maher см. у Maher, 2003; полезный обзор последних достижений см. Garety & Freeman, 1999).

Теория Maher начинается с того, что предоставляет нам возможность сделать выбор: либо мы принимаем теорию бреда согласно подходу, принятому в DSM-IV, где “бредовые идеи являются результатом ошибки в логическом процессе, другими словами ошибки индуктивного мышления”, либо мы рассматриваем бредовые идеи как естественный ответ на аномальный опыт, т.к. “убеждения бредовых больных развиваются также, как это происходит у обычных людей, а именно на основе опыта”. В последнем случае необходимо идентифицировать определенные бреши в опыте, такие как разрушение внутреннего опыта в пассивном опыте или галлюцинации в случае перцептивного опыта.

Maher выбирает второй подход, который в наши дни получил широкое применение. Согласно этому подходу пациенты, страдающие от бредовых идей, демонстрируют способность к рассуждению (reason), существенно не отличающуюся от таковой в общей популяции. Но, как указывалось другими исследователями, огромной проблемой теории бреда Maher (теории, рассматривающей бредовую идею как результат применения нормальных логических процессов для объяснения аномального опыта) является то, что существует большое количество бредовых идей, которые, по-видимому, не предполагают аномалий восприятия, так же как и большое количество ошибок восприятия, которые не приводят к бредовым убеждениям. Рассмотренные во 2 части этой статьи примеры бредовых идей иллюстрируют первую точку зрения; ни один из четырех пациентов ни испытывал галлюцинации какого-либо вида — то, что они видели, было подлинным, а ошибка заключалась в оценке значения того, что видели. Подтверждением второй точки зрения являются случаи неврологических заболеваний, которые приводят к появлению в высокой степени аномальных переживаний, но все же не к бредовым концепциям (таких как симптом древней руки (anarchic hand), Frith, 1999).

Другие исследователи выбирают полиэтиологичный подход и допускают, что бредовые идеи могут быть функцией аномального опыта или аномального мышления, или обеих функций вместе (ср. Garety & Freeman, 1999). Хотя даже здесь можно привести примеры, которые не поддаются объяснению в терминах Maher или в чьих-либо других. Это хорошо показывают четыре случая из предыдущей части; представляется, что они не могут быть объяснены ни посредством рациональных объяснений галлюцинаторных

восприятий, ни посредством привлечения искаженного опыта, ни через неправильные доказательства.

Здесь, по-видимому, когнитивная психология бреда упирается в тупик. Но польза этого подхода состоит в том, что, если несколько сместить акценты, то делается понятной чисто абстрактная гипотеза вовлекающей концепции. С точки зрения вовлекающей концепции нет необходимости принимать подход Maher или чей-либо другой, а также полиэтиологичную модель. В вовлекающей концепции бредовые идеи должны восприниматься не как рациональная попытка *придать смысл аномальному опыту*, но как ошибки в опыте, *объясняющем мир*. Подобные ошибки не являются следствием восприятия вещей, которых не существует (галлюцинация или иллюзия). Скорее, они — результат осознания *значения*, о котором нельзя говорить вообще, и которое переживается в искаженной и извращенной форме. Ошибки состоят не в неправильном использовании понимания в опыте, и не в опыте, существующем в понимании, а в самом понимании, которое содержится *внутри* нашего знания о мире. Вовлекающая концепция позволяет нам отойти от неустойчивой концепции бреда как ошибки в мышлении или в опыте, и рассматривать бред в контексте нашей первой реальной встречи с действительностью, знание о которой уже в ней содержится. (Особенно очевидна бесперспективность этого пути в контексте недавних работ по психологии монотематического бреда, например, бреда Капра или Котара (см. M. Davies и др., 2001; Gerrans, 2000 & 2002; Stone & Young, 1997; Young, 1999).)

Предметом изучения когнитивных теорий бреда является не только процесс формирования бредовых идей, но и их содержание. Как происходит, что, раз возникнув, необычные убеждения, например, что собака кому-то сигнализировала, или что люди в желтых футболках — это часть плана, который должен кому-то показать, что он выглядит глупо, не корректируются в ходе дополнительных знаний о мире или в ходе обычной беседы? Для объяснения этого в литературе предлагались различные когнитивные механизмы, такие как поддержание обычного предрассудка (bias); сохранение идеального Эго, основанное на проекции; переход к выводам вследствие предубеждений, низкая способность к контакту с другими людьми, общий внешний (externalizing) атрибутивный стиль, жесткая когнитивная позиция (ср. Garety и др., 2001). Сама Maher предполагает, что бредовые убеждения могут существовать неограниченно долгое время в результате тех же самых процессов, которые поддерживают обычные убеждения (сохранение предрассудков и т.д.). Хотя и достаточно ясно, каким образом подобные механизмы приводят к возникновению обычных ошибок, и не подвергается сомнению, что так поддерживаются небредовые корыстные (self-serving) убеждения, все же трудно понять, как эти механизмы могут объяснить существование таких

необычных убеждений, как бредовые убеждения (ср. Musalek, 2003). Нужно приложить много усилий, чтобы только попытаться переубедить не склонного к возникновению бредовых идей (non-deluded) человека, что его политические взгляды лишь в малой степени опираются на реальность. Хотя кто-то может вполне резонно заметить, что это не то же самое, что доказать человеку со средним интеллектом, что люди на улице не намекают на его трусость тем, что носят желтые рубашки. Общепринятая теория бреда ценна тем, что не просто перечисляет механизмы, поддерживающие нормальные убеждения, но также объясняет, как эти самые механизмы могут поддерживать *бредовые идеи*.

Концепция бреда, предлагаемая вовлекающей эпистемологией, предусматривает другое объяснение. Если бредовые идеи являются продуктом *неправильной интерпретации* чего-то пережитого, то трудно понять, почему то, что в соответствии с обычными нормами представляется чрезвычайно странным, не является разновидностью веры. Если препятствия, связанные со случайной поддержкой чего-то слишком необычного, были бы преодолены, эти убеждения могли бы быть легко исправлены. С другой стороны, если бредовые идеи — это интерпретация необычного опыта, трудно понять, почему он не может быть объяснен посредством галлюцинаций — в тех случаях, когда необычный опыт является результатом повреждения головного мозга. Однако, если бредовая идея — это отсутствие *понимания*, и это понимание есть не просто результат недостатка доказательств, а изначально заложенного в опыте отношения к миру, тогда бредовые идеи будут длительно сохраняться просто потому, что любое рассуждение о них будет основываться на бредовом понимании, которое уже существует в изначальном опыте. Поэтому бред — это не интерпретация и не феномен мышления и не то, что можно легко подвергнуть сомнению или опровергнуть, когда найдутся важные данные. (Это вовсе не значит, что человек не может с помощью некоторых усилий дистанцироваться от бредовых убеждений и подвергнуть сомнению то, что предлагается как адекватное понимание значения). Бредовое понимание происходит непосредственно в опыте, и поэтому не может быть проверено посредством сравнения с тем же самым опытом. Таким образом, бредовые идеи будут сохраняться настолько долго, насколько человек будет познавать мир бредовым образом. Поэтому нельзя *отвергать* способ осмысления *опыта* на основании того, что он не соответствует действительности, а следует просто *восстановить* небредовые способы переживания и, как следствие, осмысления мира.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой статье, чтобы понять сущность бреда, привлекались ресурсы эпистемологии, которая стремится избежать тупиков, обнаруженных как в стандартных определениях учебников, так и в психологических исследованиях, посвященных бреду. (Некоторые последние альтернативные философские исследования по бреду есть в работах Campbell (2001), Parnas и Sass (2001), Eilan (2000) и Envine (1989).) Вовлекающая концепция эпистемологии привлекалась не самостоятельно, а точно в контексте осмысления неподатливого (recalcitrant) психопатологического феномена. В значительной мере это привлечение вовлекающей эпистемологии оказалось успешным, что можно считать доказательством обоснованности ее использования. Другими словами, ценность любой эпистемологии должна состоять в том, насколько ее возможности могут объяснить контакт с реальностью, и, тем самым, насколько она пригодна для оценки степени утраты контакта с реальностью. Поэтому это не просто привлечение возможностей философии, которые оказываются полезными для психопатологии, но также привлечение средств психопатологии, которые могут использоваться эпистемологией для проверки своих собственных теорий мышления и истинной природы контакта по отношению к реальному миру.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы благодарят Anita Avramides, Matthew Broome и Katherine Morris за их ценные замечания при работе над более ранней версией этой статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- American psychiatric association. (2000). DSM IV-TR. Washington: American Psychiatric Press.
- Austin J. L. (1956 – 7). A plea for excuses. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 57, 1 – 30.
- Bennett M. R. & Hacker P. M. S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell.
- Bentall R. (2003). *Madness explained*. London: Penguin.
- Campbell J. (2001). Rationality, meaning, and the analysis of delusion. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 89 – 100.
- Churchland P. S. (1986). *Neurophilosophy*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Cutting J. (1997). *Principles of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Davies M. et al. (2001). Monothematic delusions: towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8 (2/3), 133 – 158.
- Eilan N. (2000). On understanding schizophrenia. In D. ZAHAVI (Ed.), *Exploring the self* (pp. 97 – 114). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Enoch M. D., Tretowan W. H. & Barker J. C. (1967). Some uncommon psychiatric symptoms. Bristol: John Wright and Sons.
- Envine S. (1989). Understanding madness? *Ratio*, 11, 1 – 18.
- Frith C. (1999). Commentary on Garety & Freeman II. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 319 – 321.
- Fulford K. W. M. (1989). *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fulford K. W. M. (1993). Value, action, mental illness and the law. In S. Shute, J. Gardner & J. Horder (Eds.), *Action and value in criminal law*, (pp. 279 – 310). Oxford: Oxford University Press.
- Fulford K. W. M. (2002). Report to the Chair of the DSM-VI Task Force from the Editors of PPP on 'Contentious and Non-contentious Evaluative Language in Psychiatric Diagnosis' (Dateline 2010). In J. Z. Sadler (Ed.), *Descriptions & prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs* (chapter 21). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fulford K. W. M. (2004). Insight and delusion: from Jaspers to Kraepelin and back again via Austin. In X. F. Amador & A. S. David (Eds.), *Insight and psychosis* (Second edition). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Garety P. & Freeman D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113 – 154.
- Garety P., Kuipers E., Fowler D., Freeman D. & Bebbington P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189 – 195.
- Gelder M., Gath D., Mayou R. & Cowen P. (Eds.). (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (Third edition). Oxford: Oxford University Press.
- Gerrans P. (2002). A one-stage explanation of the Cotard delusion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9, 47 – 53.
- Gerrans P. (2000). Refining the explanation of Cotard's delusion. *Mind & Language*, 15, 111 – 122.
- Gettier E. (1963). Is justified true belief knowledge? *Analysis*, 23, 121 – 123.
- Hamilton M. (Ed.). (1976). *Fish's schizophrenia* (Second edition). Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- Harre R. & Lamb R. (Eds.). (1986). *Dictionary of physiological and clinical psychology*. Oxford: Blackwell.
- Heidegger M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Jaspers K. (1997). *General psychopathology*, vol. 1. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Maher B. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98 – 113.
- Maher B. (2003). Schizophrenia, aberrant utterance and delusions of control. *Mind & Language*, 18, 1 – 22.
- Merleau-Ponty M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Mulhall S. (1990). On being in the world. Wittgenstein and Heidegger on seeing aspects. London: Routledge.
- Musalek P. (2003). Meaning and causes of delusions. In K. W. M. Fulford, K. Morris, J. Sadler & G. Stanghellini (Eds.), *Nature and narrative* (pp. 155 – 169). Oxford: Oxford University Press.
- Parnas J. & Sass L. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 101 – 120.
- Schmidt G. (1987). A review of the German literature on delusion between 1914 and 1939. In J. Cutting & M. Shepherd (Eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept* (pp. 101 – 134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton.
- Shepherd M. (1961). Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric syndrome. *Journal of Mental Science*, 107, 687 – 704.
- Sims A. (1995). *Symptoms in the mind* (Second edition). London: W. B. Saunders.
- Stone T. & Young A. (1997). Delusions and brain injury: the philosophy and psychology of belief. *Mind & Language*, 12, 327 – 364.
- Wittgenstein L. (1969). *On certainty*. Oxford: Blackwell.
- Young A. (1999). Delusions. *Monist*, 82, 571 – 589.

Перевод А. В. Павличенко

Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация?

В. Г. Остроглазов¹

Юрию Иосифовичу Полищуку
как старшему товарищу в ожидании отклика.

Новый феномен аутоперсонамнезии, раскрученный электронными СМИ, вызвал сенсацию в обществе. Его включили в регулярное телешоу “Жди меня”. С февраля с.г. уже дважды по 1-му каналу транслировался псевдонаучный телефильм (хотя с участием проф. Кекелидзе и главного врача Московской ПБ № 7 Э. Федина), в котором больные с аутоперсонамнезией трактуются как “люди со стертой памятью”, пострадавшие от психотронного оружия, разработанного еще в КГБ СССР. Еще большие жути нагоняет вдова психолога “академика” Игоря Смирнова(?) 2-жа Русалкина, что, мол, страшно проникать за грань этой “стертой памяти”, поскольку мы не знаем, какие ужасы там могли быть закодированы. Тем не менее, в собственной лаборатории на своем детекторе лжи она с легкостью исключила возможность диагноза шизофрении.

Несколько лет назад по поводу этой сенсации в кабинете директора МНИИП проф. Краснова собрались ведущие ученые психиатры Москвы. Консилиум заключил, что аутоперсонамнезия — это экзогенное (экзогенно-органическое, токсическое либо психогенное) расстройство. Телефильм об этом консилиуме, так же, транслировался по центральным каналам.

На мои публикации об аутоперсонамнезии в 4-х выпусках НПЖ за 2004 – 2005 годы опубликовано мало откликов. Тем они ценнее для меня.

Среди них статья А. Н. Олейникова и В. М. Тунева из МОПБ № 17 (НПЖ, 2006 г. вып. 3), в основном подтверждающая описанную мной клиническую картину, диагноз и прогноз наблюдений аутоперсонамнезии у женщин: приведено наблюдение аутоперсонамнезии у женщины с верифицированной приступообразно-прогредиентной шизофренией.

Для отклика патопсихолога из Днепропетровской клинической ПБ Н. А. Шатайло, правильно названного им “О многоаспектности клинической психодиагно-

стики и пользе системной методологии”, мои работы об аутоперсонамнезии послужили только “поводом” (НПЖ, 2006, вып. 2). Что касается аутоперсонамнезии, автор похвалил меня за новый термин как “весьма удачный и отражающий суть расстройства”; высказал “предположение, что рассматриваемые состояния возникают как последствия патологического аффекта, возникшего у лиц с определенной предрасположенностью к бурным эмоциональным реакциям на сильные психотравмирующие обстоятельства”; пожурил меня за диагноз шизофрении как нарушение “морально-правового принципа или презумпции психического здоровья”, посетовал, что “в данном диагнозе не усматривается целостности и внутренней непротиворечивости, логической взаимосвязи элементов, единства формы и содержания. По форме — бред, а по сути — расстройства памяти. Или наоборот?”. — Я по-прежнему думаю, что “наоборот”.

Не менее ценен для меня (хотя и устный) отклик профессора Полищука Ю. И. при встрече в родном МНИИ психиатрии Росздрава. Обрадовав меня, что читал мою “Аутоперсонамнезию” в НПЖ, Юрий Иосифович обрушился на меня с упреками в очевидной неуместности диагностики шизофрении и бреда у таких “неизвестных”. Если бы не его неподдельное удивление и не старая дружба, я бы обиделся. Придя в себя, я поинтересовался диагностическим мнением профессора. — Это, конечно, не эндогенное, а экзогенно-органическое психическое расстройство в результате интоксикации нейротропными ядами, — был ответ. Ничего нового — дежавю, точнее, уже слышанное, *Deja-entendu*.

Итак, остаются те же вопросы. И пока не видно общей платформы для их разрешения. Такой платформой может послужить только клиника, которая, как подчеркнул Анри Эй, всегда останется постаментом психиатрии. Сегодня кирпич в этот фундамент укладывает Елена Владленовна Туманянц — наш докладчик.

¹ ГУЗ Московская областная психиатрическая больница № 8 г. Орехово-Зуево.

Итак, больной С., 29 лет

По данным истории болезни № 711/2007, доставлен в МОПБ № 8 в 5 часов утра

8.03.2007 г. бригадой СМП как человек, потерявший память о себе.

Из сопровождающих документов известно следующее. Часом ранее был обнаружен милицейским патрулем спящим на лавочке в вагоне электрички на станции “Крутое”. При проверке документов не смог сказать свое имя, фамилию, кто он, откуда? При обыске оказалось, что в его карманах имеется личный паспорт, страховое пенсионное удостоверение, водительские удостоверения шофера и тракториста на имя гражданина С, проживающего в одной из деревень республики Марий Эл.

Он производил впечатление сонного или нетрезвого человека, но был верно ориентирован во всем происходящем, за исключением собственной личности. И даже при предъявлении ему его личного паспорта отвечал: “не знаю”. Водкой от него не пахло. Его доставили в отделение милиции. Там “стали махать резиновыми палками”, слегка поколотили, чтоб “не придурился, будто не помнит себя”. А когда это не помогло, вызвали скорую помощь.

В приемном покое осмотрен дежурным врачом: “Одет опрятно. Кожные покровы чистые. На коже левой стороне груди — татуировка с указанием группы крови (которая делается бойцам спецподразделений). Общее соматическое состояние удовлетворительное. Температура тела — 37,1 гр. Цельсия”.

Результаты лабораторного исследования биологических сред № 107 от 09.03.2007 г. методом иммунофлюориметрии: на опиаты, барбитураты, каннабиноиды, метамфетамины, метадон, кокаин, марихуану, бензодиазепины и алкоголь — отрицательные.

Психический статус при поступлении: понимает, что доставлен в психиатрическую больницу потому, что “забыл себя”. Дал компетентное согласие на госпитализацию, но устное, так как не смог расписаться, ибо забыл, как он это делал раньше. На самые элементарные вопросы о его имени, отчестве, фамилии отвечает формально правильно, но неуверенно, ссылаясь на то, что ему показывали его документы и фотографию в личном паспорте, в которой он увидел сходство с собой. Производит впечатление отрешенного, безразличного человека, способного выполнять только элементарные инструкции.

Диагноз при поступлении: Психогенная депрессивная реакция? Истерия?

Спустя 3 часа осмотрен в клиническом отделении дежурным психиатром: правильно называет свое имя, отчество, фамилию, как ему сообщили задержавшие его милиционеры, показавшие его документы. Вспоминает, что ехал в электричке, подсевшие к нему люди угостили его “соком”... очнулся, когда его разбудили милиционеры.

Диагноз: возможно, речь идет о “ретроградной амнезии токсического характера”.

9.03.2007 г. Первичный осмотр лечащим врачом и зав. отделением Соковниной

Соматический статус: Носовая перегородка искривлена. Кожа обычной окраски, без повреждений и высыпаний. Зев спокойный. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Расстройства стула отрицает. Жалобы на жажду, на сухость во рту, слабость.

Неврологический статус: Взгляд “затуманен”. Без грубой очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Правильно называет число, месяц и год; день недели не знает. С его слов, ему объяснили, что он находится в “психиатрической больнице какой-то, в Подмоскowie”. На вопросы о том, кто он, как его зовут, сколько ему лет и сколько классов образования, когда он выехал из дома и куда ехал, где он служил и где работал, отвечает: “не знаю...”. Гипомимичен, голос тихий. Сидит в однообразной позе, почти не шевелится. Сведения о своей семье не сообщает; сказал лишь, что у него есть сын, и ему, как он “подсчитал с медсестрами, должно быть лет десять”. Двигается несколько замедленно. Речь мало модулирована, эмоционально не окрашена. Анамнестические сведения получить невозможно. По его словам, “ничего не помнит”. Однако, постепенно после ряда конкретных вопросов, по его словам, “с помощью врача вспомнил” некоторые обстоятельства последних дней перед потерей памяти: “выехал из дома на заработки в Москву на поезде, в вагоне к нему подсадило трое, предлагали выпить водки, я отказывался, но сока хлебнул...”. Дальнейшее “не помнит” до тех пор, пока его не разбудили милиционеры. Соглашается на продолжение лечения в психиатрической больнице. Жалуется на сильную сухость во рту, слабость, тугопость в голове; “никак не приду в себя”. Бредовых, галлюцинаторных расстройств не выявляет. Темп мышления и речи несколько замедлен. Производит впечатление человека равнодушного к происшедшему с ним. Критическое осмысление снижено.

Диагноз: Психогенная депрессивная реакция? Отравление неизвестными препаратами?

Назначения: строгий надзор. Инфузионная дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия: внутривенные капельные вливания физиологического раствора и 5% раствора глюкозы по 400 мл с пирацетамом, витаминами группы “В”, “С”, “РР”, инсулином (4 ед.).

3 – 4 сутки. В последующие выходные дни — 10 – 11 марта — малозаметен в отделении. По записям дежурных медсестер, откликался на обращение по имени “Михаил”. Соблюдал режим. Ел и спал достаточно. С окружающими общался мало. Охотно помогал в уборке отделения.

5-е сутки. 12 марта. На врачебном обходе сообщает, что чувствует себя лучше; неуверенно говорит, что “вспомнил имена жены, сына, матери..., наверное...”. Каких-либо дополнительных анамнестических сведений получить не удастся из-за “потери памяти”, свои данные “почти забыл”. Своё имя, отчество, фамилию называет правильно, но по-прежнему неуверенно: “так в паспорте написано”. Стабильно ориентирован в окружающем. Дату называет правильно, отсчитывая “от дня поступления — от 8 марта 2007 года — сказали

ведь, какой был день”. День недели не знает. Правильно называет номер больницы, название города Орехово-Зуево, которые он “слышал от других людей”; сам же он “ничего этого не знает”. В беседе вежлив. Иногда кажется растерянным.

Назначения: аминалон по 250 мг 3 раза в день внутрь. Инфузионную терапию отменить.

Осмотр ЛОР-врачом: обострение правостороннего хронического гнойного эпитимпанита.

Днем по телефону из республики Марий-Эл мать сообщила, что ее сын Михаил Степанов служил в Армии. На 3-ем месяце службы был избит, получил серьезную черепно-мозговую травму. Лечился в госпитале и был комиссован по состоянию здоровья. Обещала врачу доставить в отделении соответствующие медицинские документы. У сына хорошая семья. Он недавно уехал на заработки в Москву. На днях из милиции ей сообщили, что он находится в психиатрической больнице г. Орехово-Зуево.

6-е сутки. 13 марта 2007 года. Приехала мать С., 50 лет, проживающая в деревне Кочаркино республики Марий Эл.

На свидании, увидев мать, остался почти безучастным. На вопрос врача, кто к нему приехал, ответил: “Она говорит, что мать...”. После свидания сообщил, что навещившая его пожилая женщина, “кажется, на меня похожа, поэтому, наверное, и правда, моя мать”. При расспросах врача отвечал довольно вяло, инициативы не проявлял; сообщил, что свои личные данные он знает из паспорта — ему все прочитали тогда, когда “где-то подобрали и куда-то везли...”. По-прежнему помогает персоналу в уборке отделения, не отказываясь от работы и ни о чем не спрашивая. Ничем не интересуется, ни о чем не спрашивает, в том числе и о своей дальнейшей судьбе. Планов на будущее не строит. Аппетит и сон — удовлетворительные. Сообщил, что сухость во рту и жажда стали меньше, что в голове “полегчало”. Инициативы в общении не проявляет. Держится обособленно. Сам ни к кому не обращается. Может более полдня просидеть один, молча. Острой психотической симптоматики нет.

Во время свидания мать так же каких-либо чувств удивления, тревоги или радости не проявила; вела себя словно посторонний человек. Настаивала на том, чтобы сегодня же забрать сына домой, где у него семья, большое хозяйство и требуется уход за скотиной. Едва удалось ее уговорить подождать 2 дня, чтобы проконсультироваться с профессором и получить необходимые рекомендации.

Анамнез со слов матери и по данным медицинских документов. Наличие психически больных в роду отрицает. Себя характеризует как сдержанную. Производит впечатление неэмоциональной женщины. Михаил — старший из ее двух детей. Беременность протекала на фоне токсикоза. Раннее развитие сына без отклонений. Рос шумным, озорным, непоседливым; был заводилой. Часто дрался. В одной из драк в 5-летнем возрасте получил искривление носовой перегородки. Семи лет пошел в школу. Вначале учился хорошо на 4 и 5. Окончил 9 классов и сельскохозяйственный техникум. Работал трактористом. С 18 лет служил

в Армии на Дальнем Востоке. Там был избит. Помещен в военный госпиталь (представила выписки из истории болезни).

По объективным данным свидетельства о болезни № 100 Госпитальной военной части № X в Приморском Крае, больной С. 1977 года рождения, призван на действительную военную службу Горномарийским РВК, Марий Эл. В Вооруженных силах — с декабря 1995 года. Военное звание — матрос, военная профессия — курсант. В ЛОР-отделении госпиталя находился 7 дней: с 30.01.1996 по 6.02.1996 г. с жалобами на ноющие боли выделения из правого уха, снижение слуха и шум в правом ухе, затруднение носового дыхания. Со слов больного, страдает правосторонним средним отитом с пятилетнего возраста. Лечился амбулаторно, находился под динамическим наблюдением ЛОР врача по месту жительства. Подтверждающих документов нет. Затруднение носового дыхания в течение года связано с травмой носа до военной службы. На военной службе отмечает усиление болей в правом ухе, слух снизился, что стало затруднять выполнение обязанностей военной службы. Командованием направлен на лечение, обследование, принятие экспертных выводов.

Соматический статус. Рост 169 см. Вес — 57 кг. Окружность груди 91 см. телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Пульс — 70 ударов в мин., удовлетворительных качеств. Тоны сердца ясные, громкие. АД — 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Острота зрения — 1,0 и 1,0. Глазное дно — в норме.

Неврологический статус — без особенностей.

Лор-органы — уши: правое — наружный слуховой проход широкий, кожные покровы его обычной окраски. Барабанная перепонка мутная с краевой перфорацией в верхних отделах. При исследовании зондом имеется ход аттик, гнойное отделяемое в небольшом количестве с неприятным запахом. Левое ухо отоскопически в норме. Слизистая носа застойная. Перегородка носа в средних отделах искривлена, в носоглотке аденоиды 2-й степени. Дыхание через нос затруднено, с обеих сторон умеренно. (далее приведены данные исследования “слухового паспорта” и “вестибулярного паспорта”, которые будут учтены при формулировке клинического диагноза — см. ниже).

Параклинические данные. Клинические анализы крови и мочи от 31.01.1996 г. — без патологии. Флюорография гр.кл. — в норме. На рентгенограммах височных костей по Шулеру — тип строения височной кости склеротический, костно-деструктивных изменений не выявлено. На аудиограмме от 30.01.1996 г. повышение порогов по ВП правого уха на 70 дБ с широким костно-воздушным интервалом; латерализация в опыте Вебера в хуже слышащее ухо.

Постановлением военно-врачебной экспертной комиссии определен клинический диагноз: *Заболевание — правосторонний хронический гнойный эпитимпанит в стадии ремиссии со стойким понижением*

слуха на правое ухо до степени восприятия шепотной речи ушной раковиной, разговорной речи один метр — получено в период прохождения военной службы; заболевание — искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания с обеих сторон, аденоиды второй степени — не связаны со службой в вооруженных силах СССР. Признан негодным к военной службе в мирное время, годен к нестроевой службе в военной время. Уволен из Вооруженных Сил на основании свидетельства о болезни № 100, ВВК 26.02.1996 г. для постановки на воинский учет по месту жительства.

Со слов матери, вернулся домой, работал трактористом. Летом 1996 года лечился в ЛОР-отделении Центральной районной больницы. Направлялся во ВТЭК. От инвалидности отказался. Женился. Сыну 10 лет. В последние годы стал злоупотреблять алкоголем. Выпивал по несколько дней подряд, но работы не прекращал. Какими-либо серьезными заболеваниями не страдает.

По данным Выписки из мед. карты № 11960 Кочаркинской ЦРБ и направления на ВТЭК, во время прохождения военной службы в Армии получил травму (был избит в декабре 1995 года). Лечился в военном госпитале Приморского Края в феврале 1996 года. Был комиссован по болезни. Лечился амбулаторно и стационарно в ЛОР-отделении с 18.04.1996 по 5.05.1996 г., затем в мае 1996 года в неврологическом отделении. Повторно лечился в ЛОР-отделении с 25.08.1996 по 10.09.1996 г. с диагнозом: Подострый посттравматический гнойный эпитимпанит справа. Тугоухость 3 справа. Вторичный неврит 8 н. справа. Выписан с улучшением и с рекомендацией обследования у сурдолога для решения вопроса о дальнейшей службе в Российской Армии.

14-е сутки — 21.03.2007 г. **Осмотр невролога:** На момент осмотра жалоб не предъявляет, но очень плохо спит ночью. Контактен, ориентирован полностью, адекватен. Сообщил, что в больницу доставлен милицией; полностью восстановил амнезированные события: “сел в электричку, отказался от предложенной мужиками водки; выпил сок? — и резко потянуло в сон, потом ничего не помнит”. При пробуждении милицией плохо ориентировался, было тяжело говорить даже на родном языке; “язык не слушался”. На 3-й день в больнице “стал более менее говорить”. Отмечалась сильная рвота, многократная при пребывании в милиции. В анамнезе занимался боксом, многократные нокауты. В Армии — д-з: контузия с ликвореей из правого уха; после этого плохо слышит правым ухом (избит дубинкой по голове). При осмотре: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Искривление носовой перегородки, анизокория OD больше OS, снижение фотореакций OD = OS. Девиация кончика языка вправо. Легкая анизорефлексия с рук, чуть больше справа; с колен D = S.

Координаторных нарушений нет. В настоящем отмечает сам, что “потихоньку память восстанавливается”, однако не помнит некоторые адреса. Очень переживает, что находится в психиатрической больнице. В ЭЭГ — грубые изменения по резидуально-органиче-

скому типу + региональная эпиактивность в передне-височных отделах справа.

Диагноз: Острая токсически-дизметаболическая энцефалопатия с амнестическим синдромом на резидуальном органическом фоне.

Рекомендовано:

1. МРТ головного мозга.

2. Курс внутривенно-капельных вливаний ноотропила, миксидола, витамина В-6, седуксена, церебролизина № 10, кроме того. Цинаризин и пантогам в таблетках внутрь.

ЭЭГ (21.03.2007): Выполнена в состоянии пассивного бодрствования. Уплощенный тип ЭЭГ. Основной ритм регистрируется асимметрично, только в задне-теменных отделах справа с преобладающей частотой 8,3 – 9 Гц, амплитудой до 120 мкВ, фрагментарный, дезорганизован значительным количеством пробежек спайков (13 Гц, до 30 мкВ), а также синусоидальными ритмичными тета-колебаниями 7 Гц, 38 – 40 мкВ, которые перемежаются полифазными острыми волнами. Реакция активации снижена. В левом полушарии основной ритм не регистрируется, преобладает низкоамплитудная синхронная ритмика. В лобно-височных отделах слева регулярно регистрируются эпизоды в виде комплексов острая — медленная волна, полиспайков, полиспайк-волна, амплитуда не более 18 мкВ, частотой 5 Гц. Проба с ритмической фотостимуляцией на частоте 12 Гц выявляет региональное усвоение ритма в передне-височных отделах справа.

Патопсихологическое исследование в динамике: Исследование № 1 (12.03.2007 г., 5-е сутки.)

Послушно вступает в контакт и работает с методиками. Эмоционально и мотивационно вял. Настроение снижено. Говорит, что стал помнить себя с того момента, “как его забрала милиция” на станции “Крутое”; в приемном покое больницы беспокоили “сильная жажда”, “страшная” головная боль и выраженная слабость. На настоящий момент каких-либо жалоб не предъявляет, кроме амнезии, чем весьма обеспокоен. По просьбе психолога стал бегло говорить на родном марийском языке, но отметил при этом, что его речь стала “какая-то затрудненная”, по сравнению с тем, какой она была до поступления в больницу. Усвоение и удержание инструкций несколько затруднено в силу малой пластичности психических процессов и недостаточного понимания условности. Содержание распространенных пословиц, поговорок чаще трактует буквально, используя язык и тематику строителей. При составлении пиктограмм опосредование усложненных понятий затруднено, создаваемые связи плоско-конкретны; здесь также продуцирует тематику строителя-ремонтника. Вычитание из 100 по 7 приводит со стереотипными ошибками внимания, что свидетельствует о “застреваемости”, но без труда оперирует отрицательными числами. С таблицами Шульте работал в умеренном темпе и относительно ровно, но по окончании работы пожаловался на “туман в голове”. К концу исследования продуктивность в целом снизилась. Кривая заучивания 10 слов низкая, лабильная, свидетельствует о нарушениях работоспособности.

Заключение. Таким образом, при исследовании на первое место выступили замедленность психических процессов, повышенная утомляемость, невысокая способность к обобщению, трудности абстрагирования.

Исследование № 2 (21.03.2007 года, 14-е сутки)

Выглядит “живее”, активнее. Иногда всплывают собственные воспоминания и сведения, полученные косвенным путем (по данным его документов). Дает отдельные “ложные” воспоминания (по типу конфабуляций) о ходе исследования и выполняемых при первом обследовании методиках (12.03.2007 г.). Жалуется на сохраняющуюся жажду. Фон настроения несколько повышен, неадекватен ситуации. Не озабочен, что не может вспомнить все, например, куда конкретно ехал. Говорит, что только на 80% мог бы узнать жену, сына из группы других людей.

Динамика работоспособности без выраженных изменений. Возможности непосредственного запоминания ограничены: кривая заучивания 10-ти слов — 7, 6, 8, 8, 8, слов, спустя час вспомнил 5 слов. При опосредовании образы-ассоциации бедны по содержанию, отдельные из них чрезмерно формальны, например, для запоминания слова “дружба” рисует “сырок Дружок” — “такой раньше был”. Графические рисунки выполнены хаотично, небрежно; опосредованный способ запоминания затрудняет последующее воспроизведение заданных стимульных понятий.

Заключение. Таким образом, при исследовании выступают бедность, формальность ассоциаций, черты личностной незрелости; неадекватно ситуации приподнятый фон настроения; низкая продуктивность как непосредственного, так и опосредованного запоминания.

8 сутки. 15.03.207 г.

**БЕСЕДА И КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР
С ДОКТОРОМ МЕД. НАУК
В. Г. ОСТРОГЛАЗОВЫМ**

— Здравствуйте, садитесь, пожалуйста. Можно ли к Вам обращаться на ты?

— Да, на ты. — Спасибо. Как тебя зовут? — *Степанов Михаил.* — Кто ты?

