

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2010

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

**Журнал включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981),
рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

Сдано в набор 10.03.2010. Подписано в печать 29.03.2010. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2010-01-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

ОСВЕНЦИМ И ПСИХИАТРИЯ.	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Угрожает ли психиатрии опасность? С Форума Журнала WPA</i>	
Являются ли психиатры вымирающим видом? Размышления о внутренних и внешних угрозах профессии — Хайнц Качниг (Вена, Австрия).	7
<i>Обсуждение: Марио Май (Неаполь, Италия), Ассен Ябленкий (Перт, Австралия), Фернандо Лолас (Чили), Вольфганг Габел, Юрген Зиеласек, Хелен-роус Клевланд (Дюссельдорф, Германия), Стивен Шарефстейн (Балтимор, США)</i>	14
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
И все-таки — шизофрения — ведущий В. В. Калинин, врач-докладчик С. Ю. Савенко	20
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Ганс Груле (Гейдельберг) — Психология шизофрении (ч. 3)	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
О согласии недееспособного лица на участие в клинических исследованиях: коллизии правового регулирования — Ю. Н. Аргунова.	44
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Три ступени фальсификации	47
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Психиатр-эксперт, адвокат и американский судебный процесс — В. В. Мотов (Тамбов).	53
Обзор избранных публикаций “Журнала Американской Академии психиатрии и права”, 2009, 3 — В. В. Мотов (Тамбов).	60
ПСИХОТЕРАПИЯ	
<i>С XV Констурумских чтений</i>	
Различение духа, души и тела в православной традиции — проф.-свящ. Георгий Кочетков	65
АНАЛИЗ СВОИХ ОШИБОК	
“Коготок увяз — всей птичке пропасть” — А. Ю. Магалиф	69
ПОЛЕМИКА	
О психоаналитическом понимании этиологии патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (Э. Гловер и др.) — Д. А. Автономов	72
ИСТОРИЯ	
Проф. В. Я. Анфимов — организатор Кубанской психиатрии (штрихи к портрету) — А. П. Петрюк, П. Т. Петрюк (Харьков, Украина)	79
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Вот как наша власть относится к научной экспертизе	84
ОТКЛИКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	
Психиатр и юрист о новой инициативе Центра им. Сербского: Запретить оспаривание экспертиз!.	85
Центр им. Сербского просит у Верховного Суда РФ иммунитет от любых претензий.	85
Законопроект “Об обращении лекарственных средств”	
Способ экономии государственных средств, а не защита здоровья	86
Допустимы ли опыты на недееспособных?	87
Новая книга о законе о психиатрической помощи	89
Национальная медицинская палата	90
Предложения по реформированию Российского общества психиатров.	91
ХРОНИКА	
Шсъезд психиатров и наркологов Республики Беларусь	93
“Как Вы относитесь к Путину?”	93
Номинация С. А. Ганнушкиной на Нобелевскую премию мира	94
Открытие Форума НПА	94
MEMORIA	
Борис Моисеевич Сегал	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	98
АННОТАЦИИ	99

CONTENT

AUSCHWITZ AND PSYCHIATRY	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>Are psychiatry in dander? — From the Forum of the WPA Journal</i>	
Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession — Heinz Katsching (Vienna, Austria).	7
<i>Discussion: Mario Maj</i> (Naples, Italy); <i>Assen Jablensky</i> (Pert, Australia); Fernando Lolas (Chili); Wolfgang Gaebel, Jurgen Zielasek, Helen-Rose Cleveland (Dusseldorf, Germany); Stiven Sharfstein (Baltimore, USA)	14
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
And after all — schizophrenia — supervisor V. V. Kalinin	20
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Hans Walter Gruhle (Geidelberg) — Psychology of schizophrenia (part 3)	33
PSYCHIATRY AND LAW	
On consent of an incapable person to participate in clinical trials: conflicts of legal regulations — Yu. N. Argunova	44
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Three stages of falsification	47
FORENSIC PSYCHIATRY	
Psychiatric expert, counsel and American legal process — V. V. Motov (Tambov)	53
Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2009, 3 — V. V. Motov (Tambov)	60
PSYCHOTHERAPY	
<i>From the XV-th Konstorum readings</i>	
Discerning of spirit, soul and body in Russian Orthodox tradition — Prof. priest Georgy Kochetkov	65
ANALYSIS OF OWN MISTAKES	
“With a single claw stuck the bird itself will perish” — A. Yu. Magalif	69
POLEMICS	
On psychoanalytical comprehension of etiology of pathogenesis and clinical picture of dependence on gambling games (E. Glover & others) — D. A. Avtonomov	72
HISTORY	
Professor V. Ya. Anfimov — the organizer of Kuban psychiatry (strokes to the portrait) — A. P. Petryuk, P. T. Petryuk	79
DOCUMENTS OF EPOCH	
That is how our authorities treat scientific expertise.	84
COMMENTS AND SUGGESTIONS	
A psychiatrist and a lawyer on the new initiatives by the Serbski State Center:	
Contestation of expert conclusion should be forbidden!	85
Serbski Center requests the Supreme Court to invest it with immunity from any claims	85
Draft Law “On circulation of pharmaceutical products”	
A way of economy of state resources, but not protection of health.	86
Are the trials on incapable persons acceptable?	87
A new book on the Law on psychiatric care	89
National medical Chamber.	90
Proposals for reforming of the Russians Society of Psychiatrists	91
CHRONICLE	
III-rd Congress of psychiatrists and narcologists of Belarus	93
“What is your attitude to Putin?”	93
Nomination of Svetlana Gannushkina to the Nobel Price of Peace	94
Opening of the IPA’s Forum.	94
MEMORIA	
Boris Moiseevich Segal	95
RECOMENDATIONS.	98
ABSTRACTS	99

ОСВЕНЦИМ И ПСИХИАТРИЯ

*“Ничего не останется на земле или под землей и водой, что бы не преследовалось...
О, земля, почему ты не развернешься, чтобы сбросить их в глубокие трещины
твоих великих пропастей и недр и не будешь больше являть небу чудовище,
столь жестокое и бесчувственное? (О жестокости человека)”.*

Леонардо да Винчи. “Предсказания”.

Отмечая 65-летие освобождения Советской Армией самого чудовищного лагеря смерти — Аушвиц-Биркенау в Освенциме, мы оглядываемся назад, хотя все, связанное с этой историей, должно было бы всегда быть в памяти, “в уме” и “в сердце”, по крайней мере в подоснове нашего сознания в нашей повседневной жизни.

Освобождение Освенцима не планировалось, хотя Генштаб знал о лагере уничтожения в этом районе, — это побочный продукт военной операции. Но состоявшись, она глубоко поразила всех, кто даже лишь мимолетно соприкоснулся с этим страшным местом. **Самое страшное в нем — рутинное, повседневное, поставленное на поток, на конвейер уничтожение людей.**

Каждый может и должен побывать там, пройти по баракам, вдоль стеклянных, от пола до потолка, перегородок, за которыми несметные горы, в каждом бараке чего-то одного: женских волос, очков, зубных щеток, протезов, детских игрушек... Никакие описания, никакие слова не заменят непосредственного впечатления от этого проклятого места рядом с древней столицей польских королей. Туда надо возить за государственный счет молодежь, прежде всего, неофашистов. Но не гурьбой, а цепочкой, как это осуществлено в Иерусалимском мемориале убитых детей Яд Вашем.

Можно было бы ездить и ближе, если бы Украина реконструировала аналогичным образом Бабий Яр, создав из имеющейся кино- и фотохроники с помощью восковых фигур и современных технических средств панорамное стерео-, а может быть и голографическое, конечно, очень кратковременное (тахистоскопическое), воспроизведение состоявшегося там чудовищного расстрела... Это могло бы стать прививкой от людоедских идеологий, от имперских приоритетов, поспособствовало бы индоктринации Всеобщей Декларации прав человека.

И уж, конечно, давно следовало бы создать, по примеру Казахстана, собственные Мемориалы собственных высокотехнологичных концлагерей. В конце концов, ведь мы — первые. Ведь кое-кто из наших ведущих коллег предлагал социальную реабилитацию наших больных на Беломорканале задолго до приветственного лозунга ворот Освенцима: “Труд освобождает!”.

Целительная способность наших чувств, эмоций и памяти к адаптации, десенсибилизации, вытеснению, забыванию в случае травматичных сцен и мучительного знания или привычное использование для этих целей алкоголя, постоянно рискуют опасностью забвения и повторения... Поэтому Дни Памяти, актуализирующие ранящие воспоминания и переживания, важны не менее радостных праздников.

Что изменило в нас знание о кошмаре Освенцима? По его свежим следам Теодор Адорно сказал, что после Освенцима невозможно будет писать стихи... Но стихи пишут, причем в нашей стране пишут даже оды в честь фашизма, национал-социализма и сталинизма... Более того, с тех пор **массовые** казни и издевательства, убийства, резня, расстрелы, изнасилования не раз повторялись в Азии, Африке и Европе.

Как Бог допускает такое?

Как ведет себя в этих ситуациях Церковь? Как реально вели себя священнослужители и прихожане разных конфессий? Полярные примеры такого поведения требуют конкретного анализа и одинаково поучительны¹. Самый достойный пример в самой Германии подал Дитрих Бонгеффер — брат Карла Бонгеффера.