— *Человек.* — Да. Но кто ты такой? — *гражданин России, Марий Эл.* — Кто в России главный руководитель? — ... (молчит... задумывается... трет лоб) — Президент? — Да. — Как его зовут? — ... (задумывается) *Не помню.* — А раньше-то знал, кто у нас президент? — *Знал, но забыл.* — А кто такой Джордж Буш? — ... (задумывается) *...Фамилия нерусская...может быть какой-то американец...* — А раньше слышал когда-нибудь эту фамилию нерусскую? — *Раньше слышал.* — А кто такой Гитлер? — *Фашист.* — А Сталин? — *Диктатор.* — А где он сейчас? — *Вообще его нет.* — Сталин куда делся? — *Умер.* — А кто такой Горбачев? — *Какое-то высокопоставленное лицо... когда-то было...* — Как его зовут? — *Михаил.* — Сколько тебе лет? — *Тридцать.* — А когда родился, день твоего рождения? — *Тридцатого августа тысяча девятьсот семьдесят седьмого года.* — Родился при Советской

власти? — *В СССР.* — Споешь гимн Советского Союза? — *Нет.* — Состоял в партии? — *Был в пионерах...был ли в комсомольцах, не помню...навверное не успел вступить, так как все партии распались.* — Так в каких партиях состоял? В пионерской? В комсомольской? — ... (надолго задумывается)... *навверное, это одна и та же партия.*

(*На самые простые вопросы отвечает с большой задержкой, с видимым усилием, при этом закрывает глаза, наморщивает лоб, трет его рукой.*) — Где находишься, знаешь? — *В психбольнице.* — А где эта психиатрическая больница находится? — *В Орехово-Зуево.... Недалеко от Москвы.* — Сколько дней здесь находишься? — ...*Семь или восемь дней.* — Что сейчас здесь происходит? — *Комиссия.* — Какая комиссия? — *Комиссия врачей-психиатров.* — Для чего собралась эта комиссия? — *Решает, дееспособный я или нет.* — Хорошо ты все понимаешь, но откуда ты взял это слово — дееспособность? Это тебе его здесь в больнице сказали? — *Нет. Я знал его раньше.* — Что такое дееспособность? — *Способность размышлять о своих поступках.* — Как размышлять? Например? — ...*Бывают поступки плохие и хорошие (трет свой лоб)* — Ну и что дальше? — *Принимать правильное решение, поступать так или нет. Надо размышлять.* — Что такое правильное решение? И что такое дееспособный человек? — *Дееспособный человек — это взрослый человек, который может отвечать за себя и за свои поступки... помогать другим...* — Вот ты — дееспособен сейчас? — ...*В какой-то мере, да.* — А в какой мере? — *У меня память еще не совсем восстановилась...* — А что еще? — *Надо знать какие-то навыки рабочие...* — Например? — ...*На днях вспомнил, что умею ложить плитку... и как ее ложить вспомнил...* — Это тебе вспомнилось невольно, как бы само собой, или ты сам это вспоминаешь? Как это вспомнилось тебе с плиткой? — *Во все эти дни здесь я почти постоянно стараюсь вспомнить все, что знал раньше... и рабочие навыки... всю свою семью, знакомых, друзей, ... всю свою близкую жизнь...еще стараюсь вспомнить, как ехал на заработки...в поезде...как все это произошло со мной...* — А зачем это ты так стараешься? — ...*Чтобы снова стать дееспособным человеком...* — А сейчас, ты насколько дееспособен? — ...*На 40 %...* — А до 50 % не дотягиваешь? Что еще для этого нужно? — ...*До 50 % ... надо вспомнить родных, ...чем я занимался ...* — А когда тебя взяла милиция, и ты не знал, кто ты, ты тогда был дееспособным? — *Был тюфяком...* — А на сколько ты был дееспособным человеком тогда? — ...*На 3 %.* — А зачем ты все вспоминаешь, как ты ехал в Москву на заработки, и как это произошло с тобой? — *Чтобы стал снова дееспособным... вспомнить, вернуться туда, где потерял себя...* — Значит, чтобы стать снова дееспособным надо вспомнить себя, своих родных, свою семью, работу, рабочие навыки... И тогда станешь дееспособным? — *Нет, это еще не все...* — Что же еще? — *Надо вспомнить, в чем смысл жизни.* — Смысл жизни? Смысл жизни твой, или человека вообще? — *Смысл жизни любого человека.* — А без этого можно дальше жить? — *Думаю, что нет.* — Откуда ты знал про смысл жизни? — *Он, навверное, у меня бы л-*

Ну, какой смысл? — ...Сначала надо создать семью... чтобы она не голодала. ...А потом можно помочь другим... — Что такое смысл жизни? — ...Оставить после себя что-то доброе..., чтобы помнили, вспомнили ...родные, друзья. — А человечество? — Пока не хотел. — Правильно ли я тебя понял? У тебя в голове постоянно идет работа: вспоминать, вспоминать!? — Да. — Как идет эта работа? Например? — *Что-то мне напоминает, и начинается процесс воспоминания... Например, на днях увидел, плитка лежит неровно..., подумал, как бы я ее положил, и вспомнил, как ложить плитку. И сам вспоминаю, и само всплывает, вспоминается...* — Помимо воли идет воспоминание, как бы само собой? — Нет — Бывает, что хочешь остановить эту работу воспоминания, а она все равно идет? — Нет. Но от процесса воспоминания устаю, процесс воспоминаний тогда затормаживается. Отвлекаюсь работой, мою шваброй пол, чтоб отдохнуть..., а потом опять вспоминаю... — А бывает так, что вас внутри как бы двое? — Нет. Я разговариваю с собой мысленно... — Сам разговариваешь с собой? У тебя внутри раздвоение? — Нет. Я сам себя заставляю думать, вспоминать. — Как это ты сам себя заставляешь? — Пересиливаю... — Ну-ка, расскажи, что там мешает? Внутри? — *Есть стена, которая мешает вспомнить...* — Что за стена? Как ты ее чувствуешь? — *Это какой-то труд...как дверь, которая трудно открывается, когда ее толкаешь...Но за ней — то, что знал раньше... и что нужно вспомнить.* — А бывает, свои мысли звенят или звучат в голове? — Нет. — А такое, что твои мысли вдруг известны кому-то? — Нет. — А наоборот? Будто ты знаешь или читаешь мысли окружающих? — Да... Кто-то только заходит в дверь, а ты уже знаешь, что он спросит... И он действительно заходит и спрашивает слово в слово. — Ты у каждого человека можешь знать мысли? — Нет. — А в этом случае с дверью, ты его мысли прочитал, угадал? — Да. — А твои мысли угадывают? — Нет. — Бывает ощущение точного повтора, уже виденного? Точного повторения уже виденного где-то ранее, что называется — дежавю? — Нет. — А такое, например, — приснилось во сне и потом в точности сбылось? — Нет. — Как к нам врачам и к комиссии относишься? — Нормально. — А вот как ты сам думаешь, кем мы — врачи — тебя считаем? — *Больным, потерявшим память.* — Психически больным? — *На сумасшедшего я не тяну.* — А правильно ли, что тебя лечат в психиатрической больнице, может быть надо в какой-нибудь другой, не в психбольнице тебя лечить? — Нет. Правильно, что меня лечат здесь. — Но ты знаешь, что здесь психбольница и что здесь лечат психически больных людей? — Да. — А ты сам — психически болен, или психически здоров? — *Психически здоров.* — Ты себя считаешь психически здоровым? — Да. — Зачем же мы тебя лечим здесь в психиатрической больнице? И правильно ли это? — *Чтобы восстановить память. И правильно, что в психиатрической больнице.* — Тогда получается, что мы, в психиатрической больнице лечим психически здоровых? Как это объяснить? — ...*(Молчит, никаких попыток объяснения. Кажется, что не*

видит или не чувствует здесь логического противоречия).

В. О.: Михаил, за эти немногие дни то, что ты вспомнил на 40 %, — это основное, то, что необходимо. Расскажи, как ты это вспомнил? Как это произошло? И первое — что ты подумал, когда тебя разбудила милиция? — *Где я нахожусь? И что я здесь делаю?* — А в этот же момент ты обнаружил, что стал недееспособным? — Нет, в этот момент и мысли не было об этом. — А когда впервые ты это почувствовал? — *Когда они спросили, как меня зовут, тут я почувствовал, что в голове пусто.* — Ты не испугался, что забыл себя? — Нет. Вначале я подумал, что потом вспомню. И в это время даже забыл, что у меня в кармане паспорт ... И когда по паспорту спросили: “Ты — Михаил Степанов?”, — сказал: “не помню”. — Как ты понял, что ты — Михаил Степанов? — *Когда вывели на свет и показали паспорт с моей фотографией, понял, что я — Михаил Степанов, потому что фото в паспорте похоже на меня.* — Когда ты осознал, что не помнишь себя? — *Когда вызвали скорую помощь. В это время все окружающее осознавал, понимал, что происходит. Милиция правильно делает, чтобы установить мою личность, и неправильно делает, что стали махать палками и поколачивать меня, чтоб я “не придурялся”.* И сразу так же понимал, что вызывают скорую помощь и отправляют в психбольницу; и не сопротивлялся, так как посчитал это нужным. В больнице все отнеслись ко мне с пониманием, и я очень благодарен. — А раньше не случалось ли тебе быть у психиатров? — *Скорее всего, в госпитале, после травмы психиатр беседовал со мной. Но у меня было повреждение правой барабанной перепонки от черепно-мозговой травмы.* — При черепно-мозговой травме ты терял сознание или нет? — *Может быть, была потеря сознания, а скорее всего нет, я был просто оглушен ударом дубинки, потому что я успел выстрелить в преступника из автомата и убил его.* — А по какой статье ты был комиссован? Может быть, по психиатрической? — Нет, комиссован я был не по психиатрии. Ведь если б по психиатрической статье, то я не мог бы работать водителем. А тогда, после комиссования из Армии, мать предложила мне оформить инвалидность, но я не захотел, оформил только военную страховку. И через полторы недели стал работать шофером. А спустя полгода женился, у нас родился сын — Александр. Его уже давно вспомнил. — Если бы сын пришел сейчас, узнал бы его? — *Наверное бы, узнал.* — А как узнал бы? — *По сходству его со мной...По внутреннему под-сознанию (рукой указывает на сердце)...Не совсем же я дурак?*

В. О.: Как ты все-таки понял, что с тобой, что ты сам забыл себя? Вспоминал ли ты при этом, как вместе с женой смотрел телепередачи “Жди меня” о таких же потерявших себя людях? И как старался вспомнить, кто ты? — *Сначала первым делом вспоминал, как потерял память, как в электричке двое или трое мужиков подсади ко мне, как предлагали мне выпить водки; я отказался, но выпил “сока”. А дальше — провал... О таких же случаях и моих просмотрах с женой телепередач “Жди меня” — это уже здесь мне напомнили со-*

седи по палате. — А было ли такое, что ты притворялся, будто забыл себя, или преувеличивал эту потерю памяти? — *С самого начала я не притворялся, действительно не помнил себя. А зачем мне это надо — притворяться?* — Когда ты осознал, что не помнишь себя, сильно ли испугался, или нет? — *Когда я осознал, что потерял память о себе, то страха не было, а было волнение и тревога, что я себя не вспомню, и меня никто не найдет, и я потерялся навсегда. И сам себя не найду. И в это время мысль о паспорте мне даже в голову не приходила. Когда же я вспомнил, что у меня есть документы, то понял, что меня найдут, и успокоился. Главное — надо вспомнить себя. А если не вспомнить, то я — никто, пустое место. Несколько дней боялся, что себя не вспомню, потом начал вспоминать, вспоминать... и успокоился. С каждым днем все больше уверенность, что дееспособность восстановится вместе с памятью.* — Братья и сестры у тебя есть? — *Только сестра, она младше меня на три года. Теперь с ней общаемся изредка. Она замужем и у нее есть дочь.* — А мать? Кем работала? Чем болела? — *Мать — пенсионер. Раньше работала на швейной фабрике. У нее большое сердце. Не раз она обращалась к бабкам — снимала порчу. После этого какое-то время у нее становилось лучше с головой и сердцем.* — У нее, ты говорил, большое сердце. При чем же тут голова? — *Голова и сердце — ведь это всегда взаимосвязано.* — Верил ли ты в Бога? — *И сейчас верю! Хожу в церковь по большим праздникам.* — Ну, теперь ты вспомнил, кто у нас президент? — *...Нет...* — Путин? — *А?... Да... теперь вспомнил — Путин* — Вот тебе совет — не перетруждай свой мозг постоянным напряженным воспоминанием себя. Все, что сейчас еще не помнится, само собой восстановится в памяти. Мы — комиссия врачей — знаем такие случаи и уверены, что наступит полное выздоровление и полное восстановление памяти. — *Ладно. Вы — профессор, Вы ведь знаете... идеологию человека...* В. О. — присутствующим врачам: посмотрите, как разумно реагирует пациент на совет не утруждать свой мозг напряженным воспоминанием, поскольку все само собой восстановится в памяти, с каким доверием соглашается следовать нашему совету, значит верит в выздоровление.

В. О.: Какой ты национальности? — *Мариец, горный мариец, черемис.* — Кто такой черемис? — *Черемис — горный мариец. По-русски — лесной охотник. У нас есть луговые марийцы и горные, которые живут в лесах. Через наши леса не могли пройти войска Чингиз-Хана, и Иван Грозный. А потом наш вождь Акпарс во время похода с Грозным на Казань сделал подкоп под крепостной стеной и взорвал ее; за это с его нации были сняты все царские налоги.* — Сколько времени ты уже не работаешь? — *Жена попала в аварию года полтора назад, и с тех пор я ухаживал за ней и не работал. Работал по дому. У нас большое хозяйство, ухаживал за ним... Корова, свиньи, гуси,... огород. И на пенсию жены мы жили. Кое-что продавали. Помогали нам тесть и теща, ведь мы живем в одной деревне. А потом жена работала в психоневрологическом отделении сестрой-хозяйкой уже три или четыре месяца... Это в Психоневрологической больнице в Микряко-*

во... Я поехал на работу в Москву...и попал к вам... — А было ли у тебя когда-нибудь дежавю (пациенту не первый раз задавали этот вопрос и объясняли, что это такое)? — *.....Не знаю ... Вам это нужно... ? Я не хотел говорить... Вот, мне кажется,... все, что со мной приключилось, все это я видел во сне, и теперь это сбылось...* — Расскажи, как это случилось? — *Ну... не конкретно о потере памяти видел раньше во сне... А отдельные моменты повторяются... Например, видишь в отделении вокруг все ходят и больные в белых халатах люди ...и вдруг накатывает такое ощущение, что это уже было ...когда-то со мной ...не наяву ...не в действительности — ведь в действительности этого не было-, а такое чувство — вспомнил, что это видел во сне. И в тот момент это мое воспоминание касается только вот этого конкретного момента: сижу в отделении, кругом суeta, ходят все. А целиком всего сновидения, откуда этот момент, и даже не вспомнил...* — А может быть, в действительности ты этого сна не видел, тебе, может, просто кажется, что видел? — *Нет! Видел!* — Уверен? — *Уверен! Я же видел и помню этот сон!* — Получается, это был вещий сон, который сбывся? А раньше ты видел вещицы? — *Да. Вещицы сны я вижу с малых лет.* — Ты их помнишь? Расскажи. — *Например, видел во сне, что брат матери умер. На другой день позвонили нашим родственникам в другое село и узнали, что их зовут на его похороны...* — Стало быть, ты сам знаешь, что у тебя бывают вещицы сны. Как ты поступаешь, когда увидишь такой вещий сон? — *Это с детства. Когда проснусь после такого тревожного сна, то утром никому не говорю, сначала подумаю, схожу в туалет, а после только расскажу жене... Бывают, что сны не сбываются... Но вещицы сны у меня есть. И по телевизору говорят, что бывают такие люди, которые видят вещицы сны и предсказывают будущее...* — А ты предсказывал будущее по снам? — *Да. Например, когда во сне приснилось, что у меня выпал зуб, то через неделю умерла бабушка.* — Как могут быть связаны между собой выпадение зуба во сне и смерть бабушки? — *А по соннику, который у нас дома давно. Еще и мать его в моем детстве читала... По нему когда во сне выпадет зуб, это значит — кто-то из близких умрет.* — Когда ты в первый раз осознал, что забыл себя, свое имя, фамилию, отчество, — в это самое время ты знал, что “Я это Я”? — *Конечно, знал. И не сомневался, что Я — это Я. Просто не знал, как меня зовут, откуда я...* — Вот раньше ты вместе с женой с интересом смотрел телепередачу “Жди меня” о таких же неизвестных, потерявшихся и забывших себя. Как ты к ним относился? Верил ли, что они действительно забыли себя? — *Верил. Они не притворялись. Это — от черепно-мозговой травмы.* — А у тебя отчего память потерялась? — *А у меня это от отравления... с соком мне дали клофелин или чего-то еще...* — Ты сам согласился бы теперь участвовать в телепередаче “Жди меня”? — *Если бы я не вспомнил себя, я бы согласился участвовать в этой передаче.* — Беседуем два часа. Устал? — *В процессе беседы я вспомнил еще больше и этим доволен... Но очень хочу курить.* — Ступай, покури. А потом послушаешь наши рекомендации.

Продолжение беседы 23 марта 2007 года:

В. О.: Здравствуй, Михаил! Ты очень хорошо рассказываешь о потере памяти о себе, помогаешь нам, психиатрам, больше узнать об этом расстройстве. А значит, и помогать таким как ты, попавшим в такую же беду. Видишь, сколько врачей хотят больше знать об этой потере памяти о себе самом. Ты поможешь нам? И можно ли к тебе обращаться по имени, без отчества? — *Да, я согласен.* — Спасибо.

Коллеги, пожалуйста, вопросы Михаилу....

— Михаил, ты человек открытый, общительный или замкнутый?.. — *Все в меру.*

— Вы говорите, порчу вывели. А много ли людей в Вашей деревне, которые наводят порчу? — *Была одна. Она несколько лет назад умерла. Да, мать водила меня к ней не один раз, бабка снимала порчу несколько раз.* — Ты веришь в порчу, что у тебя была порча? — *Да. Всегда в деревне с этим сталкивались.* — А кроме Бога есть какие-то духи? — *Нет.*

В. О.: Михаил, вот за эти 5 – 6 дней с первой нашей беседы, лучше стало, или нет? Дееспособность побольше? — *Стало. Дееспособность побольше и теперь процентов на 80.* — А что удалось вспомнить? ...Например, что именно? — *Воду надо дома провести, водопровод, и баню надо сделать.* — А еще что? — *Вспомнить, как учился?* — Раз вспоминаешь, как учился, то вот: когда класса с 5-го съехал с пятерок на тройки... — *Не только с 5-го класса, как еще раньше учился, вспомнил. Начиная учиться во Владимирской области, потом во 2-ом классе обратно уехали в Марий Эл.* — А вот ты на пятерки учился, или нет? И сколько классов ты учился отлично? — *Класса четыре- пять учился на пятерки, круглый отличник был. А потом съехал на тройки.* — А что ты чувствовал при этом? Почему ты резко снизил успеваемость? — *Вообще учиться расхотелось, не знаю почему. Просто лень какая-то...* — Или на улицу потянуло гулять, озоровать? — *Нет. Мать держала строго. И в школу ходил, не прогуливал.* — Голова соображала похуже, или так же? — *Так же, только лень навалилась.* — А потом эта лень осталась, или прошла? — *Лень была до 9 класса и потом прошла. 9 классов окончил на тройки. А в училище учился на "4", в основном четверки.* — То есть, в основном лень прошла? — *Да.* — А почему она прошла? — *Мать водила несколько раз в бабку, и она не один раз снимала порчу.* — Ну и помогло это, или нет? — *Нормально после этого стал учиться.* — А с тех пор эта лень опять накатывала, или никогда? — *Нет.* — Теперь, вот ты рассказывал, что здесь тебе порой кажется, что все это ты уже видел во сне; один случай рассказал, что вот вокруг люди ходят и в белых халатах, а это в точности ты уже видел когда-то во сне. А еще пример какой-нибудь? — *Когда жена в аварию попала, тоже, я это тоже уже видел во сне, перед аварией.* — А в отношении того, что здесь в больнице? — *Больше ничего.* — А есть впечатление, что то, что ты здесь видишь и переживаешь, уже видел и переживал когда-то во сне? — *Да, я это видел. Но не весь сон помню, а только часть, что видел и здесь. Просто так думается, что все это когда-то мне снилось, когда-то во сне это уже было со мной, что я потерял память...*

и был в больнице... — А вот голова до травмы побаливала? — *Нет.* — А что-либо еще в организме у тебя побаливало когда-то, когда ты ленился с 5 класса? — *Нет. Лень и все.* — Вот ты говоришь, теперь на 80 % восстановился, чего не хватает еще на 20 %? — *С близкими общения не хватает, чтобы вспомнить, что, когда было? Происходило когда-нибудь, ну там...* — Ты вспоминаешь всю жизнь с близкими? — *Да. И чувствую, что чего-то не хватает...* — А к встрече с ними как относишься? Или уверен, что узнаешь их, как раньше? — *Уверен, что узнаю.* — А как при встрече будешь их узнавать? Сына как, ты рассказывал, будешь узнавать? — *Я и во сне недавно видел их и вспомню обязательно.* — Расскажи, что ты видел во сне? — *На рыбалку ходили... с женой...* — И прямо ее видел? — *Да.* — И узнал? — *Да.* — Не спросил ее, кто она? — *Нет.* — А на кого она похожа? — *На саму себя!* — А еще кого ты видел во сне? — *Сына видел, играли на улице...* — Тоже видел его? И сейчас это представление о сыне в душе опять вспомнилось? — *Да, вспомнилось... могу его представить себе...* — Хорошо, молодец! А помнишь, как раньше ты мне говорил, как собирал сына узнавать? — *По сходству... По совпадению... по внешности, по совпадению, по сходству со мной...* — Значит, будешь сличать сына, если похож на меня, в отца, значит я — отец, может быть? — *Ну, все равно и сердце подскажет...* — А мать как ты узнавал? При встрече с матерью сказал врачу, что не знаешь, но вроде мать, потому что похожа на меня... — *Да, по сходству. А сердце подсказало потом уже... через несколько минут...* — А вот при черепно-мозговой травме в Армии, ты терял сознание после удара дубинкой, или нет? — *Нет, я после удара по голове, выстрелил в него из автомата Калашникова. Когда я падал, стрелял.* — А потом, после оглушения дубинкой, тебя поднимали, и первая мысль — какая? — *Убил я его, или нет?* — А может быть, была такая первая мысль после падения — где я? Что со мной? Не пойму? — *Нет.*

— Пожалуйста, коллеги, у кого появились вопросы?

— Михаил, у тебя тяжелая жизнь была последнее время? — *В деревне легкой жизни не бывает.* — А вот раньше ты ездил в Москву на заработки? Нормально работал? На хорошем счету был? — *Да. Два года назад. Я работал в наро-фоминской военной базе, военная часть 2098.* — А откуда ты узнал про эту базу? — *Там же, с мужиками поговорили, подсказали они. Работали по сантехнике, по электрике, трубы резали... для водопровода, для отопления дыры делали... Потом кровлю ремонтировали, по отделке работали.* — На хорошем счету был? — *Да.* — А перед последней поездкой на работу в Москву нормально себя чувствовал? — *Да, нормально себя чувствовал.*

— Вот в памяти у тебя осталось, что мужики в вагоне к тебе подсади и напоили "соком"? — *Потом я это вспомнил.* — Когда ты это вспомнил, ты этот момент, случившееся переживал как горе? Что украли 3000 рублей, которые ты взял на дорогу? Что ты переживал больше всего? — *Хотел им морду набить... Переживал, что себя не вспомнил.* — А например, что ты по своей вине и доверчивости такое сделал, что сорвал то,

что ты для семьи должен был сделать — ведь ехал на заработки для семьи? — *Это переживал потом...* — Когда это потом появилось, было ли у тебя такое, что та “стена”, которая тебе мешала вспоминать себя — это нежелание вспоминать, чтобы не огорчать себя этим горем? — *Нет.*

— Ваша жена работала в психиатрической больнице, она рассказывала Вам про больницу? — *Она и теперь работает, но о психически больных не рассказывала, им нельзя рассказывать.*

— Вы помните Ваши семейные отношения, с женой, с сыном? Вы помните, как познакомились с женой, как у вас свадьба была? — *Нормальные отношения. Я училище заканчивал, она только поступила — тогда и познакомилась.* — Недавно Вы вспомнили себя и говорили, что на сколько-то процентов вспомнили? А вот этот день, когда произошло несчастье, Вы хорошо помните? С момента просыпания? Расскажите об этом дне. И если можно, сначала? — *В основном, да, помню с момента пробуждения. А если сначала... выехал из дома, на автостанции автобус подождал и поехал... потом ехал в электричке... там подсади двое или трое мужиков, предлагали водку...*

— А когда тебя разбудила милиция, ты сидел на лавочке? — *Нет. Спал, лежал на лавочке в электричке...*

— Михаил, а как ты чувствуешь, что еще что-то надо вспоминать? Почему ты чувствуешь, что еще есть много что вспоминать, а может быть, ты уже все вспомнил? И если это чувство есть, это болезненное чувство, или нет? — *Просто, когда мужики рассказывают о чем-то, о каких-то своих случаях, думаешь, что у тебя таких случаев почти что не было; или, например, анекдоты рассказывают, и ты невольно стараешься вспомнить такие анекдоты, тоже вспомнить, тоже ты знал их или нет?...* — Арсеньев: у тебя постоянно присутствует ощущение, что что-то там не вспомненное еще осталось за дверью, за “стенкой”, как ты говоришь? — *Да* — И ты это чувство ощущаешь постоянно, как ты его ощущаешь? — *Что-то беспокойно, постоянно, ... на душе... неладное что-то, какая-то дрожь в груди (показывает рукой на грудь) ... волнение какое-то, что когда-то это ты и знал...* — Ты думаешь, что когда-то это и знал? А вдруг там ничего нет? Ты по каким-то ощущениям ориентируешься, что что-то там есть еще, закрытое? — *Я чувствую это по этим чувствам ... в груди.* — А может быть, ты все вспомнил, что тебе не дает покоя? — *Может быть... Например, думаешь, что умею играть в шахматы и хочу в шахматы поиграть...хочу получить удовольствие, что в шахматы я играть умею...* — А вдруг ты не умел и проверяешь? — *Вот я и хочу проверить... и это мне покоя не дает.* — До каких пор это тебе не будет давать покоя? — *Вот шахматы в руки возьму, потом все нормально будет.* — Тебе 20 % осталось? Что тебе еще надо вспомнить? — *Ну, если семью вспомню, как учился, что работал, и где работал, это будет большой, большой плюс. И куда ездил, базы, где работал...* — А то, что с тобой происходит, похоже на порчу? Думал об этом? — *Нет. Не думал. Нет. Это — от того, чего подмешали в соке, который я выпил.*

В. О.: Вот я тебя спрошу еще раз. В детстве у тебя заикания, запинок не было? Звуки и буквы все выговаривал? К логопеду мать тебя не водила? — *Нет. Все выговаривал.* — Отчего у тебя немного сбивчивая, как бы спотыкающаяся речь? — *Нормальная речь. Это у меня второй язык, я еще говорю по-марийски.*

Вопрос психологу Маякину, который исследовал пациента: Вы указали, что не очень легко он совершал арифметические действия, но в то же время, легко ему давались действия с отрицательными величинами? О чем это говорит? — *Это свидетельствует, что он где-то учился... Это не каждый может.*

— От 100 можешь отнять по 7 так, чтобы ничего не осталось? — *Бегло? Бегло, наверное, ничего не получится, бегло.* — Почему? Давно не отнимал? Или сейчас чувствуешь, что голова не так еще хорошо работает, как раньше? — *Наверное, еще голова так не соображает, как раньше... Вроде не совсем еще легко...* — А вот при запоминании 10 слов — трудно запомнить, внутри тебе что-либо мешало? Или, может быть, отвлекло? — *Что-то может быть отвлекает... Голова еще не додумывает что-то... трудно еще внимание сосредоточить...* — А вот слова, которые мы говорим, речь сразу понимаешь? Или кажется непонятной, не сразу доходит ее смысл? — *Нет, речь мне сразу понятна.* — Так, Сталин кто такой? — *Это бывший вождь..., тиран, который погубил много народу.* — Когда он умер? — *После войны.* — А войну кто выиграл? — *Мы..., СССР, Россия выиграла.* — А кто Верховный Главнокомандующий был? — *Жуков* — Нет, Жуков не был Верховным Главнокомандующим. — *Тогда, Сталин.* — Да, Сталин. И полководец Жуков считал, что Сталин понимал в своем деле как Верховный Главнокомандующий. И его большая заслуга в нашей Победе. — *Нет, я так не считаю.* — Почему? — *Слишком много напрасных жертв.* — Значит ты считаешь, что Сталина простить все равно нельзя. А Гитлера? — *Гитлера, тем более.* — А что такое международный терроризм? Об этом сейчас говорят, или нет? — *Да, говорят. Взрывают везде. В Америке два небоскреба взорвали.* — А Бен Ладен — слышал такого? — *Это главный террорист.* — Ты веришь в это? — *Верю.* — В партии ты не был? Вспомнил, какая партия — комсомольская, пионерская? — *Просто, партия была.* — А как называлась она? (думает). КПСС — что такое? — *Коммунистическая партия Советского... Союза...* — А как начинался гимн? — *Союз нерушимый... Республик свободных... сплотила навеки Великая Русь...* — А вот про смысл жизни. Действительно, как ты говорил, что если бы все вспомнил, а смысла жизни — нет, то жить нельзя? А? — *По-моему, нельзя. Зачем тогда жить, если смысла жизни нет?* — Но все живут: колбасы побольше, машина, холодильник, пиво, позволяя себе все, что хочешь? — *Нет, смысл жизни не в этом. Когда все себе, это называется эгоизм... Когда все себе.* — У нас сейчас строй какой? За эгоизм или... за коммунизм? — *У кого как.* — А строй сейчас? Что нам говорят? — *Воруй, не попадайся.* — И еще раз. Все-таки ты отвечал, что ты не сумасшедший, не психически больной, а лечиться, мол, буду здесь, в психиатрической больнице. А я тебе говорил тогда, как же получается,

что мы — психиатры — лечим психически здоровых в психиатрической больнице? Тогда психиатры — сами сумасшедшие, так получается у тебя? Как ты на этот вопрос ответишь теперь? — *Ну, в какой-то мере все равно надо человеку помочь... вспомнить надо помочь.* — Как ты считаешь, что в беседе с тобой мы как бы помогаем тебе разрабатывать твою память, и это наша цель в беседе — чтобы ты побольше вспомнил? — *Да, когда я с кем-нибудь побольше поговорю и повспоминаю, то вспоминаю быстрее и больше... И вы мне помогаете...* — А мой совет тебе помнишь? — *Да. Что не перегружать себя, потому что и само все вспоминается.* — Трудно следовать такому совету? — *Да, трудно. Постоянно беспокойство, вспоминай, вспоминай!* — А есть такое стремление, чтобы вспомнить всю жизнь предшествующую, или нет? — *Есть. Есть такая цель.* — Но ведь это невозможно. Если начать вспоминать даже не всю жизнь, а хотя бы прошлый год, или месяц день за днем, то никто не вспомнит все. Обычно это люди не помнят. — *Ну, день за днем нет. Но все равно эти случаи, ситуации, которые носят там...*

В. О.: Еще вопросы к Михаилу?

— Михаил, а сейчас как ты понимаешь, в чем смысл жизни, какие у тебя планы на будущее? — *Домой поехать, работать и быть с семьей.* — А для чего ты сейчас будешь жить, как ты сам понимаешь? — *Для семьи... для себя как-то. Но в основном для семьи. Чтобы благоустроиться.* — Еще какие-то планы есть? — *Водопровод сделать, баню.*

— А ты не думал, что может в жизни такое еще повториться — где-то еще хватанешь и опять потеряешь память? — *Нет. Больше в Москву я не приеду (дружный смех в зале).* — Поэтому не поедешь, чтобы не нарваться на такую ситуацию? — *Да. И не только потому, что со мной случилась потеря памяти, а потому, что в Москве много преступности. Раньше вообще бывали случаи, слышал, что и “обували”, но всегда думал, что это с тобой не произойдет... А когда происходит, это уже другое совсем.* — То, что случилось с тобой, это серьезнее было, чем то, когда “обули”? — *Те, которых “обували”, они все помнили хотя бы.. И если б меня просто обобрали, то обобрали и обобрали, а тут лишили памяти...*

В. О.: Вот Михаил, мы тебя мучили вопросами, теперь ты задавай нам любые вопросы, пожалуйста. — *Отпустите меня домой сегодня!?* — Ну что же так торопиться? У тебя 1000 рублей всего на далекую дорогу? Мы сейчас посоветуемся, чтобы тебя отпустить.

— *Я сначала поеду к родным недалеко тут в Балашиху. А потом уже домой.* — Вот интересный вопрос к тебе. А если бы у человека был чип вживлен, как у собаки, например, то тогда бы не потерялись такие известные, и не надо было бы их показывать в программе “Жди меня”? Со спутника можно было бы их обнаружить в любой момент? — *...Нет... Все равно каждый человек должен чего-нибудь иметь для себя, чтобы другие не могли это знать.* — Ты верующий человек, православный? С точки зрения христианства это хорошо — ИИН, чип вживленный, — или нет? — *Я крещенный, православный. И все это — чип и ИИН — нехорошо.*

шо. И...это... трудный вопрос... — Есть еще вопросы, Михаил? — *Нет, больше ничего. Выпишите меня. Не беспокойтесь. До Балашихи я сто процентов доберусь. А оттуда позвоню домой, и меня встретят в Чебоксарах. Я уже хорошо знаю дорогу.* — Сейчас мы посоветуемся о выписке. Благодарим тебя за беседу и желаем, чтобы у тебя дома все было хорошо.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР СЛУЧАЯ

Врач-докладчик Е. В. Туманянц: Я считаю, что это — состояние человека с токсической энцефалопатией, с достаточно глубокой тотальной амнезией. Такая глубина поражения объясняется органическим поражением центральной нервной системы. Эта острая токсическая энцефалопатия, которая возникла на резидуально органическом фоне. Она, может быть, и не достигла бы такой глубины психопатологического поражения, если бы он преморбидно не был бы органиком, если бы у него, как у боксера, не было нокаутов и нокаутов. Возможно, настолько яркого проявления амнезии мы бы не увидели бы. Что касается психического статуса на высоте расстройства — при поступлении в нашу клинику, — то субфебрильная температура, сухость во рту, чувство жажды и адинамия (все-таки в первый день он больше лежал) — все это свидетельствует о превалировании чисто астенической симптоматики. Вполне возможно, что человек просто хотел, чтобы его оставили в покое, чтобы собраться с мыслями и каким-то образом определиться: кто он и что он, что с ним в этом месте будут делать. Тревожные компоненты всегда присутствуют, но доминирует, конечно, астеническая симптоматика. Она просто бросается в глаза. Но в дальнейшем, когда астеническая симптоматика начала уходить, и расстройства памяти стали отступать на второй план, мы видим особенности, которые можно трактовать по-разному; недостаточную эмоциональность, неяркость эмоциональных проявлений можно отнести и за счет культуральных особенностей этого народа — горных марийцев. У многих национальностей считается просто неприличным, невежливым так вот, например, по-армянски, проявлять свои чувства. Я не провожу здесь связи между этими симптомами и тем, что он не помнил себя. Я веду речь об особенностях эмоционального поведения, о том, как он держался в беседе. Это не отсутствие заинтересованности в беседе, как можно было бы подумать. Судя по его разговору, его ответам заинтересованность есть. Он заинтересован в том, чтобы ему помогли. Я не считаю это эмоциональной нивелировкой, а отношу за счет этнических культуральных и психологических особенностей. Итак, я полагаю, что это органик, и клинический подход к нему с самого начала был как к органику, включая ноотропы, которые сразу были назначены. Клинический диагноз? Я его сформулировала так: острая токсическая энцефалопатия...на резидуально органическом фоне. Психопатологический синдром — психоорганический с преимущественным нарушением памяти, в том числе и памяти о своей личности.

А. Р. Арсеньев (психиатр из Дубны): Если брать наиболее острый период, то это был синдром острой

бредовой деперсонализации. О его остроте свидетельствовали витальные симптомы и жалобы, включающие субфебрильную температуру, ощущение сухости во рту и жажды, неприятные ощущения в груди. Потихоньку острота состояния сошла. И сейчас мы видим гораздо менее глубокое расстройство, которое можно определить как диспсихобический синдром.

В. О.: Пожалуйста, поясните, что значит диспсихобия, ведь этот термин введен Анатолией Кузьмичем Ануфриевым для обозначения страха психического расстройства, а у нашего больного не было страха помешательства.

А. Р. Арсеньев: Да, он не боится сойти с ума, но все равно он чувствует несостоятельность собственного Я, собственного сознания, мучительное чувство в груди, которое он описывает, указывая на сердце, это состояние витальной тревоги. Если обратиться к анамнезу болезни, то это беспокойное детство, далее смена характера с леностью, идеями порчи. Это состояние потом ремитировало. Что касается органики, то каких-либо четких данных за тяжелую черепно-мозговую травму нет. Не было потери сознания при ударе по голове, он продолжал стрелять, то есть совершал сознательные действия.... Каких-нибудь данных за психоорганический синдром во время настоящей госпитализации нет. Головные боли по его описанию носят сенестопатический характер. Нет астенизации, нет жалоб, характерных для психоорганического синдрома. Он ригиден, стоек в убеждениях. Диагноз: шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма течения. Он перенес острый психоз, который сейчас обходится.