Как вело себя население разных оккупированных и союзных с Германией стран в отношении поголовного истребления евреев и цыган? Только Дания и Болгария, а также Италия и Испания оказались на высоте положения. Особенно впечатляет поведение датского короля Христиана X и болгарского царя Бориса. Удивительно и симптоматично, что это не фигурирует ни в одной энциклопедии. В большинстве

¹ Вот, например, что пишет в наши дни иерей “Истинно-православной церкви”, называющий себя “русским православным национал-социалистом”: «И “немецкие христиане”, с их богословием “крови и земли”, вплотную интуитивно приблизились к сей великой истине Православия. На взгляд Православия, Божественное Откровение с гораздо большей вероятностью может проявить себя через Гитлера (или же иную масштабную историческую личность, налагающую свой отпечаток на целую эпоху), нежели через “профессоров теологии” (будь их хоть целый богословский факультет)... Штык, пуля или снаряд, направленные на врагов нашей Веры и нашей Расы, несут в себе куда больше Богословия, нежели все “духовные академии”, “семинарии” и “институты”, порознь и вместе взятые. 88!». (Ж. “Реванш”, 2005, 4).

стран грязная работа осуществлялась руками местных полицейских.

Общественное беспокойство сходными фактами столетие назад — можно ли совершить убийство руками сомнамбулы? которое завершилось успокоительным: только если его личность исходно этому не противоречит, — на этот раз было ниспровергнуто.

Не нужно быть сомнамбулой и не нужно никакого гипноза, не нужно даже замораживать лживой пропагандой, что речь идет о враге, преступнике, “маньяке” или “недочеловеке”. Достаточно снять личную ответственность за буквально исполняемые инструкции и устные команды. Конечно, это касается не всех, но доля таких людей поражает. Этот факт стал потрясением. Им стали результаты экспериментов Стэнли Милграма (1965, 1974), опровергнувшие высказанные накануне предсказания ведущих специалистов. Эти эксперименты показали, что большинство людей игнорирует смертельную опасность своих действий по отношению к другим людям, их мольбы и страдания, даже когда отказ от таких действий не связан с какими-либо серьезными санкциями со стороны их руководителей. Достаточно снять личную ответственность за совершаемое. Понятие “преступного приказа” не доводится у нас до общественного сознания. Не случайно Ульману дали скрыться...

Радикально изменилось отношение к палачам. Раньше они были париями, от них селились поодаль, и за высокую мзду трудно было найти желающего на такую роль. Раньше террористы отменяли свои акции, если в их орбиту попадали дети или просто посторонние. Теперь взрывают мирное население, а государство не считается даже с детьми, взятыми в заложники.

Современный книжный, фото- и кинорынок, а также все интернет, переполнены всеми мыслимыми и еще недавно немыслимыми извращениями. Настолько, что само понятие “извращения” потеряло для нашей “элиты” свою былую полновесность и определенность. Поэтому с еще большим основанием, чем когда-либо прежде, любая жестокость в современном мире не считается извращением, если только она не требуется для эротического возбуждения (МКБ-10: F 65.5). Таким образом, никакая мера жестокости сама по себе не является основанием невменяемости.

Заурядность, широкая распространенность физических и психологических пыток, их однотипное многообразие и их явная легализация какой-нибудь закрытой инструкцией, вопреки давно ставшей очевидной легкости самооговоров и развращения собственных кадров, — свидетельство морального, да и ин-

теллектуального уровня всех, кто не пресекает этого всеми доступными ему мерами, каждый на своем месте.

Давно описан и изучен “концлагерный синдром”, он касается жертв лагерей, но на самом деле другая его разновидность характерна для охраны лагеря. Уровень самоубийств был здесь одним из наиболее высоких. Последствия сходных стрессоров фигурируют под другими именованиями: вьетнамский, афганский, чеченский синдромы... В конечном счете, это описано как разновидности “посттравматического стрессового расстройства”.

Казалось бы, психиатрам должно быть хорошо понятно, что независимо от реальных условий содержания и лечения для определенного числа психически больных психиатрическая больница — это с ничем не колебимой, т.е. бредовой несомненностью, тот же Освенцим. Важно постоянно помнить и учитывать первостепенность этого факта. Наивные разубеждения воспримутся как иезуитство, ласковое поглаживание — как издевательство. Чувство этого должно определять стиль наших отношений.

Каждому, особенно психиатрам, важно прочесть воссоздание на основе дневников и подробных автобиографий, составленных перед казнью, внутреннего мира начальника Освенцима Рудольфа Геса и Адольфа Эйхмана, руководителя депортации европейских евреев в лагерь смерти, в частности, только за полтора летних месяца 1944 года, 400 тысяч евреев Венгрии в Освенцим. Это роман Мерля Робера “Смерть — мое ремесло” и исследование Ханны Арентс “Эйхман в Иерусалиме. История обиденных злодеяний” (“Банальность зла”. в др. пер.). Они раскрывают “несказанный и невообразимый ужас **обиденных** злодеяний”.

Итак, Освенцим всегда будет для всех нас **постоянной угрозой**. Освенцим надо всегда помнить. Освенцим нельзя забыть.

“Гитлер начинал свои массовые убийства с *“предоставления возможности милосердной смерти”* гражданам Германии, относимым к категории *“неизлечимо больных”*, а потом распространил эту программу уничтожения на “немцев с генетическими дефектами”, потом... Известно, что было потом... Сегодня с призывом к милосердной смерти для дефективных детей не смущается публично выступать российский журналист, а Дума пропускает законопроект со статьей, разрешающей исследования на недееспособных без учета последней редакции Хельсинкской Декларации (Сеул, 2008), принятой Всемирной медицинской ассоциацией еще в 1964 г.

Угрожает ли психиатрии опасность? С Форума Журнала Всемирной психиатрической ассоциации¹

Являются ли психиатры вымирающим видом? Размышления о внутренних и внешних угрозах профессии

Хайнц Качниг (Вена, Австрия)²

Ключевые слова: будущее психиатрии, диагноз, лечение, критика со стороны пациента и его близких, профессиональная конкуренция.

В последнем издании Нового оксфордского учебника психиатрии (2009), где специальность внушительно представлена на более чем 2000 страницах, П. Пико, в прошлом президент Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и авторитетный исследователь истории психиатрии, посвящает несколько последних параграфов своей главы “История психиатрии как медицинской специальности” обсуждению возможного кризиса психиатрии. Психиатрия, заключает он, рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишится статуса медицинской науки (1). В психиатрических журналах обсуждается вопрос, “выживет ли психиатрия во второй половине 21-ого столетия” (2), а также констатируется наличие “дурных предчувствий и выраженного пессимизма в психиатрической среде” (3). Сообщается о нехватке психиатров во многих странах (4, 5). И даже поднимается вопрос, должна ли психиатрия “существовать” (6). Коллеги неврологи советуют нам перестать использовать термин “психическое заболевание”, заменив его термином “болезнь мозга” (7).

Что же кроется за всеми этими тревожными сигналами? Отражают ли они чье-то личное мнение или частные проблемы? Маловероятно. Иначе с какой целью ВПА запускала бы недавние проекты по изучению стигматизации в психиатрической среде, по содействию студентам-медикам, выбирающим психиатрию своей специальностью, и по улучшению перспектив для молодых специалистов, начинающих карьеру в психиатрии (8, 9)?

Итак, все ли в порядке с психиатрией, спустя 200 лет после ее рождения (10)? А если нет, то что не

так? С целью пролить свет на эти вопросы, я прислушался к тому, что говорят вокруг, оглянулся на собственный 40-летний психиатрический опыт, искал признаки кризиса в психиатрической литературе и работах, касающихся понятия профессии в целом.

На психиатрию как на профессию можно посмотреть с точки зрения социологии профессий — науки, которая анализирует взаимоотношения профессии и общества в целом. Во времена кризиса подобный широкий угол зрения позволяет выгодно расширить внутренние представления о профессии, которые в рамках профессиональной системы ценностей имеют тенденцию сосредотачиваться лишь на отношениях между профессией и ее клиентами (11). С точки зрения социологии, общими характеристиками любой профессии являются: а) наличие специализированной совокупности знаний и навыков, которая определяет область компетенции и круг потенциальных клиентов, а также определяет границы размежевания с другими профессиями; б) высокий статус в обществе (посредством финансовых и прочих поощрений); в) наличие независимости, предоставленной обществом, проявляющейся, например, в саморегуляции численности рядов; г) обязанность в обмен на вышеуказанные привилегии гарантировать высокое качество оказываемых услуг (профессионализм) и соблюдение этических норм (12, 13).

Я коснусь шести проблем, которые связаны с первыми двумя из вышеперечисленных критериев: три “внутренние” проблемы в основном связаны с усиливающимися сомнениями относительно существующей психиатрической базы знаний и недостаточности четкого теоретического обоснования; а три “внешние” — включают в себя: недовольство клиентов, конкуренцию с другими специальностями и отрицательный имидж психиатрии. Разумеется, существуют

¹ WORLD PSYCHIATRY. Official Journal of the World Psychiatric Association, February 2010.

² Медицинский университет Вены и Институт социальной психиатрии Людвиг Больцмана, Вена.

и другие проблемы, такие как, усиливающиеся влияние государства и страховых компаний, которые настаивают на постоянном повышении качества обслуживания, накладывая при этом все новые финансовые ограничения, но эти изменения касаются медицины в целом, и потому не будут обсуждаться в этой статье.

ВНУТРЕННИЕ УГРОЗЫ

Усиливающиеся сомнения относительно существующей базы знаний: диагностики и классификация

Нозологические категории и их классификация являются основным организационным принципом для большинства медицинских специальностей, включая и психиатрию. Диагнозы необходимы для принятия терапевтических решений, в учебном процессе, для определения страховых выплат, в качестве критериев включения в исследования и для проведения статистической обработки. В психиатрии сложилась странная ситуация, когда одновременно используются две диагностические системы. Так, в любом государстве-члене Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), при выписке пациента из стационара, ставится диагноз из V главы Международной Классификации Болезней 10 пересмотра (ICD-10). Однако в психиатрических исследованиях, результаты которых планируются к публикации в журнале с высоким индексом цитирования, рекомендуется использовать диагностические категории из 4 пересмотра Диагностического и Статистического Руководства (DSM-IV) Американской Психиатрической Ассоциации (АПА).

Параллельное существование двух этих главных диагностических систем наблюдается примерно с начала 60-х годов. В 1949 в 6 пересмотр Международной Классификации Болезней (ICD-6, 14) впервые были включены психические расстройства (более ранние версии учитывали лишь смертность). Тремя годами позже АПА создала собственную классификацию (DSM-I, 15). Сейчас мы используем ICD-10 (1992) и DSM-IV (1994), и следующие пересмотры этой “большой пары” должны состояться через несколько лет (DSM-V в 2013; ICD-11 в 2014). Таким образом, обе системы продолжают свое параллельное существование.

Такой параллелизм возможен, благодаря природе определений большинства психиатрических диагнозов: они состоят из комбинаций феноменологических критериев, таких как признаки и симптомы, изменяющихся во времени. Экспертные комиссии комбинируют эти признаки в различных сочетаниях в отдельные категории психических расстройств, которые определялись и пересматривались множество раз за последнюю половину столетия. Большинство этих диагностических категорий в отличие от основной массы медицинских болезней не основывается на биологических критериях. Называясь “психическими

нарушениями”, они лишь внешне похожи на медицинские диагнозы и претендуют на то, чтобы представлять медицинскую болезнь. Фактически же, они уложены в нисходящую классификацию, сопоставимую с ранними ботаническими классификациями растений 17 – 18 веков, когда эксперты априори решали, какой основной критерий использовать для составления классификации, например, плодоносящий стебель или форму листа (16).

Подход DSM-III, предполагающий создание “прикладного определения” (например, необходимо наличие “2 из 5 признаков”), помог приблизиться к постановке более точного диагноза, в том смысле, что разные психиатры, проводя диагностику и оценивая симптомы у одного пациента, чаще придут к одинаковому результату. Но надежность не то же самое, что правомерность. Психопатологические феномены несомненно существуют, наблюдаются и переживаются как таковые. Тем не менее, психиатрические диагнозы имеют произвольные формулировки и не существуют в том смысле, в котором существуют психопатологические феномены.

Это не ново. Хотя психиатрические диагностические классификации и определения болезней критикуются давно, характер нападков изменился. Полвека назад они исходили в основном со стороны (17, 18). В наши дни при сохранении критики извне (19) набирают силу дискуссии о правомерности психиатрических диагнозов внутри психиатрического профессионального сообщества (разумеется, это спровоцировано предстоящими пересмотрами “большой пары”) (20, 21). Это уже не просто критика психиатрических диагнозов и систем классификаций со стороны “завсегдаев”, обсуждения начались в самом сердце профессионального сообщества.

Например, психиатры говорят о “генетическом опровержении психоза” (22), о необоснованно широком применении психиатрических диагнозов (23) и высокой диагностической нестабильности психических расстройств (24). От генетиков, работающих в области психиатрии, приходится слышать, что они используют “технологии звездных войн в отношении диагнозов, поставленных с помощью лука и стрел”. Недавно видный исследователь в области психиатрии сказал: “Предполагают, что дебаты носят политический характер. Однако не в этом дело, так как в центре спора находится основательное научное доказательство, указывающее на отсутствие нозологической достоверности диагностических категорий, которые являются произвольной психиатрической трактовкой абстрактных понятий” (25).

Социолог А. Абботт заметил, что постоянное переосмысливание профессиональных знаний, способствует пониманию возникающих проблем и позволяет профессии своевременно изменять направление своих интересов (26). Принимая это во внимание, можно привести доводы, что, в то время как некото-

рые психические расстройства действительно имеют некоторую степень “клинической достоверности” (например, биполярное расстройство), DSM “придумала необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации” (27). Психиатрия “покинула остров психических болезней, и ее тут же поглотило бескрайнее море человеческих проблем”, именно так выразился Ф. Редлих более 50 лет назад, говоря о психоанализе (28, цитировано по 17). Вопрос о том, можем ли мы “провести различия между настоящими психическими расстройствами и гомеостатическими реакциями на неблагоприятные жизненные события” (29), стоит остро, как никогда.

Для усовершенствования психиатрической диагностической базы прилагаются все виды усилий, и внесено множество предложений: идентифицировать “ультраструктуры” (30), дополнить диагностические категории “точными мерами” (21) или “кросс-диагностическим подходом” (31), использовать “эпистемическое повторение” (16), или использовать “личностно-ориентированный интегративный диагноз” (32). Недавно, группа психиатров предложила организовать для работы над DSM-V отдельную рабочую группу по концептуальным вопросам, подчеркивая, что в предыдущих версиях DSM концептуальные вопросы обсуждались стихийно отдельными неспециализированными рабочими группами (33). Вопрос остается открытым.

Также внесено предложение сделать больший акцент на особенностях клинического использования диагноза, таких как удобство применения, передачи медицинской информации между врачами и планирования лечения (34). Тем не менее, в клинической практике выбор медикамента не всегда связан с определенным диагнозом (например, антидепрессанты используются для широкого круга патологических состояний) (35), а социальные психиатрические службы учитывают клинический диагноз и вовсе лишь при распределении средств, а для повседневной работы с клиентами применяют собственные классификации (36).

Угрожающим итогом этих дискуссий является предположение, что все виды исследований, основанные на наших недостоверных диагностических категориях — эпидемиологические, этиологические, патогенетические, терапевтические, биологические, психологические и социальные — также являются недостоверными.

Усиливающиеся сомнения относительно существующей базы знаний: терапевтические интервенции

Мы живем в эру доказательной медицины (37). На основании мета-анализов и систематических обзоров тщательно отобранных методологически корректных

исследований создаются практические руководства. Мы уже не можем основываться только на клиническом опыте. Но насколько все-таки можно быть уверенными в правильности наших терапевтических решений?

Когда в 2008 году был опубликован мета-анализ исследований антидепрессивной терапии (38), показывающий, что при депрессиях легкой и средней степени тяжести антидепрессанты не превосходят по эффективности плацебо, эта весть разнеслась по всему миру. При этом пресса обращала внимание на тот факт, что авторы включили в мета-анализ также те исследования, которые в свое время не были опубликованы (но были предоставлены в американскую комиссию по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами). Последующее исследование подтвердило эти данные (39), что привело к дискуссиям в психиатрической среде (40). Тот факт, что исследования с положительными результатами публикуются гораздо чаще и быстрее, чем с отрицательными, вызвал озабоченность не только у психиатров, но и у специалистов во всех областях медицины (41).

В свое время за свои недостатки критике подверглись рандомизированные контролируемые исследования препаратов, применяемых для лечения шизофрении, и вместо них были предложены исследования “в условиях реальной жизни” (42). Когда же эти исследования состоялись, то преимущество антипсихотиков второго поколения над первым не было воспроизведено (43, 44).

Очевидно, что такие результаты только усиливают сомнения потому, что при недостаточной достоверности психиатрических диагнозов и сложностях получения гомогенной выборки пациентов, они опять же не значат, что первоначальные исследования неверны, а новые — истинны. При попытках создать практические руководства, основанные на принципах доказательности, мы сталкиваемся с противоречиями в методологии рандомизированных контролируемых исследований. Стремление к внутренней достоверности приводит к высокоселективной выборке, означающей, что результаты не могут быть с легкостью распространены “в реальный мир”, в то время как погоня за высокой репрезентативностью выборок создает методологические отклонения (45, 46).

В этой связи было предложено 2 параллельных способа оценки доказательности: обычная доказательность терапевтической эффективности, полученной в исследовании, и “подтверждающая” доказательность, оценивающая правомерность переноса результатов “в условия реальной жизни” (47, 48). Смежной проблемой является широкое применение комбинаций препаратов в клинической практике (49), в то время как большинство доказательных результатов получены при монотерапии.

В дополнение к перечисленным проблемам, множество вопросов вызывают конфликты интересов, возникающие при взаимодействии врачей и фармако-

логической индустрии (50). Участившиеся случаи написания статей фармакологическими компаниями от лица ученых в последнее время поднимают вопрос о “доверии” не только в научном сообществе (51), но и в прессе, и среди политиков. Если же ко всему прочему добавить обеспокоенность психотерапевтически воздействиями и их непреднамеренными побочными эффектами (53, 54), то становится понятно, почему мы, вместе с нашими пациентами и обществом в целом испытываем сомнения относительно достоверности доказательств эффективности наших профессиональных интервенций.

Отсутствие четкой теоретической базы

“Спросите трех психиатров и Вы получите 4 ответа”. Я слышал это высказывание в разных формах от политиков и медицинских чиновников, как оправдание их бездействия, каждый раз, когда пытался заставить их улучшить психиатрическую помощь и увеличить финансирование. Идеи с переоценкой и вера в панацею встречаются у специалистов многих медицинских специальностей, но, наверно, ни в одной области нет такого пышного разнообразия теорий как в психиатрии.

Тот факт, что психиатрия разделяется на много направлений и поднаправлений мысли (теоретических), является несомненной истиной. С учетом того, что наличие общей базы знаний — это основной определяющий критерий для любой профессии, такое разделение представляет серьезную угрозу для целостности психиатрии. Учебники обычно отражают все существующие аспекты (55), декларируя при этом целостность науки, но только не с практической точки зрения. Существуют международные ассоциации биологической психиатрии, психотерапии и социальной психиатрии. Все они провозглашают своей основной целью улучшение оказываемой пациентам помощи (часто в тесном сотрудничестве со смежными специальностями и профессиями). Каждый подход имеет свою совокупность знаний, конференции и журналы. Но в междисциплинарном взаимодействии читается все большее раздражение друг другом (56 – 60), и это происходит во многом из-за конкуренции за ресурсы (61).