М. А. Арсеньева (студентка 6 курса Московского медицинского университета, член психиатрического кружка): настоящее психическое состояние, мне кажется, подходит под диспсихобический синдром. В отношении истории психического заболевания и его диагностики я согласна с А. Р. Арсеньевым. Для меня это очень трудный и сложный случай, и очень интересный.

М. М. Старостенков (зам. гл. врача по мед. части): По данным истории болезни и по жалобам больного в ситуации, в которой он оказался, надо ставить экзогенный диагноз. Статус: амнестический синдром присутствовал, но укладывать его в аффективно-бредовой синдром и ставить диагноз эндогенного заболевания некорректно. Я бы воздержался от диагноза шизофрении без катамнестических данных. Нет волевого снижения, больной не дезадаптирован. А как квалифицировать расстройство памяти и сформулировать диагноз? Я затрудняюсь, но полностью согласен с докладчиком — Еленой Владленовной. На первом месте экзогенно-органический диагноз. А “косметически” я бы оставил диагноз, сформулированный в истории болезни, — диссоциативная амнезия.

Б. Ю. Осипов (зав. дневным стационаром): Я — дежурный психиатр, который принимал пациента в нашу клинику. Начну с анамнеза. Он воспитан в семье с признаками эндогенности. Мать все время обращалась к каким-то бабкам, верила в порчу и снимала порчу. Мне кажется, что он был психически болен уже до поступ-

ления в нашу больницу, а это поступление как бы запустило эндогенный процесс, уже шедший ранее. Речь может идти о шизофрении из группы вялотекущих эндогенных заболеваний. Каких именно, сказать сейчас сложно: латентная ли шизофрения, или какая-то вялотекущая неврозоподобная шизофрения. Мне так кажется. Конечно, выставлять ему в историю болезни заключительный диагноз шизофрении сейчас нежелательно. Но данных за органическое заболевание нет. Мое мнение: здесь имеет место эндогенный шизофренический процесс.

В. О.: Если можно, приведите обоснование вашего диагноза. Почему Вы так думаете?

Б. Ю. Осипов. Нутром чувствую (дружный хохот в аудитории). Сам синдромальный диагноз я назвал бы псевдоамнестическим. Там амнезии как таковой не было, был разлад мышления, который внешне казался нарушением памяти... это и привело к диагностике экзогенно-органического расстройства. За органику непонятно что.

Е. В. Туманянц: Отравление Вы не допускаете? — *Нет, в отравлении я не сомневаюсь, отравление было. Но дело не в нем. Это не органическая амнезия, а псевдоамнезия. Потому что амнезия возникла резко без какой-то связующей внешней причины. Ведь в армии у него была более тяжелая ЧМТ, и если бы в армии после ЧМТ он дал такую картину, то можно было бы объяснить амнезию экзогенной причиной. А в этот раз ЧМТ не было, было умеренное по тяжести отравление, а после него наступило довольно грубое амнестическое расстройство. То есть причина, была слишком незначительная, чтобы вызвать столь грубое амнестическое расстройство... Вот так я полагаю.*

А. А. Шинкоренко (психиатр больницы): В Марий Эл есть существенные культуральные особенности. Распространены верования в порчу, христианская вера сочетается с верой в более древних языческих богов. Часто они лечатся не с помощью медицины, а травмами, заговорами. Кроме того, у них не принято открыто показывать свои чувства. Особенно у мальчиков. Это к его особенностям поведения в больнице. А амнестический синдром особенный: значимые факты он знает плохо, а малозначимые, наоборот, хорошо. Скорее всего, это психогенное расстройство. Синдром и диагноз? Нужно посмотреть по МКБ-10. Что-то вроде конверсионного расстройства.

В. О.: А как быть с основным расстройством — что он забыл самого себя — это имеет какие-то причинные связи с этнопсихологией марийцев, о которой Вы говорили, или нет? И к какой группе они принадлежат к угрофинской или какой-то иной?

А. А. Шинкоренко: Я не знаю. А причинная связь с амнезией — вряд ли.

А. Ф. Бахадиров (психиатр): Я склоняюсь к органике... К диагнозу, который сформулировала докладчица.

О. А. Шаравина (зав. наркологическим отделением): Данных за эндогенный процесс нет. Человек перенес острую токсическую энцефалопатию с амнестическими нарушениями.

Э. В. Чегодаева (*психиатр*): Я полностью поддерживаю докладчицу. Абсолютно исключить, что процесс в дальнейшем выльется в эндогенный, мы не можем, но на данном этапе выставлять эндогенный диагноз неэтично. А что делать теперь? В передачу “Жди меня” направить. И важно катamnестически его посмотреть, передать под наблюдение психиатра по месту жительства.

Н. М. Копышева (*психиатр*): У меня нет определенного мнения по этому случаю, он мне кажется очень редким и сложным. Сложен и сам амнестический симптомокомплекс.

В. Г. Остроглазов:

О состоянии проблемы

О расширенном ученом консилиуме психиатров под председательством проф. Краснова с участием центрального ТВ я уже упоминал. Там высказывались разные точки зрения. Проф. Полищук склонился к воздействию какого-то токсического фактора, избирательно повреждающего мозговые структуры, ответственные за эти мнестические функции. Наряду с этим, обосновывались мнения о психогенной природе этих расстройств, типа истерической амнезии, или диссоциированной амнезии, по МКБ-10-ВОЗ. Среди прочих была высказана и такая, что это — затяжные сумеречные состояния амбулаторного автоматизма или эпилептического транса, вроде тех, которые были описаны в старых учебниках психиатрии как бессознательные междугородние и международные поездки.

Однако, общим для всех этих диагностических заключений было единодушное мнение об экзогенной (экзогенно-органической, токсической или психогенной) природе этого расстройства. Тогда как, предположение о возможной эндогенной природе не звучало. Она исключалась в принципе, поскольку ученые считали, что по всем проявлениям это были экзогенного типа реакции. А недавно в подтверждение этой точки зрения проф. Полищук сообщил мне, что в монографии проф. Т. А. Доброхотовой о нейропсихиатрии разбираются похожие случаи “глобальной транзиторной амнезии” у больных с органическими поражениями тех структур мозга, которые ответственны за такого рода мнестические процессы.

Таково настоящее состояние проблемы аутоперсонамнезии по данным ученых психиатров Москвы и, можно сказать, России. Иное мнение, — что это известное психическое заболевание, да еще эндогенное — воспринимается как недоразумение.

Не случайно, и на нашей конференции круг диагностических заключений — точно такой же, как и на консилиуме московских ведущих психиатров: это — экзогенное психическое расстройство; экзогенно-органическое, токсикогенное или психогенное. Диагноз шизофрении выставлен всего двумя из присутствующих 24-х психиатров — Арсеньевым и Осиповым, и на их выступлениях я остановлюсь позже.

Вот на такой почти единодушной и твердой платформе мнений о безусловно экзогенной природе аутоперсонамнезии мы начинаем наш психопатологический разбор.

Проблема аутоперсонамнезии важна и с практической точки зрения, потому что частота таких случаев растет, а благодаря электронным СМИ она стала содержанием массового сознания с его предрассудками и страхами. В этой больнице за четверть века моей консультативной работы я не помню ни одного подобного случая, за исключением одного. Это было лет 25 назад. Показывают мне слабоумного, до недееспособности, дедушку, которого нашли на ж/д станции Дрезна, а он не знает, кто он такой. Моя консультация требовалась для оформления ему инвалидности 1-й группы и признания недееспособности. Я и теперь помню этого не очень древнего, низенького, опрятно одетого старичка. При осмотре я скоро увидел, что это псевдодеменция, и повернул расспрос соответствующим образом. Он расплакался и поведал печальную историю о своем дезертирстве с фронта в первые месяцы войны. Потом всю жизнь провел в подвале в деревне. И за 40 лет видел небо и звезды только ночью, когда вылезал во двор. Постепенно все родные умерли, а дальние родственники оставили его на ст. Дрезна. И он должен был притворяться, будто ничего не помнит, даже себя. Очевидно, что это была не истинная аутоперсонамнезия, а псевдодеменция с притворством. Теперь о настоящем случае.

Центральный феномен тут какой?

Забвение собственной личности, сознание ее потери, как он говорит. Мы видим, что здесь нет симуляции, и мы встретились с истинной аутоперсонамнезией. Довольно типичны и сходны диагнозы, которые в московской психиатрии выставляются в таких случаях, и которые обосновывались вами здесь: ретроградная амнезия, амнезия неясной этиологии, диссоциативная амнезия, по МКБ-10-ВОЗ, истерическая амнезия, амнезии экзогенно-органического происхождения, интоксикационного и т.п. Но все эти диагнозы амнезии ничего не говорят о ее содержании, которое фокусируется на собственной личности, и которое представляет собой центральный феномен.

Более того, и патопсихологи, которые проводят “экспериментально-психологическое исследование” таких неизвестных во всех клиниках, почти ничего не упоминают о главном феномене, за исключением субъективных жалоб пациента на то, что он забыл себя. Проверяется память: как пациент запоминает, вспоминает, есть ли астения; но ничего ни в тексте, ни в заключении нет о главном — аутоперсонамнезии. А между тем, настоящее “экспериментально-психологическое исследование” и заключалось бы в естественном эксперименте в отделении: как пациент восстанавливает содержание своей личности, как вспоминает и опознает на свидании собственную мать. Вместо этого психологи дают тест на запоминание 10 слов. Может быть, феномен аутоперсонамнезии они вытесняют как все непонятное и трудное? В результате, по тексту заключения невозможно догадаться, что речь идет об аутоперсонамнезии.

Среди обширного семейства разного рода амнезий в словарях и энциклопедиях нет соответствующего адекватного термина. Поэтому 4 года назад я предло-

жил новый термин — аутоперсонамнезия. Этот неологизм введен мною для того, чтобы обозначить сам предмет исследования как загадочный психопатологический феномен. Теперь, *о психическом статусе* на высоте этого расстройства. В нем центральное место занимает феномен аутоперсонамнезии. Но она парадоксальна. Обычно амнезия заключается в том, что человек что-то забыл и не помнит об этом; ему напоминают об этом другие. А Михаил “забыл” себя, но все время помнит и беспокоится, что забыл. У него неотвязное чувство пропажи, нехватки чего-то в собственном Я и постоянное обращение к собственному аутопсихическому миру — миру представлений и воспоминаний, из которых и складывается система, структура, которую мы называем личностью, или, по латыни, персоной. А это и есть деперсонализация. И у Михаила постоянное чувство мучительной внутренней измененности, он ощущает собственное обезличивание — “я никто”, “пустое место”, “жизнь пуста и бессмысленна”. Сосредоточиться трудно, голова работает не так. Это — деперсонализация. Если бы она была частичной — не было бы ощущения полной потери личности, а только чувство ее измененности, ощущение, что чего-то не хватает. А Михаил на высоте психического расстройства ощущал полную потерю своей личности. Поэтому ее правомерно рассматривать как тотальную деперсонализацию. Но в отличие от тотальной деперсонализации при парафрениях, когда пациент утверждает, что он не Иванов, а Наполеон, Будда, Магомед или Агасфер, здесь нет такой суперпозитивной структуры. Он просто говорит: я потерял себя, я — никто. Это представляет собой как бы негативную тотальную деперсонализацию, когда личность стерта, потому что недоступна памяти. Это можно расценить как преимущественно негативную сторону расстройства — диссоциации по Джексону.

Исключительность данного наблюдения заключается еще в том, что в нем мы имеем прямой признак, свидетельствующий о деперсонализационной структуре аутоперсонамнезии, — это пронизывающее ее дежавю — ощущение, будто все, что связано с потерей памяти о себе и происходит теперь с ним в психбольнице, он уже видел когда-то раньше во сне. Сюда относятся ситуации в отделении, например, с “суетой людей вокруг и медиками в белых халатах”. Михаил абсолютно убежден, что всю эту историю с потерей памяти о себе, лечением по этому поводу в психбольнице он “уже пережил раньше в сновидении”. Реальность сознания окружающего переживается как настоящее и одновременно как воспоминание того, что уже было им пережито когда-то во сне. Это так называемые “идентифицирующие псевдореминисценции” Крепелина или “двойственные воспоминания” Корсакова и др. Это расщепление реальности в самосознании и сознании окружающего представляет собой деперсонализацию-дереализацию. А убежденность в идее, — будто это уже было им пережито во сне, — которая переживается пациентом как истина, и не поддается переубеждению, может указывать, также, на бредовую структуру настоящего статуса.

Во-вторых, эта *деперсонализация не затрагивает ядро “Я”*.

Михаил четко говорит, что все время понимал, что “Я есть Я”. Но личность, как его зовут, чей он, откуда? — все это было недоступно ему. Все четыре формальных признака сознания “Я” по Ясперсу существенно не затронуты. Сюда относится сознание Я как противоположности окружающему миру; единства, неделимости и простоты Я в каждый отдельный момент; идентичности во времени (то есть это тот же Я — в детстве, юности, старости); и сознание активности Я (я бы сказал, инициативности Я). Моя психика принадлежит мне — это я сам: это я думаю, это я делаю, это я хочу. А не кто-то вместо меня.

Но вместе с тем, в норме “Я” и личность неразделимы. И хотя здесь центральное расстройство заключается в деперсонализации, все равно, затронуты, хоть и немного, и указанные признаки сознания “Я” по Ясперсу. Потому что нет полной свободы — он бы не хотел думать, а думается поневоле. Голова работает не так, как раньше, трудно сосредоточиться, соображать, трудно считать, трудно запоминать. Еще есть у него это расстройство процессуальное. Еще он не в своей тарелке.

Но “сознание экзистенции “Я” нарушено. В отличие от Ясперса, его 4-х признаков сознания “Я”, Курт Шнайдер добавил еще 5-й — сознание экзистенции, моего неповторимого существования. Карл Ясперс согласился с этим, но взял и включил этот 5-й критерий в один из своих 4-х формальных признаков в качестве подвида сознания активности “Я”. Но посмотрим, что из этого получается. Возьмем, к примеру, “чувство моего неповторимого бытия” применительно к Михаилу: какое же у него неповторимое бытие, Я-экзистенция, когда он ощущает, что он никто, пустое место; если я не вспомню себя, то я недееспособен, жизнь такая не нужна, ибо не имеет смысла? Следовательно, сознание экзистенции нарушено радикальным образом. Но при этом сознание активности у него не нарушено. И он хорошо понимает происходящее. Даже понимает суть нашей процедуры. Поэтому, у него нарушено сознание экзистенции, которое не совпадает ни с одним из 4 признаков сознания “Я” по Ясперсу, а должно оставаться самостоятельным — пятым — признаком сознания “Я”, который нарушается именно при аутоперсонамнезии. И здесь я поддерживаю, скорее, Курта Шнайдера, а не Карла Ясперса.

И еще обращаю ваше внимание на сознание экзистенции у нашего пациента. Он на 40 % только вспомнил, и вдруг этот как бы примитивный человек, напоминающий конституционально глупых психопатов Ганнушкина, производящий впечатление весьма недалекого (а в первые дни — пациента, способного выполнять лишь самые элементарные инструкции), в нашей беседе открывает весьма сложную психическую структуру: он глубоко понимает смысл происходящего вокруг него, что ему надо собственную личность вспомнить; его отчаяние, если он не вспомнит, — вот до чего доходит. И более того: ну что ему, если только он вспомнит все? — Ему еще необходим как воздух

“смысл жизни”! Вот какая развитая человеческая психическая структура у него, какие пиры справляются за этими почти глухими ставнями. И смысл жизни у него не только в том, чтобы содержать семью, дом, детей вырастить, а дальше еще — делать добро другим. И для чего? — Что б не только при жизни, но и после нее о тебе доброе слово сказали, чтобы о себе добрую память оставить. Этот кантовский “моральный закон внутри нас” у него достаточно развит и соответствует его социальному положению крестьянско-го труженика.

Теперь еще о центральном феномене. По моему мнению, *аутоперсонамнезия входит в структуру деперсонализационного синдрома*. А расстройства памяти в этом синдроме своеобразные. Во-первых, он помнит постоянно, что забыл, и постоянно вспоминает. Во-вторых, он помнит, что там, за чертой памяти что-то есть, словно за “стеной”, за “дверью”, но он никак не может туда проникнуть своей памятью, чтобы вновь узнать это. (Поневоле, приходит на ум ассоциация с красивой платоновской теорией постижения знаний как анамнезиса, то есть припоминания того, что уже существует вечно в виде абсолютных идей). У нашего пациента также все это не пропало вместе с памятью, но лежит где-то втуне, “за дверью” и пока что недоступно. Поэтому у него имеется нарушение именно процесса воспоминания, которое имитирует собственные расстройства памяти. В отношении таких случаев Курт Шнайдер заметил, что нарушения воспоминания при шизофрении бывают иногда настолько резко выражены, что имитируют амнезию, но в действительности остаются всего лишь нарушениями воспоминания. Но *почему деперсонализация выступает как расстройство памяти?* — А потому, что в отличие от сознания “Я”, сознание собственной личности опирается на воспоминания всей ее истории. В этой связи, ссылаясь на французских исследователей (Рише, Рэмона, Жанэ и др.), Артур Кронфельд подчеркнул, что самовосприятие личности определяется “воспоминанием того, чем мы были”, то есть следами всего пережитого прежнего развития, а деперсонализация может приводить к нарушению этих воспоминаний. Он же привел описания 2-х молодых женщин с эпилепсией, которые в ауре испытывали расстройства ориентировки в собственной личности вплоть до ощущения ее полного забвения и потери. Вот почему процесс деперсонализации при определенной его глубине выступает в виде полной утраты памяти о собственной личности и ее истории, биографии. И вот почему аналогичные феномены наблюдаются также при так называемом гипнозе с внушением полного отрешения от собственной личности. Рише сообщает, что “загипнотизированные и подчиненные известным внушениям больные забывают, кто они, забывают о своем возрасте, о своей одежде, о поле, об общественном положении, национальности и даже о месте и времени их проживания. Все эти данные полностью исчезают из их памяти”. Разве это не почти точная картина аутоперсонамнезии у нашего Михаила? Эти наблюдения почти вековой давности, кстати, указывают, что феномен ауто-

персонамнезии — не новый, и встречается также и у женщин; и может представлять собой функциональный, психогенный симптом.

Теперь *о сознании “Я” и его реакциях*. При тяжелых потрясениях “Я” представляет собой как бы последнюю крепость. И когда человек при невыносимых потрясениях, например, отступает, то нарушается внешнее сознание, человек не помнит, расстраивается сознание собственной личности, но сознание “Я” остается до конца. Если же и оно исчезает, то тогда больше нет ничего — ни личности, ни ума, ни памяти — полная диссолюция, и если необратимая, то это тотальная предельная деменция, приближающаяся к так называемой бодрствующей коме. Но у нашего пациента нет нарушений памяти, нет деменции, а есть деперсонализационный синдром с расстройством воспоминания и ужасающей фобией, будто он потерял себя как личность навсегда и никогда больше не вспомнит. Я имею в виду острый период.

Фобия потери личности или бред? Как же эту фобию понять? Я считаю, что это более глубокое психопатологическое расстройство — бред, бредовая идея, заключающаяся в том, что он потерял память о себе как личности. Вчувствоваться в нее невозможно, как и в любой первичный бред. Эта идея невыводима. Она возникла для него совершенно неожиданно как гром среди ясного неба. Отчего человек, которого отравили чем-то вроде клофелина, забыл себя? Обычно жертвы таких преступных отравлений засыпают, приходят в себя где-то на улице, сразу же осознают себя и постепенно вспоминают, что с ними случилось. А наш пациент вдруг обнаруживает в своем внутреннем мире, что там, где была его личность с ее именем, неповторимой историей, семейным и социальным окружением, там — теперь “пусто”! А он — “никто”! И сразу помимо этого чувства собственной личностной измененности (до потери личности!) у него возникает расщепление внутри собственного “Я”: его собственная личность, бывшая ему такой близкой, что сливалась нераздельно с ним, как с субъектом, стала для него неопознанным объектом где-то за “стеной”, который, он твердо знает, был, и который теперь надо найти и обрести снова. Иначе “незачем жить”. Чрезмерная рефлексия, поразительная, напряженный самоанализ, самоконтроль. Он не может от этого отключиться и постоянно наблюдает за своим внутренним миром, постоянно сопоставляет его с тем, что, ему кажется, должно было быть. Он снова пытается вспомнить, обрести и усвоить собственную жизнь как личности, войти в ее курс — это процесс реперсонализации — стремление второй раз войти в реку — второй раз стать прежней личностью путем воспоминаний.

Как я говорил, идея полного забвения собственной личности представляет собой бредовое ядро синдрома, недоступное вчувствованию. И здесь возникает расщепление сознания себя на две структуры, как бы на два Я: одно Я вспоминает, а другое представляет собой объект, за которым скрывается собственная личность, которую надо вспомнить. Еще обратите внимание, как он осуществляет этот процесс. Вот в нем должна прие-

хоть мать. И человек, потерявший память о своей личности, полагает: вот увижу мать, может быть, вспомню. А наш пациент? Он заранее знает, что он ее не помнит. А почему? — А потому, что, когда он обращается к воспоминанию образа матери, внутреннему представлению ее образа, то внутри он обнаруживает, что там его нет — там “пустое место”. Там ее нет — в точности так же, как однажды он обнаружил, что не помнит себя — там тоже было “пусто”. И это не случайно для такой аутоперсонамнезии, поскольку в основе ее лежит тотальная деперсонализация — обезличивание. А фигура матери, образ матери представляет собой существенную часть личности. Персонализация ребенка (термин Ясперса) начинается именно с матери. Поэтому, можно сказать, что ее образ имеет фундаментальное значение в персонализации. Вот почему, когда приезжает мать, он ведет себя словно посторонний человек. И это не потому, что он — скупой в эмоциональных проявлениях черемис или мариец. — Он “не знает” ее. Но не знает не так, как человек с агнозией, например, с прозопагнозией — агнозией на лица. В отличие от последнего неврологического расстройства, к которому нет критики, он парадоксально, так сказать, “знает, что не знает” матери. Поэтому, при свидании с ней он ведет себя вначале как посторонний человек. Но как дальше поступать, проблему же он осознает? Его спрашивают, ну, мать ли это? А он — “наверное, мать, она сказала...”. А дальше: “Она похожа на меня...”. Обратите на это внимание — ведь точно такой же ход его мысли и с сыном. Сын еще далеко, я спрашиваю Михаила: “Ты сына узнаешь, при встрече?”. И первое, что он мне говорит, — ну, должен как бы узнать. — А как? — “По сходству с собой”. Что это такое? Представьте, человек, который забыл сына или дочь, думает: встречу, может быть, вспомню, узнаю в лицо. — А он? — “По сходству с собой.”. То есть действует псевдорационально, формально объективно как следователь при опознании. К примеру, вот человек, который возможно отец, а вот — другой человек, который может быть сын первого. Вопрос: может ли быть этот человек отцом — похож или не похож? Точно так и Михаил действовал, узнавая себя даже. Ему милиционеры показывают его личный паспорт, а он говорит: не исключено, что это я, во-первых милиция говорит, что это я, а кроме того, фотография в паспорте похожа на меня. — Вот как он действует! Кто так будет действовать? Только человек, который вступает в противоречие с действительностью, и который действует как объективный следователь и в отношении своей личности, и в отношении своих близких. Поскольку приходится считать, что аутоперсонамнезия есть (не притворство же это?), то все остальное выглядит как невероятно глубокая критика: и правильно, что в психбольницу поместили, и что тут психиатры решают, как восстановить мою память о себе, иначе я останусь недееспособным. И эта удивляющая критика — с первого дня. В целом, так ведут себя только пациенты с шизофреническим бредом.

Перед тем как еще сказать о бреде, разберем *выход из экзогенного сопора в аутоперсонамнезию*, поскольку

ознание окружающего мира восстановилось, а сознание собственной личности почему-то, нет. Кто терял сознание, тот знает, что первым, когда человек приходит в себя (заметьте, в себя!), пробуждается сознание своей личности, нет даже вопросов, что “Я это Я”. Но, где я, как я сюда попал, что случилось и что происходит? — В этих вопросах наступает только постепенное прояснение. Так и в отношении ретроградной амнезии — человек отправляется от какого-то пункта в своей памяти и последовательно вспоминая, подбирается к тому моменту, когда он потерял сознание. И если мозговое поражение не тяжелое, то антероградной амнезии вообще нет. А у Михаила что? — Первое, когда он пришел в себя (дело в том, что “в себя”-то он полностью как раз и не пришел, точнее, пришел, но не полностью), то при первом вопросе милиционера, кто он такой, вдруг обнаружил, что не знает, или не помнит, кто он такой — обратившись внутрь самосознания, он обнаружил там вместо своей личности “пустое место”. И здесь, надо сказать, началась тотальная деперсонализация, бредовое состояние. Но до этого, когда он в результате отравления чем-то вроде клофелина потерял сознание, у него был сопор, когда он на лавке в электричке спал, у него было помрачение сознания по экзогенно-органическому типу, с выключением сознания, сопором, с последующей конградной амнезией. Но из этого экзогенно-органического помрачения сознания полностью он не вышел, не восстановился. Не прояснилось полностью сознание. А у него включилось другое — деперсонализация. Можно ли объяснить эту деперсонализацию, эту аутоперсонамнезию экзогенной реакцией в смысле Карла Бонгеффера — экзогенно-органическим, токсическим воздействием на мозг? — Нет. Скольким людям наркоз дают и глубокий, какие выключения сознания мы наблюдаем в реанимационной клинике — в коме лежат по 5 дней, по 10 и больше. Но потом человек придет в себя и вспоминает довольно быстро. А себя-то как зовут? — сразу при прояснении сознания. Это исключительная редкость, чтобы какие-то интоксикации нейротропными средствами вызывали аутоперсонамнезию. Поэтому некоторые ученые московских Институтов психиатрии говорят, что это необычное состояние вызывается, скорее всего, какими-то новыми нейротропными препаратами.

Но обратите внимание еще на одну психопатологическую особенность аутоперсонамнезии: не только то, что Михаил “помнит, что не помнит себя”; но и насколько это психологически филигранно очерченная амнезия. Когда мозг подвергается грубому экзогенно-органическому воздействию, такой аутоперсонамнезии быть не может. У него все навыки сохранены, он хорошо ориентируется в сложной смысловой ситуации в милиции, в психиатрической клинике, но при этом он не помнит, кто он, и не помнит своей биографии, и лишь постепенно вспоминает. При экзогенно-органических структурных поражениях мозга такого просто не бывает и не может быть. Очевидно, мы имеем дело с функциональным психопатологическим расстройством.

А в анамнезе? — Метаморфозы дежавю и деперсонализации. Уже с раннего детства и до настоящего времени повторяются эпизоды деперсонализации-дереализации в виде т.н. дежавю и вещих снов. В том числе *deja reveu* — дежавю с чувством предвосхищения: он знает, что кто-то сейчас войдет и скажет свои слова, и действительно, этот человек входит и говорит в точности слово в слово. Ему с детства снятся вещие сны, а это тоже из ряда дежавю, потому что человек переживающий “уже виденное” поневоле вспоминает, когда же это было, и ему кажется, что он вспомнил сновидение. Но такого сновидения, конечно же, не было, ибо невозможно видеть сон, который в точности провидит будущее, для этого надо верить в чудо. Поэтому, “вещий сон” не что иное, как ложное воспоминание, которое лежит в основе феномена дежавю.

Вместе с тем, он рос в меру общительным мальчиком, драчуном, мог постоять за себя. Себя характеризует как правдолюба. Но в целом, в подростковом возрасте каких-либо выраженных психопатических черт не наблюдалось — он был социально хорошо адаптирован и учился отлично.

— *“Периодическая лень” Анфимова...*

Итак, болезнь как процесс началась с раннего детства — с зарниц повторяющихся эпизодов деперсонализации-дереализации и поначалу не приводила к расстройствам поведения, социальной и школьной дезадаптации. Но, как известно из детской психиатрии, обострение процесса нередко приходится на пубертатный возраст. И действительно, с 12 до 16 лет (с 5 по 9 класс) мы видим более ясные проявления болезни в виде спонтанного, немотивированного сдвига в жизненном настроении и поведении — затяжное состояние апатии, лени с резким спадом успеваемости с пятерок на тройки. А ведь это был разумный, трудолюбивый крестьянский мальчик. Он продолжал аккуратно посещать школу. На него это было так непохоже, словно навели порчу. Мать неоднократно водила его к бабке снимать порчу, но это помогало недостаточно, пока через 4 года это состояние не обошлось само по себе.

Что это было? Из личности его это никак не вытекало. Экзогенно это никак не объяснишь. Это — эндогенное расстройство, описанное в самом конце XIX века русским психиатром Анфимовым как “периодическая лень” школьников. Но это была не аффективная патология, а деперсонализационное расстройство — *с патологическими идеями порчи*. В психопатологии эти идеи порчи — всегда вторичные, интерпретативные — возникают тогда, когда личность ощущает собственную психическую измененность — то есть деперсонализацию. В данном случае эта деперсонализация первична, она возникла не как объяснительная идея, а непосредственно из процесса. Этот стертый эндогенно возникший приступ так же спонтанно обошелся через 4 года. А процесс ремитировал почти к прежнему — латентному — уровню эпизодических проявлений деперсонализации (типа дежавю, “вещих снов” и “состояний предвосхищения”), с удовлетворительной социальной, учебной реадaptацией. Но появилось и нечто

новое, привнесенное болезнью в мировоззрение, — вера в свои сверхестественные способности предвосхищения, чтения мыслей, телепатического приема далеких событий или предсказания их по сновидениям. Возникла как бы “вторая жизнь”, которая пробивалась порой как весть из иного мира, и к которой он относился серьезно и прислушивался как к сенсации при каждом ее появлении. В этот аутистический мистический мир он не пускал никого. И на мои вопросы о нем отвечал отрицательно, категорически не желая раскрывать его перед врачом. И только после установления с ним личного доверительного контакта он приоткрыл этот мир, да и то после колебаний, спрашивая: а Вам это действительно нужно? И приходится полагать, что Михаил открыл нам не все. Это — не что иное как шизоидный сдвиг с интроверсией.

Но в целом, тогда Михаил был почти здоров. Уровень его т.н. практического здоровья был таков, что он прошел военную медицинскую комиссию и был призван матросом в морскую пехоту.

Попутно следует подчеркнуть, что во всех психопатологических проявлениях, начиная с раннего детства, *деперсонализация представляет собой сквозное расстройство*, пусть не в виде непрерывной, а прерывистой линии с отрезками разной длительности — от минут и часов до 4 лет. Более того, как мы установили при анализе психического статуса, деперсонализация-дереализация в виде дежавю включена в его структуру даже сейчас: как будто все, что было и происходит с ним в психбольнице, он уже видел когда-то раньше во сне. Отдельные эпизоды в отделении, например, с сумасшедшими и медиками в белых халатах он уже видел во сне. Он убежден в этом, как убежден и в том, что всю эту ситуацию с потерей памяти о себе, лечением по этому поводу в психбольнице, он “уже пережил раньше в сновидении”. И то, что связано с “черепно-мозговой травмой в армии”, он также “уже видел во сне”.

Интракраниальные мучительные ощущения с того времени — это типичные расстройства общего чувства — сенестопатии. И основа его деперсонализационного состояния тоже витальная, витально-тревожная. Это — прямые процессуальные признаки, признаки эндогенного процесса.

О латентной шизофрении и дифференциальной диагностике.

Указанных вех достаточно, чтобы определить стереотип эндогенного процесса, характерный для шизофрении, проявляющейся преимущественно на непсихотическом уровне и скрытой от врачей, включая психиатров, — то есть, латентной шизофрении. Но она не только скрытая. Я ее называю ларвированной, потому что она выступает под маской иных заболеваний и психических расстройств. Например, то патологическое состояние, с которым он госпитализирован в нашу больницу. Ведь нам же всем ясно, что это психиатрическое расстройство; мы же не переводим его в неврологию или токсикологию. Но только расходимся в нозологической диагностике. Вы — подавляющее большинство психиатров, включая докладчицу, считаете, что это — экзогенно-органическое, токсическое, до

энцефалопатии, психическое расстройство на фоне резидуального органического поражения головного мозга. Поэтому необходимо остановиться на принципах дифференциально-диагностической тактики в таких случаях.

Итак, стереотип развития этой давней болезни свидетельствует о стертом, латентном течении эндогенного шизофренического процесса. Этот диагноз устанавливается прямым путем, а не путем исключения иных, экзогенных психических заболеваний. С тех пор как в научной психиатрии были оставлены бессмысленные попытки доказать экзогенную — токсикогенную, инфекционную, вирусную и т.п. — этиологию шизофрении, стала понятна невозможность вызвать ее каким бы то ни было экзогенным воздействием. С этого времени теоретически стала правомерной прямая положительная (а не путем исключений всего иного) диагностика шизофрении, независимо от наличия или отсутствия сопутствующих экзогенно-органических поражений. Так и в нашем случае, диагноз латентной шизофрении устанавливается независимо от того, есть или нет еще и экзогенно-органическое поражение мозга.

Теперь, с этой точки зрения рассмотрим возможность аутоперсонамнезии как экзогенно-органического психического расстройства. В истории болезни и в ваших выступлениях, начиная с докладчицы, самый частый диагноз — “острая токсическая энцефалопатия на фоне резидуально-органического поражения мозга”, — обосновывается субъективными анамнестическими данными о занятиях боксом с возможными нокаутами, о якобы перенесенной в армии ЧМТ с диагнозом “контузия с ликвореей из правого уха”, и настоящим острым отравлением неустановленным нейротропным веществом, якобы вызвавшим “острую энцефалопатию с психоорганическим синдромом” в виде потери памяти о себе и о собственной биографии.

Однако, это исключается объективными данными. Во-первых, по данным свидетельства о болезни № 100 военного госпиталя и Постановления военно-врачебной экспертной комиссии, в период службы в армии Михаил получил травму правой барабанной перепонки с ее перфорацией, последующим гнойным эпитимпанитом со стойким снижением слуха на правое ухо до степени восприятия разговорной речи на расстоянии до 1 м. от ушной раковины. Именно из-за этой болезни (а не ЧМТ с контузией головного мозга и ликвореей) он лечился в госпитале 7 дней, был признан негодным к военной службе в мирное время и уволен из Вооруженных сил. Конечно, ни о какой “контузии головного мозга с ликвореей”, ни вообще о ЧМТ не было и речи. Ведь, ушная ликворея наблюдается обычно при тяжелых ЧМТ с переломом пирамиды височной кости. А у него на прицельных рентгенограммах височных костей по Шуллеру “костно-деструктивных изменений не выявлено”. Во-вторых, никаких патологических симптомов в неврологическом статусе не было.

По сведениям от самого Михаила, на третьем месяце службы в морской пехоте при задержании преступника он получил удар дубинкой по голове, но у него не

было выключения сознания, а только оглушение — падая, он продолжал стрелять в преступника из автомата Калашникова и увидел, что поразил его.

Кроме военных документов, это подтверждается, также данными направления на ВТЭК и выписки из и/б Кочаркинской ЦРБ, где он лечился после демобилизации дважды в ЛОР-отделении и один раз в неврологическом с диагнозами: подострый посттравматический гнойный эпитимпанит справа с тугоухостью; вторичный неврит 8-го нерва (п.а.с.usticus) справа. Был выписан с улучшением и с рекомендацией обследования у сурдолога для решения вопроса о дальнейшей службе в Российской Армии.

Таким образом, по данным медицинских документов, и военных и гражданских, какого-либо органического мозгового поражения у Михаила не было ни при увольнении его из Вооруженных сил, ни после него во время 3-х стационарных курсов лечения в ЛОР- и неврологическом отделениях.