После того, как врач долгое время работает с однотипным контингентом пациентов и живет с определенным образом мыслей, бывает трудно или даже невозможно перестроиться. Это было свойственно и нашим предшественникам, которые разрабатывали свои концепции в определенных условиях. Например, Э. Крепелин работал главным образом с психотическими пациентами в психиатрических больницах, а З. Фрейд имел дело преимущественно с невротическими пациентами в частной практике. Каждый из них не имел опыта работы в других условиях, и потому у них появились совершенно разные теории (62). Действительно трудно быть специалистом, компетен-

тным во всех областях психиатрии, хотя профессиональные ассоциации (такие как ВПА) регулярно организуют конгрессы, на которых представлен широкий круг профессиональных знаний.

Опасность раскола психиатрии или угроза быть поглощенной другими профессиями (1) убедительно проиллюстрирована разделением американской психиатрии между “двумя культурами” — биологической психиатрией и психотерапией, как это описывает ученый, занимающий нейтральную позицию (63), а по обывательским стереотипам — на “безумность” и “безмозглость” (64). Руководства обычно подчеркивают необходимость сочетания обоих подходов, но страховые компании не поощряют подобную интеграцию.

ВНЕШНИЕ УГРОЗЫ

Недовольство со стороны пациентов

В то время как критика психиатрии профессионалами существовала давно (17, 18) и продолжается по сей день (65), начало усиливаться недовольство нашей профессией и в среде пациентов. Тогда как критика, высказываемая изнутри профессии, может рассматриваться как содействие ее динамическому развитию, недовольство со стороны пациентов наносит ущерб психиатрии.

За последние десятилетия мне приходилось слышать несколько новых названий наших пациентов. Сначала, это был “клиент”, затем “потребитель” (что подразумевало наличие права получить адекватное обслуживание). Затем появился “пользователь” или “пользователь услугами”, термин, который трудно перевести с английского на многие языки мира, но который является довольно распространенным в англоязычном мире, как среди профессионалов, так и в правительственных документах. Эти названия сами собой предполагают изменения отношений между доктором и пациентом, когда традиционная “ассиметричная” патерналистическая модель сменяется более симметричными новыми (такими, как “информативная”, “пояснительная” и “совещательная” модели) (66). С заменой названия “пациент” прочие термины указывают на отдаленность от медицины. Наконец, появились термины “экс-пользователь”, “экс-пациент” и “переживший психиатрическое лечение”, указывающие на полную отчужденность от психиатрии.

“Недовольство” затрагивает широкий спектр, от радикальной концепции “переживших психиатрическое лечение” (67), которая подразумевает, что психиатрия не должна существовать *вовсе*, до других форм неудовольствия, когда психиатрию критикуют *такой, какая она есть сейчас* (68). Сегодня Интернет позволяет пациентам с легкостью делиться опытом своего психиатрического лечения. Среди подобных историй во всемирной сети большинство положительных, но встречается и негативный опыт. (69, 70). Поднимаются разнообразные темы, от диагноза до

фармакотерапии, от обсуждения принудительного лечения до проблем связанных с качеством жизни. Члены семей душевнобольных (называемые теперь в англоязычных странах “заботящиеся” или “опекающие”) также высказывают критические замечания в адрес психиатрии, часто с позиций, отличающихся от точки зрения пациентов.

Организации самопомощи по вопросам психического здоровья учреждаются повсюду как пациентами (71), так и их близкими (72). Эти ассоциации стали значимыми не только для своих членов, придавая им уверенность в организации конференций, тренингов, консультаций (73), но и на политическом уровне, когда посредством сотрудничества с политиками и медицинскими чиновниками, осуществляется участие пациентов и их представителей в процессах планирования.

Многие сообщества и организации пациентов сосредоточили свое внимание на концепции выздоровления — “recovery” (74), которая активно пропагандируется как ведущий принцип политики психического здоровья во многих англоязычных странах. Некоторые эксперты отмечают, что это лишь “риторический консенсус” и указывают на необходимость различать “клиническое” и “личностное” выздоровление (75), а также выздоровление как “итог” и выздоровление как “процесс”. Часто возникает неверное понимание термина при переводе его на другие языки.

Акцент на нуждах пациентов и учет их мнения сейчас закреплены документами международных организаций, таких как Организация объединенных наций (76), Европейская комиссия (77), Совет Европы (78), ВОЗ (79). Психиатрия как профессия также внесла свой вклад в эти инициативы. Так выпущено руководство “по улучшению обеспечения психиатрической помощи”, которое придает важное значение “этике”, “доказательности”, “мнению врачей” и “мнению пациентов”, а также в нем обсуждаются вопросы качества жизни (80). Однако критика со стороны пациентов продолжается.

Конкуренция с другими профессиями

Как заметил А. Абботт (26), каждая профессия должна не только иметь свою специфическую базу знаний и определять область своей компетенции, но и быть бдительной относительно вторжений со стороны других профессий. В эру постмодернизма, с ростом культуры профессиональной компетенции (82) в зоне, принадлежащей психиатрии, появляется все больше и больше “незваных гостей”. Вольно или невольно с целью привлечь пациентов они часто извлекают пользу из стигмы, связанной с лечением у психиатра.

Из медицинских специальностей с психиатрами конкурируют неврологи, врачи общей практики и врачи, практикующие нетрадиционные формы медицины. К примеру, во многих странах объем антидепрессантов, выписываемых в общемедицинской прак-

тике, выше, чем в психиатрии. Понятно, что неврологи правомерно занимаются лечением органического синдрома головного мозга, но в зависимости от особенностей системы медицинского страхования, во многих странах они также лечат и другую психиатрическую патологию.

Психологи, психотерапевты и клинические социальные работники составляют другие крупные профессиональные группы, конкурирующие с психиатрами. В Австрии в официально зарегистрированных клинических психологов/психотерапевтов в 10 раз больше, чем психиатров. В США к 1990 году 80 000 клинических социальных работников были заняты в социо-психологической сфере психиатрии, четверть из них в частной практике (1). Психологи соревнуются с психиатрами не только в психологической и психотерапевтической сферах. Например, с 1995 года в 23 разных штатах США 100 раз рассматривались прошения о предоставлении психологам права выписывать медикаменты. В 96 случаях эти прошения были отклонены, но в Нью-Мексико, Луизиане, Висконсине и Орегоне в законодательство были внесены соответствующие изменения (83).

В Англии существует образовательная программа “Обеспечение доступа к психологической терапии”, в рамках которой 3600 психологов обучаются когнитивно-поведенческой психотерапии (84). Также в Англии существует официальный документ “Новые методы работы” (85), который отводит психиатрам в рамках психиатрической службы роль консультантов, в то время как прямые контакты других специалистов с пациентами расширяются. Учитывая нехватку психиатров в развивающихся странах, эта схема подходит для них, как нельзя лучше (86). Однако такое предложение создает дилемму, эффектно сформулированную одним английским психиатром: “Психиатры должны продолжать работу с пациентами, не просто как консультанты, а в первых рядах. Если мы в качестве консультантов будем наблюдать лишь небольшое количество больных, меньшее, чем другие специалисты, то утрата уважения, доверия и компетентности станет для нас лишь вопросом времени” (87).

Как же нам реагировать на подобные реформы? Как сохранить баланс между собственной идентичностью и идентичностью других специалистов в сфере, где существует и нарастает конфликт интересов? Как наладить обоюдно удовлетворяющее сотрудничество? Здесь встают фундаментальные вопросы, такие как частная практика против государственной службы, индивидуальная работа против бригадного подхода, госпитализация против лечения в сообществе, ответственность и оценка рисков. Работа бригады специалистов гарантирует особый подход к пациенту (88).

Негативный имидж

Я считаю себя человеком, который не выделяется из общей массы ни внешним видом, ни поведением.

При знакомстве с новыми людьми за пределами моей профессиональной среды, в ходе общения мне часто приходится сообщать им, кем я работаю. И я часто сталкиваюсь с их удивлением: “Вы — психиатр?”. Мне не всегда понятно, что скрывается за людским недоумением, но я воспринимаю его как комплимент. Как же, по их мнению, должен выглядеть и вести себя психиатр?

Это знакомо каждому психиатру: в нашей профессии есть что-то особенное, касающееся того, как окружающие воспринимают нас. Изображение психиатров в кино редко носит располагающий и позитивный характер (89), из фильма в фильм переходит набор стереотипов, таких как “сумасшедший профессор”, “психоаналитик” и “безучастный интервьюер” (68, 90). Многие из этих стереотипов относятся к тем временам, когда психиатры в основном работали в больших госпиталях, вдалеке от обывателей, и потому считалось, что врачи сами становятся странными и не слишком отличаются от своих пациентов (91).

Выдвигались предположения, что такой негативный имидж влияет на то, что все меньше студентов медиков выбирают психиатрию своей специализацией (92) и все больше досрочно прекращают ее (93). Английские врачи, которые начали карьеру психиатра, но оставили ее, как правило, соглашались с утверждением, что у психиатрии неприглядный имидж в обществе, и вспоминают, что они не пользовались достаточным уважением даже у коллег других специальностей.