Далее. Действительно, перед настоящей госпитализацией он перенес острое отравление каким-то нейротропным, но не наркотическим препаратом: по результатам исследования биологических сред методом иммунополяризационной флюориметрии наличие опитатов, барбитуратов, каннабиноидов, метамфетаминов, метадона, кокаина, марихуаны, бензодиазепинов, а также этанола было исключено. Скорее всего, это был клофелин, обычно применяющийся при подобных преступлениях, и который при выходе из сопора не оставляет необратимых поражений мозга. А деперсонализация с аутоперсонамнезией, хотя и возникла после этого отравления, но имела совершенно иную — не экзогенную — природу: *post hoc non propter hoc*.

Итак, никаких оснований для предположения “острой токсически-дизметаболической энцефалопатии с амнестическим синдромом на резидуальном органическом фоне” как результате якобы перенесенной в армии ЧМТ с ликвореей и контузией головного мозга нет. Вместе с тем, выявленные неврологом отдельные (нечеткие) неврологические симптомы “легкой анизорефлексии с рук, чуть больше справа”, снижения фото-реакций OD = OS с анизокорией OD > OS, и также функциональные расстройства в биотоках мозга (уплотненный тип ЭЭГ с асимметрией основного ритма, регулярная регистрация в лобно-височных отделах слева комплексов острая-медленная волна, полиспайков, полиспайк-волна; при пробе с гипервентиляцией — появление пароксизмальной синусоидальной заостренной тета-активности справа) на 14 сутки после отравления, по-видимому, отражают отчасти функциональные, обратимые расстройства, а отчасти — стойкие, необратимые резидуально-органические нарушения вследствие какой-то перенесенной в прошлом экзогенной вредности. В этом смысле занятия боксом (без сотрясений головного мозга) и умеренная алкоголизация в анамнезе вряд ли могли привести к таким стойким нарушениям. Следовательно генез резидуально-органического поражения ц.н.с. остается неясным, и эти вопросы об органически неполноценной почве в понимании С. Г. Жислина подлежат уточнению. Что касается ост-

рого отравления клофелином с помрачением сознания, достигавшим глубины сопора, то такие интоксикации обычно заканчиваются выздоровлением.

И с психопатологической точки зрения, как я отмечал в статусе, такая психологически филигранно очерченная амнезия, как аутоперсонамнезия, при структурных поражениях мозга совершенно не характерна. Если в процессе необратимого экзогенно-органического поражения мозга человек настолько теряет память, что забывает даже себя, то это состояние определяется амнестической деменцией с корсаковским синдромом. А у нашего пациента никакого снижения уровня интеллекта, никакого дементирующего процесса нет. Это подтверждает в своем динамическом исследовании патопсихолог Маякин. Астенические расстройства переходящи, они быстро уходят. Очевидно, мы имеем дело с функциональным психопатологическим расстройством.

Шизофрения — латентная, а приступ — психотический?

Следующий вопрос, который мы должны рассмотреть: если это латентная шизофрения с присущим ей стереотипом течения на непсихотическом уровне, то как понять “незаконное” возникновение психотического приступа с аутоперсонамнезией? Этот приступ возник сразу после острого сочетанного (интоксикационного + психореактивного) стресса? Это, во-первых, психогенный стресс: он, глава крестьянской семьи, едет на заработки, и вдруг — крах этих планов, ограбили, отравили, да еще в сумасшедший дом попал, и все это с сознанием собственной неосторожности и вины. И только теперь он делает вывод из этого урока — больше в Москву на заработки не поедет никогда. Во-вторых, одновременно токсический стресс — острая нейроинтоксикация с помрачением сознания до сопора. У всех ли больных шизофренией это вызывает аутоперсонамнезию? — Нет.

Гипотеза патокинеза.

Как показали мои исследования, аутоперсонамнезия возникает у больных шизофренией, а именно у больных латентной шизофренией, и то далеко не у всех. Каков же патокинез этой аутоперсонамнезии? Он может быть представлен моделью взаимодействия внутренних (эндогенных) и внешних факторов. Внешний фактор — экзогенное стрессовое воздействие, чаще всего сочетанное — нейроинтоксикационное и психореактивное — в нашем случае факт. Оно включило неизбежные при таком воздействии экзогенные реакции помрачения сознания с сопором, последующей конградной и ретроградной амнезией, диапазон которой уменьшается при прояснении сознания. Причинно-следственные связи при таких экзогенных реакциях понятные, прямые и необходимые, как наступление сопора при даче наркоза. А вот при выходе из этой экзогенного типа реакции в процессе прояснения сознания причинно-следственные связи значительно усложняются. Они проявляются той филигранной фиксацией амнезии, которая выражается изолированной блокадой и торможением воспоминаний о собственной личности, по-видимому, также и за счет того вкла-

да, который вносится включением защитных психодинамических механизмов. Так формируется загадочная аутоперсонамнезия. Ее защитная психодинамическая функция заключается, образно говоря, в двух приемах: во-первых, она может набрасывать покров забвения на само несчастное событие, во-вторых, разъединять непроницаемой “стеной” происшедшее несчастье и личность, которая куда-то спряталась так, что некому и переживать. В обоих случаях эти приемы защищают от реакции горя, которое трудно перенести.

Почему же далеко не все страдающие латентной шизофренией реагируют аутоперсонамнезией на такой сочетанный стресс? — Потому что необходимо еще определенное предрасположение. Оно заключается в слабости процессов персонализации по Ясперсу, или — по Лейнгу — слабости первичной онтологической защиты. По Лейнгу — одному из талантливейших создателей западной антипсихиатрии, — “у человека должно быть ощущение своего присутствия в мире как реальной живой, целостной и, во временном смысле, непрерывной личности... Это — первичная онтологическая защищенность при всех социальных, этических, духовных, биологических превратностях жизни — непоколебимая уверенность в своей собственной реальности и идентичности...”. При отсутствии или слабости этой защищенности даже повседневные превратности жизни представляют постоянную угрозу личности. И “если целостность индивидуального бытия не может быть защищена при воздействии стресса, индивидуум сужает линии защиты до тех пор, пока не удаляется в главную цитадель. Он готов отказаться от всего, за исключением своего Я”. Это — то, что осталось от нашего Михаила в остром периоде аутоперсонамнезии.

Аутоперсонамнезия как дежавю.

Патопсихологическая и психопатологическая динамика, выявленная мной в исследованиях аутоперсонамнезии, установлена и в данном наблюдении. У Михаила с детства наблюдались проявления слабости процессов персонализации или личностной идентификации. В чем они проявлялись клинически? — Это часто возникающие эпизоды деперсонализации. А у него — это повторяющиеся с малых лет и до настоящего времени эпизоды деперсонализации-дереализации в виде дежавю, феноменов предвосхищения, так называемых вещей снов; в пубертатном периоде четырехлетний приступ “периодической лени” с апатией и такой деперсонализацией, которая и его мать, и им самим воспринималась как “порча”; сверхценная зависимость личности от потребности смысла жизни, без которого сама жизнь может быть не признана и не нужна. Наконец, настоящее многослойное состояние деперсонализации-дереализации в форме дежавю, будто всю эту драматическую историю с потерей памяти о себе и лечением в психбольнице он “уже видел раньше во сне”. Это — так называемые “двойные восприятия” Енсена или “двойственные воспоминания” других авторов, включая С. С. Корсакова.

Во всех этих психопатологических эпизодах и состояниях деперсонализация представляет как бы

сквозное расстройство. Это — первое и единственное пока наблюдение настоящей аутоперсонамнезии как дежавю имеет исключительное эвристическое значение: оно является еще одним, прямым доказательством, что в основе аутоперсонамнезии лежит деперсонализация, а не собственное расстройство памяти. Вот и ответ на главный вопрос нашего клинического разбора: расстройство памяти или деперсонализация.

Итак, данное редкое по своей феноменологической чистоте наблюдение подтверждает сформулированную мной в 2004 году гипотезу патокинеза аутоперсонамнезии, включающего взаимодействие следующих факторов: 1) течение латентного шизофренического процесса, возникшего задолго до манифестации аутоперсонамнезии; 2) острое воздействие экзогенного патогенного фактора, включающего интоксикацию нейротропными веществами с помрачением сознания и шоковую психогению; и 3) предрасположение к реакции аутоперсонамнезией, которое может быть определено некоторыми чертами деперсонализации, или слабости персонализации (по Ясперу), и личностной аутоидентификации, или слабостью первичной онтологической защиты (по Лейнгу). Таким образом, моя гипотеза не только объясняет патокинез аутоперсонамнезии, она оказалась и прогностичной.

Но почему этого не было лет 10 назад? Я считаю, что было, но редко. А за последнее десятилетие стало довольно частым: в МОПБ № 8 — 2 случая, в МОПБ № 5 — 4, в Московской ПБ № 7 — больше ста. Почему?

Аутоперсонамнезия — отражение духа времени.

Это — отчуждение, деперсонализация, мода на всякую фантастику, распад традиционного религиозного сознания, замена его мировоззрением ньюэйдж с его сексомагией, наркотическими субкультурами и оккультизмом. Сейчас кого ни спроси, — даже умственно отсталого подростка напрямую, — а есть ли у тебя дежавю? — Почти все знают, что это — “повторы”. Знают и реинкарнацию. Если раньше, в середине XX века, например, мы знали только капитана Немо — “Никто” у Жюль Верна. Хотя Немо, в действительности, не забыл себя, а только хотел остаться инкогнито. То теперь, — дежавю — одно из самых расхожих слов, а самая излюбленная ситуация в массовой культуре — герой или героиня, забывшие себя, но проживающие драматическую жизнь. Это и “манкурты” в романе Чингиза Айтматова. Эта идея носится в воздухе, окруженная мистическим туманом, а телевидение с его шоу типа “Жди меня” делает этот сюжет частью массового сознания. В это вносят свой вклад и наши ученые психиатры, рассуждая о новой загадке. А раз появился “призрак и бродит по Европе”, по миру бродит, раз есть идея, любая, она может быть подхвачена бредом как его содержание.

Как я уже упоминал, при аутоперсонамнезии играют роль и психодинамические механизмы психологической защиты. Сегодня прямо их высветить нам не удалось, хотя Михаил помнил о факте его спавания и отравления. Но в других моих наблюдениях аутоперсо-

намнезии эти механизмы были очевидны. И такие пациенты говорили, что они не помнят себя и что с ними случилось, но им это и страшно и не хочется вспоминать, поскольку там скрыто что-то ужасное и непереносимое. Но эти психодинамические механизмы вторичны, первична процессуальная деперсонализация.

И в *заключение* я хотел бы ответить на вопросы коллег... Если нет вопросов, то просто скажу, что моя диагностическая точка зрения встречается учеными психиатрами как лишенная вероятности. А из 24 коллег здесь лишь психиатры Осипов и Арсеньев высказались за диагноз шизофрении. Это конечно, исключение, но оно подает надежду.

Хотя можно даже сказать, что и доктор Арсеньев не в счет, поскольку он объявил себя (в интернете) моим учеником. Все же мне придется возразить ему по форме течения, ибо это — не приступообразно-прогредиентная шизофрения. Потому что форма определяется стереотипом течения патологического процесса, который в свою очередь определяется патогенезом, его эндогенными механизмами. А здесь — единственный психотический приступ, который был спровоцирован острым сочетанным стрессом. И если б не было этого мощного стресса, то у нас не было бы никаких оснований допускать, что такой приступ возник эндогенно. А состояние оставалось стабильным и таким, что кто-то из психиатров полагал бы, что это просто черемис с его этнопсихологическими особенностями, другие, к которым и я принадлежу, диагностировали бы у него латентную шизофрению или — по МКБ-10-ВОЗ — шизотипическое расстройство.

Остается, таким образом, один психиатр Осипов, с диагнозом которого я согласен и, также с его оценкой синдрома как псевдоамнестического. Но вот обосновать это рационально он отказался, ответив, что “нутром чувствует”. И мне это трудно комментировать. По-видимому, сказалось клиническое чутье и интуиция психиатра — *praesens gefühl*. И это хорошо, потому что был поставлен вопрос.

Noli nocere!

Такова сложная клинико- психопатологическая структура и динамика аутоперсонамнезии у Михаила С. **В целях социальной реадaptации мы выписываем его с заключительным диагнозом по МКБ 10-го пересмотра ВОЗ: Связанная с острым сочетанным стрессом (интоксикационным и психореактивным) диссоциативная, преимущественно ретроградная, амнезия у шизоидной личности на органически неполноценной почве (резидуальное органическое поражение головного мозга) Шифр F 44.0. И с рекомендацией наблюдения психиатра по месту жительства. Выписку из истории болезни будет выслана по запросу психиатра.**

Хорошо бы понаблюдать Михаила катамнестически.

P.S. Письмо главного врача МОПБ № 8 Г. И. Шурьгина, направленное после выписки пациента его матери с предложением оказания психоневрологической помощи, открывает для нас перспективы катамнеза.

Из практики Верховного Суда Российской Федерации

Ю. Н. Аргунова

Для успешного решения вопросов на стыке права и психиатрии, эффективной защиты законных интересов граждан с психическими расстройствами, повышения результативности законотворческого процесса, полноценной преподавательской деятельности целесообразно систематическое изучение судебной практики.

Постановления Пленума Верховного Суда РФ, призванные давать разъяснения по применению норм материального и процессуального права, ожиданий, увы, не оправдывают, они малосодержательны, разъяснения наиболее сложных и спорных вопросов в них, как правило, отсутствуют.

Обзоры кассационной и надзорной практики в этом плане более информативны, т.к. отражают однозначную позицию Верховного Суда по разрешению конкретных дел. Обзоры судебной практики завершаются обычно серией вопросов и ответов, в которых предлагается решение того или иного вопроса (казуса), но уже без привязки к конкретному случаю. Такие решения, однако, после их всестороннего анализа представляются, порой, непротиворечивыми.

Разумеется в обязательном порядке следует быть в курсе принимаемых Верховным Судом РФ решений о признании недействующими (полностью или частично) нормативных правовых актов в рамках ст. 251 – 253 ГПК РФ.

Ранее на страницах рубрики “Психиатрия и право” мы уже ссылались в обоснование своей позиции на определения Верховного Суда РФ, в частности о признании частично не действующей ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, касающейся вопросов судебной экспертизы¹. Возьмем за правило и в дальнейшем знакомить читателей НПЖ с документами Верховного Суда РФ. В этой публикации остановимся на четырех из них.

I

Верховный Суд РФ своим решением от 29 января 2007 г.² признал недействующими абзац 2 пункта 18 и абзац 3 пункта 24 Положения о психоневро-

¹ Независимый психиатрический журнал, 2005, № II. С. 46 – 51.

² Российская газета, 2007, 26 мая.

логическом интернате, утвержденного приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. № 145. С момента вступления в законную силу решения суда (с 12 апреля 2007 г.) не подлежат применению, следовательно, нормы, предусматривающие:

- обязательное хранение паспорта гражданина, проживающего в интернате, в канцелярии интерната;
- контроль со стороны администрации интерната и медицинских работников за правильным и целесообразным расходованием заработанных средств теми лицами, которые не признаны недееспособными или ограниченно дееспособными.

Это мало доступное для ознакомления граждан Положение, как следует из решения суда, является в целом действующим, несмотря на то, что оно было принято еще в 1978 г., содержит архаичную лексику и до сих пор не приведено в соответствие со вступившими в силу в 1995 г. частью первой Гражданского кодекса РФ, ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” и другими правовыми актами.

Понятно, что отобрание администрацией ПНИ паспорта у принятого в интернат престарелого или инвалида, а также контроль за расходованием средств лицами, которые, как указывается в абз. 3 ст. 24, “в силу особенностей заболевания не могут рационально расходовать заработанные деньги” являются в определенном смысле превентивными мерами по недопущению совершения этими лицами не вполне осознанных действий в ущерб себе. Однако эти универсальные для всех проживающих в ПНИ граждан правила противоречат законодательству, они не могут распространяться на дееспособных граждан и, более того, как свидетельствует практика, служат предпосылкой для злоупотреблений со стороны администрации ПНИ.

II

Не вполне очевидным в гражданском праве является ответ на вопрос о возможности признания недееспособным вследствие психического расстройства несовершеннолетнего лица.

Как известно, в силу п. 1 ст. 21 ГК РФ гражданская дееспособность возникает в полном объеме с наступ-

лением совершеннолетия, т.е. по достижении 18-летнего возраста. Из этого, на первый взгляд, может следовать, что нельзя лишить человека того, чем он в полной мере не обладает или обладает лишь частично.

Вместе с тем п. 4 ст. 26 ГК РФ в отношении несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет предусматривает возможность ограничения или лишения его права самостоятельно распоряжаться своим заработком, стипендией или иным доходом, за исключением случаев, когда такой несовершеннолетний приобрел дееспособность в полном объеме до 18 лет в соответствии с п. 2 ст. 21 (со времени вступления в брак) или ст. 27 ГК РФ (со времени начала трудовой деятельности по достижении 16 лет).

По утверждению Верховного Суда РФ³, ч. 1 ст. 29 ГК РФ, предусматривающая признание гражданина недееспособным вследствие психического расстройства, когда он не может понимать значения своих действий или руководить ими, *не содержит ограничений относительно возраста гражданина, которого можно признать недееспособным.*

Следовательно, несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет, страдающий психическим расстройством, может быть признан судом недееспособным (в том объеме дееспособности, которым он наделен в соответствии со ст. 26 ГК РФ).

К этому заключению Верховного Суда можно добавить, что в отношении малолетних (несовершеннолетних, не достигших 14 лет) вопрос о признании их недееспособными ставиться не может.

III

Разнобой в правоприменительной практике возникает при решении вопроса о том: может ли дело о признании гражданина недееспособным быть возбуждено по заявлению прокурора?

Проведя анализ правовых норм, Верховный Суд пришел к выводу, что **дело о признании гражданина недееспособным по заявлению прокурора возбуждено быть не может**⁴.

Свой вывод Верховный Суд обосновывает ссылкой на ч. 2 ст. 281 ГПК РФ, в которой указывается, что дело о признании гражданина недееспособным может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, близких родственников, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. Прокурор в данный пере-

чень не входит. Приведенная норма, по утверждению Верховного Суда, является специальной, регулирующей порядок возбуждения гражданского дела именно данной категории, поэтому общая норма о возбуждении гражданского дела на основании заявления прокурора, установленная ч. 1 ст. 45 ГПК РФ, в данном случае не применяется. При этом Верховный Суд подчеркивает, что согласно ч. 1 ст. 284 ГПК РФ заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с участием прокурора, который дает свое заключение.

Позиция Верховного Суда РФ по данному вопросу представляется весьма уязвимой. На наш взгляд, прокурор вправе подать такое заявление, а суд при наличии к тому оснований обязан принять его к рассмотрению. Аргументов в пользу такого вывода можно привести несколько.

Во-первых, ч. 1 ст. 45 ГПК РФ предусматривает право прокурора обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов отнюдь не любых граждан, а только тех, которые *по состоянию здоровья, возрасту, недееспособности* и другим уважительным причинам не могут сами обратиться в суд.

Под эту категорию как раз и попадают лица с тяжелыми психическими расстройствами в силу того, что, с одной стороны, они могут постоять за свои права именно по причине состояния здоровья, а с другой стороны, институт недееспособности и опеки собственно и преследует цель защиты прав и интересов психически больных граждан. Таким образом, презюмируется, что, подавая в суд заявление о признании больного недееспособным, прокурор тем самым выступает в защиту его прав.

Во-вторых, считая недопустимым возбуждение дела о признании гражданина недееспособным по заявлению прокурора, Верховный суд обходит молчанием вопрос о допустимости инициирования прокурором дела о признании лица вновь дееспособным, вероятно, не подвергая сомнению легитимность такого заявления.

Однако в этом случае Верховный Суд проявляет непоследовательность, т.к. в ч. 2 ст. 286 ГПК РФ (признание гражданина дееспособным) опять-таки перечислены лица, по заявлению которых дееспособность лица может быть восстановлена. Прокурор в этом перечне, как и в перечне ч. 2 ст. 281 ГПК, на которую сослался Верховный Суд, также отсутствует.

Кроме того ч. 1 ст. 45 ГПК РФ на этот раз прямо указывает на право прокурора обращаться в суд с заявлением в защиту прав недееспособного, в т.ч., как представляется, и по вопросу восстановления его дееспособности.

Следует также учитывать еще и тот факт, что в законодательном регулировании вопроса о том, кто вправе подать заявление в суд о признании лица дееспособным, имеет место коллизия норм материального и процессуального права: если ч. 2 ст. 286 ГПК наделя-

³ Обзор судебной практики Верховного Суда РФ за IV квартал 2005 г., утвержденный постановлением Президиума Верховного Суда РФ от 1 марта 2006 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 5. С. 29 – 30.

⁴ Обзор судебной практики Верховного Суда РФ за II квартал 2004 г., утвержденный постановлением Президиума Верховного Суда РФ от 6 октября 2004 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2005, № 1. С. 25.

ет этим правом опекуна, членов семьи лица, психиатрическое или психоневрологическое учреждение, орган опеки и попечительства, то ст. 40 ГК РФ ограничивает этот перечень опекуном и органом опеки и попечительства.

В-третьих, не убедительной представляется ссылка Верховного Суда для усиления своей позиции на то обстоятельство, что мол дела о признании гражданина недееспособным согласно ч. 1 ст. 284 ГПК РФ все равно рассматриваются с участием прокурора, который дает свое заключение.

Верховный Суд при этом закрывает глаза на то, что в соответствии с ч. 3 ст. 45 ГПК неявка прокурора, извещенного о времени и месте рассмотрения дела, не является препятствием к разбирательству дела. Прежнее гражданско-процессуальное законодательство (ст. 261 ГПК РСФСР) содержало правило об обязанности прокурора участвовать в судебном заседании по делам данной категории. Такое “ослабление” в новом Кодексе, безусловно, не на пользу делу защиты прав и законных интересов лиц с психическими расстройствами, т.к. оно не обеспечивает возможности в полной мере использовать для этой цели возложенные на прокурора полномочия.

Позиция Верховного Суда, не позволяющая судьям возбуждать дела о признании гражданина недееспособным по заявлению прокурора, выполняющего правозащитные функции, усугубляет эту ситуацию.

В-четвертых, данное Верховным Судом разъяснение о месте прокурора в делах о недееспособности оставляет открытым вопрос о том, вправе ли прокурор обратиться в суд с иском о признании недействительной сделки, совершенной гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 ГПК РФ).

Следуя логике Верховного Суда, прокурор и в этом случае не может заступиться в суде за гражданина с психическим расстройством (например, продавшего по недомыслию свою квартиру и оказавшегося на положении лица БОМЖ), т.к. в ст. 177 определен свой перечень лиц, которые могут подать иск в суд (сам гражданин либо иные лица, чьи права и интересы нарушены в результате такой сделки), и прокурор в нем не значится.

Верховному Суду РФ при подготовке своих разъяснений следовало бы исходить из комплексного подхода к анализу правовых норм.

IV

Весьма редко применяемой в судебно-следственной практике является ст. 128 УК РФ “Незаконное помещение в психиатрический стационар”.

Диспозиция этой статьи сформулирована слишком широко, имеется неопределенность в понятиях и признаках состава данного преступления. Отсюда — затруднения в квалификации деяния, в определении

его стадий и момента, с которого преступление можно считать оконченным. Нет полной ясности в вопросе о том: с какого момента начинается процесс помещения (со стадии подписания путевки на госпитализацию в ПНД, применения мер принуждения (стеснения) при посадке в автомобиль скорой психиатрической помощи, водворения в палату больницы по решению дежурного врача приемного покоя или, наконец, после “санкционирования” госпитализации врачебной комиссией в течение 48 часов)? В связи с этим возникают споры о том, кто должен нести ответственность за незаконное помещение: врач ПНД, бригада “перевозки”, дежурный врач ПБ, комиссия врачей? Как быть с наказанием недобросовестных родственников, работников милиции и т.д.

Не удивительно, что до суда доходят лишь самые вопиющие из таких дел. По одному из них приговор вступил в законную силу.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ определением от 16 мая 2006 г. № 5-006-38⁵ сочла **обоснованным признание виновным врача Джафаровой в незаконном помещении Лебеденко в психиатрический стационар с использованием своего служебного положения** (ч. 2 ст. 128 УК РФ).

Джафарова — зав. отделением психиатрического стационара 19 декабря 2005 г. осуждена Мосгорсудом 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. По данному делу осуждена также группа из шести лиц за совершение похищения потерпевшего Лебеденко, его незаконное лишение свободы, грабеж, кражу, убийство, за создание банды и участие в ней.

Как следует из материалов дела, похищение Лебеденко было тщательно спланировано, к совершению преступления были привлечены работники милиции, чтобы придать видимость законности совершения действий в отношении потерпевшего, подыскан психиатрический стационар в Чеховском районе Московской области с такими условиями содержания больных, которые бы исключили возможность побега Лебеденко. Изначально группой преследовалась цель сломить психическое сопротивление потерпевшего и получить от него письменное разрешение на продажу дома и земельного участка в пос. Барвиха Московской области, и эта цель была ими достигнута, после чего, чтобы скрыть похищение и незаконное помещение в психиатрический стационар Лебеденко, ими было совершено его убийство и дополнительно предприняты меры к сокрытию трупа потерпевшего.

⁵ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2007, № 3. С. 30 – 31.

В судебном заседании Джафарова виновной себя признала. В кассационной жалобе она утверждала, что Лебеденко был помещен в психиатрический стационар на законных основаниях, т.к. с 1978 г. он страдал серьезным психическим расстройством, ранее неоднократно помещался в психиатрические больницы Москвы, вел себя неадекватно с близкими родственниками, которые обратились с просьбой о помещении его в стационар, сам Лебеденко дал письменное согласие на госпитализацию, никто из посторонних лиц в стационаре его не охранял, само помещение в стационар производил дежурный врач без какого-либо ее участия, она выполняла в отношении Лебеденко только обязанности лечащего врача, проводила лечение и после улучшения состояния здоровья Лебеденко выписала его из стационара. Выводы суда о ее виновности, по мнению Джафаровой, не основаны на фактических обстоятельствах дела. Указанные в приговоре статьи Закона о психиатрической помощи к ней никакого отношения не имеют, должностные инструкции она не нарушала. Приговор не соответствует, по ее мнению, требованиям ч. 1 ст. 307 УПК РФ, т.к. в нем не раскрыты форма вины, мотив и цель преступления, не расшифровано, в чем выразилось нарушение указанных в приговоре статей Закона.

Она также считала, что судом неправильно применен уголовный закон, — она не является субъектом преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ, т.к. направление больного или его госпитализация в стационар в ее служебные обязанности не входили. При помещении Лебеденко в стационар она не использовала свое служебное положение.

Джафарова просила учесть ее семейное положение, безупречную трудовую биографию и, в случае невозможности отмены приговора и прекращения уголовного дела, назначить ей наказание, не связанное с лишением свободы, при этом обратить внимание, что ей, по ее мнению, незаконно назначено два альтернативных дополнительных наказания.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ 16 мая 2006 г. оставила приговор без изменения, а кассационную жалобу Джафаровой без удовлетворения, указав следующее.

Выводы суда о виновности Джафаровой в незаконном помещении Лебеденко в психиатрический стационар соответствуют фактическим обстоятельствам дела и основаны на совокупности исследованных в судебном разбирательстве доказательств.

Утверждение Джафаровой о том, что Лебеденко был помещен в психиатрический стационар на законных основаниях, противоречит материалам дела. Как следует из показаний свидетелей, длительное время близко знавших Лебеденко, он каким-либо психическим расстройством не страдал, что подтверждается имеющимися в деле справками наркологического и психоневрологического диспансеров о том, что Лебеденко “на учете” в этих учреждениях не состоял, и вы-

водами амбулаторной заочной СПЭ, проведенной по материалам дела.

Кроме того, и фактические обстоятельства помещения Лебеденко в психиатрический стационар прямо указывают на то, что оснований для госпитализации Лебеденко у Джафаровой как зав. отделением не было. Так, Лебеденко поступил в стационар под другой фамилией, а его личные документы, как утверждал осужденный по этому делу Саркисян, он передал Джафаровой. Кроме этого, вместе с Лебеденко в одну палату были помещены лица, охранявшие его по указанию Саркисяна. Это пояснил в судебном заседании осужденный Читанава, неоднократно посещавший их в стационаре.

В связи с этим ссылки Джафаровой в жалобе на выводы амбулаторной заочной СПЭ о правильности диагноза, указанного в истории болезни Лебеденко, проходившего в стационаре под фамилией Волков, являются несостоятельными. Напротив, эти выводы свидетельствуют о том, что Джафарова, внося записи в историю болезни Волкова (Лебеденко), соответствующие указанному ею же диагнозу, таким образом намеревалась скрыть незаконность помещения Лебеденко в стационар.

О том, что Джафарова дала распоряжение о помещении Лебеденко и охранявших его лиц в 1-е мужское отделение психиатрического стационара, которым она заведовала, свидетельствуют показания дежурного врача Шлюкова. Несмотря на пояснение указанного свидетеля о том, что, возможно, этих “больных” он направил на госпитализацию по просьбе Джафаровой, суд с учетом всех обстоятельств дела правильно расценил показания этого свидетеля как доказательство причастности Джафаровой к совершению преступления.

Соглашаясь с выводом суда о том, что в психиатрический стационар был помещен заведомо психически здоровый человек, Судебная коллегия признала необоснованными ссылки осужденной на заключение судебно-почерковедческой экспертизы, подтверждающее письменное согласие Лебеденко на свою госпитализацию. Во-первых, в заключении экспертов нет вывода о том, что запись о согласии на госпитализацию была выполнена рукой Лебеденко, а, во-вторых, о получении такого согласия речь может идти только в отношении лиц, страдающих психическим расстройством, к которым Лебеденко не относится.

Как отмечается в определении Судебной коллегии, суд правильно указал в приговоре, что при помещении Лебеденко в психиатрический стационар осужденной Джафаровой были допущены нарушения ч. 2 ст. 1, ст. 11, чч. 1, 3, 5 ст. 28 и ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, поскольку именно этими статьями предусмотрен порядок добровольной и “принудительной” госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами.

Доводы кассационных жалоб осужденного Саркисяна о том, что ему не было известно о должностном положении Джафаровой, противоречат материалам дела. Из показаний Саркисяна, которые он давал на предварительном следствии, видно, что его знакомая Огиря договорилась о госпитализации с заведующей одним из отделений ПБ, которой и являлась Джафарова.

По утверждению Судебной коллегии, обстоятельства помещения Лебеденко в психиатрический стационар были исследованы судом полно и всесторонне. Правовая оценка действиям осужденной по ч. 2 ст. 128 УК РФ дана судом правильно. Наказание Джафаровой, связанное с лишением свободы, назначено с

учетом характера и степени общественной опасности совершенного ею преступления. Именно после незаконного помещения Лебеденко в психиатрический стационар с целью скрыть это преступление было совершено его убийство.

* * *

Приведенные нами материалы Верховного Суда РФ по нескольким вопросам правового регулирования и правоприменения не только содержат юридически значимую информацию, но и дают повод для серьезных размышлений как в среде юристов, так и специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи и правозащитной деятельности.

Первая европейская конференция по исследованиям шизофрении

26 – 28 сентября 2007 г., Дюссельдорф, Германия

Тел.: +49 (0) 211-922-2770;

E-mail: info@kompetenznetz-schizophrenie.de;

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

7-ой Международный форум

**РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ
И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

5 – 7 декабря 2007 г., Будапешт, Венгрия

Тел.: +377-9797-3555;

E-mail: ifmad@publiccreations.com;

www.aim-internationalgroup.com/2007/ifmad

Использование психиатрии в политических целях в Белоруссии

10 апреля 2007 г. комиссия НПА России освидетельствовала гражданку Белоруссии Кристину Валерьевну ШАТИКОВУ, незадолго до этого госпитализированную в психиатрическую больницу г. Могилева.

Кристине 32 года, она проживает в Могилеве, воспитывает двух сыновей, 9 и 11 лет, и свою несовершеннолетнюю младшую сестру. Заботится о родителях, работает в Казанском информационном агентстве. В социальном отношении — абсолютно благополучный человек. К психиатрам никогда не обращалась, и ни у кого не было сомнений в ее психическом здоровье. Почему же она оказалась в поле зрения психиатров?

Кристина всегда сторонилась политики. Во-первых, ее это не слишком интересовало, а во-вторых — боялась, поскольку в середине 1990-х годов пропал без вести ее троюродный брат, который занимался освещением политических новостей. Кристина считала себя ответственной за судьбу детей и предпочитала “не высовываться”. Однако, в 2006 году была жестоко избита ОМОНовцами ее сестра, которая вышла на площадь с портретом пропавшего мужа. Это вызвало у Кристины взрыв возмущения, и она — впервые за свою жизнь — отправилась в палаточный городок в Минске, где собрались люди, призывавшие к свободным и честным выборам. Здесь ее арестовали и четверо суток продержали в заключении. Именно с этого времени она активно включилась в протестное движение, стала его неформальным лидером. Правоохранительные органы сразу усомнились в ее психическом здоровье и в июле 2006 года попытались недобровольно госпитализировать ее в психиатрическую больницу г. Витебска. Витебские врачи отказались ее принять, сказав, что нет оснований. Но в таких делах, главное — настойчивость.

23 марта 2007 г. Кристину вызвали на допрос в КГБ как свидетеля. Там ей настоятельно рекомендовали не ездить в Минск на “День Воли” и не принимать участие ни в каких протестных акциях. Кристина отказалась и сразу после выхода из здания была схвачена людьми в штатском, которые ничего не объясняя, доставили ее в областную психиатрическую больницу г. Могилева. Кристина требовала, чтобы ее немедленно отпустили, говорила о незаконности госпитализации, настаивала, чтобы врач приемного покоя сообщил ей свою фамилию. Вместо этого, ей тут же начали делать инъекции сибазона, после которых она “ходила как в полусне, не сопротивлялась лече-

нию, была послушна персоналу”. Лишь два раза она посмела “оказать сопротивление”. Первый раз, когда в больницу пришла ее мать, второй — перед проведением комиссии врачей. Желание Кристины подойти к окну и показаться матери было расценено как нарушение режима и наказано дополнительными инъекциями. Встрече с комиссией должна была предшествовать очередная инъекция, от которой Кристина категорически отказалась, опасаясь, что не сможет “нормально беседовать, защищать себя”. Она не подпускала к себе персонал, схватила стул и грозила ударить сестру, приближавшуюся со шприцом. Времени было мало, и от нее отступились. В тот же день, 26 марта, после комиссионного освидетельствования Кристина была выписана из больницы.

Ее попытки пройти где-нибудь в Белоруссии независимое психиатрическое освидетельствование не увенчались успехом: узнав в чем дело, все шарахались от нее как от зачумленной. Обращение в соматическую больницу также закончилось неудачей. Ей выдали бесплатно какие-то лекарства и попросили не беспокоить. Тогда Кристина приехала в Москву.

Специалисты НПА обследовали Кристину и пришли к выводу, что она **психически здорова и в психиатрическом наблюдении и лечении не нуждается. У комиссии есть основания полагать, что ее госпитализация в психиатрический стационар была необоснованной.**

Белорусский закон — точная копия российского. Это означает, что недобровольная госпитализация могла быть проведена лишь в трех случаях: непосредственная опасность для себя и окружающих; беспомощность; и существенный вред здоровью в случае оставления без психиатрической помощи. Но все это при условии тяжелого психического расстройства.

Интересно, какое психическое расстройство обнаружили врачи Могилевской больницы у Кристины Шатиковой? Вероятно, об этом лучше спросить у органов белорусского КГБ, которые, судя по всему, распорядились такое расстройство найти и полечить.

Что касается врачей, то они все же не решились оставить Кристину в больнице и обратиться в суд за разрешением на недобровольное лечение. То ли понимали, что суд не даст такого разрешения, то ли профессиональные соображения все-таки возобладали над политическими. Однако где гарантия, что в следующий раз все обойдется четырьмя днями? Да и за это время можно многое успеть...

Итак, технология использования психиатрии в политических целях возрождается.

Увы, эта далеко не единственная и не только белорусская, но уже и наша история, будет неизбежно и стремительно тиражироваться с появлением в законодательстве резиновых понятий “экстремизма”, “разжигания розни” и “оскорбления” чиновников, как это уже было с формулой “клевета на советскую действи-

тельность”. Наплыв людей, которые никогда не появились бы в поле зрения психиатра, не будь расширительной трактовки указанных понятий и соответствующей установки (даже не обязательно прописанной), автоматически запускает механизм “психиатрических репрессий”.