Относительно контактов населения с психиатрами, общепопуляционное исследование в Германии показало, что лишь немногие опрошиваемые предпочли бы в первую очередь обратиться со своими проблемами к психиатру (94). Подобные результаты получены в Австрии и Австралии (95). Вероятно, люди опасаются, что если их визит к психиатру станет достоянием общественности, то они будут стигматизированы и дискриминированы. В обществе существует выраженное стремление социально дистанцироваться от людей с психическими расстройствами (96), имеются документально подтвержденные случаи стигматизации и дискриминации (97). Это известно всем, кто испытывает психологические проблемы и планирует обратиться за профессиональной помощью. Кроме того, люди предполагают, что психиатры (в отличие от психологов и психотерапевтов) будут лечить их в основном медикаментами, а для большинства это неприемлемо: в австрийском исследовании большинство опрошенных предпочло начать лечение с психотерапии. Даже в случае возникновения деменции от приема лекарств планировали отказаться 73 % опрошенных (95).

“Стигматизация” самих психиатров изучена недостаточно (98) по сравнению со стигматизацией пациентов. Вероятно, существует сложная взаимосвязь между этими двумя вопросами. Предполагается, что

профессионалы, работающие в сфере психического здоровья, могут одновременно быть “стигматизаторами, стигматизированными, а также влиятельными де-стигматизаторами” (99). Легко понять, почему на фоне такого большого количества открытых вопросов ВПА финансирует исследовательский проект, посвященный “стигматизации психиатрии и психиатров” (9).

КУДА ДВИЖЕТСЯ ПСИХИАТРИЯ, И КТО ИМЕННО ТУДА ДВИЖЕТСЯ?

В соответствии с информацией, полученной из секретариата ВПА, в мире насчитывается более 200 000 сертифицированных психиатров в 134 государствах, входящих в ВПА. Существуют региональные различия, особенно между развитыми и развивающимися странами. Поэтому трудно получить полное представление о тенденциях развития психиатрической рабочей силы в мире. Факторы влияния разнообразны и ситуации во многих странах сильно разнятся.

Однако в целом отмечается уменьшение притока молодых специалистов в профессию. Несмотря на то, что по прогнозам во многих странах, главным образом в развивающихся (86), ожидается увеличение потребности в психиатрах (100) и в расширении психиатрической службы (101), возникают сомнения, что наша профессия сможет удовлетворить эти нужды. Поэтому ВПА проводит различные мероприятия с целью повышения привлекательности психиатрии как профессии для студентов-медиков и по содействию молодым специалистам, уже начавшим карьеру в психиатрии (8, 9).

Согласно публикации 1995 года (102), в США количество студентов-медиков, выбирающих психиатрию своей будущей специальностью, неуклонно снижалось в течение предшествующих 20 лет. Отчет 2009 года рисует более оптимистическую картину, однако, более 30 % психиатров, обучающихся в резидентуре в США, это выпускники зарубежных медицинских ВУЗов (101). В Англии в 2008 году психиатры числились в “национальном списке дефицитных профессий” Консультативного миграционного комитета (который занимается привлечением зарубежных специалистов), и 80 % обучающихся, сдающих государственный квалификационный экзамен по психиатрии, являлись выпускниками зарубежных медицинских ВУЗов (100). Королевский колледж Психиатрии оценивает “сложившуюся ситуацию с притоком новых специалистов в профессию, как кризисную”.

В развивающихся странах существует явный дефицит психиатров, например, в Пакистане на 640 000 человек населения приходится лишь 1 психиатр (4). Рабочая группа ВПА уже обсуждала проблему “утечки мозгов” из развивающихся стран в промышленно развитые (в основном США, Великобритания, Канада и Австралия) (104). Очевидно, что нехватка психиатров в самих развитых странах только способствует “утечке мозгов” из развивающихся государств.

БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ

Некоторые причины уменьшения притока специалистов в психиатрию могут быть местного значения: это — изменения в национальной системе подготовки, высокая продолжительность рабочего времени, неоплачиваемые сверхурочные часы, низкие зарплаты или перегруженность врачей бумажной работой. Отделение государственного сектора здравоохранения от частного, который становится в некоторых странах все более и более привлекательным для врачей, может иметь решающее значение для будущего психиатрии. В Австралии обнаруживается нехватка психиатров в системе государственного здравоохранения, что привело к притоку специалистов из Африки, Индии и Китая (105). В Германии недостаток врачей, работающих в стационарах, возник частично из-за того, что Нидерланды и Швейцария предлагают более привлекательные условия труда (5).

Привлечение молодых специалистов в психиатрию — сложный процесс, зависящий от отношения студентов-медиков к специальности, от имиджа психиатрии в обществе, от наличия рабочих мест и других факторов (106). Одна из причин уменьшения притока новых специалистов в профессию, упоминающаяся снова и снова (92, 93, 107), — это негативное впечатление о психиатрии, которое создается у студентов-медиков. Те, кто бросает специализацию, обычно говорят о возникших у них сомнениях в эффективности психиатрического лечения, о негативных отзывах коллег и преподавателей о психиатрии, о низком престиже психиатрии среди других областей медицины, а также о боязни насилия со стороны пациентов (108). В недавнем исследовании, проведенном в Великобритании, молодые специалисты, первоначально выбравшие психиатрию, но позже сменившие специальность, сообщали, что к этому решению их подтолкнул ряд причин: низкий статус психиатрии среди других медицинских дисциплин, частое отсутствие улучшения в состоянии многих пациентов, отсутствие доказательности при постановке диагноза и выборе лечения (93). Существует мнение, что придание психиатрии более четких нейробиологических черт поможет пополнить ряды психиатров. Однако можно полагать, что подобные изменения способны вызвать и обратный результат (59).

Очевидно, что специфика профессии, ее статус в медицине и в обществе — это важные стимулы и препятствия на пути пополнения профессиональных рядов. Именно поэтому название этого раздела “Куда движется психиатрия, и кто именно туда движется?” заимствован из статьи в журнале “Академическая медицина”, которая связывает изменения притока новых специалистов в американскую психиатрию с изменением границ ее юрисдикции и неопределенностью современной системы психиатрических концептуальных взглядов. Так куда же движется психиатрия?

По мнению многих, наша дисциплина подняла свой статус, благодаря гигантскому количеству приобретенных за прошедшие десятилетия знаний. Тем не менее, имеются признаки того, что психиатрическая база диагностических и терапевтических знаний испытывает кризис доверия, и что слаженной работе нашей дисциплины угрожают фактически существующие группы конкурирующих специалистов. Кроме того, мы постоянно подвергаемся критике со стороны пациентов и их близких (особенно на просторах сети Интернет), новые специальности все чаще и чаще претендуют на сегменты нашей профессии, наш имидж в обществе и медицине не такой позитивный, как может казаться многим из нас. Таким образом, стороннему наблюдателю многие критерии, определяющие понятие профессия, покажутся уязвимыми.

Тем не менее, некоторые авторы с уверенностью высказываются, что психиатрия выживет. Так, П. Пико, который говорит о “существовании угрозы для психиатрии быть поглощенной другой медицинской специальностью, либо лишится статуса медицинской науки”, заключает, что, с точки зрения долгосрочной исторической перспективы, современный кризис психиатрии — это “всего лишь еще один переходный период в ее истории” (1). Автор вышеупомянутой статьи в журнале “Академическая медицина” (110), проанализировав продолжительность существования трудностей в психиатрии, выражает веру, что “искусство долговечно, жизнь коротка, но психиатрия непременно выдержит все испытания”, основывая свою уверенность на наличии “интеллектуально богатой среды” и “контролируемого стиля жизни”, на который могут рассчитывать будущие обучающиеся специалисты. Но можем ли мы поверить в повторяемость истории, в потенциальную привлекательность интеллектуальной среды, не говоря уже об обещаниях контролируемого стиля жизни (111)?

Высказывание о том, что “искусство долговечно, жизнь коротка, но психиатрия непременно выдержит все испытания” (110) предшествует короткому, но недвусмысленному заключению автора, свидетельствующему все-таки о его сомнениях: “Правда не ясно, каким образом и при чем участии это должно произойти”. Без сомнения психиатрия предоставляет медицинские услуги, востребованные обществом. Но не ясно, будет ли в будущем ее деятельность продолжаться в рамках одной независимой профессии (хотя и с субспециальностями: судебная, детская, геронтологическая) и в сотрудничестве с другими специалистами, или все-таки психиатрия испытает на себе “враждебное поглощение” другими профессиями.

Внутри психиатрии, частично в виде реакции на вышеописанные угрозы, наблюдается процесс “снятия сливок”, когда внушительные группы наших коллег сосредоточены на наиболее выгодных с ин-

теллектуальной и финансовой точки зрения сегментах и видах терапии, которые значительно меньше стигматизируют, имеют более высокий статус, лучшие перспективы академической карьеры и более контролируемый стиль жизни, таким образом, оставляя остальным менее престижную деятельность, связанную с лечением суицидентов и агрессивных пациентов, страдающих резистентными психическими расстройствами и разными формами зависимости. Сходный процесс, происходящий в современном обществе и отражающийся на развитии психиатрии, это исчезновение специалистов широкого профиля при возросшей популярности узких специалистов. У последних, как правило, больше престижа и финансовых стимулов, но их деятельность часто происходит по принципу: “У меня есть ответ, а есть ли у вас вопрос?” — что часто вызывает недоумение у обратившихся за помощью.

Если психиатрия останется профессией, ей необходим концептуальный центр. Что могло бы стать та-

ким центром в будущем, не ясно. Традиционные сильные стороны психиатрии — клинический опыт, всеобъемлющие знания по психопатологии и навыки общения со страдающими людьми — в современных условиях могут утратить свою определяющую роль, поэтому начало звучать мнение о необходимости “ренессанса психопатологии” (112). В настоящее время различными профессиональными ассоциациями предпринимаются попытки дать определение понятию “психиатр общего профиля” (113, 114). Целесообразно проведение подобных дискуссий в более широком кругу специалистов. Они должны подкрепляться исчерпывающим анализом мотивов, по которым психиатры работают в рамках специфических направлений и распространяют специфические подходы, то есть анализом стимулов и интересов, скрывающихся за той заметной ролью, которую психиатры играют в различных сферах современной жизни.