Л. Н. Виноградова

Заключение специалистов НПА России

ШАТИКОВА Кристина Валерьевна, 1975 г. рожд., зарегистрированная по адресу: Республика Беларусь, г. Могилев, ул. Пушкинская, д. 63, кв. 207, освидетельствована комиссией специалистов НПА 10 апреля 2007 г. по ее просьбе. Считает, что была незаконно и без оснований в принудительном порядке стационарирована в Могилевскую областную психиатрическую больницу.

Жалуетесь на сон с кошмарными сновидениями (содержание снов связано с нахождением в психиатрической больнице).

Анамнез (со слов освидетельствуемой). Наследственность психопатологически не отягощена, средний брат злоупотребляет алкоголем. Родилась в Могилеве в семье служащих старшей из троих детей, обстановка в семье родителей всегда была спокойной, доброжелательной. После рождения дочери семья переехала в Краснодар, в Могилев вернулись, когда девочке было лет 10.

Сведений о протекании беременности и родов у матери не имеет. В раннем детстве развивалась по возрасту, но физически была ослабленной. До 14 лет состояла на диспансерном наблюдении у фтизиатра по поводу выража туберкулиновых проб, наблюдалась и лечилась по поводу гастрита (лежала в больницах).

В детский сад ходила недолго, пока там работала мать. Больше дружила с мальчиками, так как любила подвижные игры, машины, мечтала быть разведчицей или следователем. Была фантазеркой, сама придумывала сказки, истории, в играх была главной героиней, например, космической разведчицей. В школу пошла с семи лет, с учителями и ребятами ладила. Училась удовлетворительно, предпочтение отдавала гуманитарным предметам. В школе была активной, занималась общественной работой, танцами, участвовала в школьном театральном кружке, в музыкальной школе — играла на домре, писала стихи. Но выступать на сцене не любила: считала себя некрасивой, поскольку по сравнению с другими девочками была слишком худенькой, маленькой, незаметной. В 12 – 13 лет недовольство своей внешностью прошло, поскольку становилась лидером, и это давало уверенность, хотя говорит, что к лидерству не стремилась. После окончания 9 классов по совету сестры поступила в ПТУ по

специальности химик-лаборант. Через год из училища ушла и работала на ферме у родителей.

В 17 лет стала жить в гражданском браке, в 20 лет расписались официально, сначала жили хорошо. От брака имеет двоих сыновей 11 и 9 лет. В 2001 году по инициативе К. В. Шатиковой был оформлен развод, поскольку муж стал употреблять наркотики. После развода бывший муж детьми не интересуется, материально не помогает, сведений о нем не имеет. Детей воспитывает одна, отношения с ними хорошие, довольна своими детьми, уделяет им достаточно внимания. Проживает с детьми в однокомнатной отдельной квартире в г. Могилеве, с ними живет и ее младшая сестра 12 лет, которая учится в городе. На выходные и на каникулы дети уезжают к родителям Шатиковой в деревню. Летом она также работает на ферме у родителей, а зимой обычно устраивалась на работу в городе: работала на радио, администратором на дискотеке. Сейчас работает в Казанском информационном агентстве, ведет Белорусские новости. Работу в России объясняет, в частности, тем, что дома устроится на работу сложно в связи с ее политической деятельностью.

До 2006 года политикой К. В. Шатикова не интересовалась, особенно после того как пропал без вести ее троюродный брат, участвовавший в освещении политических событий в стране. Занималась воспитанием детей, чувствовала свою ответственность за них. Весной 2006 г. К. Шатикова поехала в город на выборы и в это время узнала, что жену пропавшего брата избили омоновцы, когда она вместе с родственниками других пропавших людей вышла на площадь с его портретом. Это побудило ее к участию в палаточном городке за свободные и честные выборы, который был развернут в Минске. Была арестована, четверо суток провела в заключении, после суда отпущена домой. С этого времени стала активно участвовать в молодежном оппозиционном движении, была неформальным лидером. Летом 2006 г. стала членом Объединенной гражданской партии. За участие в оппозиционном движении К. Шатикову в июле 2006 г. пытались госпитализировать в Витебскую психиатрическую больницу, куда доставили принудительно, однако врач приемного отделения отказался ее принять, сказав, что для этого нет оснований. Позже трое лидеров незарегистрированного молодежного движе-

ния были арестованы и осуждены, Шатикову привлекали в качестве свидетеля.

23 марта 2007 г. К. В. Шатикова была вызвана на допрос в КГБ, как свидетель.

Там ей настоятельно посоветовали не принимать участия и не ездить на “День Воли” в Минск, на что она ответила отказом. После выхода из здания КГБ она пошла к себе в офис, но по дороге люди в штатском схватили ее, насильно посадили в легковую машину и доставили в приемное отделение Могилевской областной психиатрической больницы. Шатикова требовала, чтобы ее немедленно отпустили, говорила о незаконности госпитализации, требовала, чтобы врач назвал свое имя и отчество, но все ее требования игнорировались. Она была стационарирована и ей назначили лечение, со слов освидетельствуемой, делали в/м инъекции сибазона. Говорит, что после инъекций ходила как в полусне, не сопротивлялась лечению, была послушна персоналу, но “дважды оказывала сопротивление”. Первый раз, когда в больницу пришла ее мать, ходила под окнами отделения, звала ее. К. В. Шатикову к окнам не подпускали, она в ответ кричала, рвалась к окну, требовала показать ее матери, за это была на целый день фиксирована на вязках к кровати и получила дополнительные инъекции. Также рассказывает о своем поведении 26.03.2007 г., когда перед проведением комиссии врачей ей хотели сделать инъекцию, она отказывалась — “знала, что после этого не смогу нормально беседовать, защищать себя”, не подпускала к себе персонал, схватила стул и грозила ударить при приближении к ней со шприцом, кричала, что если к ней приблизятся, она перегрызет вены... Считает, что это помогло ей нормально пройти комиссию, после которой в этот же день она была выписана из психиатрической больницы. К. В. Шатикова пыталась пройти объективное психиатрическое обследование у себя в Белоруссии, но это оказалось невозможным, поэтому она приехала в Москву. Обратилась с просьбой об освидетельствовании в НПА России.

Психическое состояние. На прием пришла самостоятельно. Одетая опрятно, пользуется косметикой,

волосы покрашены в яркий рыже-красный цвет, на коже тела, конечностей много татуировок. Когда врач обращает на это внимание, говорит об этом с долей самоиронии, — “какого цвета только не были мои волосы” — заявляет, что ей нравится меняться внешне, привлекать к себе внимание. Оценивает свое поведение в этом плане с достаточной критикой. В беседе доброжелательна, держится адекватно ситуации, поведение упорядоченное, без рисовки, демонстративности. На вопросы отвечает по существу, старается кратко и понятно описать ситуацию, стремится быть объективной, не пытается представить себя в лучшем свете, рассказывает и о неприглядных моментах своего поведения. Тепло отзываясь о детях, родителях, говорит, что родители понимают и поддерживают ее, беспокоится о детях. Встревожена сложившейся ситуацией, но прекращать свою деятельность не собирается.

Нарушений мышления не выявлено. Память и интеллект соответствуют возрасту и полученному образованию. Продуктивной психотической симптоматики, суицидальных мыслей не обнаруживает. Спокойно, с достоинством и здоровой аргументацией сумела выдержать жесткий прессинг опроса юриста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По результатам проведенного комиссионного освидетельствования комиссия приходит к выводу, что К. В. Шатикова психически здорова. Выявленная акцентуация личности является вариантом нормы. К. В. Шатикова в психиатрическом наблюдении и лечении не нуждается, у комиссии есть основания полагать, что ее госпитализация в психиатрический стационар была необоснованной.

Члены комиссии: врач-психиатр высшей квалификационной категории к.м.н. Ю. С. Савенко, врач-психиатр высшей квалификационной категории Г. М. Котиков, врач-психиатр Н. В. Спиридонова, медицинский психолог Л. Н. Виноградова, при участии руководителя юридической службы, к.юр.н. Ю. Н. Аргуновой

Значение нейробиологических наук, предвзятости и пустословия в судебной психиатрии

Обзор избранных публикаций в *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*¹, т. 35, № 1, 2007

В. В. Мотов (Тамбов)

Открывает номер редакционная статья: “Значение нейробиологических наук для судебной психиатрии” (Dr. J. Arturo Silva).

Успехи нейробиологических наук на протяжении последних двух десятилетий дали, как отмечает автор, мощный стимул развитию таких областей психиатрии, как судебная нейропсихиатрия, эволюционная психиатрия, культуральная психиатрия.

Прогресс в области судебной нейропсихиатрии, в свою очередь, оказывает влияние на юридические науки и, в частности, на уголовное право, где ощущается нарастающая потребность в понимании сложных взаимоотношений между мозгом, психической деятельностью и поведением человека. Вопрос о степени этого влияния, однако, является предметом дискуссий в среде специалистов.

Была высказана точка зрения (нейробиолог Michael Gazzaniga), что впечатляющие достижения нейробиологических наук вряд ли окажут сколько-нибудь заметное влияние на оценки, связанные с природой уголовной ответственности (имея в виду, что уголовная ответственность — чисто человеческое “изобретение”, существующее лишь в условиях общества, где люди так или иначе взаимодействуют друг с другом), и что ни один пиксель в человеческом мозге никогда не покажет, ответствен ли данный человек или нет.

Юрист Stephen Morse — один из известных американских специалистов в области уголовного права, высказывает, в сущности, близкую точку зрения, подходя к проблеме с другой стороны. Для Morse обсуждение концепции уголовной ответственности вне категорий свободной воли и причинности — пустое занятие. Автор цитирует Morse: “Для целей дискуссии о свободе воли причина является просто причиной,

будь то биологическая, психологическая, социологическая или астрологическая... всякое поведение причинно, но не всякое исключает ответственность, потому что причинно-следственные отношения per se не имеют ничего общего с ответственностью”. Не причины, но рациональные мысли (приводящие к конкретному уголовно-наказуемому поведению) являются тем, что лежит в основе правовой концепции уголовной ответственности. Далее, комментируя взгляд Morse на взаимоотношения между способностью человека контролировать свое поведение и ответственностью, автор приводит следующую его цитату: “хотя нейробиологические данные могут, конечно, помочь в оценке, нейробиология никогда не сможет сказать нам, сколько способности контролировать свое поведение необходимо для ответственности. Этот вопрос является нормативным, моральным и, в конечном счете, — правовым”.

Как полагает автор, первая точка зрения (Gazzaniga) могла бы показаться оправданной, если бы не существовало социальной нейробиологии — активно развивающейся области исследований, интегрирующей когнитивные, эмоциональные и социальные аспекты человеческой природы.

Что касается второй — (Morse), то понимание характера причины может быть важным, т.к. дает информацию о пропорциональной роли психического дефицита и личного выбора в формировании противоправного поведения: “Люди, например, склонны приписывать большую степень ответственности лицу, совершающему хулиганские действия в состоянии алкогольной интоксикации, чем человеку с той же степенью нарушения способности контролировать свое поведение из-за патологии фронто-орбитальной области мозга в результате инсульта”.

Современная психиатрия, полагающаяся на биопсихосоциальную модель психических расстройств, предлагает более широкий взгляд на проблему ответственности. С психиатрически-правовой точки зрения это могло бы означать, что ответственность должна формироваться на основе взаимосвязи и взаимозависимости психологических и социальных

¹ The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law (Журнал Американской академии психиатрии и права) — ежеквартальный рецензируемый научный журнал, издаваемый профессиональной организацией судебных психиатров США — Американской академией психиатрии и права (American Academy of Psychiatry and the Law — AAPL).

факторов, с учетом разнообразия биологических структур, которые могут функционировать как нормально, так и патологически.

Исход дебатов о применимости и полезности нейробиологических парадигм при решении психиатрически-правовых вопросов будет, как считает автор, во многом определяться тем, в какой мере нам удастся сформировать благоприятную среду для распространения нейробиологических знаний внутри самой судебной психиатрии. И первые обнадеживающие результаты здесь уже очевидны. В обществах судебных психиатров создаются комитеты по судебной нейропсихиатрии, проводятся симпозиумы по вопросам, находящимся на пересечении нейробиологии и права, на съездах судебных психиатров предлагаются курсы по судебной нейропсихиатрии, выходят публикации по теме.

Наряду с этим, отмечает автор, имеется существенный разрыв между интересом психиатров к нейробиологическим знаниям и воплощением этих знаний на практике. Базовое знание методов нейровизуализации может оказаться полезным для психиатров, т.к. серьезная биологическая основа имеется не только при деменциях или травматическом поражении головного мозга, но и, как показали недавние функциональные нейровизуализационные исследования, при больших депрессиях и шизофрении.

Автор также обращает внимание, что исторически большинство имеющихся тестов для оценки психической деятельности приспособлено для выявления лишь когнитивных нарушений, тогда как аффективная и социальная дисфункции, имеющие нейробиологическую основу, остаются “за кадром”. Однако недавние успехи в области нейробиологии эмоций и социальной нейробиологии создают солидную информационную основу для разработки инструментов, позволяющих выявлять аффективную патологию.

В заключении вновь подчеркивается важность распространения нейробиологических и судебно-нейропсихиатрических знаний в различных слоях общества.

В разделе “Биография” опубликована статья психиатра и юриста Victor R. Scarno, посвященная действующему президенту AAPL: **“Врач Alan R. Felthous: национальный и интернациональный пример для подражания в судебной психиатрии”**.

Автор, изучавший судебную психиатрию под руководством Dr. Felthous, пишет о своем учителе с особой теплотой и уважением, приводит немало примеров, где признанные специалисты в области психиатрии и права из США и других стран дают неизменно высокую оценку его человеческим и профессиональным качествам. В частности, автор цитирует проф. Бухановского: “Я зашел к Dr. Felthous в его номер в отеле [речь идет о съезде европейских психиатров в Мюнхене в прошлом году] и обнаружил, что это была не комната, а рабочий кабинет, в которой повсюду

были черновики статей, корреспонденция, книги с закладками. Активность и эффективность человека, работающего в то время, когда профессионалы обычно отдыхают, встречаясь друг с другом и получая удовольствие, поразили меня. То же самое происходило на различных конференциях и конгрессах в России; огромная энергия и энтузиазм в работе в области судебной психиатрии производили неизгладимое впечатление на многих видевших его. Будучи сам “трудоголиком”, я был восхищен этими его качествами”.

Работа Dr. Robert I. Simon: “Писательский труд в судебной психиатрии: перспективы” открывает раздел “Специальные статьи”. Dr. Simon — один из наиболее уважаемых американских коллег, руководитель программы “Психиатрия и право” в медицинской школе Джорджтаунского университета, президент (2006 г.) AAPL.

Огромный и успешный опыт написания книг (более десятка) и статей (сотни) по самым разным вопросам судебной психиатрии, способность к тонкому наблюдению и анализу, точность характеристик, четкость языка, знание нюансов, относящихся к процессу публикации и маркетинга изданий по судебной психиатрии, проверенные на собственном опыте практические советы делают его статью в особенности интересной для тех судебных психиатров здесь, в России, которые пишут сами.

Несколько цитат из Dr. Simon: “...“писательство” медицинское и профессиональное имеет разные цели и источники информации... Я однажды слышал, как один комментатор сравнивал медицинское “писательство” с пением в душевой комнате, а профессиональное — с пением в Metropolitan Opera. Несправедливое сравнение. Задача профессионального писателя — сочинять. Задача судебного психиатра — анализировать, обучать, информировать. Ни первый, ни второй не выше друг друга, от каждого требуется мастерство, служащее различным целям... Боязнь неудачи и трудностей — главное препятствие для написания статьи или книги. Нужна смелость, чтобы письменно выразить свои мысли, сделать их видимыми для всякого человека... Психиатры, пишущие книги или статьи, должны писать, прежде всего, для себя. Они не могут успешно писать ради денег, славы, или исключительно с целью обрести бессмертие. Авторы книг по своей специальности редко покрывают свои расходы... Издатели профессиональной литературы считают книгу по судебной психиатрии успешной, если она продана в количестве 1000 экземпляров... Автор встречается лишь с небольшим количеством своих читателей. Но какое удовольствие, когда, обычно на профессиональном съезде, совершенно незнакомый человек подходит к автору и говорит: “Спасибо за Вашу книгу. Для меня было наслаждением читать ее. Она так информативна и полезна”.

В 2002 г., в Филадельфии, на съезде Американской психиатрической ассоциации, в положении та-

кого незнакомого Dr. Simon человека был автор этих строк.

В разделе “Регулярные статьи” находим публикации, посвященные прогностической оценке восстановления способности обвиняемых предстать перед судом (Dr. Mossman), вопросам принудительного лечения с целью восстановления способности обвиняемых с бредовым расстройством участвовать в судебном процессе (Dr. Herbel, Dr. Stelmach), сравнительной оценке эффективности добровольного и недобровольного лечения кокаин-зависимых пациентов (Dr. Easton et al), обзор канадских авторов (Dr. Viurget et al), касающийся убийств родителями своих детей, а также две, на мой взгляд, очень интересные статьи, анализирующие источники и механизмы возникновения у психиатров-экспертов скрытой для них самих предвзятости их экспертных оценок, на которых я хочу остановиться более подробно.

Первая называется: “**Минимизация влияния неосознаваемой предвзятости в оценках. Практическое руководство**”. Автор — Dr. Goldyne, доцент кафедры психиатрии в медицинской школе Калифорнийского университета (Сан-Франциско).

В профессиональной литературе давно обращается внимание на то, что характерологические особенности психиатра-эксперта, разделяемые им морально-этические, религиозные, эстетические и др. ценности, политические убеждения влияют на объективность его экспертных заключений. В той или иной мере это обстоятельство учитывается информированными коллегами. Между тем, не все из имеющих у психиатра предвзятостей и предубеждений осознаются им. Предлагая практический подход, помогающий эксперту вывести на уровень сознания подсознательные предубеждения и минимизировать их искажающее объективную оценку влияние, автор разделяет причины их возникновения на две группы: (1) связанные с эмоциями и (2) не связанные с эмоциями.

Эмоции (гнев, жалость, вина, любовь, обида, презрение, унижение и др.) могут иметь источником происхождения прошлое психиатра, его личностные свойства, актуальную ситуацию или провоцироваться другими людьми. Они могут породить неосознаваемые мотивы, вступающие в противоречие со стремлением к объективности.

Прошлое психиатра. Мотивация может возникать в результате резонанса между актуальной ситуацией и прошлым эксперта. Например, психиатр-эксперт, приглашенная для оценки психического состояния испытуемой адвокатом, которая манерами напоминает эксперту ее собственную вздорную сестру, может породить неосознаваемое экспертом побуждение дать заключение неблагоприятное для испытуемой (клиента адвоката).

Личность психиатра. Иногда мотивация определяется не столько ситуацией, сколько личностными характеристиками эксперта. Например, такая черта

характера эксперта, как стремление защищать слабого, может склонить заключение в пользу истца, добивающегося компенсации за причиненный ему вред.

Актуальная ситуация. Стесненное финансовое положение эксперта или отсутствие необходимого опыта могут явиться причиной неосознаваемой предвзятости.

Стимуляция другими людьми. Чрезвычайно привлекательная испытуемая может мотивировать эксперта вынести благоприятное для нее заключение.

Что касается искажений объективности, возникающих на неэмоциональной основе, то к ним автор относит особенности присущего эксперту стиля обработки информации и запас знаний.

Стиль обработки информации. Автор обращает внимание, что предвзятость суждений и оценок часто возникает в результате того, что сложная ситуация интерпретируется на основании упрощенных, неточных предположений, известных как эвристики. Примером одной из таких эвристик является “эвристика пригодности” (availability heuristics), представляющая собой тенденцию основывать оценку в большей степени на ярких воспоминаниях прошлого, чем на нормативных данных. Например, основываясь на таких воспоминаниях об одном из психотических пациентов, эксперт может переоценить риск совершения насильственных действий обследуемым пациентом с психозом и не обратить должного внимания на исследования, демонстрирующие отсутствие связи между повышением риска насильственных действий и психозом у большинства пациентов.

Запас знаний. Не только профессиональная подготовка эксперта, его клинический опыт или знакомство с литературой по специальности имеют значение. По мнению автора, знание сексуальной ориентации испытуемого, внимание к расовым, религиозным, культуральным, этническим факторам является не менее важным. Например, эксперт, обследующий испытуемого, принадлежащего к иной культурно-этнической группе, может ошибочно интерпретировать неоднократные эпизоды краж в подростковом возрасте как свидетельство формирования антисоциальной направленности личности, не зная, что такого рода поведение является необходимым ритуалом, через который должен пройти подросток в данной культуре.

Для выявления и минимизации “транспарентной” (очевидной) предвзятости, автор предлагает следовать, с моей точки зрения, довольно громоздкой схеме, состоящей из 12 этапов, каждый из которых включает в себя серию интроспективных вопросов, на которые необходимо дать письменный ответ. Другое предложение автора представляется более практичным. Суть его в использовании “презумпции предвзятости”: своя собственная оценка рассматривается экспертом как заведомо необъективная до тех пор, пока не будет доказано обратное. Для этой цели эксперт

создает в своем воображении образ “проницательно-го коллеги”, постоянно приводящего изоощренны доводы в пользу предвзятости и требующего их опровергнуть.

Статья Dr. LeBourgeois et al: “Ретроспективная предвзятость среди психиатров” знакомит с результатами, по-видимому, первого в истории психиатрии рандомизированного, контролируемого исследования по данной теме. Присутствие среди авторов Dr. Paul. S. Appelbaum — “знак качества” статьи.

От психиатра нередко требуется дать заключение об адекватности лечения и действий лечащего психиатра при оценке риска опасных действий пациента в случае, когда этот пациент совершил суицид или причинил вред окружающим. Поскольку психиатр-эксперт анализирует *post factum*, одним из источников необъективности его заключения может быть ретроспективная предвзятость.

Авторы определяют ретроспективную предвзятость как тенденцию эксперта, вооруженного знанием последствий анализируемого случая (и вследствие этого, находящегося в более выгодном положении, чем принимавший решения лечащий психиатр), преувеличивать свою способность предсказать неизбежность данных последствий. Эксперт, подверженный ретроспективной предвзятости, может упрощать, тривиализовать, ретроспективно критиковать действия лечащего психиатра, не оценивая в полной мере трудностей, с которыми тот сталкивался.

В ходе своего исследования авторы предложили 235 общим и судебным психиатрам проанализировать гипотетические случаи ведения лечащими психиатрами своих пациентов с суицидальными и гомицидными идеями. При этом одна половина участников исследования была проинформирована о том, что пациенты, о которых идет речь, вскоре после выписки совершили суицид или гомицид; другой половине эта информация не сообщалась. Участники исследования должны были оценить риск опасных действий пациентов непосредственно перед выпиской, а также соответствие ведения пациента лечащим психиатром стандартам качества оказания психиатрической помощи. Ответы участников обеих групп сравнивались.

Статистический анализ показал, что ретроспективная предвзятость, определенно, играет роль в оценке риска совершения пациентом действий опасных для себя или других, но не столь заметна в оценке соответствия действий лечащего психиатра стандарту оказания психиатрической помощи.

Судебные психиатры, в сравнении с общими психиатрами, оказались менее склонны к ретроспективной предвзятости.

По мнению авторов, последнее обстоятельство может быть связано с тем, что судебно — психиатрическая подготовка способствует стандартизации подхода к оценке риска совершения опасных действий, что ведет к оценкам, в большей степени опирающим-

ся на содержательную сторону анализируемого случая, чем на его исход. Вероятно также, что судебные психиатры, зная, что их заключения скрупулезно анализируются адвокатами, присяжными, судьями, другими экспертами внимательнее относятся к анализу обстоятельств дела, что снижает вероятность возникновения ретроспективной предвзятости.

Раздел “Анализ и комментарии” открывается статьей о лечении правонарушителей с расстройством личности в Голландии (авторы Dr. de Ruter (Нидерланды) и Dr. Trestman (США)). Она хорошо структурирована, легко читается, содержит информацию, позволяющую получить также общее представление о судебно-психиатрической и пенитенциарной системе в Нидерландах.

Далее следует работа канадских авторов (Dr. Kirmauer et al): “Место культуры в судебной психиатрии”, привлекающая внимание к таким значимым для судебных психиатров и специалистов в области уголовного права вопросам, как роль культуры в (1) формировании мотивов криминального поведения, (2) оценке обществом ответственности правонарушителя за свое поведение, (3) выборе наказания. Я не стану более подробно комментировать в надежде, что редакционная коллегия Независимого психиатрического журнала рассмотрит возможность публикации этой статьи в переводе на русский в одном из номеров НПЖ, и читатели получат удовольствие, прочитав ее сами. С моей точки зрения, статья не просто интересна, но несет в себе дискуссионный потенциал и актуальна для России, с ее многообразием этносов и культур.

В этом же разделе опубликована статья Dr. Wills, описывающая разработанную им методику оценки влияния условий пенитенциарного учреждения на психическое здоровье заключенных и работа Dr. Weiss, посвященная библиографии основателя американской судебной психиатрии Isaac Ray.

Завершает раздел “Анализ и комментарии” работа Dr. Thomas G. Gutheil: “Проблема уклончивых показаний в суде. “Пустословие” эксперта” (The Problem of Evasive Testimony: The Expert “Waffle”).

Dr. Gutheil — основатель программы “Психиатрия и право” в медицинской школе Гарвардского университета и, с моей точки зрения, один из очень немногих психиатров, в отношении кого эпитет “выдающийся” — не комплимент, а констатация факта.

Среди причин, продуцирующих многословное “речевое блуждание” эксперта, автор выделяет недостаточную способность активно и внимательно слушать задаваемые вопросы, непродумывание ответа, перед тем как высказать его — ситуация, когда “рот заговорил до того, как включился мозг”, недостаточно ясное понимание сути заданного вопроса. Другая причина — стремление эксперта создать впечатление готовности дать ответ, несмотря на то, что ответ должным образом не сформулирован. Некоторых экспер-

тов раздражает требование отвечать лишь “да” или “нет” и они намеренно прибегают к многословию из чувства противоречия. Тревога и стресс, продуцируемые атмосферой судебного заседания, могут заставить эксперта “сболтнуть” (blurt out) неподготовленный ответ. Находящийся в смятении из-за безуспешных попыток сформулировать для себя ясный ответ на вопрос, эксперт прибегает к многословию в надежде, что если не одно какое-то слово, то их совокупность окажется полезной.

Более сложная причина уклончивого пустословия — сознательная попытка эксперта избежать ответа на вопрос из опасения ослабить доказательственную базу для пригласившей эксперта стороны. “В некоторых случаях, эксперты полагают, что их роль заключается в том, чтобы противоречить и не соглашаться с любым вопросом в ходе перекрестного допроса, как будто “хорошие показания означают никогда не говорить “да” противоположной стороне”... К тому же, некоторые эксперты ведут себя в процессе дачи показаний так, что создается впечатление, что они скорее бы умерли, чем сказали: “Я не знаю”.

Наконец, худшим является случай, когда эксперт коррумпирован и пустословит в попытке придать видимость обоснованности тому, что не может быть обосновано.

Автор обращает внимание, что длинные, сложные, чрезмерно детализированные, осторожные, даже двусмысленные ответы — не обязательно свидетельствуют об уклончивости эксперта. Более того, в ситуации перекрестного допроса ответы некоторых экспертов иногда могут напоминать ответы человека с расстройством мышления. Однако это не намеренная по-

пытка эксперта запутать существо дела, но результат продуцирующей серьезный стресс ситуации.

Далее автор приводит и анализирует ряд примеров. Прочитав, хотя бы, один, где эксперт, оценивающий действия психиатра и спрошенный о надежности предсказания опасности пациента в отдаленном будущем, ответил следующим образом: “Если бы я знал то, что я узнал о том, что было сказано (на месте, где произошло насилие), (такого-то числа) о том, что было сообщено (тогда-то и тогда-то) или в другое время, то сведения о количестве информации, которая была доступна (лечащему врачу), были бы гораздо более определенными, гораздо более отчетливыми, и в определенных случаях, возможно, давали бы ему возможность немедленно оценить безотлагательность ситуации, а также спланировать лечения в то время. Были реальные обстоятельства, в которых был тот психиатр, и если бы я знал это, если бы я лечил и слышал вещи, которые я бы слышал как лечащий психиатр, я полагаю, я находился бы под полным влиянием того, что происходило бы в моих отношениях с пациентом в процессе лечения”.

В заключении автор дает практические советы экспертам: “Слушайте вопрос, сосредоточьтесь на нем, убедитесь, что Вы его поняли, продумайте ответ, и мысленно произнесите его, лишь после этого отвечайте. Делите длинные мысли на короткие фразы... Не оставляйте незаконченными Ваши предложения...”

Не бойтесь сказать, что Вы не знаете ответа на какой-то вопрос. Не бойтесь попросить перефразировать вопрос, чтобы лучше понять его. Не бойтесь сказать, что вы не поняли вопроса. Не бойтесь говорить: “Я не знаю”.

О критичности и ее нарушениях с системных позиций

К дискуссии по статье С. Ю. Циркина “Расстройства критики”¹

Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)

Статья С. Ю. Циркина на обозначенную тему содержит ряд достаточно интересных и полезных сведений по проблеме критичности и ее расстройств наряду с собственными взглядами автора на данный предмет исследования. Некоторые положения, высказанные автором, нуждаются в уточнениях и требуют обсуждения. Дискуссия по данной теме вполне уместна, если учесть важность и малую разработанность проблемы критичности как в общей психологии, так и в психопатологии. Тем с большим интересом воспринимается статья и те примечания к ней, которые высказал Ю. С. Савенко в своем послесловии к данной публикации.

Дискуссионно само определение критичности и некритичности, которое дает С. Ю. Циркин: “Критические способности определяются вынесением суждений, которые адекватны образовательному уровню, информированности индивидуума и его интеллектуальным способностям (например, адекватны способностям к использованию логики). Соответственно, некритичность заключается в игнорировании (обычно неосознанном) или грубом недоучете информации, которой располагает индивидуум, или в неиспользовании в полной мере своих интеллектуальных способностей”. Но адекватность суждений индивидуума собственным способностям можно определить не иначе, как через конкретную деятельность субъекта. Так же критичность мы можем установить по результатам трудов человека — по его высказываниям, действиям, решениям, поведению в конкретных обстоятельствах; насколько эти действия (практические или умственные) адекватны условиям решаемой задачи, нормативным требованиям, целевым установкам, морали и т.д. То есть, критичность определяется тем, насколько субъект “вписывается” в окружающую его реальность и строит в ней свою деятельность. Но это лишь внешняя сторона вопроса. Критичность и некритичность можно исследовать и со стороны структуры деятельности субъекта, что требует проведения специального психологического исследования. В этом отношении представляется справедливым замечание Ю. С. Савенко: “Возможна любая комбинация причин, важно с чем, с какой структурой мы имеем

дело”. При этом указываются такие функции критичности, “как способности: 1) осознавать болезненный характер своих переживаний; 2) адекватно оценивать текущую ситуацию и считаться с ней, корректируя свое поведение и свои ошибки; 3) прогнозировать результаты своей деятельности; 4) соотносить свои цели со своими возможностями”. Такой подход дает возможность прицельного исследования критичности на описательном и экспериментальном уровнях.

Для того, чтобы перейти от описательных характеристик к структурным, предпримем некоторый анализ критичности как свойства мышления, выделив такие основные функции мышления как: опосредованное отображение окружающей действительности, преобразование этой действительности, решение проблемных ситуаций, самоконтроль, прогнозирование результатов деятельности и тенденций развития событий. Можно продолжить список функций мышления, но остановимся на главных.

При установлении места критичности в процессе познания человеком окружающей его действительности следует отметить, что такое познание осуществляется опосредовано в знаковой, словесной, понятийной и иных формах через операции сравнения, обобщения, абстрагирования, логического суждения и аналитико-синтетической деятельности. Причем, мыслительные операции осуществляются путем пробно-поисковой деятельности. То есть, знание не приходит моментально, его чаще всего приходится добывать, и это происходит путем выдвижения гипотез и их проверки. Последнее обстоятельство и образует основу критической функции мышления. Такая закономерность присутствует и при познании нового, и при поиске решения проблем, и при совершенствовании трудовых навыков и всего того, что выполняется при всех видах мышления — наглядно-действенного, образного, теоретического и т.д. Человек постоянно должен контролировать соответствие своих действий (практических и умственных) условиям среды и поставленным целям. И даже тогда, когда человек действует сразу, моментально, это есть результат предшествующих многих проб, ошибок и достижений. Но и в этих случаях происходит сличение результата с целью, с той лишь разницей, что это происходит свернуто и не всегда заметно стороннему наблю-

¹ НПЖ, 2006, 4.

дателью. Virtuозность — есть результат предыдущего большого труда, поглотившего все неудачи и ошибки.

Еще одно важное достоинство мышления — открытие и создание нового, того, что еще не было представлено в прошлом опыте. Какова здесь роль критической функции? С чем можно сравнить то, чего еще нет, как установить его адекватность? А ведь человек обязан своему развитию именно тому обстоятельству, что он постоянно возрастал над простым опытом, усложнял его и познавал действительность через открытие нового. И здесь мы подходим к прогностическим функциям мышления, где роль критической способности является еще более тонкой. Решение задачи для субъекта — это тоже открытие нового. При этом срабатывает такое свойство мышления как антиципация, т.е. предвосхищение возможного решения. И последующая проверка вариантов производится относительно предполагаемого направления решения. А когда, наконец, решение достигается, то все становится на свои места и приходит в нужное соответствие. И человек, благодаря собственной критичности, устанавливает это соответствие.

Адекватность деятельности человека условиям и целям определяется не только методом проб, ошибок и находок, а достаточно важным принципом системности его деятельности в столь же системной реальности. В настоящее время законы системного строения нашего мира и человека, как его части, становятся все явственнее, и многие закономерности деятельности человека, так же как его свойства, могут быть объяснены лучше с позиций теории динамических систем. Системным закономерностям соответствует, в частности, мыслительная деятельность человека и критическая способность как имманентное свойство мышления. Системными закономерностями объясняются и нарушения психической деятельности.

Самые общие свойства динамических систем, которые необходимо учитывать при анализе феноменов психики, это следующие: целостность и качественная определенность объекта исследования; несводимость свойств целого к сумме свойств составляющих элементов; иерархическое строение целого, состоящего из подсистем; динамика системы, заключающаяся в развитии или регрессе данной системы. Важным моментом является установление системообразующих факторов, что зависит от точки наблюдения. В одних случаях мы можем определить значение одного фактора (или подсистемы), в других случаях или с другой позиции можем усмотреть влияние иного фактора или обстоятельства. Но изучение системы будет тем полнее, чем более всесторонне удастся ее рассмотреть.

Мышление человека тогда является системным процессом как по форме, так и по содержанию, когда оно строится в соответствии с системными закономерностями. И тогда человек может достаточно адекватно отображать окружающую его действитель-

ность. Когда познавательная модель соответствует познаваемому объекту по параметрам системных свойств, т.е. устанавливается системное соответствие, тогда отображение адекватно, а деятельность субъекта успешна. И наоборот: когда по форме мысль, а по содержанию нелепость, то и познание и действия будут глубоко неверными. Очистительным механизмом, который избавляет мышление от ошибок и всяческого неизбежного “шлака”, сопровождающего процесс познания, является критическая функция мышления. Критичность также обеспечивает подъем мышления от простого к сложному, от несовершенных подходов — к более прогрессивным. Она является условием позитивного самодвижения мышления, а следовательно и условием развития человека как личности. Если же критичность мало развита, то мышление косо, консервативно, малопродуктивно. В границах нормы могут встречаться различные варианты типов мышления и стилей индивидуальной деятельности, которые нет оснований считать болезненными, если в их структуре содержатся все соответствующие норме компоненты, различающиеся только количественно. Когда же изменения состоят в качественных нарушениях, то это может указывать на неординарные причины, которые необходимо дифференцировать в интервале: норма — пограничные состояния — болезненные расстройства. Нарушения критичности, устанавливаемые при экспериментально-психологическом исследовании, имеют различную структуру, что может указывать на их нозологическую принадлежность. Состояние критичности является тонким индикатором нормы и отклонений от нее. Даже малые дозы алкоголя, не говоря уже о более серьезных интоксикациях, снижают критическую функцию. Деятельность человека теряет точность, возрастают ошибки, поведение теряет подконтрольность.