Перевод Павла Позновского

Обсуждение

Являются ли психиатры вымирающим видом?

Марио Май (Неаполь, Италия)¹

Кажется вполне вероятным, что психиатры становятся вымирающим видом, как утверждает Х. Качниг в статье, открывающей Форум этого выпуска журнала (1). Что же нам следует делать? Необходимо понять суть проблемы и превратить существующие риски в возможности развития.

В психиатрии, действительно, существуют различные теоретические подходы, но это следует рассматривать как неизбежное отражение био-психо-социальной сложности психических расстройств, которая требует адекватной сложности био-психо-социального подхода. Другие, родственные психиатрии, профессии могут иметь более внятную идентичность и казаться менее раздробленными чем психиатрия. Одна из причин этого состоит в том, что их взгляд и подход является более односторонним и не может быть адресован био-психо-социальной сложности психических расстройств. Существование биологического, психологического и социального компонента нашей дисциплины не является ее слабостью, но доказывает ее исключительно своеобразную интегральную природу, которую следует учитывать при восприятии, представлении и продвижении нашей дисциплины. Вместо того, чтобы принижать и сражаться друг с другом сторонники различных подходов должны стремиться

к сотрудничеству и взаимному обогащению. Умение вести полемику приветствуется, а деструктивный фанатизм следует активно отвергать (а не аплодировать ему, как это, к сожалению, часто бывает).

Действительно, в психиатрии продолжают споры относительно того, что такое психическое расстройство, каковы взаимоотношения между болезнью и функциональной недостаточностью, противопоставление роли оценок и доказательств в диагностической процедуре (2 – 6). Однако, я не уверен, что эти дискуссии являются признаком слабости теоретических оснований нашей дисциплины. Если бы я был интернистом, я бы следил за этими спорами с большим интересом. Психиатрия, возможно, как раз превосходит дискуссию, в которую в будущем будет вовлечена вся медицина.

Это правда, что диагностические критерии психических расстройств время от времени меняются, и мы имеем две соперничающие диагностические системы. Но разве это расшатывает основы нашей клинической практики? Я так не думаю. Мне не кажется, что клиницисты в настоящее время дезориентированы в отношении того, что такое шизофрения или депрессия, или что они с нетерпением ждут новых циклов обучения по этим двум диагностическим системам, чтобы лучше понять, что это такое. Основные диагностические теории психиатрии демонстрируют

¹ Президент Всемирной психиатрической ассоциации.

удивительное постоянство на протяжении десятилетий: несмотря на то, что это просто “произвольное соглашение”, они очень хорошо работают (и тысячи пациентов выигрывают от этого описания). Это, конечно, не означает, что не следует уточнять эти понятия, и многие клиницисты с воодушевлением встречают возможность сделать свои диагностические оценки более четкими и индивидуализированными (7 – 9) и были бы рады наблюдать тот “ренессанс психопатологии”, к которому в последние годы постоянно призываю (10, 11).

Действительно, продолжается дискуссия относительно эффективности антипсихотиков и антидепрессантов (12). Весьма прискорбно, что эти споры сильно зависят от финансовых и нефинансовых конфликтов интересов (с одной стороны, финансовая зависимость некоторых исследователей от фармкоfirm; с другой — оторванные от жизни, умозрительные предубеждения отдельных людей внутри и вне нашей профессии, порой доходящие до фанатизма). Но было бы глупо даже предположить, что антипсихотики и антидепрессанты не работают, что они действуют просто как плацебо. Эмпирическая база их использования является очень убедительной, она выдержала испытание временем в условиях, которые были крайне неблагоприятными. Эти лекарства уже изменили и будут менять к лучшему тысячи жизней. Конечно, в тех случаях, когда их применяют адекватно, как это делают хорошо обученные специалисты.

Однако, мы должны создать механизм, согласно которому по крайней мере одно испытание каждого нового антипсихотика или антидепрессанта проводит организация, независимая от фирмы-производителя.

Да, психиатры стигматизированы, в значительной степени в результате прошлого имиджа профессии. Нам нужно создать новый имидж и развивать его. Многие из нас грамотно лечат широкий спектр психических расстройств, которые широко распространены в населении. Мы обеспечиваем своими консультациями тюрьмы, рабочие места, школы. Коллеги других медицинских специальностей обращаются к нам за советами в связи с эмоциональными проблемами своих пациентов. Мы взаимодействуем на постоянной основе с организациями пользователей и тех, кто помогает психически больным. Эта новая реальность не очень хорошо известна и, возможно, развита еще не во всех регионах мира. Мы должны выстроить этот новый образ профессии и сделать его публичным. В то же время, мы должны обеспечить соответствие психиатрической практики этому новому имиджу. (13 – 16).

Мне нравится статья Х. Качнига, но я не разделяю лежащий в ее основе пессимизм. Если психиатрия в кризисе, то это, на мой взгляд, развивающийся кризис. Наше будущее в наших руках, а не в руках клиентов или политиков. Давайте перестанем обвинять себя и бороться друг с другом, давайте работать вместе, чтобы улучшить сущность и образ нашей профессии.

Психиатрия в кризисе? Назад к основам

Ассен Ябленский (Перс, Австралия)²

Вдумчивое и научно обоснованное эссе Качнига поднимает важные и своевременные вопросы относительно современного состояния профессии психиатра и сути психиатрии как медицинской дисциплины.

Во многих “развитых” странах наблюдается не слишком явная, но устойчивая тенденция к сокращению количества выпускников медицинских ВУЗов, которые выбирают специализацию по психиатрии. В большинстве развивающихся стран хроническая нехватка психиатров продолжает препятствовать сокращению (не говоря об исчезновении) “лечебной пропасти” между потребностью и ее обеспечением, это касается даже основной помощи большинству психически больных. В таких странах как Великобритания, Австралия и США государственная служба психического здоровья столкнулась бы с коллапсом, если бы врачи-иммигранты из стран со средним доходом на душу населения не заполняли вакантные должности. Имидж психиатрии в обществе продолжает

связываться со стигматизирующими стереотипами, которые, как это ни странно, разделяются и некоторыми нашими коллегами из других медицинских дисциплин. Насколько глубоким является этот очевидный кризис нашей дисциплины и профессии, и какие факторы определяют его?

Соглашаясь с большинством диагностических оценок Качнига, я бы сказал, что глубинная проблема состоит не в очевидном упадке психиатрии как дисциплины, а в относительном недостатке ее конкурентоспособности по сравнению с другими медицинскими дисциплинами. Серьезные успехи основных биологических наук в последние 25 лет преобразили все области медицины и хирургии, включая онкологию, кардиологию и клиническую иммунологию. Общая медицина становится все более “молекулярной”, а значит более привлекательной и интеллектуально востребованной для молодых специалистов. В психиатрии мы не встречаем такого преобразования. Последние достижения нейронаук, молекулярной генетики и исследований генома с большим трудом внедряются в практические клинические инструменты, маркеры болезней, лечение и новые концептуальные парадиг-

² Школа психиатрии и клинических нейронаук, Университет Западной Австралии, Перс.

мы нашего понимания природы психических расстройств. Несмотря на преувеличенные и периодически появляющиеся ложные обещания неизбежных прорывов, достижения в реальных знаниях генетических и нейронных основ психических расстройств очень скромны, в то время как маячащая сложность задачи стала очевидной.

Следовательно, в то время как теория и практика психиатрии в настоящее время не может иметь прочной основы ни в нейробиологии, ни в психиатрической генетике, в последние десятилетия мы наблюдаем относительное игнорирование действительно специальной и требующей усилий для освоения базы знаний и навыков. Эта “база” знаний и навыков включает психопатологию и клиническую феноменологию, которые стали практически скрытым предметом для многих (если не большинства) студентов и психиатров-стажеров. Интеллектуальное любопытство в сочетании с прочным схватыванием психиатрической семиотики все в большей мере подменяется тренингом психиатров по бездумному применению диагностических критериев DSM-IV. Будучи безусловно полезными для коммуникации, критерии DSM-IV и ICD-10 не могут заменить клиническую интуицию. Вера в то, что принятие квази-операциональных критериев раз и навсегда решит проблему надежности психиатрических диагнозов, может оказаться иллюзорной, если под вопросом окажется достоверность симптомов и их признаков в реальной клинической практике. Тенденция отчуждения клинической пси-

хиатрии от ее корней в виде психопатологии и феноменологии подкрепляется растущим усилением менеджмента в организации и оценке психиатрической помощи, делающим каждодневную практику профессии интеллектуально и эмоционально выхожденной и просто скучной.

Хотя может показаться, что большая часть оценок Качнига относительно состояния психиатрии и мои дополнительные комментарии рисуют довольно унылую картину кризиса психиатрии, я оптимистично смотрю на ее будущее. Для психиатрии как профессии путь вперед связан с необходимостью позитивного использования солидного “базиса знаний” психопатологии, который совмещает два ракурса — понимание и объяснение феноменов психических расстройств и может динамично интегрировать новые понятия, данные и технологические открытия из постоянно меняющихся областей нейронаук, генетики и популяционной эпидемиологии. Более того, цитируя недавно умершего проф. Л. Эйзенберга, “психиатрия остается сегодня единственной медицинской специальностью с устойчивым интересом к пациенту как личности в эру растущего доминирования медицинских субспециальностей, изучающих отдельные органы”.

Нам нужны согласованные усилия по воспитанию нового поколения “клинических ученых”, способных восстановить те фундаментальные границы психиатрии, которые в последние десятилетия отнесло в сторону.