Уменьшают критичность также большие эмоции, страсти, резко доминирующие мотивы. Несбалансированность эмоций и волевого контроля, взрывы эмоций, обусловленные ситуативно, приводят к “спрямлению” поведения, блокированию критической функции мышления. Касаясь этой темы, С. Ю. Циркин считает, что “истинную некритичность следует подразделять на аффективную (эмоциональную) и когнитивную”. А далее, развивая эту мысль, поясняет: “Разграничить аффективную и когнитивную некритичность не всегда просто. Кроме того, нередко они составляют единый комплекс”. Здесь необходимы уточнения. Сколько у человека критических функций, одна или две? И возможно ли существование самостоятельной эмоциональной критичности или некритичности? Таких оснований не имеется. Эмоции более непосредственны, более прямолинейны, менее гибки, чем мышление, и отражают относительно простую форму отношения человека к тому объекту, на который они направлены. Эмоции влияют на когни-

тивную сферу и на критическую функцию, что бесспорно, но при этом критичность остается единой, так же как и ее оборотная сторона — некритичность. Можно говорить об эмоциональных влияниях на мышление и об эмоциональной некритичности. Тогда будет ясно, о чем идет речь. Это оправдано еще и тем, что при одних психических болезнях мы видим доминирующую роль аффективных расстройств, а при других — когнитивных. А установление ведущего фактора особенно важно при определении лечебной тактики, поскольку устранение первопричины снимет и весь ею вызванный комплекс нарушений. Это, действительно, не всегда просто и требует всесторонних исследований, в том числе и патопсихологических.

Интересны взгляды С. Ю. Циркина на причины бредаобразования. Говорится о роли интуиции, догадки, ошибки суждения и т.д. “Необходима особая некритичность, а именно в отношении собственной интуиции”, — полагает автор, говоря о расстройствах “когнитивной критики”.

Возможно, тонкие исследования помогут лучше разобраться в особенностях некоторых форм бреда и роли в таких состояниях интуиции, но все же желательно разграничивать сверхценные построения при пограничных состояниях и бред как проявление психоза, в частности, бред при шизофрении. В последнем случае, как показывают патопсихологические исследования данных больных, расстройства мышления и критической функции в том числе, столь глубоки, что достигают нередко полного выпадения критического компонента в их деятельности. Причем, касается это не только отношения больного к своим неадекватным высказываниям, но определяется и в способах выполнения им различных тестовых заданий. Больные решают экспериментальные задания, минуя операции анализа, синтеза, выдвижения и проверки гипотез, сопоставления ответов с целью задания. Их обобщения искажены, а суждения становятся паралогичными и разноплановыми. Неверные суждения не устраняются, а мышление теряет свою прогрессивную динамику. Отсюда недоступность больного разубеждению в тех случаях, когда он высказывает идеи явно нелепого содержания. Он не может проследить вслед за собеседником путь критической оценки своих утверждений, поскольку у него нет мыслительных возможностей, чтобы сделать это. Нарушаются и коммуникативные возможности больного, поскольку болезнь затрагивает всю систему прежних отношений, мотивов и установок. На фоне системной дезинтеграции психики больных приравнивать их бредовые высказывания и неадекватные действия к ошибкам не представляется обоснованным. Ошибки присущи здоровому мышлению, и они неизбежны. Но ошибки преодолеваются в ходе критической проработки результатов, и так происходит совершенствование деятельности. Истинно

бредовые высказывания больных являются результатом иного качества работы психики, что отличает их от ошибок деятельности, и они требуют соответственно иной терминологической квалификации. При сверхценных построениях, парциальной некритичности при расстройствах личности, бредоподобных фантазиях нарушения критики не носят тотального характера, что важно учитывать в проведении дифференциальной диагностики таких состояний.

К вопросу структурных особенностей нарушений критики при шизофрении близко подошли, на наш взгляд, авторы, рассматривавшие нарушения избирательности привлечения информации, относящейся к прошлому опыту, при решении больными специально подобранных экспериментальных задач. Так, в исследованиях Ю. Ф. Полякова с сотрудниками были получены определенные данные об особенностях такой избирательности по сравнению со здоровыми испытуемыми. Больные чаще, чем здоровые, строили свои ответы на малозначительных свойствах предметов. При выполнении экспериментальных заданий выявление существенных и несущественных признаков предметов у больных уравнивалось. Но авторы не подтвердили четкой патогномичности таких особенностей, поскольку сходные результаты наблюдались и вне болезненных состояний. Возможно, скромность результатов в данном случае объясняется тем, что авторы ограничили аспект исследования анализом влияния прошлого опыта и не рассматривали критическую функцию в целом. В целостной же деятельности человека прошлый опыт трансформируется в настоящий и далее — в прогноз событий. А избирательность привлечения прежних знаний диктуется целью задачи и условиями ее достижения, и это не что иное, как функция критичности. В сложной целостной деятельности решение достигается не путем механической “актуализации знаний”, а многошаговым поисковым процессом, в ходе которого производится анализ структуры искомой цели и определяется последовательность действий по достижению правильного решения. При этом производится многократная проверка адекватности действий субъекта поставленным целям. Это всегда творчество на основе знаний и опыта.

В то же время, хотелось бы отметить, что проблема соотношения прежнего опыта и нового знания важна с позиций объяснения динамики развития когнитивных возможностей человека. В процессе все возрастающего познания человеком окружающей действительности существенное значение имеет критическая функция мышления, обеспечивающая прогрессивное развитие знания и приведение в системное соответствие деятельности человека тем условиям, в которых она осуществляется.

Психопатическая форма диатеза

С. Ю. Циркин

В современной психиатрии твердо сохраняется взгляд на психопатии (расстройства личности) как на особый вид патологии, уродство характера, противопоставляемый остальным психическим расстройствам. Принято считать, что речь идет об отрицательных свойствах личности, которые под влиянием неблагоприятного стечения обстоятельств усиливаются, приводя к формированию психопатии в зрелом возрасте, тогда как у детей еще только формирующаяся психопатия проявляется реакциями (возбудимыми, истерическими, астеническими). Исходя из этих представлений, остается удивляться, во-первых, что это за реакция, когда ребенок, например, изначально аутичен и в положенные 6 недель от роду должным образом не оживляется при виде матери или, наоборот, развивается с опережением, отличается повышенной активностью, общительностью и отвлекаемостью (без истощения внимания), а, во-вторых, чем “особенности” его характера принципиально отличаются от психопатии у взрослых?

Если принять критерии тотальности и социальной дезадаптации за обязательные, то как оценивать случаи с избирательностью проблем, например, когда чрезмерно тревожатся только при переменах в жизни (в том числе ожидаемых и малозначимых), а о правильности выполнения своих действий не заботятся (и наоборот) или когда замкнутость обнаруживается лишь вне пределов семьи? Можно ли диагностировать гипертимность, если необычная жизнерадостность, энергичность и общительность не приводят к социальным проблемам? Кем, как не шизоидным психопатом, следует считать аутиста, хотя бы и удачно адаптированного (при отсутствии критериев шизофрении)?

Разумеется, все заштампованные взгляды на психопатии сформировались в эпоху, когда психические расстройства изучались преимущественно в стационарах, где вероятность установления критериев тотальности и дезадаптации высока, да и за амбулаторной помощью обращались при значительных социальных проблемах. Но, кроме того, они отражают представления о чертах характера, которые болезненно заострены, но не являются симптоматикой болезни. Это, дескать, симптом болезни может выявляться как заноза на фоне в остальном интактной психики (как при мономаниях), а здесь аномальные личностные признаки носят всепроникающий характер, изначально направляя психическое развитие в его целостности по искаженному пути. Дефиниции психопатии в отечественной психиатрии и расстройства личности в DSM-IV-TR почти идентичны, но в последней систематике лишний раз подчеркивается принципиальное

отличие расстройства личности, которое “не является следствием другой психической патологии”.

Если оценивать психопатии глазами психиатрии вековой давности, то их понимание как особой группы патологии вполне естественно: врожденное уродство характера резко отличается по своим проявлениям как от умственной отсталости, так и от психозов и неврозов. Однако за прошедшее столетие с лишним накоплен огромный опыт пограничной психиатрии, который не оставляет столь уж непреодолимым разрыв между “чертой личности” (trait) и болезненным состоянием (state). В частности, теперь хорошо известно, что болезненные состояния могут быть совсем неглубокими и длиться долгие годы и даже десятилетия. Исходя из этого, возможность врожденной гипоманиакальной, тревожной и депрессивной симптоматики не представляется нереальной. Имеется ряд аргументов, подтверждающих правомерность такого взгляда:

1. В соответствии с известной в психиатрии тенденцией к сквозному развитию определенной симптоматики у одного и того же больного в рамках последовательных обострений (тенденция к клишированности) психастенический (тревожный) “преморбид” коррелирует с повышенной вероятностью тревоги в реакциях, эндореакциях и фазах, а гипертимии — с развитием (гипо)маний. Также следует иметь в виду психопатологическую тождественность доманифестной тревожности или гипертимности тревоге или маниям в обострениях. Генерализованной тревоге в рамках болезненных эпизодов обычно соответствует общая (“тотальная”) тревожная мнительность на доманифестном этапе, а специфическим фобиям — избирательная тревожность (например, социофобическая). Личностная тревожность и гипертимность могут сочетаться точно так же, как комбинирование мании и тревоги в рамках болезненного (смешанного) состояния (например, при ипохондрической мании). Так, 11-летняя школьница, которая смешит всех своих подруг, а по словам матери постоянно находится в возбужденном состоянии, особенно в вечерние часы, в результате чего с трудом засыпает, отличается склонностью подолгу готовиться ко сну, снова и снова разглаживая простыню (на которой могут оказаться крошки от еды) и поправляя подушку и одеяло (чтобы предотвратить возможное неудобство во время сна), настаивает на необходимости приходить в школу с запасом времени и пр. Непосредственное отношение к сочетанию гипертимности с тревожностью может иметь и гиперкомпенсация психастеников, к которой относят их высокую активность, отвагу, ре-

шительность, даже грубость. Предварительные наблюдения свидетельствуют, что эти так называемые маски под силу одеть только тем психастеническим личностям, которые отличаются присутствием гипертимности. В ряде случаев можно установить точный возраст “формирования” расстройства личности, что вполне ожидаемо для болезненного состояния. Например, мать десятилетнего школьника указывает, что в годовалом возрасте ее сына как подменили: из спокойного ребенка он превратился в расторможенного, отвлекаемого и склонного к агрессивности. “Черты” тревожности и гипертимности могут чередоваться многолетними периодами, что также предполагает их тождественность болезненным состояниям.

2. При сопоставлении до- и постманифестных расстройств воспроизводится и еще одна общепатологическая тенденция, а именно сохранение индивидуально предпочтительной динамики их проявлений. Доманифестная аффективная лабильность коррелирует или с относительной непродолжительностью болезненных состояний, или с сохранением лабильности на фоне затяжных фаз. Суточная динамика состояний, в соответствии с которой гипотимия проявляется преимущественно утром, а гипертимия — вечером, также типична как для манифестного, так и доманифестного этапов расстройств. Общность динамических характеристик “личностных свойств” и реактивно-фазных состояний предполагает их идентичную патогенетическую сущность.

3. В международной и американской систематиках расстройства личности, как принципиально особый вид патологии, диагностируются независимо от других психических расстройств. Очень часто они устанавливаются как дополнительный диагноз. Благодаря этому среди стационарированных пациентов их распространенность достигает 50 – 60 %. При этом в общей популяции расстройства личности встречаются в 10 – 15 % (4). Фактически, эти данные свидетельствуют, что расстройства личности не являются вполне “независимой” диагностической осью, иначе их частота была бы одинаковой. На самом же деле не существует даже относительной “независимости”: помимо собственно характерологических нарушений всегда выявляются реакции, эндореакции и (или) аутохтонные фазы, а также когнитивный дефицит, т.е. все признаки психопатологического диатеза. Если бы психастеническое, шизоидное и гипертимное расстройства личности составляли нозологически особую группу патологии, хотя бы и обнаруживающую сродство с другими психическими расстройствами, то они встречались бы в чистом виде. Но таких случаев в практике пограничной психиатрии выявить не удается.

В кругу частных проблем, касающихся сущности “психопатий”, правомерно поставить специальный вопрос: какова природа шизоидности? Лежащая в ее основе эмоциональная дефицитарность означает ту

или иную степень ареактивности (обычно — гипореактивности), при которой события, обычно приносящие радость и огорчения, не вызывают ожидаемого эмоционального ответа. Сниженная способность радоваться (ангедония) и огорчаться представляет собой первичные феномены одновременно депрессии и мании (2), т.е. смешанного состояния.

Ранее уже обсуждалась проблема соотношения депрессии и дефекта, в частности, при изучении простой формы шизофрении. В. Г. Левит (1) отметил, что впечатление об относительной тяжести процесса на начальном этапе иногда оказывается неверным, а объясняться эти ошибки могут наличием стертых депрессий. При этом он ссылался на мнение ряда психиатров о практической невозможности дифференцировать дефектные и депрессивные симптомы, которые, в соответствии со взглядами А. В. Снежневского, неразделимы и представляют собой “диалектическое единство”. По существу в таких случаях дефект и депрессия дифференцировались лишь ретроспективно и единственно на основании критерия обратимости симптоматики: чем полнее редукция расстройств, тем больший удельный вес в состоянии занимала депрессия.

Эмоциональную дефицитарность трудно отождествить с депрессивностью по следующим соображениям. Во-первых, из-за субъективной тягостности последней. Во-вторых, в связи с обратимым характером ее, в частности, терапевтической эффективностью антидепрессантов. В-третьих, из-за проявления эмоциональной холодности безразличным, равнодушным отношением не только к потенциально радостным, но и к потенциально огорчающим событиям и фактам, что может выражаться, в частности, отсутствием эмпатии. Особенно непривычно допустить депрессивную природу эмоциональной сглаженности, которая заметна на фоне гипоманиакального состояния.

Тягостность депрессивного аффекта, равно как и переживание грусти, печали, тоскливости представляют собой вторичную реакцию на пониженную способность радоваться. Если же ангедония имеет врожденную природу, то реакцию на нее и невозможно ожидать: нельзя сожалеть об утрате того, чего изначально не было. Впрочем, значение первого “дифференцирующего” критерия и без того невелико, поскольку в клинике хорошо известна апатическая депрессия, эпизоды которой ограничиваются вялостью, безволием, отсутствием побуждений, пассивностью, стремлением к одиночеству и безучастностью.

Критерий обратимости также нельзя считать самостоятельным ввиду существования длящихся десятилетиями депрессий и часто встречающейся пожизненной гипертимии. Не дает однозначного ответа и попытка решить вопрос на основании анализа действенности нейрорептиков и антидепрессантов при терапии дефекта: оба класса препаратов имеют достаточно ограниченную эффективность. Высокой же эф-

фективности вряд ли и стоит ожидать, поскольку препараты воздействуют преимущественно на вторичный, реактивный компонент симптоматики.

Наконец, снижение способности к огорчению, отличающее дефицитарную ареактивность (индифферентность) от депрессивности, не исключает наличие последней, но свидетельствует об одновременном присутствии свойственной мании пониженной способности огорчаться. Соотношение депрессивного и маниакального аффектов может быть различным. Они редко представлены в одинаковой мере, и обычно преобладает один из них. Случаи с доминированием расстройств субдепрессивного полюса и послужили поводом к упомянутым попыткам дифференцировать депрессию и дефект. Если же ведущим является гипоманиакальный аффект, то обращает на себя внимание не только “непробиваемость” этих лиц, т.е. нечувствительность к неудачам, их машинообразность подразумевает и отсутствие особенной радости от успехов. Следование своим влечениям также не приносит должного удовольствия. Уже с раннего детства повышенный уровень активности, в вечерние часы достигающий возбужденности, напористость в достижении желаемого и отвлекаемость, не часто сопровождаются заметной веселостью, т.е. вторичным реактивным компонентом, который при врожденном характере состояния, как и при субдепрессии, выражен слабо.

В рамках настоящего обсуждения проблемы нет смысла останавливаться на таких дополнительных характеристиках шизоидности как приводящая к чужаковатости не критичность и особенности мышления, которые наряду с невротической и явно аффективной симптоматикой, а также особенностями моторики (микрокатагонией) лишней раз подтверждают наличие психопатологического диатеза.

Эмоциональная дефицитарность при психопатологическом диатезе необязательна, но очень высока вероятна, что соответствует необязательности, но очень высокой вероятности аффективных расстройств. Степень ее бывает различна. Незначительное уменьшение амплитуды эмоционального реагирования в рамках хронических неглубоких смешанных состояний выражается в первую очередь сниженной способностью к сопереживанию, когда межличностные контакты представлены формально, на поверхностном уровне. Гораздо реже эмоциональная дефицитарность при диатезе является ведущей характеристикой личности, такая ее выраженность обозначается как шизоидность. Лежащая в ее основе ангедония проявляется также и снижением интенсивности влечений к общению (см. ниже).

Очень высокая частота смешанных состояний при психопатологическом диатезе, прослеживаемая как в признаках эмоциональной сглаженности, так и в сочетании гипертимности с тревожностью заставляет предполагать существование психопатологиче-

ской закономерности: чем меньше интенсивность расстройств (а пожизненные нарушения, соответствующие понятию психопатий, относятся именно к неглубоким), тем выше вероятность смешанного аффекта.

Другая проблема, подлежащая обсуждению, заключается в выделении традиционной психиатрией характерологических типов, которые в “чистом виде” являются не патологией, а психологическими особенностями. Эти особенности представляют собой те или иные влечения.

В большинстве случаев под влечением следует понимать в разной степени осознаваемое побуждение к инстинктивной деятельности (врожденно запрограммированным актам), которое не имеет первичного рационального посыла (хотя для биологического вида оно рационально обоснованно) и приносит если и не удовольствие, то по меньшей мере удовлетворение. Поэтому для анализа влечений важно ознакомиться с данными этологии, которая занимается изучением инстинктов. У здорового человека интенсивность различных влечений неодинакова. Биологический смысл такой диспропорциональности очевиден: в зависимости от меняющихся условий среды по существу любое интенсивное влечение (например, агрессивность) может как обеспечивать преимущества, так и препятствовать адаптации, подвергая существование риску. Поэтому для сохранения вида предпочтительна внутривидовая гетерогенность, при которой влечения варьируют в своей интенсивности, в том числе характеризуясь диспропорциональностью. При наличии сопутствующего психопатологического диатеза благодаря патологически измененному аффективному фону диспропорционально выраженное влечение может ослабляться или становиться особенно ярким, в том числе и дезадаптирующим, что давало основание считать соответствующие случаи психопатиями и одновременно признавать дезадаптацию критерием психопатии.

Принято выделять “истерическую психопатию”. Демонстративное поведение у животных этологи называют “выделяющим”, оно представляет собой один из множества инстинктов. Внимательный анализ соответствующих случаев позволяет заключить, что повышенная склонность привлекать к себе внимание встречается не в чистом виде, а как необязательный компонент гипертимного характера, формируя его возможный вариант и являясь лишь одним из активно желаемых удовольствий. Таковую же закономерность, но при изучении родственников больных шизофренией отметила В. Л. Шендерова (3): для гипертимных детей характерны “желание быть в центре”, в том числе для девочек — “истерические черты”, а для шизоидных истериков зрелого возраста — “гипертимность с эмоциональной ущербностью”. Что касается многократно отмечавшейся связи развития конверсион-

но-диссоциативных расстройств с “истерическим преморбидом”, то она была значительно переоценена (впрочем, и в литературе по этому вопросу нет полного единодушия). Более высокая корреляция возникновения этих расстройств с другими психологическими особенностями, например, эмоциональной впечатлительностью, но и эта зависимость далеко не абсолютна.

Параноический (идеоманический) склад личности также основывается на повышенном влечении, а именно, к интеллектуально-понятийной деятельности, что обычно находит выражение в формировании сверхценностей. Если эта склонность пожизненная, но не связанная с аномальным аффектом, то это психологический, а не патологический тип личности. Но она может обнаруживаться или еще более усиливаться (равно как и ослабевать) в рамках эпизодов аффективных нарушений, выступая как их симптом в связи с общим эмоциональным оживлением или угнетением. Собственно, психиатры и имеют дело почти исключительно с такими случаями идеоманического склада, в которых устанавливается психопатологический диатез. Какой-либо существенной связи с симптоматикой обострений диатеза идеоманический склад личности не обнаруживает (как и другие психологические особенности), хотя среди непатологических сверхценностей можно наблюдать и формирование сверхценной ипохондрии. Клиническое значение идеоманического склада личности, как и других психологических особенностей, состоит в целесообразности учитывать их при ведении пациентов, в частности, психотерапевтическом взаимодействии с ними.

Если в основу выделения психиатрически значимых типов положить другие влечения, то таких типов значительно прибавится. Собственно, уже выделялся, например, тип “патологических лгунов и обманщиков”. Равным образом, при таком подходе можно было бы учитывать “патологически” склонных к азартным играм, накопительству, употреблению спиртного, обжорству, половым связям (необязательно извращенным), агрессивности и пр. При маниях и депрессиях может изменяться интенсивность всех влечений. В анамнезе некоторых больных удается проследить как, начиная с раннего детства, происходит смена длящихся годами гипоманиакальных и субдепрессивных фаз, причем во время последних исчезает одновременно и склонность к демонстративности, и повышенный аппетит, а в более старшем возрасте и к употреблению психоактивных веществ.

Анализ значения влечений на фоне патологических состояний возвращает к частным аспектам проблемы шизоидности, а именно избирательности эмоционального дефекта, когда обнаруживаются различия в заинтересованности разными микросоциальными сферами: родными, друзьями, коллегами. По данным этологов активность во взаимодействии с

различными микросоциальными структурами определяется разными инстинктами. Одно дело — инстинктивное влечение к повышению своего статуса в иерархической структуре (а это достигается прежде всего в ходе межперсонального взаимодействия), другое дело — так называемое клубное поведение (игнорирующий иерархию совместный отдых с обществом), особое положение занимают родственные связи, которые также определяются разными инстинктами. Преимущественное угнетение одного из социальных инстинктов обуславливает парциальность эмоциональной дефицитарности, т.е. особый вариант аффективного нарушения.

При депрессиях влечения могут не только ослабляться, но и усиливаться, причем содержание их оказывается самым разным. Например, на фоне апатической депрессии, когда молодой человек с наибольшим сожалением отмечает утрату жизненных целей, ему доставляет немалое удовольствие обдумывать возможность и способы своего самоубийства. Он с наглядностью воображает, как готовился бы и выполнял бы суицидальные действия (хотя никогда не представлял, как выглядел бы его труп). Ему нравится фантазировать, как хорошо бы использовать сразу несколько (пять) способов самоубийства, при этом досадно, что в реальности это невозможно. (Предпринимал демонстративные суицидальные попытки.) Не так уж редко при депрессиях (равно как и при маниях) выявляется агрессивность. Подобные влечения (“тягу к плохому”, по определению одного из пациентов) можно условно обозначить как “отрицательные”, поскольку следование им должно не только приносить удовлетворение, но и огорчать. Если их возникновение на депрессивном фоне не приводит к ожидаемому огорчению, то это должно свидетельствовать о смешанном характере состояния. Об этом же свидетельствует и клинический опыт: при “психопатоподобном” (преимущественно агрессивном) поведении чаще всего выявляется именно смешанное аффективное состояние. Возможны при депрессиях и “положительные” влечения, которые, впрочем, могут иметь неприятные социальные последствия, как например, склонность к азартным играм. Развитие и тех и других вряд ли возможно объяснить иначе, как компенсаторными механизмами. При маниях в рамках общей оживленности психической деятельности в связи со снижением угнетающего влияния неприятных переживаний усиление влечений по сравнению с депрессиями более характерно. Отрицательные влечения здесь вполне вписываются в контекст состояния. Так, по сообщению матери гипертимной девочки неполных 3 лет та болезненно щипала ее уже во время грудного кормления, и до сих пор время от времени продолжает делать это, выбирая наиболее болезненные участки. Вслед за этим девочка вновь столь нежна и ласкова, что мать не сомневается в ее любви,

хотя должного сострадания и раскаяния дочка не обнаруживает.

Если наличие неадекватно интенсивных влечений обычно указывает лишь на аффективное расстройство, то следование социально неодобряемым влечениям может свидетельствовать о некритичности пациентов. Одно дело, когда как в вышеприведенном примере щиплет ребенок раннего возраста, другое дело, когда молодой педагог В. В. Розанов щиплет своих учеников (его во многих отношениях иллюстративная патохарактеристика опубликована Ю. С. Савенко в НПЖ, № 4, 2006). Истинная когнитивная некритичность Розанова наряду с (эндо)реактивной тревожной депрессией в последние два года жизни и биполярными фазами подтверждают диагноз психопатологического диатеза, оставляя недостаточной квалификацию “расстройства личности”. Примеры некритичности здесь разнообразны. Он хотел нравиться, но “до неприличия грубо льстил”, ходил в засаленной одежде, хотя при его уме и был в состоянии понять, что это не импонирует окружающим. Его антисемитские статьи, публиковавшиеся в ходе следствия и судебного процесса по делу Бейлиса, не объяснить лишь эмоциональной некритичностью, сопровождавшей увлечение юдофобством. Обстоятельства дела весьма подробно и широко обсуждались, было время взвесить предлагавшиеся контраргументы, но они игнорировались. Приведено и самоописание некритичности: “меня даже глупый человек может “водить за нос”, и я буду знать, что он глупый и что даже ведет меня ко вреду, наконец, “к всякой гибели” — и все-таки буду за ним идти...” Особенность данного варианта дезорганизации мышления заключается в том, что понимание имеется, но игнорируется, отодвигается на дальний план, дезактуализируется, не влияет на выбор решений и поведение. Даже сам В. В. Розанов только четверть соответствовавших данному самоописанию случаев смог приписать своему “безволию”, но оно, надо полагать, отражало наличие сопутствующего депрессивного аффекта.

Влечения Розанова представлены весьма ярко и их интенсивность так или иначе связана с аффективными расстройствами, которые носили континуальный характер. Если в основе влечения к самоуничтожению у него находилась депрессия, поскольку он отмечал его только в тоскливые дни, а идеоманическое влечение (“бурлил идеями”, “варил желудочком мозга все что ни есть”) трудно представить иначе, как на гипоманиакальном фоне, то определить аффективный фон копролалического влечения (“мог доходить до влюбления в прямо безобразные или отвратительные вещи”) достаточно сложно, что лишний раз свидетельствует о невозможности быть полностью удовлетворенным публикацией даже столь примечательной клинической иллюстрации. Точно так же неясен аффективный фон розановской агрессивности, когда он

“наезжал” на тех, кого втуне уважал (“люблю черную измену, в которой блестят глаза демонов”).

В плане проведенного выше анализа шизоидности весьма показательно, что, давая себе странную характеристику, В. В. Розанов поставил рядом, с одной стороны, “равнодушие к “хорошо” и “дурно””, “холодность или скорее безучастность к окружающему”, а, с другой стороны, “почти постоянную грусть”, “откуда-то текущую печаль”.

В заключение следует указать, что понятие психопатии может являться вполне целесообразным как “социальный” или статистический диагноз. С медицинской же точки зрения оно охватывает лишь один из не встречающихся в изолированном виде симптомокомплексов психопатологического диатеза. Если психопатические проявления занимают ведущее место в клинической картине диатеза, правомерно говорить о его психопатической форме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левит В. Г. Простая форма шизофрении. (докт. дисс.) — М., 1968. — 474 с.
2. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. — М.: Фолиум, 2005. — 200 с.
3. Шендерова В. Л. Клинико-генеалогическое исследование юношеской непрерывной шизофрении (докт. дисс.) — М., 1974. — 399 с.
4. Widiger T. A., Mullins S. Personality disorders. // In: Psychiatry. Second edition, V. 2 / Ed. By A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman. Buncles, UK: Wiley & sons, Ltd. 2002. — P. 1603 – 1637.

P.S. Хотелось бы, прежде всего, констатировать принципиальное расхождение между мной и редактором, которое вряд ли перспективно для дальнейшего обсуждения ввиду того, что аргументация уже высказана (во всяком случае, с моей стороны): для Юрия Сергеевича Савенко психопатология Ясперса незыблема и может лишь познаваться (иначе, по мнению Ю. С., получится, что кто-то считает себя “тоньше философа такого класса”, а это “наивно”) и дополняться новыми иллюстрациями, хотя и неясно, для чего они нужны, ибо и старые примеры, по его же мнению, “не устаревают”; Ю. С. доверяет публикации в зависимости от впечатления, оставляемого иллюстрациями, я — от собственного опыта; Ю. С. призывает к непредвзятости наблюдения, а я констатирую, что прежний опыт наблюдателя помимо его воли в той или иной степени накладывает отпечаток на наблюдаемое им явление.

Ю. С. приводит-таки “определение критичности, как способности...”. Из этого следует, что некритичность — это неспособность. Моя же главная идея в том, что способности как раз имеются и обнаруживаются, но в случае некритичного суждения они остаются без употребления (а слово “информация”, вызывающее резкое неприятие Ю. С., играет вспомогательную роль в дефиниции).

Определение не критичности (ответ на постскриптум проф. С. Ю. Циркина)

“Принципиального расхождения” с Сергеем Юрьевичем Циркиным в приведенных им четырех пунктах я, со своей стороны, не увидел.

1. Конечно, Ясперс не является неприкасаемым для критики, просто в этой критике надо быть на его уровне, а в силу его адогматичности, признания дополнительности разных, даже противоположных подходов, взглядов и методов, это особенно трудно.

2. Профессионально оценить клинические иллюстрации можно только на основании собственного опыта, который позволяет увидеть центрацию автора клинического примера на полном совпадении конкретного случая с образом доказываемого и ожидаемого им положения, что создает у него невольное невнимание к противоречиям и отсутствие всякого упоминания о них, либо наоборот, центрацию на таких противоречиях и шероховатостях с их обсуждением. Это известная проблема “хорошего гештальта”, когда посредством всевозможных сглаживаний тенденциозность доходит до фальсификаций на уровне феноменологически не фундированного восприятия.

3. Именно в силу того, что “прежний опыт наблюдателя, помимо его воли в той или иной степени накладывает отпечаток на наблюдаемое им явление”, необходимы призывы к овладению феноменологическим методом как технике непредвзятого наблюдения и описания.

4. Одна из наиболее распространенных ошибок суждения, запечатленная в притче о слоне и слепых, состоит в абсолютизации собственной позиции, в ее “империализме” и нетерпимости к другим мнениям. Между тем, при условии строго сформулированной задачи и строго определенных терминов, разнообразные суждения обычно не противоречат друг другу, а раскрывают различные стороны объекта исследований, демонстрируя его, как правило, далеко не простую, многомерную природу. Поэтому дефиниции даются, обычно, в широком и узком смысле слова: общие, аналитические, индуктивные категории (таковы симптомы) или конкретные, целостные, описательные категории (таковы феномены, а это и есть конкретные клинические примеры). Те и другие — дополнительны друг другу, это два постоянно взаимодействующих пути познания.

С. Ю. дал общую характеристику в индуктивных терминах, т.е. дефиницию в широком смысле слова. “Некритичность это игнорирование (обычно неосознанное) или грубый недоучет информации, которой располагает индивидум, или неиспользование в полной мере своих интеллектуальных способностей”, ко-

торые (и это главное) сохраняются, но остаются без употребления.

Я попытался дать дефиницию в узком смысле слова, что сразу показало структурно разные формы не критичности и позволило расположить их в определенном порядке. Некритичность — это тотальное или парциальное, преходящее или перманентное нарушение рефлексии (ре-флексии), т.е. способность любого когнитивного (познавательного) акта (прежде всего оценивания) учитывать самого себя, обращаться на самого себя, не оставаться в одномерности эго-центрической позиции.

Во-первых, по отношению к своим болезненным расстройствам.

Во-вторых, по отношению к своему поведению и деятельности, выделяя здесь три степени по глубине (а не интенсивности) расстройства.

1) Адекватно оценивать текущую ситуацию и считаться с ней, корректируя свое поведение и свои ошибки;

2) Прогнозировать результаты своей деятельности;

3) Сообразовывать свои цели со своими возможностями.

Такой подход позволяет оценивать структуру не критичности, ее массивность и глубину.

При оценке критичности больного следует помнить о своей собственной критичности. Нередко, например, ради экономии времени отождествляют мнения и декларации больного с его реальным поведением, что, конечно, некорректно. Такая вербальная не критичность — нечто принципиально более поверхностное, переменчивое и ненадежное, не отражающее устойчивых установок личности. Поэтому клинические примеры относительно того, на основании чего именно говорится о не критичности, здесь особенно важны. Они служат обоснованием квалификации не критичности, ее формы, глубины и массивности: носит ли она тотальный характер или избирательна, даже парциальна.

С. Ю. Циркин, дополнив свою дефиницию по его мнению главным, — “способности имеются и обнаруживаются, но в случае не критичного суждения они остаются без употребления”, ограничил понятие не критичности, исключив, например, возможность говорить о не критичности дементных.

Но в чем решительно не могу согласиться с С. Ю., так это с тем, что дискуссия исчерпана и не перспективна.

Ю. С. Савенко

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

От редактора. Инго-Вольфу Киттелю принадлежит честь возрождения интереса к Артуру Кронфельду в послевоенной Германии накануне 100-летнего юбилея. Его исследования легли в основу работы Н. А. Корнетова и моей, а его активная позиция — и в публикации работ Кронфельда русского периода, а также в проведении 9–10 февраля 2007 года в Бремене конференции “Философия психиатрии: Артур Кронфельд — Эрвин Штраус — Вольфганг Бланкенбург”.

Памяти Артура Кронфельда¹

Инго-Вольф Киттел (Аугсбург)



В институте им. Ганнушкина

Он разделял судьбу многих; а выбрал себе конец, на который пошли лишь немногие. Артуру Кронфельду было 55 лет, когда он вместе со своей женой 16 октября 1941 г. покончил жизнь самоубийством в Москве.

Кронфельд, который уже в Германии заслужил себе большую известность как теоретик психиатрии и как представитель эмпирической психотерапии, в Советском Союзе с самого начала был принят с большим доверием, которое он сохранял до самого конца своей жизни. Сегодня он считается “классиком” советской психиатрии.

С 1936 года он был профессором в “Нейропсихиатрическом научном исследовательском институте”

¹ Реферат немецкого первоисточника “Воспоминания о Артуре Кронфельде — Судьба и труды одного еврейского психиатра, работавшего в трех немецких рейхах” (EJL 1986, 6, стр. 58–65), которым открылась юбилейная выставка, посвященная столетию со дня рождения Кронфельда, Франкфурт, 9 января 1986 года.

им. П. В. Ганнушкина в Москве. Будучи ближайшим сотрудником М. Я. Серейского он заведовал там “отделением экспериментального лечения”, где исследовал изученную им в швейцарской эмиграции инсулиновую терапию шизофрении.

Принят он был восторженно. Его прибытие в Москву 15 июня 1936 г. было описано в газетах и дополнительно афишировано в Немецкой центральной газете. Несмотря на недостаток жилплощади в советской столице ему и его жене по его собственным словам предоставили “большую двухкомнатную квартиру”, в которой он мог поместить свою берлинскую мебель и богатую библиотеку. Вскоре после этого он получил даже трехкомнатную квартиру в жилом доме института им. Ганнушкина, где жили также А. В. Снежневский и Эрих Штернберг — бывший его берлинский студент и сотрудник, который уже в 1935 г. эмигрировал в СССР и здесь ходатайствовал за его вызов.

Уже свое первое публичное выступление на “Все-союзном съезде психиатров и невропатологов” в декабре 1936 г., где он представил первые результаты своих исследований, он называл большим успехом. Через год он и его жена получили советское гражданство. К этому времени его знания русского языка достигли такого уровня, что он получил задание читать лекции по психотерапии в Харьковском университете. Кроме того он работал консультантом в Сокольниках, в Преображенской больнице а также в Костроме в 200 км от Москвы.

Первая русская публикация Кронфельда была широким обзором “О современных проблемах учения о шизофрении”. Этим обзором он открыл первый, опубликованный в 1936 г., том *Трудов института им. Ганнушкина*. С 1938 г. он был членом его издательской комиссии. Таковую же функцию он выполнял по одноименному ряду публикаций “Первой Москов-



Подписание антифашистского воззвания советскими учеными 12 октября 1941 г. в Москве. За столом акад. Д. Прянишников, стоят слева направо: академики Е. Ярославский, А. Фрумкин и Б. Келлер, проф. А. Тимирязев, член-корр. П. Александров и проф. А. Кронфельд (за четыре дня до гибели).

ской психиатрической клиники” на базе Преображенской больницы.

В институте им. Ганнушкина в последнее время он был руководителем “отделения экспериментального лечения психозов”. Здесь он имел более 120 коек и — как он сам писал — “хорошую библиотеку, аудиторию и прежде всего отличные лаборатории”. До 1940 г. он опубликовал еще многие и в том числе объемистые труды. Еще в начале 1941 г. он оптимистично описывал свои планы на будущее в письме своему берлинскому ученику Карлу Бальтазару.

После вторжения немецких войск в Советский союз Кронфельд несколько раз принимал участие в пропагандистских передачах московского радио. Кроме того он написал брошюру “Дегенераты у власти” — о своем личном опыте и контактах с Гитлером, Гиммлером и Герингом — которая была опубликована одновременно в Москве и в Красноярске и переиздана в 1942 г. в Магадане и в Свердловске.

Это увлечение политикой не было удивительным. Уже в Германии Кронфельд отличался публичными выступлениями по разным поводам — в 1918 г. в Совете по Вопросам Прессы а также как делегат исторического Совета солдат в Фрайбурге/Брайзгау; потом в “Союзе социалистических врачей” в Берлине, в который он вступил в 1926 г. как член Социал-демократической партии Германии и от имени которого он вместе с Альфредом Деблином в 1931 г. стал кандидатом “свободного профсоюзного списка” Берлинской палаты врачей. В 1932 г. он вместе с Альбертом

Эйнштейном и другими² в Берлине поддерживал “Неотложный призыв” “Международного Социалистического Боевого Союза” своего друга, геттингенского философа Леонарда Нельсона. В нем на фоне тревожащих успехов фашистов на выборах призывалось к образованию коалиции всех левых партий.

День смерти Кронфельда совпадает с направленной против Москвы осенней “операцией Тайфун” немецкой армии. Вскоре после глубокого поражения советской армии в битвах под Брянском и Вязьмой быстро продвигающиеся немецкие войска взяли 13 и 14 октября Калинин и Калугу и оказались непосредственно у первой линии защиты Москвы. 15 октября было опубликовано решение об эвакуации дипкорпуса, правительственных, военных и партийных учреждений в г. Куйбышев на Волге. Когда 16 октября эти учреждения покинули город, среди населения началась паника.

БИОГРАФИЯ

Артур Кронфельд родился 9 января 1886 в столице молодого рейха немецкого кайзера. Отец его, юрист с ученым званием, был сыном еврейского кантора из г. Торн. В 1884 г. он открыл адвокатскую контору в Берлине. В последующем он смог стать Советником

² Францем Оппенгеймером, а также такими известными деятелями искусств как Курт Хиллер, Эрих Кестнер, Карл и Кэте Кольвиц, Генрих Манн, Эрнст Толлер и Арнольд Цвейг.

Юстиции и Двора а также королевским нотариом. Многие годы он вкладывал свои силы в комиссию по бедности Берлинской еврейской общины.

О детских и юношеских годах Кронфельда имеет мало сведений. Он был старшим из четырех детей — можно также указать, что рожденная вскоре после получения им аттестата зрелости сестра стала впоследствии актрисой, начавшей свою карьеру в Бургтеатре в Вене. Он посещал гимназию им. Софии в Берлине, а с 1904 по 1909 гг. изучал лечебное дело в университетах Йены, Мюнхена, Берлина и Гейдельберга. В 1909 г. он защитил кандидатскую диссертацию у Франца Ниссля — последователя Эмиля Крепелина и Карла Бонгеффера на кафедре психиатрии и директора уже в это время широко известной психиатрической клиники университета г. Гейдельберга.

Под руководством Ниссля и его главного врача Карла Вильманса, через год после Карла Ясперса, Кронфельд начал в 1910 г. свою научную карьеру, которая, несмотря на легкое начало, проходила со множеством осложнений. Ведь в 1912 г. он опубликовал объемистую критику психоанализа, которая прославила его даже в европейском зарубежье. В этом же году он защитил кандидатскую диссертацию по философии у философа и психолога Августа Мессера в Гессене. Кроме того, нужно указать на то, что Кронфельд публиковал также стихи в журналах экспрессионистов *Дер Штурм* и *Ди Акцион*. Курт Хиллер принял его стихи в свою антологию *Дер Кондор* наряду с трудами Эрнста Бласса, Макса Брода, Соломона Фридлэндера, Фердинанда Хардекофа, Георга Гейма, Эльзе Ласкер-Шюлера и др.

Его карьера была впервые прервана 2 августа 1914 г. призывом в армию после того, как Кронфельд в конце 1913 г. начал работать в Берлинской “Даллдорфской Клинике душевнобольных” (сегодняшней Клинике нервных болезней им. Карла Бонгеффера, Клиника им. Гумбольта в Берлине-Виттенау) под руководством исследователя афазий Хуго Липманна.

Крест Военных Заслуг Мекленбурга-Шверина и Знак Раненого позволяют сделать вывод о его впечатляющих подвигах. После легкого осколочного ранения головы весной 1917 г. он был направлен в военный госпиталь во Фрайбурге-Брайсгау для создания “нервного отделения”. Здесь 8 августа 1918 г. он женился и через четверть года как член вышеуказанного Фрайбургского совета солдат вносил свой вклад в мирный переход империи к республиканскому правлению.

Но и после возвращения в Берлин в 1918 г. он мог только короткий срок снова работать у Липманна. Острое заболевание отца заставило его подчинить свои научные планы необходимости материальной поддержки двух семей. В это время он сходитя с “исследователем сексуальности” Магнусом Гиршфельдом, которого знал со студенческих лет. 6 июля 1919 г. он выступил с речью по поводу открытия созданного Гиршфельдом “Института сексуальных

наук” — ненавистного в “народных кругах” и полностью разогнанного фашистами в 1933 г. В течении семи лет он вместе с другими врачами работал руководителем “отделения душевных половых расстройств” как “правая рука” Гиршфельда. А в марте 1926 он открыл свою собственную врачебную практику в Берлине-Тиргартене.

За эти годы Кронфельд заслужил известность как эксперт по сексуальным вопросам. Но по всей вероятности эта сторона его научной деятельности была лишь побочной работой. Самые важные его публикации того времени относились к основополагающим теоретическим, психологическим, психопатологическим, судебно-психиатрическим и прежде всего психотерапевтическим темам. На основе его сбалансированных и решительных выступлений за научно, теоретически и психологически обоснованные психопатологические исследования и психиатрическую деятельность он во время Веймарской республики заработал себе известность как представитель “психологического направления” психиатрии — которая стала темой нескольких психиатрических съездов.

Но наибольшее признание Кронфельд получил как независимый от научных школ психотерапевт. Он вкладывал свои силы в то широкое медицинское движение, которое началось в 1925 г. и с 1926 г. собиралось в одно целое на первых “Общих врачебных съездах по психотерапии”. Так началось “Общее врачебное общество по психотерапии”. Вместе со своим другом Эрнстом Кречмером он был одним из его создателей и членов руководства общества. С 1930 г. он вместе с Й. Х. Шульцем был редактором читаемого во всей Европе *Центрального журнала по психотерапии*. Наряду с этим он выступал за парапсихологию — которой интересовался даже Эйнштейн, участвовавший вместе с ним в 1930 г. в одном экспериментальном заседании.

В 1927 г. Кронфельд защитил докторскую диссертацию по психиатрии и нервным болезням у Карла Бонгеффера. Будучи первым доцентом клиники Шаритэ он обращается к учению о современной психотерапии. Еще в 1931 г. он получил звание заочного профессора без чина — впоследствии по политическим мотивам он был исключен из научной жизни и постепенно лишен практически всех материальных основ жизни в Германии.

После передачи власти Гитлеру он, как и все другие евреи в Третьем рейхе, должен был прекратить всякую публичную деятельность. Но созданный фашистами 7 апреля 1933 г. “закон по восстановлению профессионального чиновничества” не давал повода исключить его из вузовской деятельности, поскольку закон этот содержал особую часть по льготам “бывшим фронтовикам”. На основе последующих указов о деятельности врачей при страховых кассах 1 апреля 1934 г. Кронфельд был исключен из оплаты этими организациями. После указа по “правилам научных званий” —

Auf den Orlongmimn Zmif

Köpfe vom Kongress für Individual-Psychologie



Von links nach rechts obere Reihe: Leonhard Zell, Vorsitzender der Münchener Sektion; Alfred Adler (Wien), der Begründer der Individual-Psychologie; Fritz Kuffel (Berlin). — Untere Reihe: Otto Rejzberg (Wien); Artur Kronfeld (Berlin); Alexander Reuer (Berlin)

В центре — наверху Альфред Адлер, внизу Артур Кронфельд на V Международном конгрессе по индивидуальной психологии, Берлин, сентябрь 1930 г.

ний” от 13.12.1934 он 1.2.1935 г. был лишен доцентского права. Губерт Кестер, родственник получившего в Третьем рейхе славу психиатра и психотерапевта Маттиаса Генриха Геринга — двоюродного брата Германна Геринга — торжествовал, что “наконец низвергли Кронфельда”.

Тогда он эмигрировал в Швейцарию и нашел работу в частном санатории “Les Rives de Prangins” сына Огюста Фореля. Но швейцарские учреждения не предоставили ему убежища. Вот поэтому он подал свое заявление на профессию в Москве, а принял он полученное предложение под давлением ультиматума швейцарской полиции по вопросам иностранцев.

В связи с военными событиями его смерть 16.10.1941 г. не привлекла особого внимания. Некролог не был опубликован. И после конца Второй мировой войны его публично не упоминали — пока он не был вновь “открыт” при исследованиях по литературному экспрессионизму в германистике.

Судьба Кронфельда схожа с судьбой многих других еврейских ученых, эмигрировавших тогда из Германии, изгнанных и забытых в их “второй ссылке”. Даже его объемный научный труд — более 200 публикаций, из них 8 книг и 15 монографий — был забыт.

ТРУДЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

Кронфельд рано начал интересоваться культурой, философией и науками. Будучи 18-летним абитуриентом он познакомился с Куртом Хиллером. В это же время издается первая известная публикация Кронфельда — хвалебное сравнение Гете и Геккеля (1905 г.), которую он написал в честь 70-летия последнего. Ему же он посвятил свою первую, опубликованную в возрасте 20 лет, книгу — эволюционные размышления о *Сексуальности и эстетическом восприятии* (Страсбург 1906 г.).

По всей вероятности именно этот ранний труд и стал поводом его знакомства с Магнусом Гиршфельдом. Тот в 1908 г. принял для публикации работу Кронфельда “*Принцип дивергенции и половая контракция*” наряду с трудами Фрейда в свой *Журнал сексуальных наук*.

Оставшиеся труды Кронфельда определяются широкой и ясно выраженной основной философской позицией, открыть которую ему помог геттингенский философ Леонард Нельсон. Начиная с 1907 г. Кронфельд был членом его дружеского кружка, который Нельсон называл “*Новой школой Фриза*”. В регулярных встречах кружка члены его занимались критиче-

скими трудами Иммануила Канта и его философского последователя Якоба Фридриха Фриза.

Именно в этом кругу завязалась крепкая дружба Кронфельда с будущим лауреатом Нобелевской премии по медицине Отто Мейергофом. Тогда же он и вступил в контакт с известными математиками Полом Бернзеном и Куртом Греллингом. Через последнего он познакомился с основными проблемами математики, а таким образом, и с предпосылками и последствиями теории относительности Эйнштейна. Уже в возрасте 21 года студент Кронфельд сталкивается с самыми актуальными научными вопросами XX века, которые дали толчок для развития области философии, которая потом получила название “теории науки”.

Кронфельд пытался использовать эти научные достижения в психиатрии. Первые его шаги в этом направлении состояли в рецензиях публикаций Нельсона в *Архиве общей психологии*.

В 1910 г. он вместе с Мейергофом и его другом Отто Варбургом — также получившим Нобелевскую премию по медицине — критически обращался к психоанализу и докладывал свои выводы на итоговом собрании кружка Нельсона. Карл Ясперс тоже принимал участие в этом. В 1911 г. была оформлена и готова работа Кронфельда “*О психологических теориях Фрейда и близких взглядах*” (Лейпциг, 1912 г.).

Эта первая самостоятельная теоретическая публикация Кронфельда вызвала широкий интерес и сразу же была переведена на русский язык. Фрейд воспринял резонанс на эту публикацию с удивлением и попросил Гастона Розенштейна выступить с ответом.

Кронфельд сознательно хотел поставить психиатрию — и вместе с ней психологию как непосредственную основу последней — на “строгий научный базис”. Для этой цели он направлял свои исследования на анализ всех логических и методических основ психологии и психиатрии. Из-за Первой мировой войны он не мог закончить свои работы и опубликовал их лишь в 1920 г. под названием “*Сущность психиатрического познания*” (Берлин, 1920 г.) Кронфельд представил основы целой “научной теории психического”.

Работа эта содержит попытку обосновать систематическое единство психологии, психопатологии и психотерапии и выяснить их взаимоотношения. Для этого Кронфельд исследовал все философские и психологические учения своего времени в их главных направлениях и попытался установить их значимость. Он уделил большое внимание установкам Ясперса, прежде всего его понятию “понимания”, включая его основанные на трудах Макса Вебера взгляды о *tüte*. Кроме того, Кронфельд продолжил дискуссию о жизнеспособности различных психоаналитических гипотез и принципов их проверки.

Но самая известная его работа это, вероятно, “*Психопатология сексуальности*” в “*Руководстве по психиатрии*” Густава Ашаффенбурга (Вена — Лейпциг, 1923 г.). Кронфельд, наряду со своей психотерапевти-

ческой практикой постоянно пытался теоретически обосновать деятельность психиатра и психотерапевта. Наибольшее количество используемых приемов он нашел в индивидуальной психологии Альфреда Адлера, так что он на некоторое время примкнул к его Берлинской группе. Он постоянно требовал дифференцированного подхода и теоретической интеграции всех действующих элементов в психотерапевтической деятельности.

Подходы к этому он впервые представил под названием “психагогики” в своем учебнике *Психотерапия* (Берлин 1924 г.), где он пытался суммировать свои вводные курсы по психотерапии в институте Гиршфельда. Этот учебник обосновывал его реноме как одного из самых выдающихся, независимых от школ, психотерапевтов Веймарской республики. Более подробно он представил свои взгляды в труде под названием *Психагогика или психотерапевтическое учение воспитания* в изданном Карлом Бирнбаумом сборнике *Психические методы лечения* (Лейпциг 1927 г.).

Эта маленькая работа практически представляет собой план общего, основанного на четких точках зрения психотерапевтического учения. Но Кронфельду не было суждено дальше развивать свои взгляды. Его энергичные попытки в “бурные двадцатые годы” организовать психотерапевтическое обучение немецких врачей успеха не имели — слишком расходились интересы тогдашних психотерапевтических школ.

PSYCHOTHERAPIE

CHARAKTERLEHRE · PSYCHOANALYSE
HYPNOSE · PSYCHAGOGIK

VON

ARTHUR KRONFELD
186. 100. ST. PAUL. 19. BERLIN

ZWEITE VERBESSERTE UND
VERMEHRTA AUFLAGE



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1925

Тем не менее, он смог внести психотерапевтические знания в область развития социальной помощи. Готовую рукопись “*Техника психотерапии*”, лишь небольшая часть которой была опубликована, он взял в эмиграцию.

В его докторской диссертации “*Психология в психиатрии*” (Берлин, 1927 г.) он снова и уже с другой точки зрения выдвигает наиболее важные методические основы учения о психическом лечении и пытается обосновать свой довоенный тезис о том, что психопатологический “анализ симптоматики” должен быть произведен “психологическими средствами”. Только так можно избежать лишь кажущегося взаимопонимания ради необходимой классификации и достичь научно сформулированного понимания психопатологических феноменов.

Он сам доказал свою правоту. В книге “*Перспективы учения о душевном*” (Лейпциг, 1930 г.) он через три года представляет широко развернутую попытку проведения своей программы в жизнь на примере шизофрении. На основе всех представленных в современной психологии точек зрения в этом труде он пытается теоретически решить проблему шизофренических феноменов. Так он пытается описывать эти феномены как “первичное нарушение интенциональности” и обосновывать этот взгляд с помощью “фундаментально-антропологических” разработок Мартина Хайдеггера и Серена Кьеркегора.

Этот труд был самым близким его сердцу, болезненно медленно принимаемым научным миром. Само время не дало ему больше шансов. Такую же участь получил его кратко написанный *Учебник о характерах* (Берлин 1932 г.), который был опубликован непосредственно перед приходом к власти фашистов в Германии.

Уже после 1933 г. еще из Берлина он мужественно пытался развить изданный в Вене журнал Вильгельма Штекеля “Психоаналитическая практика” до международного специального журнала под названием “*Психотерапевтическая практика*”, который должен был стать альтернативой “*Центральной газете психотерапии*”, которую он сам редактировал. Под руководством К. Г. Юнга она попала под влияние “немецких” психотерапевтов и была использована для политической пропаганды. Но его попытки оказались тщетными.

Как уже было указано, Кронфельд в Германии известен не только своими публикациями. Он был активным членом более десятка научных обществ и частично принимал участие в их руководстве. Одновременно с его деятельностью практикующего специалиста по нервным болезням, психотерапевта, судебного эксперта и доцента он выступал на переговорах, как собеседник, организатор выставок, съездов и курсов, как издатель, лектор и редактор. Даже в год его исключения из немецкой интеллектуальной жизни он

еще раз был отмечен — его приняли в *Биографический лексикон выдающихся врачей последних 50 лет* (1933 г.) — последнюю часть *Биографического лексикона выдающихся врачей всех времен и народов*.

Примечательно, что воспоминания о нем появились лишь через длительный срок после окончания Второй мировой войны и только в мемуарах некоторых его личных друзей, таких как Й. Х. Шульц, Э. Кречмер, М. Мюллер, К. Хиллер и других. До сих пор он упоминается лишь в некоторых более современных автобиографиях и мемуарах Отто Мейерхофа и Леонарда Нельсона, психоаналитиков Карен Хорни, Вернера Кемпера и Вальтера Шиндлера а также психиатра Лотара Калиновски.

Восприятие детальных и широких разборов Кронфельда, его основательных рефлексий и далеко идущих дискуссий требуют труда и знаний, для которых современный читатель нередко не имеет предпосылок. Для объяснения отсутствия известности философа Якоба Фридриха Фриза, на труды которого Кронфельд опирался, — было установлено, что тот настолько избегал односторонности и честолюбия, а на первый план выставлял философию Канта, что его собственные идеи и исследования уходили на задний план. Основательность и строгость его учения требуют много усилий а их восприятие много труда, — кажется, что о трудах Кронфельда можно и нужно сказать то же самое.

Публикации его — в том числе больше 500 рецензий — доказывают его глубочайшее знание предмета и дискутируя, он демонстрировал свою энциклопедическую широту и глубину. Прежде всего его книги представляют собой огромное хранилище для изучения истории психиатрии и психотерапии, тем более, что они содержат множественные разработки по истории теоретических идей и лечения психически больных.

Свои собственные взгляды Кронфельд развивал прежде всего в дискуссии с другими, так что их идеи продолжали существовать рядом с его собственными — даже если он решительно или в живой и темпераментной полемике отмежевывался от них. Но стиль его научных споров всегда остается неизменным во всех его трудах — защита или опровержение мнений только на основе указания причин и их точного доказательства и обоснования. Этот открытый диалоговый подход при постоянных попытках логического последовательного доказательства установок делает его труд выдающимся независимо от содержания представленных им идей и их исторического или систематического значения — как пример научной установки и обоснованности в области медицины, требующей в первую очередь точной и ясной аргументации.

Перевод Э. Уманн, А. Кедров-ван Ги, Н. Гуревич

Библиография: <http://www.sgpt.org/gesch/kronf1.htm>

Защита больных должна объединять, а не разъединять наши усилия

Поначалу чинно протекавший Президиум Правления Российского общества психиатров 04.04.2007 г. все же воспламенился обсуждаемой темой психосоциальной реабилитации психически больных по докладу главного врача Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П. П. Кащенко О. В. Лиманкина. Однако опыт этой показательной больницы, адаптировавшей финскую модель, слишком контрастировал с общим положением дел, вплоть до отсутствия современных лекарств и даже корректоров, что превращает для больных лечение в пытку. Поэтому демагогическая риторика председателя Общественного совета при главном психиатре Минздравсоцразвития России проф. В. С. Ястребова в отношении прописных истин, когда “поезд ушел”, в обычной манере: надо еще раз подумать, еще раз обсудить, еще раз проверить, в момент, когда необходимо всем сообща, всеми возможными способами решительно действовать, постоянно публично протестовать, поляризовала присутствующих. Проф. Ястребов и проф. Яхин (Казань) заняли проминистерскую позицию. На противоположном полюсе — представитель НПА России и неожиданно восставшие родственники психически больных, один из которых, М. Н. Капуш, на конкретном примере своей семьи нарисовал драматическую картину происходящего рядом со всеми нами сегодня, которую иные не хотят замечать, и которая ставит, по словам Капуша, его — и не только его — семью на порог расширенного коллективного суицида. Увы, это выступление не прозвучало как риторика.

В последовавшем докладе председателя Всероссийской организации психически больных и их родственников “Новые возможности” Н. Б. Левиной

было сказано, что около 10 лет важнейшая для реабилитации психически больных проблема общежитий для них топчется на месте, в Москве не открыто за это время ни одного общежития. Пока не помогло и выступление в Общественной Палате.

Проф. В. Н. Краснов признал отсутствие основного корректора психотропных лекарств — циклодола — “унизительной ситуацией” и выразил недоумение относительно требований чиновников обосновать необходимость циклодола, вопреки общеизвестному полувековому опыту, однако кончил тем, что для этого есть Минздрав.

На предстоящем в Сочи пленуме Российского общества психиатров, который будет посвящен правам психически больных, вряд ли состоится выступления, представляющие взгляд с позиции самих больных.

Тем важнее организовать письма от родственников психически больных в отношении катастрофической ситуации с лекарствами и корректорами и неисполнения в течение 14 лет важнейшей 38-й статьи закона о психиатрической помощи и годовщины распоряжения Президента на этот счет, в администрацию Президента, Правительство, Думу, Совет Федерации, Генеральную прокуратуру РФ, Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации. Половодье таких писем наиболее актуально в нынешний предвыборный период.

Необходимы протестные письма — коллективные и индивидуальные — также от психиатров и психиатрических учреждений, тем более, от профессиональных психиатрических обществ и общественных советов.

ХII съезд НПА России

Вопреки многим препятствиям, вплоть до фактического отсутствия средств, так как не всем “рекомендовано” благотворительствовать, так же как не всех допускать к прессе и ТВ, 19 – 20 мая 2007 года в Москве в большом зале Центрального Дома журналистов состоялся ХII съезд НПА России. На съезд собрались психиатры из 27 регионов России: от Калининграда до Алтая и от Архангельска до Ростова-на-Дону и Ставрополя.

Тема съезда – “**Каковы приоритеты отечественной психиатрии сегодня?**” — ко многому обязывала, в связи с нарастающим в ходе реформы кризисом психиатрической службы. Заседания проходили без фиксированных выступлений по типу круглых столов, где обсуждались вопросы, сформулированные в программе. Результаты превзошли все ожидания: состоялся активный по-настоящему деловой разговор о возможных путях выхода из кризиса, первоочередных мерах и необходимых условиях для полноценного функционирования психиатрической службы и — шире — службы психического здоровья.

19 мая. Отчетно-перевыборное заседание. Председатель вице-президент НПА зав. кафедрой психиатрии, проф. Б. Н. Пивень (Барнаул)

Приветствия съезду.

О деятельности НПА России за 2004 – 2006 гг. — Ю. С. Савенко

Активная позиция НПА России в законодательной и правоприменительной практике в области психиатрии — Ю. Н. Аргунова

Обзор работы общественной приемной НПА России — Н. В. Спиридонова

Как сделать наши усилия действенными? — Л. Н. Виноградова

Финансовый отчет — Л. Н. Виноградова

Отчет ревизионной комиссии — В. Н. Прокудин

Обсуждение докладов.

Выборы руководящего состава НПА России.

Клиническая психиатрия. Председатель президент НПА Ю. С. Савенко

1) Клинико-психопатологический подход и метод как фундамент психиатрии и неисчерпаемое поле новаций

2) Практика использования МКБ-10, необходимость нозологии, навстречу МКБ-11

3) Клиницизм как основа обучения молодых кадров

Реформа психиатрической службы. Председатель вице-президент НПА, зам. гл. врача ПБ А. Б. Богданов (Архангельск)

1) Исходные издержки реформы: изначальное отсутствие общественного обсуждения и экспертных оценок, имитационные структуры, смысл, характер и темпы реформирования психиатрической службы,

перекладывание расходов на плечи населения, необходимость упреждения негативных последствий реформы, катастрофическая ситуация с лекарствами и корректорами

2) Необходимость сильного независимого авторитетного профессионального сообщества как партнера и эксперта, а не простого исполнителя политики психического здоровья. Система двух обществ как предпосылка этой цели

3) Общественный профессиональный контроль. 38 статья закона о психиатрической помощи как индикатор текущей ситуации

20 мая. Отрицательные тенденции развития как симптомы общей причины. Председатель вице-президент НПА доцент А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)

1) Стигматизация и антипсихиатрия

2) Падение уровня заключений СПЭ как следствие монополизации судебной психиатрии и ее отрыва от клинической психиатрии

3) Соблюдение прав человека в психиатрии — как потерянный приоритет

4) Отмирание этики. Юридикация. Правоприменительная практика.

Обсуждение резолюции Съезда

Обращение Съезда к Президенту, Федеральному Собранию и Правительству Российской Федерации и Минздравсоцразвития России

Отчетный доклад президента Ассоциации Ю. С. Савенко и руководителя общественной приемной Н. В. Спиридоновой, а также резолюция съезда публикуются в данном выпуске журнала, в последующих выпусках будут опубликованы другие материалы.

В результате выборов был избран прежний руководящий состав Ассоциации: президент д-р Юрий Сергеевич Савенко, вице-президенты д-р Анатолий Борисович Богданов (Архангельск), проф. Борис Николаевич Пивень (Барнаул), доцент Алексей Яковлевич Перехов (Ростов-на-Дону).

Съезд выразил одобрение проведенной работы и удовлетворение характером обсуждения на заседаниях. Было высказано желание расширить деятельность региональных центров Ассоциации, в частности, организовать собственные общественные приемные. Наиболее активная тщательная работа велась над резолюцией, ставшей результатом подлинно коллективного творчества съезда. Подводя итоги съезда, д-р Савенко подчеркнул, насколько успешным может быть обсуждение за счет свободной непринужденной атмосферы, откровенного обмена мнениями, конструктивного духа и привлекательности курса, избранного Ассоциацией, что нашло реальное подтверждение в притоке в Ассоциацию на съезде новых членов.

Триумф антипсихиатрии с подачи Зурабова: “финансирование психиатрии необходимо сократить!”

На юбилейной конференции к 100-летию Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева проф. Ю. А. Александровский озвучил сенсационную новость: “Министр М. Ю. Зурабов принял делегацию сайентологов, которые настаивали на сокращении финансирования психиатрии”. Если точнее: принял делегацию Гражданской комиссии по правам человека России и СНГ, которая, — как и сайентология и дианетика, — является производным фонда Рона Хаббарда. Причем правозащитность этой организации сводится к радикальнейшей версии психиатрии: мол, психиатрия это не наука, а обман людей, грубо вредящий их здоровью, и т.п. Далеко не все удостаиваются чести быть принятыми министром. При этом заранее выясняется цель визита. Таким образом можно регулировать информацию о пожеланиях “снизу”, о “голосе народа”, о требованиях “правозащитников”. Так Зурабов использовал Гражданскую комиссию для осуществления основного приоритета своей деятельности — “ресурсосбережения”, с перекладыванием всех медицинских расходов на плечи населения с отказом от каких-либо гарантий и устранением от всякой ответственности. Но Гражданская комиссия, в свою очередь, использовала Зурабова: он экономит ресурсы, она — разваливает психиатрическую службу, которую ему по должности следовало бы развивать. Но сиюминутные соображения для временщиков всегда важнее.

31 мая произошло нечто еще более знаковое: редакция журнала “Экономика и медицина” в помещении Российской Академии Наук провела конференцию, где один из центральных докладов был предо-

ставлен президенту Гражданской комиссии по правам человека России и СНГ (в прошлом психиатру из Екатеринбурга) С. Р. Доринской. Представители Минздравсоцразвития России, Главного военного медицинского управления Министерства обороны РФ, Комитетов Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Российской Академии медицинских наук и др. послушно слушали обоснование все того же тезиса: “Подпрограмма “Психические расстройства” — единственная подпрограмма “Концепции Федеральной целевой программы “Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 гг.)”, не имеющая реальных индикаторов. В связи с этим, выделение столь большой суммы денег из бюджета на заведомо бесполезные мероприятия для решения проблемы социально значимых заболеваний представляется мало обоснованным и бесперспективным”. По результатам конференции будут изданы сборник докладов, а также резолюция — рекомендация.

Очевидна манипулятивность этой тактики — развязать себе руки на основании требований “общественности”, которую сами выбирают, и под предлогом ресурсосбережения переадресовать финансирование.

Кто из ведущих психиатров был в роли такого статиста? И как он реагировал? Кто организовал такое представительство на этой конференции? Неужели главный психиатр-эксперт Министерства опять ничего не знал?

Злоупотребление психиатрической властью в России — свидетельствует пресса

В конце мая в Москве прошел съезд Независимой психиатрической ассоциации. Среди вопросов, которые там обсуждались, был и вопрос о возможности или невозможности восстановления в России карательной психиатрии, применение которой в Советском Союзе к инакомыслящим на долгие годы покрыло позором советских психиатров. Этот вопрос возник не случайно. Введение цензуры, политический сыск, использование судебной системы для сведения счетов с неугодными, появление политических заключенных, — все эти элементы советской тоталитарной системы постепенно переключали

в российскую авторитарную. Для полноты картины не хватает только карательной психиатрии. Согласно социологическим опросам, большинство населения страны довольно своей жизнью. Рейтинг действующего президента вообще просто зашкаливает. И вдруг появляются люди, которые этой высокорейтинговой властью недовольны, они с ней — не согласны. Значит, что-то не так. Что-то с ними не в порядке. Может быть, они нездоровы?

Руководитель Независимой психиатрической ассоциации России Юрий Савенко считает, что “отмашка властью еще не дана, но с появлением закона об эк-

стремистой деятельности, который можно толковать достаточно широко, неизбежно выявление среди протестно настроенных граждан немалого процента людей с так называемыми расстройствами личности, что чревато недобровольным помещением их в психиатрические больницы”.

Проблема усугубляется и тем, что в профессиональной психиатрической среде так и не было дано должной оценки использования психиатрии по отношению к диссидентам в советское время. Покаяние за психиатрические репрессии было принесено в начале 1990-х годов директором Института им. Сербского Т. Б. Дмитриевой, широкоэпистолярно перед западной аудиторией и перед Владимиром Буковским, что описано в его книге “Московский процесс” (1996, стр. 161), и кулуарно, без “лишнего шума” внутри страны. Но уже спустя десятилетие сам факт злоупотреблений психиатрией был категорически отвергнут. И многие психиатры продолжают считать, что ничего страшного в принудительной госпитализации инакомыслящих не было. Среди врачей даже бытует такое мнение, что “помещая антисоветчиков в больницу, их спасали от пребывания на зоне”.

Просто или сложно сегодня принудительно госпитализировать “неудобного” человека в психиатрическую больницу?

Закон “О психиатрической помощи” достаточно строго регулирует госпитализацию. Особенно, когда она осуществляется без согласия пациента. Недобровольная госпитализация возможна только в некоторых случаях. Если выявлено тяжелое психическое расстройство, которое представляет непосредственную опасность для пациента и окружающих его лиц, если пациент беспомощен, если оставление без медицинской помощи может привести к ухудшению состояния пациента.

История москвички Елены П. кажется мне тревожным симптомом. Она показывает, что в определенных случаях психиатры пренебрегают законом, хотя за его нарушение и грозит уголовная ответственность. Психиатрия — достаточно тонкая материя. И при обследовании одного и того же больного мнения врачей могут серьезно расходиться. И то, что одному покажется проявлением болезни, может оказаться “пограничным состоянием”, которое не является опасным ни для пациента, ни для окружающих его людей.

“Наверное, это был неудачный эксперимент”, — так сегодня Елена оценивает то, что с ней произошло. “Мне всегда нравились сильные, уверенные в себе, деятельные женщины. Среди моих “кумиров” была депутат Светлана Савицкая. Я узнала ее домашний телефон и позвонила с просьбой дать мне электронный адрес, чтобы я могла послать ей некий текст о политике. Савицкая отнеслась к моему звонку достаточно странно: обещала пожаловаться в милицию или упеть меня в сумасшедший дом. Она говорила, что я

мешаю ей спать и работать. Потом я решила передать ей книгу Джорджа Сороса “Мыльный пузырь американского производства”. Мне показалось, что патристическим фундаменталистам эту книгу нужно почитать. Вместе с книгой через дежурившую в подъезде женщину-вахтера я передала еще и диск с тибетской музыкой. Потом позвонила Савицкой и узнала, дошла ли до нее моя книга. Она опять была не очень довольна моим звонком”. Елена не успокоилась и попробовала вручить депутату свой политический текст лично. “Политический текст” включал в себя статью Леонида Радзиховского, интервью министра Кудрина журналу “Эксперт”, собственные мысли о спецслужбах, о роли Иосифа Сталина в истории России. Елена зашла в подъезд, позвонила в дверь. Депутат Савицкая дверь не открыла, вызвала охранников и они выдворили Елену из депутатского дома.

Можно ли считать поведение нашей героини поведением ненормального, агрессивного, представляющего опасность для общества человека? Нет. Поведение странное, навязчивое, но не более того. Затем Елена написала письмо директору института им. Сербского психиатру Татьяне Дмитриевой, выступление которой по ТВ ей очень понравилось. Она решила, что Дмитриева поможет ей разобраться в себе и даст “оценку поведения Савицкой”. Подробно рассказав всю историю общения с депутатом, Елена ждала ответа от психиатра Дмитриевой. По ее поручению молодой женщине ответил зам. директора Центра Кекелидзе: “... согласно уставным документам, Федеральное государственное учреждение Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского не уполномочено ни в устной и ни в письменной форме давать оценку (высказывать оценочное мнение) действиям тех или иных юридических или физических лиц. Поэтому, к сожалению, Т. Б. Дмитриева не может откликнуться на Вашу просьбу”.

Елена еще несколько раз посылала Дмитриевой письма по электронной почте, звонила ей домой. В конце концов Татьяна Дмитриева написала заявление в милицию, и к Елене пришел участковый, чтобы разобраться, почему она не оставляет директора института Сербского в покое. Уголовное дело против нее так и не было возбуждено. Но через некоторое время Елена оказалась в психиатрической больнице. Она приехала на лекцию Дмитриевой и, пытаясь с ней поговорить, бросилась к ее машине.