Психиатрия: специализированная профессия или медицинская специальность?

Фернандо Лолас (Чили)³

Статья Ханса Качнига представляет собой вдумчивое описание проблем, с которыми сталкиваются психиатры по всему миру, и предоставляет интересную возможность поразмышлять, чем в действительности является наша профессия. Дилемма может быть сформулирована следующим вопросом: если психиатрия разрушается, является ли это на самом деле проблемой? Следующим шагом может быть постановка такого вопроса: что случится, если профессия психиатра исчезнет? Ухудшится ли здоровье населения? Будут ли люди страдать сильнее? Заметит ли кто-нибудь, что психиатров больше не существует? Все это трудные вопросы. Их трудно ставить и на них трудно отвечать. Профессия — это институционализированный ответ на требования общества. Требования — это не просто необходимость или желание. Это необходимость и желание, которые люди осоз-

нают, и за удовлетворение которых они готовы платить, т.е. обеспечить практикующих специалистов уважением, деньгами, положением в обществе, властью и почетом.

Важно подчеркнуть, что осознанная потребность или желание исходят от людей, а не от тех, кто предоставляет соответствующие услуги (1). Одна из наиболее досадных особенностей развития пост-модернистского общества состоит в появлении экспертократии, т.е. групп экспертов, которые полагают, что развитие и успех основаны исключительно на их собственных потребностях и интересах. Иногда такое развитие приводит к игнорированию естественного требования, которое создало экспертизу. Эксперты озабочены улучшением своей базы знаний, обращаются к своим коллегам за одобрением и принятием и утверждают, что знают реальные нужды людей без того, чтобы учитывать меняющуюся реальность. Типичный патернализм медицинской профессии, для которого характерна забота без автономии, — грубая

³ Интердисциплинарный центр по биоэтике, Чилийский университет, Чили.

форма экспертократического мышления основанного на идее, что “врач знает лучше”.

Тот факт, что психиатры подвергаются критике, является предупреждением, что профессии следует пересмотреть основы своей мнимой силы и влияния на судьбы людей. Когнитивная сторона психиатрических знаний должна быть рассмотрена на основе профессиональной силы для психиатров. Однако, в терминах специализированной информации, современная психиатрия может быть заменена неврологией, психологией, социальной работой или выстраиванием политики. Неуместно искать силу в базе знаний или неуместно рассматривать результаты. Модная

сейчас “основанная на доказательствах” практика не применяется во многих психиатрических практиках диагностики, лечения или профилактики. Многие аспекты профессии, кажущейся неоднородной, меняющейся от Богемских спекуляций до бескомпромиссных эмпирических исследований, не находят разумной гармонизации внутри индивидуальной практики психиатров. Для того, чтобы уважать различные рассуждения, составляющие историческую базу знаний, психиатрам следует быть похожими на “человека эпохи Ренессанса”, а это большая редкость, особенно в эпоху контролируемой государством и управляемой рынком практики (2).

Психиатрия как медицинская специальность: проблемы и возможности

Вольфганг Габел, Юрген Зиеласек, Хелен-Роус Клевланд (Дюссельдорф, Германия)⁴

Вопрос соответствия психиатрии медицинской профессии многократно обсуждался в первом десятилетии XXI века. Технологические достижения в исследовании сигналов мозга с помощью магнитной энцефалографии, магнитного резонанса, томографии, позитронной эмиссии и других методов, а также достижения в терапии психических расстройств повышают потребность в том, чтобы дать определение специальности и ее специфических диагностических и терапевтических методов.

Следует подчеркнуть, что психиатрия является необходимой составной частью медицины. Как отметил Г. Габбард в 1999 г. (1), психиатры занимают среди медицинских специальностей “уникальную нишу”, в которой “замечательно интегрируется биологическое и психологическое как в диагностике, так и в лечении”. Психиатр, следовательно, это врач, который лучше всех умеет распутывать сложные отношения между биологическими, психологическими и социальными факторами в соматических и психических расстройствах. Хотя психиатр выступает как специалист, интегрирующий “биопсихосоциальное”, для того, чтобы справиться с возрастающей сложностью диагностики и терапии в этой области, желательна дальнейшая интеграция и специализация. Важно также, чтобы идентичность профессии и ее интегрирующая сила получали дальнейшее развитие.

Отдельные темы современной психиатрии занимают центральное место в продолжающейся дискуссии о профессиональной идентичности психиатрии и психиатров. В Европе, с ее растущей политической унификацией, психиатрия становится все более и более “европеизированной”. Европейский союз медицинских работников определил ключевые требования

к психиатрам в 2005 году (2) и теперь предлагает сертифицировать программы по тренингам в области психиатрии. Национальные психиатрические общества начинают развивать более интернационально ориентированные подходы. Например, Германская ассоциация психиатрии и психотерапии (ГАПП), начиная с 2007 г. организовала несколько ассамблей и обсуждений для президентов других европейских психиатрических обществ на форуме европейских лидеров во время ежегодных конгрессов в Берлине. В последние два года Европейская психиатрическая ассоциация (ЕПА) изучает новые возможности. Так, она взяла на себя смелость организовать международную программу по созданию Европейского Руководства с целью повысить качество психиатрической помощи и минимизировать провалы в здравоохранении путем обеспечения научно обоснованной информации и консультаций. Кроме того, разработка международных руководств является важным аспектом нахождения общей платформы психиатрии не только на европейском, но и на мировом уровне. Примером может служить ADAPTE сотрудничество (3), которое продвигает развитие и использование международных руководств путем усовершенствования и внедрения уже существующих.

Всемирная психиатрическая ассоциация способствует международному сотрудничеству и исследованиям в области психиатрической помощи. В 2009 году она инициировала две важные международные исследовательские программы, направленные на изучение того, как привлечь молодых врачей в психиатрию и как преодолеть стигматизацию психиатрии и психиатров. Эти программы недавно начали действовать (4, 5). Привлечение в психиатрию молодых кадров и их сохранение имеет принципиальную важность для специальности, и национальные психиатрические общества, например, ГАПП, выступила с такими иници-

⁴ Департамент психиатрии и психотерапии, Университет Генриха Гейне, Дюссельдорф.

ативами как финансирование участия студентов медицинских ВУЗов в своих ежегодных конгрессах и программа шефства опытных психиатров над своими молодыми коллегами в психиатрии.

К настоящему времени проведено большое количество исследований, посвященных отношению студентов-медиков к психиатрии и стигме и имиджу психически больных в обществе, а вот литературы, касающейся стигматизации психиатров и психиатрии как медицинской специальности, совершенно недостаточно. Следующий отрицательный аспект — это самостигматизация психиатров. Как упомянул Качниг, эти вопросы в настоящее время стали исследоваться ВПА.

Молодых докторов обычно привлекает то, что основой психиатрии является интегративная работа психики и мозга. Исследования в этой области развиваются с головокружительной скоростью и включают не только изучение работы мозга, но также разработку новых концепций в области психических расстройств и развитие интегративной теории психиатрии, что является одной из основных задач будущего. В этом контексте, важную роль играют современные научные дискуссии в рамках разработки DSM-V и ICD-11, поскольку они касаются центральных аспектов психиатрии как медицинской специальности. К концептуальным проблемам психиатрии относится вопрос синдромов нарастающего риска; вопрос является ли измерение оправданным дополнением категориальной оценки; являются ли нейробиологические основы патофизиологии психических расстройств настолько изученными, чтобы оправдать их включение в диагностические критерии; могут ли быть полезными новые категории кластеров, касающиеся всеобъемлющих симптомов (такие как кластер “психоз”) или как оперативно оценить причину и последствия вмешательства специалистов. Имея в виду глобализацию психиатрических исследований и растущее количество международных работ, крайне желательна была бы гармонизация критериев двух классификационных систем.

Помимо этого, чрезвычайно важны психиатрические исследования и разработка теории психических

расстройств. Сердцевинной психиатрии является психопатология, и это следует вновь подчеркнуть, как правильно отметил Н. Андресен (6). Недавние исследования в области нейронаук подтверждают такой подход, поскольку становится все яснее, что мозг использует различные функциональные блоки для того, чтобы поддерживать свое нормальное функционирование и что нарушение этих функциональных блоков может рассматриваться как основа психических расстройств (7), как это было сформулировано поздним Крепелиным (8).

Но помимо исследовательских проблем, которые могут быть хорошо изучены в ближайшие десятилетия, существует настоятельная необходимость улучшить в ближайшее время психиатрическую помощь. Особенно важна помощь, интегрированная в общую медицину. Однако необходимость передачи психиатрических полномочий представителям других медицинских специальностей не должна становиться эквивалентом полной замены психиатров в этой области. Этого следует избегать (9). Исследования психиатрической помощи должны получать большую поддержку со стороны спонсоров, чем исследования в области нейронаук и фармакологии. Более того, до сих пор мы сталкиваемся с пренебрежением к научно-доказательным исследованиям психотерапии. Таким образом, успехи психиатрии в качестве координирующей и интегрирующей силы во всех аспектах психиатрической помощи усилят ее с разных сторон и приведут к уменьшению стигматизации, повышению качества психиатрической помощи и улучшению ее результатов для пациентов с психическими расстройствами. Национальные и международные психиатрические общества играют центральную роль в этих достижениях, поскольку интегративные исследования и забота о душе и теле были центральной установкой психиатрии в прошлом веке.

Кажется, что психиатрия вполне успешна на пути достижения интеграции и успешно встречает внешние и внутренние вызовы как составная часть медицины 21 века. Пока психиатрия активно отвечает на стоящие перед ней вызовы, ей не угрожает опасность.