Водитель Дмитриевой вызвал “скорую психиатрическую помощь”. Поговорив с Еленой, врачи отказались ее госпитализировать. Приехала вторая “скорая” и отвезла ее в психиатрическую больницу. Там Елену поместили в “острое отделение”, в палату, где уже лежало десять тяжело больных женщин. Утром, беседуя с врачом, Елена сказала, что не согласна оставаться в больнице. Через два-три дня состоялось заседание суда. “Мне объявили, что придется остаться в больни-

це, иначе возможно обострение. Давали антидепрессанты. Потом приходили разные врачи, консультировали. Я просила их, чтобы меня выписали. Они все откладывали и откладывали. Самым неприятным было то, что я не знала, когда меня отпустят домой. Я боялась, что потеряю работу. Первые две недели я лежала в палате, в которой было 16 человек. Общаться с ними я не могла. Как говорить с сумасшедшими?”

В больнице Елена провела два с половиной месяца.

Профессор Александр Гофман, уважаемый в профессиональном сообществе врач считает, что Елену не обязательно было госпитализировать. “Можно было бы обойтись амбулаторным лечением. Объяснить, ей, что если она не будет делать то, что ей говорят, то ее вынуждены будут госпитализировать. Дело в том, что то, что она делала, это прямое нарушение закона. Можно привлечь ее к уголовной ответственности за то, что она нарушала деятельность должностного лица, за то, что она врывается в помещение, где люди находятся. За то, что она не давала спокойно жить, звонила по телефону”, — объясняет он.

“Татьяна Дмитриева получает каждый день сотни писем такого рода. И, как правило, не отвечает. Человек, не получивший ответа, больше не пишет. Поэтому нельзя осуждать Дмитриеву за то, что она была напугана”, — считает другой психиатр проф. Владимир Ротштейн. Он уверен, что “госпитализация пошла Елене на пользу”.

Категорически не согласен с ним руководитель Независимой психиатрической ассоциации России Юрий Савенко: “К этой молодой женщине без достаточных на то оснований были применены меры недобровольной госпитализации. Только вторая “скорая помощь”, на которой приехал врач, работающий в институте Сербского, согласилась госпитализировать Елену. Ее не должны были так долго держать в больнице”. Савенко считает, что врачи, которые не решались выписывать Елену из стационара, оказались заложниками “двойной лояльности”. С одной стороны, они давали клятву Гиппократу и должны были служить пациенту, а с другой стороны, обязаны были слушаться вышестоящего чиновника, в данном случае главного психиатра Минздрава, которым является та же Т. Б. Дмитриева. “Каждый из психиатров с большим стажем бывал несколько раз вовлечен больными в бред. Это действительно может быть очень опасно. Поэтому первая реакция Дмитриевой была естественной. Но то, что она не посчиталась с мнением

консультанта-профессора, потом второго, затем третьего, не говоря о мнении врачей больницы, ясно показывает, как соблюдается профессиональная этика и закон руководителем судебной психиатрии страны, причем монопольным руководителем и главным психиатром министерства. Такие случаи не редкость, но их старательно замалчивают. Прозрачность данной истории — заслуга журналистов и стечения обстоятельств. Поэтому мой приезд в больницу послужил лишь последней каплей для выписки Елены, накануне истечения трехмесячного срока, после которого она теряла свою очень хорошую работу, с которой успешно справлялась. Восхищение Дмитриевой на экране телевизора сменилось у нее настойчивым желанием подать на нее в суд. Она несколько раз приходила к нам в Ассоциацию с просьбой юридически помочь с этим. Тот факт, что нам удалось отговорить ее от этого, — лишнее подтверждение отсутствия болезненного характера ее поведения. Конечно, судебный процесс был бы очень громким. Но мы выступаем с позиции приоритета индивидуальных судеб тех, кто к нам обращается”.

Итак, у этой истории счастливый конец. Елена больше писем ни Савицкой, ни Дмитриевой не пишет. Раздумала судиться с психиатрической больницей. Ей объяснили, что суд обязательно будет на стороне врачей: силы слишком не равны.

Эта история не только о том, как при желании можно госпитализировать человека нестандартного, не похожего на других в психиатрическую больницу. Эта история о равнодушии и о нетерпимости. Наши депутаты и чиновники и что еще обиднее, чиновники от медицины разучились общаться с собственным народом. Они его смертельно боятся. Им проще отмахнуться от человека, который хочет с ними поговорить, проще объявить его сумасшедшим, чем уделить ему, просящему о внимании, минуту своего драгоценного, чиновничьего времени.

Вот что об этом написала Елена П. в своем письме к депутату Светлане Савицкой: “Терпимости следует учить с детского сада, в школах и институтах. Надо устраивать постоянные дискуссии на любые темы. Основной идеей должно быть уводить детей в область аргументов. Чтобы каждый человек с детства был настроен на приведение аргументов и поиск информации...”.

Зоя Светова

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

*К юбилею одного из крупнейших немецких поэтов-экспрессионистов,
вместе с которым выступал и печатался молодой А. Кронфельд*

Георг Гейм (Georg Heym, 1887 – 1912)

РОССИЯ

За Верхоянском, средь безлюдной мглы,
На каторжные загнаны работы,
Угрюмые бредут седые роты,
И день, и ночь гремят их кандалы.

Но рты молчат. Мы их не слышим речи,
Лишь в рудниках стоит неясный гул...
Вооружен бичами караул.
Удар! Худые вздрагивают плечи...

Колонны возвращаются в бараки.
Луна — тусклей ночного фонаря.
Идут в снегу протоптанной тропой,

Им зарево мерещится во мраке,
И на шесте, над страшною толпою
Отрубленная голова царя!

Перевод Л. Гинзбурга

ЛУИ КАПЕТ¹

Стук барабанов вокруг эшафота.
Эшафот крыт черным, как гроб.
На нем машина. Доски разомкнуты,
Чтобы вдвинуть шею. Вверху — острие.

Все крыши в зеваках. Красные флаги.
Выкрикивают цены за места у окон.
Зима, но люди в поту.
Ждут и ворчат, стискиваясь теснее.

Издали шум. Все ближе. Толпа ревет.
С повозки сходит Капет, заброшенный
Грязью, с растрепанной головой.

Его подтаскивают. Его вытягивают.
Голова в отверстии. Просвистела сталь.
И шея из доски отплеивается кровью.

¹ Династическое имя Людовика XVI (1755 – 1793). Описание казни короля в этом стихотворении больше соответствует казни Марии Антуанетты.

РОБЕСПЬЕР

Он словно блеет. Глаза его таращатся
В тележную солому. Пена у рта.
Он глотками всасывает ее сквозь щеку.
Босая нога свесилась через край.

На каждом ухабе — встряска,
Цепь на руках звенит, как бубенец.
Слышно, как хохотом заливаются дети,
Которых матери поднимают над толпой.

Ему щекочут пятку — он не чувствует.
Телега встала. Он смотрит и видит
На площади перед улицей — черный
эшафот.

На пепельном лбу проступают капли.
Страшной гримасой перекосился рот.
Сейчас он крикнет. Но не слышно ни звука.

УМАЛИШЕННЫЕ

(Вариация)

Се — королевство. Алые уголья.
Смотрителей смирительные средства.
Репей, крапива, тернии — наследство
Безумных принцев. Небо в половодье

Захлестывает нас огней разливом, —
И, складывая пламя в письмена,
Душа, змеиным ядом вспоена,
Метнулась в мозг припадочным порывом.

Запутаны в одно с чертополохом
И высосаны дождевым червем,
Народец Вахвов, так мы и живем,
В такт вашим плохोпахнущим эпохам.

Стекланно-легкий шаг нам с детства даден
И красных крыльев пышные ошметки.
Мы пляшем, пляшем в вашем околотке,
Бессильною стопою давим гадин.

Божественное действо. Море пламя.
Зажжен зенит небес. И мы одни.

Мы полубоги. Жесткие ступни.
Вершат, круша, расправу над камнями.

Забывтый Богом край в своем позоре.
Отрубленной главой качает дрок.
Кроваво-алый алчный коготок
Скользит игриво в нищенском уборе.

Где дряхлое, где детство, деревцо.
Выпячивая брюхо в амулетах,
Таит от нас костистое лицо
В тени ветвей, распятых и раздетых.

Мышь выпрыгнула в пламя из норы,
Как мы, рехнувшись. Прянул клюв златой
С небес — и песнь осыпана золой,
И лебедь раньше нас шагнул в миры, —

О, сладостные звуки умиранья!
Пронизывая тело тополей,
Они с лугов лиются и с полей,
Входя в голов решетчатые зданья.

Стезя кроваво-черная небес.
Забилось солнце, схваченное тучей,
Что проволокой обросла колючей
И озлатила каждый свой зубец.

Нет Господа. И неба черный грот
Пролился, полон гнева, в черный пруд,
Где тучи, в тучи втиснуты, плывут,
Чреваты ночью черных нечистот.

А в глубине пруда придавлен труп,
Вокруг него резвится рой угрей —
Вольются в уши старого старей
И юной дрянью выскользнут из губ.

Кричит жерлянка. Голубой угод
Заблеял — ей в ответ — с болот козой.
Какою вы запороты лозой,
Кто сек тебя, дурацкий мой народ?

В князя грозитесь? Зрю одних зверей,
Глухую ночь закабаливших ревом.
Меня ль бежать? Мой нож в броске
Багровом
Кинжала милосердия быстрой.

Все разбежались. Я стою один.
Зачем-то одолев и эту горку.
Я подбираю брошенную корку.
Немой. Умалишенный. Божий сын.

Перевод В. Топорова

ДЕМОНЫ ГОРОДОВ

Они бредут сквозь ночь по городам,
Что тяжко стонут под пятою их.

Вкруг подбородка их, как борода,
Метется дым и сажки черный вихрь.

Их тень бежит по улицам кривым
И гасит блик ночного фонаря
И, как туман, ползет по мостовым,
За домом дом ощупывая в ряд.

Одной ногой на дальней площади,
Другим коленом в башню упершись,
Они свистят под черные дожди
В свирели бурь с заоблачных вершин.

Вкруг этих ног, под жалобный мотив,
Кружатся города за туром тур,
И смерти песнь, как это раскатив,
За тоном тон вонзают в темноту.

Они идут, — и гладь реки мутна,
Лишь фонарями робко пожелтев,
Как ящерица спину испятнав,
Печально катится куда-то в темь.

На бык моста усевшись тяжело,
Они в толпу вонзают пальцы вил,
Как фавны те, что у краев болот
По локоть руки погружают в ил.

Один встает. На белую луну
Повесил маску черную. И мрак,
Свинцом упав, безмолвно оглянул
И город придавил, как комара.

И плечи городов трещат. И вот
Взметнулось пламя из домов костра.
Они уселись, выпятив живот,
Котами воют, головы задрав.

Вот в комнате, что жутко тьма одела.
Роженица кричит от тяжких мук.
Вздывается среди подушек тело.
А демоны столпились вокруг.

Она дрожит. В поту холодный лоб.
И ужас криков стены обглодал.
Уж близок плод. И чрево напряглось
И лопнуло от тяжести плода.

И шеи демонов, как у жираф...
Дитя без головы. И держит мать
Его в руках. И ужас, сердце сжав,
Ее поверг, холодный, на кровать.

Как великаны демоны растут,
Висков внедря в небо красный клин.
По городам землетрясенья стук
От их копыт, что пламень раскалил.

Перевод Б. Пастернака

НЕКРОЛОГ

Моисей Соломонович Вольф

1922 – 2007



Моисей Соломонович (Шлемович) Вольф — человек яркой индивидуальности, являл собой сочетание всех и в высокой мере качеств, необходимых для руководства по меньшей мере большой психиатрической больницей. Руководил же он только отделением, но это острое женское отделение, 20 отделение психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина, прославило, благодаря ему, всю больницу.

Моисей Соломонович родился 10.04.1922 г. в Варшаве в семье адвоката в ортодоксальной еврейской семье и с раннего возраста до 17 лет получал обширное и глубокое еврейское образование, религиозное и светское. В 1939 году его отец на его глазах, а позже и все другие члены семьи были расстреляны нацистами. Моисею Соломоновичу удалось добраться до с. Черемошно Ковельского района Волинской области, отошедшего вместе с другими областями Западной Украины и Белоруссии к Советскому Союзу, где жили его бабушка и дедушка. Спасая внука, дед сумел изменить место рождения в его метрике на свое родовое гнездо. Это автоматически дало ему советское

гражданство и возможность поступить в 1941 году в Сталинградский медицинский институт. В годы войны он работал в нескольких эвакуогоспиталях. В 1945 г. закончил 2-ой Московский мединститут и в течение года служил в армии начальником санотдела ПФЛ. В 1946 – 1947 гг. был в ординатуре в Центральном институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в 1947 – 1949 гг. — участковым психиатром и психотерапевтом ПНД Октябрьского района г. Москвы, где консультировал С. И. Консторум. В 1949 – 1955 гг. служил в Советской Армии старшим специалистом окружных военно-врачебных комиссий Северо-Восточного, Донского, а затем Беломорского округа. В 1956 – 1960 гг. работал участковым психиатром и психотерапевтом ПНД Калининского района. С 1957 – 1962 гг. ординатором, а с 1963 г. со дня его открытия и до отъезда в США заведующим 20-м отделением ПБ им. П. Б. Ганнушкина.

Здесь в течение 29 лет М. С. проявил себя как замечательный врач и психотерапевт, ученик С. И. Консторума, огромный, писанный масляными красками порт-

рет которого осеял его кабинет. Он отдавал себя большим, не жалея времени и сил, как может только человек, сам переживший трагедию, вникал во все мелочи их отделенческого быта, окружал заботой и неподдельным участием. Его психотерапевтическая манера носила отечески-распекающий всегда индивидуальный характер. Он впервые организовал разделение отделения на беспокойную и спокойную половины, где им был внедрен принцип самообслуживания в качестве составной части терапии. Задолго до теперь широко распространенного движения родственников психически больных он создал на базе своего отделения Совет родственников, который вел регулярную плотную работу с больными, отмечал дни рождения, устраивал вечера встреч, концерты и т.п. на собранные средства.

М. С. вкладывал себя и в подготовку персонала, который предварительно тщательно отбирал. Он разработал новые формы работы с персоналом, начав проводить большое число конкурсов различных категорий медперсонала, начал тщательно готовить и проводить общегородские конкурсы медицинских сестер психоневрологических учреждений, посвященных уходу, лечению, социальной и трудовой реабилитации больных, прилагая много усилий для редактирования и издания сборников трудов этих конференций, публикаций персонала во всесоюзном журнале «Медицинская сестра». Впервые в середине 1960-х годов в больнице им были организованы курсы первичной специализации труднструкторов, составлены программа этих курсов и проект «Положение о труднструкторе» в психиатрической больнице, организованы двухгодичные курсы повышения квалификации для старших медсестер отделений. Составленная М. С. программа этих курсов была утверждена Минздравом СССР.

М. С. с самого начала своей деятельности в роли заведующего отделением создал и все годы руководил Методическим бюро больницы, блестящая работа которого была образцом для всех больничных учреждений. Это была очень многообразная деятельность по повышению квалификации и воспитанию молодых врачей, среднего и младшего персонала, по организации конференций и других мероприятий, а также издательская деятельность. Конференции, которые организовывал М. С. часто носили нестандартный характер, так например, конференции-встречи со старейшими сотрудниками больницы — профессорами, врачами, медсестрами, которые делились воспоминаниями о прошлом укладе больницы, ее порядках, отношении к больным, происходивших изменениях и устойчивых традициях, конференции-встречи с деятелями литературы и искусства Л. Кассилем, К. Симоновым, В. Герасимовой и др. Много лет систематически проводились научно-практические конференции молодых врачей, которые, как и конференции медсестер неизменно приобретали его усилиями ха-

рактер городских мероприятий, получая большой отклик в психиатрических учреждениях и медицинской прессе, и сопровождалась изданием сборников трудов, в общей сложности более десятка. М. С. буквально нянчился с молодыми врачами, был терпелив с ними, хотя отличался очень горячим, темпераментным нравом и высокой требовательностью ко всем, начиная с себя. Он проявил себя как опытный педагог и в своих лекциях врачам психоневрологических диспансеров и иногородних психиатрических больниц, помогая им в диагностике и лечении их пациентов.

На протяжении 7 лет М. С. консультировал на общественных началах ПНД № 22, направлявший больных в ПБ № 4, осуществляя взаимную преемственность амбулаторной и стационарной службы.

Практическая врачебная деятельность сочеталась у М. С. с трепетным отношением к науке, к своим учителям — Дмитрию Евгеньевичу Мелехову, Асе Савишне Ремизовой и Эсфири Семеновне Толмасской, под руководством которых он защитил в 1964 г. кандидатскую диссертацию «Значение психического фактора в клинике и лечении эпилепсии. Клинико-электроэнцефалографическое исследование». Первую защиту в Горьковском медицинском институте провалили, под предлогом, что она «по существу своему — анти-марксистская, анти-ленинская», так как «в ней утверждается примат психического — духовного начала — над материальным». Ровно через год Ученый Совет Института психиатрии МЗ РСФСР, получивший право принимать к защите диссертации, утвердил эту же диссертацию, единогласно. После этого М. С. относился к факту защиты диссертации скептически и к защите докторской не стремился.

Только благодаря незаурядной энергии и целенаправленности приложения усилий М. С. сделал нечто немислимое по тем временам: организовал в своем отделении ЭЭГ-лабораторию, исследуя всех больных, самостоятельно записывая и анализируя ЭЭГ-данные на общественных началах в периоды отсутствия специалиста по ЭЭГ.

М. С. является автором более 150 научных работ, большой монографии, а также 5 практически очень важных методических рекомендаций, в частности, пособия по неотложной медицинской помощи психически больным, редактором множества сборников научно-практических работ. Он был активным членом Московского научного общества невропатологов и психиатров и Общества «Знание», не говоря о множестве «общественных нагрузок», неоднократно замещал заместителей главного врача больницы. Наконец, он организовал в больнице замечательный музей П. Б. Ганнушкина.

Я знал М. С. с 1963 года, более того, в 1963 — 1966 гг., проходя аспирантуру, я первые два года вел положенных пять пациентов в его отделении и непосредственно наблюдал, как быстро преображалось отделение под его руководством, насколько многооб-

разной и продуктивной была его деятельность, и как неистощим был М. С. в отношении очередных новаций. При всем том М. С. был человеком твердых принципов, не останавливающимся перед необходимостью разругаться с начальством, но его открытость не позволяла на него обижаться. Умел он и красноречиво польстить. Был примерным семьянином. На его творческом энтузиазме и энергии, широком горизонте и высокой культуре держались многие из его замечательных начинаний, которые пресеклись с его отъездом. Пресеклись даже ежегодно устраиваемые им Ганнушкинские чтения!.. Завершила российский период его творчества фундаментальная монография по эпилепсии.

Можно горько пожалеть, что такой талантливый организатор не поучаствовал в деятельности Независимой психиатрической ассоциации, создание которой он приветствовал. Этому помешали завершение им выше указанной монографии по эпилепсии и предстоящий отъезд в США, куда он вынужден был последовать за сыном, тоже психиатром, и дочерью-пианисткой и композитором.

Последние 15 лет он прожил в Портланде, штат Орегон, США. На протяжении всей жизни в эмиграции М. С. тяжело переживал разлуку со своим детищем — 20-ым отделением больницы имени П. Б. Ганнушкина — его персоналом, больными, оставленным огромным электроэнцефалографическим архивом — и любимым делом лечения больных. Особенно тяжело было первые годы. Но и здесь его неумная энергия проявила себя в самых разных направлениях. В начале очень помогли его глубокие знания еврейского языка, литературы и культуры. Он досконально с детства знал Пятикнижие, Танах и Талмуд, религиозную традицию и синогальную литургию. В Портланде его неоднократно приглашали читать Тору в субботние и праздничные службы. Он в совершенстве владел ивритом. Идиш был его родным языком. Он был прекрасным знатоком литературы на идиш, особенно современной и советской. М. С. быстро стал известен

в кругах еврейской литературной и публицистической общности и начал печататься в еврейских газетах и журналах США, Канады, Израиля и Польши и выступать с лекциями на съездах еврейских литераторов и общественных деятелей в США и Канаде. Несколькими изданиями вышел созданный им англо-русско-идиш-иврит словарь¹.

По мере овладения английским языком он стал общаться с американскими коллегами. В 1996 году в возрасте 74 лет он вернулся к своему любимому делу — лечению психически больных. В течение 7 лет он принимал русско-говорящих пациентов в клинике (Intercultural Psychiatry Program) Орегонского медицинского университета (Oregon Health Sciences University). Публицистическую деятельность он продолжал до последнего дня своей жизни. Незадолго до смерти М. С. закончил рукопись своих воспоминаний. Усилиями Еврейского музея Орегона (Oregon Jewish Museum) его воспоминания, переведенные на английский язык, готовятся к изданию.

Так, Моисей Соломонович в своих непрерывных творческих профессиональных усилиях совмещал в себе врача, организатора, педагога, исследователя, общественного деятеля, новатора во всем, за что брался, добиваясь незаурядного уровня и эффективности.

Мы выражаем глубокое соболезнование верной спутнице жизни М. С. Сусанне Моисеевне Козловской и сыну Соломону Моисеевичу, заведующему отделением Oregon State Hospital.

Ю. С. Савенко

¹ В языке идиш многие слова ивритского и арамейского происхождения. В письме они сохраняют ивритскую орфографию, т.е. гласные не пишутся. Советская власть дикретировала, что написание ивритских слов должно быть фонетическим. Это со временем и на многие годы создало значительные трудности в чтении литературы на идиш из России для читателей за рубежом и наоборот.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Игнатий Лойола. Духовные упражнения. Духовный дневник. — М., 2006

Йозеф Ратцингер (Бенедикт XVI). Многообразие религий и единый Завет. — М., 2007

Клайв Стейплз Льюис. Пока мы лиц не обрели. — СПб., 2006

* * *

Г. Л. А. Харт. Понятие права. — СПб., 2007

Лео Штраус. Естественное право и история. — М., 2007

Александр Кожев. Понятие власти. — М., 2007

Александр Пятигорский. Что такое политическая философия? — М., 2007

Юрген Хабермас. Техника и наука как “идеология”. — М., 2007

Лоуренс Лессинг. Свободная культура (как медиаконцерны используют технологии и законы для того, чтобы душировать культуру и контролировать творчество) — М., 2007

Паскаль Брюкнер. Вечная эйфория. Эссе о принудительном счастье. — СПб., 2007

* * *

Макс Вебер. О России. — М., 2007

Холокост. Энциклопедия. Ред. У. Лакер. — М., 2005

Елена Макарова, Сергей Макаров. Крепость над бездной. Терезинские лекции, 1941 – 1944. — М., 2006

* * *

А. А. Любищев. О монополии Т. Д. Лысенко в биологии. — М., 2006

Э. И. Колчинский. Биология Германии и России — СССР в условиях социально-политических кризисов первой половины XX века. — М., 2007

* * *

Н. Я. Грот. Сновидения как предмет научного познания. — Харьков, 2007

А. И. Куликов. О нарушениях сексуальных границ в психотерапии и психоанализе // Ж. “Психотерапия”, 2006, 11, 41 – 46

А. И. Плотичер. Теория и практика лечения психозов электрическим током. — Набережные Челны, 2007

* * *

Гэвин Претор-Пинней. Занимательное облаковедение. Учебник любителя облаков. — М., 2007

* * *

Ролан Барт. Сад, Фурье, Лойола. — М., 2007

Ж.-П. Сартр в настоящем времени. Автобиографизм в литературе, философии и политике. — СПб., 2006

Владислав Отрошенко. Веди меня, слепец. Роман-расследование о судьбе и уголовном деле Сухово-Кобылина. — М., 2007

ABSTRACTS & TRANSLATIONS

The Resolution of the IPA of Russia Congress

The XII Congress of the Independent Psychiatric Association of Russia held on 19 – 20 May in Moscow supports the idea of a reform of mental care connected with signing by Russia of the European Declaration on Protection of Mental Health and with joining the European Plan of Actions for Protection of Mental Health.

The relegation of accent of mental care to help in community, to out-patient forms of help carried out by multi-professional teams of specialists, reducing share of inpatient care in general volume of psychiatric service, strengthening of social-rehabilitation part and so on should contribute to general raising of quality and effectiveness of mental care, nearing it to population and in this way promote its greater accessibility and improving quality of life of people with mental disorders and finally reducing expenses of society in connection with mental diseases of citizens.

At the same time the discussion at the Congress has demonstrated that carrying out the reform had begun without its preliminary discussion as with professionals as well with patients and their relatives; the participants in its realization had not been informed of it. Doctors-psychiatrists and workers of Psychiatry Chairs know about the reform more from the mass media than from health care officials or discussions in professional sphere. Hasty reduction of number of beds in psychiatric in-patient facilities without prior widening of kinds of out-patient care and ensuring control over current out-patient treatment, without preparation and inviting specialists-psychologists, social workers, lawyers, qualified medical nurses, without wide program of antistigmatization of psychiatry and mental patients can lead to catastrophic consequences. Widening of out-patient care presupposes trust to psychiatrists and patients' desire to get voluntary treatment in out-patient facilities, which is impossible when a doctor-psychiatrist is forced to spend 15 minutes for a patient.

However, the government has not only studied that question and discussed it with professionals and consumers, but has destroyed the brain-center and coordinating structures and has liquidated the post of the Chief-Psychiatrist of the Health and Social Development Ministry of Russia. Instead the post of "part-time psychiatrist-expert", who is not responsible for anything, was established. Discord and confusion in organization of psychiatric care have followed immediately and in some places merely panic in connection with changes for the worse: from the list of free medicines were excluded prolonged antipsychotic drugs, which are indispensable for gravely

ill patients; for long time disappeared cyclodol (that could be foreseen) without which treatment with neuroleptics is considered by many patients as torture. Head physicians get contradictory directives. Clear-out normative base for emergency psychiatric help is absent. Psychiatrists are forced to spend more time for drawing up documentation than talking with patients and people with mental disorders and their relatives express dissatisfaction with doctors' inattention and constant difficulties with getting necessary medicines.

Great shortage and sometimes total absence of junior medical personnel in in-patient facilities because of extremely low wages lead to serious heightening of aggressive actions' risks and endangering security of patients and specialists, who work in psychiatry. Still the problem of security guards in specialized hospitals for patients with criminal records and forensic expert wards for detained persons under evaluation has not been solved.

Insufficiently calculated changes in housing legislation directed at protection of house or apartment owners (so called enlivening of housing market) without taking into account observation of rights of the most insecure categories of citizens (in particular children and persons with mental disorders) has resulted in situation when many mental patients had become homeless and without hope for getting living accommodation. As a result they either commit crimes or become victims of crimes.

The transfer of Russian psychiatry to the ICD-10 without obligatory measures for retaining national classification has led to displacement to the periphery of the main professional priority - general psychopathology and clinical psychiatry and noticeable deterioration of doctors-psychiatrists' clinical qualification level. National psychiatry rapidly loses its clinical traditions, converting itself into applied psychopharmacology. Recent elaboration of diagnostics and treatment standards on the basis of ICD-10, which is the generalized statistical instrument and has been introduced mainly as a means of international intercommunication, will inevitably lead to still greater departure from clinical basis of psychiatry and to worsening of patients treatment's effectiveness and quality.

The causes of special concern are substantial lowering of level of forensic psychiatric evaluations, which neglect the instruction of the Russian Health Ministry of Russia of 2003 in regard to the rules of forensic psychiatric examination, actual impossibility of realization of the norms of the RF Criminal Procedure Code and part 3 Article 52 of the Basic Principles of the RF Legislation on Protection of

Citizens' Health on participation in evaluation of a specialist on application of sides and total monopolization of forensic psychiatry by the Serbski State Center, which in fraught with repetition of the past.

All the happenings demonstrate that in the country there is **no real policy of protection and strengthening the mental health**, guaranteed by Article 41 of the RF Constitution. The fate of psychiatry and mental health is determined by officials without taking into consideration professional community opinion and patients themselves and their relatives. Disorganization of the psychiatric service as well as the health care as a whole is connected with absolutely alien to it principle of priority of resources saving as single-minded and not restrictive one. If this continues, inevitable would be substantial social economic hurdles as well as the threat to security of the country.

For scientific working out and effective realization of national mental health policy it is necessary to ensure participation of strong independent competent professional community as a partner and expert, but not a mere executor of policy of mental health. Cooperation of two Russian psychiatric societies is indispensable for attaining this aim.

Delegates of the Congress consider indispensable the following:

1. To introduce in the Priority national project "Health" a special section "Mental Health of Population".

2. To establish independent professional control over adoption of the Federal purposeful program "Prevention and struggle with socially significant diseases (2007 – 2011 years)".

3. To propose the RF Government:

3.1. Without delay to realize Article 38 of the Law on psychiatric care on establishment "an independent from health care bodies service for protection of rights of patients in psychiatric inpatient facilities". This article had not been observed for 14 years of existence of the Law in spite of the President's order over a year ago (December 10, 2005).

3.2. To work out and pass Regulation on independent medical evaluation in accordance with part 3 article 53 of the RF Basic Principles of Legislation for Protection of Citizens Health.

4. To propose to the Health and Social Development Ministry of Russia:

4.1. To reinstate the post of the Chief Psychiatrist of the ministry as well as the department of psychiatric and narcological help;

4.2. To restore in the medical professions nomenclature sub-profession "children psychiatry" and the post of the Chief Children Psychiatrist of the Ministry.

5. To ask the RF State Duma to pass package of changes and supplements in legislation in the field of protection of mental health (see Appendix)¹. The most im-

portant among them for realization and protection of citizens' rights are the following:

5.1. Introduction in legislation the institute of **independent psychiatric evaluation** (independent psychiatric conclusion);

5.2. Implementation of the ruling of the European Human Rights Court in case of Rakevitch concerning introducing supplements in the Russian legislation about the right of an involuntary hospitalized person to independently excite procedure of judicial control over involuntary hospitalization;

5.3. Regulation of legal proceedings of involuntary sending citizens to psycho-neurological boarding houses in accordance with Article 15 of the Federal Law "On Social Service for Citizens of Advanced Age and Disabled Persons";

5.4. Adoption of normative legal acts in the sphere of narcological care and rehabilitation of alcohol and drug addicts.

6. To ensure greater independence of head physicians of mental health facilities from local bodies of power: to stop practice of annual conclusion of contracts, to give head physicians the right to use allocated funds according to real priorities.

7. To ensure participation of professional community from two Russian organizations - the Russian Society of Psychiatrists (RSP) and the Independent Psychiatric Association of Russia (IPAR) in qualification attestation of psychiatric service workers in accordance with part 2, Article 62 of the RF Basic Principles of Legislation for Protection of Citizens Health.

8. To consider as the priority task of the professional community working out common national classification of mental disorders and for this purpose to unite efforts of the RSP and the IPAR.

9. To oblige the Health and Social Development Ministry of Russia without delay to take measures for solving crisis in providing medicines to mental patients including measures for bringing the list of extra free medicines (EFM) to conformity with standards of therapy. To stress inadmissibility of taking lobby decisions by officials of the Ministry and the RF Government on the EFM program, which violate rights of patients for proper psychiatric treatment. To consider it necessary to select in the official list of vitally important medicines seven preparations, without which it's impossible to cure mental patients (haloperidol, azaleptin, propazin, cyclodol, amitriptilin, carbamazepin, diazepam), to monitor availability of required quantity of these medicines in in-patient facilities and in the EFM system, to state that acquisition of other medical preparations should be possible only if basic set of medicines is available in a medical establishment.

10. To propose to the Russian Ministry of Education to raise quality of post-graduate specialization in the field of psychiatry and to ensure priority and continuous studying clinical psychopathological method as the basis of professionalism.

¹ In Appendix there are the detailed proposals of the IPA of Russia in regard to changes and supplements in the RF legislation.

11. To call attention of the Health and Social Development Ministry of Russia to frequent violations by commissions of experts of the Instruction "Conclusion of forensic psychiatric experts" approved by the Health Ministry of Russia in 2003, and to draw attention to impunity of such violations and to necessity of independent professional control over the level of forensic psychiatric and complex psychological psychiatric evaluations.

12. To propose to the RF Government to make corrections in the budget for 2008 and subsequent years with the aim of raising wages of specialists working in the field of psychiatry, first of all of district psychiatrists in out-patient centers and psychiatric consulting rooms and junior medical personnel.

13. After closing mental hospitals (reducing number of beds) to transfer vacant premises and land lots to the psychiatric and social security service for converting them into day in-patient facilities, hostels for patients, who lost social connections, psycho-neurological boarding houses, commercial medical establishments rendering psychiatric care and so on.

14. To ensure the availability of psycho-neurological boarding houses, sensible conditions of housing and qual-

ified legal consulting for the persons, occupying those houses, as well as to create maximum number of the hostels for the lonely mentally ill. The mentally ill can not and must not be homeless!

15. To propose to the Health and Social Development Ministry of Russia to ensure carrying out a wide program on destigmatization of mentally ill citizens, on educational work with population including the use of the Mass Media, on publishing free booklets on possibilities of cure of mental disorders for distribution among population and so on.

16. To elevate the status and effectiveness of the work of Public Council on Mental Health under the Ministry by means of filling it with the most active specialists, in particular with members of the IPAR and creation in it commission for carrying out the reform of the mental health care. The tasks of the commission should be monitoring situation in the country, ensuring mutually interactive links between reformers and beneficiaries of the reform, exchange of experience among regions and working out recommendations on advance and correction of the reform.

Understanding the Clinical Concept of Delusion: from an Estranged to an Engaged Epistemology²

Richard G. T. Gipps & K. W. M. (Bill) Fulford (London, Warwick, UK)

Delusion is relatively easy to diagnose but near impossible to define. This paper (I) uses of "philosophical field-work" to show that standard approaches use definitions that are both over- and under-inclusive. It argues that such approaches typically presuppose what is here dubbed an "estranged" epistemology. This epistemology supposes that our understanding of the world occurs outside of, and consequent on, our experience of it. Instead of this an al-

ternative "engaged" epistemology is set out. This alternative sees experience itself as the vehicle of our most fundamental comprehending engagement with the world. (II) This, it is argued, makes better sense both of our contract with reality and of the failure of this contract in delusion. (III) The implications of this alternative theorization for the cognitive psychology of delusion are discussed.

Psychopathic Type of Diathesis

S. Yu. Tsirkin

The notion of personality disorders is argued to be invalid. Some types of personality disorders are actually lifelong emotional symptoms of psychopathological diathesis. They are always accompanied by cognitive deficit and pathological reactive and autochthonous episodes of more prominent disorder. Other types are nonpathological, although personality traits in many cases

are accentuated by affective states, if they are combined with diathesis. Schizoid personality is analyzed as a mixed affective state. The significance of drives in forming the clinical picture of psychopathological diathesis is discussed. The term "personality disorder" is supposed to be useful for statistical purposes or as a "social diagnosis".

² International Review of Psychiatry (August 2004), 16(3), 225 – 235.

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2007

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, Колпачный пер., 7, стр. 2

М. “Китай-город” или “Чистые пруды” — рядом с Покровскими воротами

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (495) 623-1348; факс: 621-1418; E-mail: info@npar.ru

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4, под. 3,

Российский исследовательский центр по правам человека.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Артур Кронфельд

**СТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОЛОГИИ И КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
(работы 1935 – 1940 гг.)**

М., 2006, 758 стр., (тираж ограничен)

*Это заветное чтение наших лучших клиницистов,
содержащее грандиозную панораму столкновения различных подходов,
становление клинико-психопатологического анализа
и обоснование нозологии на таком уровне понимания,
который оставляет далеко позади ее современную критику*

Ю. Н. Аргунова

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Вопросы и ответы — М., 2007**

*Издание второе, переработанное и дополненное
(вдвое расширенное издание с учетом изменений по январь 2007 г.)*

ЗАЯВКИ на издания НПА направлять по адресу:

119602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематол. психоанал. — Психирургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: Рильке — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состязат. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
- 2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс ВРА.
- 2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
- 2003, I: Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II: Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1.
- 2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4.
- 2003, IV: Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.
- 2004, I: Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
- 2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса.
- 2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ.
- 2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV: 15 лет НПЖ — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии.
- 2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — Европейский план действий по охране психического здоровья.
- 2006, III: Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
- 2006, IV: Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Реформы — Группы поддержки.

Материалы для публикации присылать по адресу:

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 623-1348

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России