Психиатрия живет и процветает Стивен Шарфстейн (Балтимор, США)⁵

Более 30 лет назад Фуллер Торрей опубликовал работу “Смерть психиатрии” (1). Он предсказал, что психиатрия умрет, поскольку расстройства мозга перейдут в неврологию, а проблемами психической дея-

тельности будет заниматься психология. Однако сейчас, когда мы вступили в 21 век, психиатрия как специальность не только живет, но и благоденствует. Она процветает благодаря оживлению, вызванному научными открытиями в деятельности мозга, практическому и расширяющемуся использованию психофармакологии, развитию новых наук по генетике и психическому здоровью, а также возродившемуся

⁵ Отделение психиатрии, Университет Медицинской школы Мэриленда, Балтимор.

интересу в области психосоциальной работы и психотерапии.

Однако наиболее глубокая причина для выживания и успеха психиатрии связана с тем, что психические болезни продолжают оставаться загадкой, а отдельных граждан и общество в целом не оставляет страх заболеть. Вездесущая проблема стигмы влияет не только на пациентов, но и на психиатров, и парадоксальным образом приносит выгоду психиатрии и помогает выжить этой медицинской специальности. Естественно, что наши пациенты не нужны никому, кроме нас. Представители других медицинских специальностей и даже других дисциплин в сфере психического здоровья не приветствуют пациентов с острыми психозами, деменциями, тяжелыми депрессиями и суицидальными настроениями, параноидных и маниакальных, с личностными расстройствами. Они соревнуются с нами, но предпочитают лечить менее беспокойных и больных пациентов.

Проблемы успешности психиатрической практики и выживания профессии в большей мере связаны не с распределением пациентов, а с адекватным вознаграждением за трудную работу по диагностике и лечению людей с тяжелыми психическими болезнями. Плата за качественное психиатрическое лечение является проблемой везде, особенно если учесть, что подавляющее большинство наших пациентов бедны (или наверняка станут бедными). Эпидемиологическая служба и явная потребность в психиатрической помощи существуют, но неадекватно финансируются. В ответ на эти экономические трудности растет разделение на суб-специальности.

Новые суб-специальности в психиатрии, которые, как я полагаю, усиливают ее и являются источником оптимизма в отношении будущего, лежат в области сущности адаптации и психиатрической практики. 10 лет назад я написал небольшую статью о будущем профессии, озаглавив ее “В 2099 году” (2). Я сделал несколько предсказаний, включая предположение о том, что психиатрия сама по себе станет расширяющейся специальностью и утвердится в одной из четырех основных практических специальностей — нейронауки, медицинской психиатрии, психотерапии и социальной психиатрии, а также создаст суб-специальности в виде гериатрии, психиатрии взрослого возраста, расстройств зависимости, инвалидности и судебной психиатрии. И поскольку проблемы мозга и в 2099 году будут оставаться на переднем крае изучения и обучения, гораздо больше врачей станут рассматривать себя как специалистов в области психиатрии.

Другой пример для подражания и использования психиатрами — опыт программы охраны здоровья федеральных служащих в штате Вашингтон в начале 1980-х. В течение многих лет психиатры пользовались прекрасной медицинской страховкой через страховку, предоставляемую федеральным служащим и иждивенцам, но в 1980 вследствие сокращения бюджета, эти привилегии были отменены. Стационарная помощь была ограничена 60 днями в год, а амбулаторные посещения — 30 днями в год. Неограниченные привилегии и большое количество федеральных служащих, которые извлекали из этого выгоду, сделали штат Вашингтон центром психиатрической практики и создали наиболее высокую пропорцию психиатров на тысячу населения в частной практике США. Я сделал предположение, что в результате проведенного сокращения 100 – 200 психиатров штата Вашингтон будут вынуждены переехать в другие места, чтобы найти пациентов для своей практики. Однако, наши исследования показали, что в конце первого года, вопреки зловещим предсказаниям, имеется прирост в 10 психиатров.

Опрос членов общества психиатров штата Вашингтон пролил свет на причины сохранения (и даже увеличения) количества представителей профессии, несмотря на финансовую рецессию вследствие урезания страховок. Мы обнаружили, что психиатры быстро нашли другую работу в общественных и судебных службах, а также в службах охраны здоровья; они снизили свои гонорары и смогли получать то, что раньше покрывала страховка, из кармана своих пациентов; они сумели выжить благодаря тому, что перешли на частичную занятость в государственных структурах и наладили частную клиническую практику. Предсказания о гибели психиатрии в штате Вашингтон были сильно преувеличенными.

Это не значит, что не следует думать о трудностях, которые описал Качниг в своем блестящем эссе, но нам не нужно отчаиваться. Наши технологии являются “половинчатыми”, т.е. мы помогаем людям и обществу быть лучше, но не выздороветь совсем, большинство наших болезней являются хроническими и повторяющимися. Наши успехи, однако, повышают потребность в нашей профессиональной помощи, и сейчас мы должны найти способ получать адекватную плату за то качество помощи, которое мы предоставляем.

Перевод Л. Н. Виноградовой

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

И все-таки — шизофрения

Семинар ведет проф. В. В. Калинин (17 декабря 2009 г.),
врач-докладчик С. Ю. Савенко

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной Р., 1979 года рождения, поступивший в нашу больницу 17.11.2009 г.

АНАМНЕЗ (со слов больного, его матери и по данным мед. документации):

Наследственность психопатологически не отягощена. Со слов матери больной внешне и характерологически очень похож на отца. Отец — бывший военный, подполковник ФСБ, в настоящее время на пенсии. По характеру прямой, властный и чрезмерно требовательный к сыну без учета его возможностей и заболевания, создающий психотравмирующую ситуацию в семье. Мать — библиотекарь, впечатлительная, ранимая, слабая женщина, не могла разубедить мужа в неэффективности его чрезмерно жесткого метода воспитания, в отчаянии заявляла о разводе. Младший брат — студент. На 3 года младше пациента, который ревновал мать к брату. Отношения между братьями конфликтные.

Больной родился от I-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I половине. На 6 – 9-ом месяцах беременности была угроза выкидыша, мать лежала на сохранении беременности. В родах внутричерепная травма с центральным парезом лицевого нерва. Роды со стимуляцией, с выдавливанием плода, находившегося в тазовом предлежании. Закричал не сразу. Родился доношенным (вес 3,450, рост 54 см). На 6-ой день был переведен в 68 больницу с тонико-клоническими судорогами, которые возникали по несколько раз в день. Судорожные припадки появились с 1-го месяца. Вначале их было много с перерывами от 5 минут до часа. В результате лечения припадки сократились до 1-го в день, иногда их не было до 1-го — 2-х дней. Отмечался плохой сон. Подозревали ДЦП. В больнице находился 2 месяца, затем был переведен на амбулаторное лечение в поликлинику 4-го Управления, где лечился 2 месяца. До 6 месяцев получал комплексное лечение (фенобарбитал, радедорм). К 7 месяцам судороги стали реже (до 1 раза в месяц), возникали ночью. В год был поставлен диагноз ДЦП, лечился и жил в специализированном санатории, там диагноз не подтвердился (в 2 года подозрение на ДЦП было снято). Продолжал принимать противосудорожные препараты до 3-х лет, затем наблюдался у

неврологов, но лекарств не принимал, при этом судорожные припадки продолжались до 4-х лет. В психомоторном и психическом развитии от сверстников не отставал, но отличался от других детей: был грустным, неуклюжим, обидчивым, странным. Дети над ним посмеивались, поэтому ломал их игрушки. Любил оставаться дома один, также предпочитал на улице играть в одиночестве. Попытки посещать детский сад были безуспешны. Проводил время с бабушкой и бабушкой (родителями матери), которые воспитывали его до 10 лет.

В детстве перенес ветряную оспу, скарлатину, эпидемический паротит. Переболел гриппом, ангиной, отитом. В 9 лет — сотрясение мозга: ударился затылком о лед, упав с футбольных ворот; ударил сознание, лечился в ДБ №2. Сам пациент потерю сознания отрицает, говорит, что темнело в глазах, кружилась голова. В 7 лет во время обследования на аминокислотный состав крови была обнаружена глицинурия. В школу пошел с 7 лет. Был подготовлен. Желания учиться не было. Адаптировался быстро. Не мог постоять за себя, поэтому избегал конфликтов. По характеру был сензитивным, мягким, домашним ребенком. Близких друзей не было. Много фантазировал на тему путешествий, рисовал свои фантазии. Учился на 4 и 5. Занимался лыжным спортом. Стал сильнее ревновать мать к младшему брату, незаметно пытался причинить ему боль. Успеваемость снизилась в 4 классе (в 10 лет) после перехода в новую школу вследствие смены места жительства. Учился средне, точные науки усваивал плохо, гуманитарные предметы давались легко. Любил русский язык, литературу, историю, географию. С 12 лет занимался спортом — плаванием, бегом. Много времени проводил с бабушкой (по линии отца). После рассказов деда о путешествиях по Средней Азии, стал высказывать желание посмотреть другие города, однако родители тогда не могли предоставить ему такую возможность. Пациенту нравилось читать книги по истории, военной тематике (дедушка был военным, умер, когда больному было 13 лет). В школе контакта с ребятами не было, часто обижали, били, сам никогда первым никого не обижал. В 14 лет еще раз поменял школу в связи с переездом на другую квартиру. В 14 лет однажды после получения плохой

оценки спрятался под лестницей в доме, просидел там целый день, боясь показаться родителям.

В девятом классе пациент запустил учебу, стал прогуливать занятия. К окончанию 9 класса (в 14 лет) в четверти имел большинство двоек. С 14 лет начал уходить из дома, уезжал далеко, говорил, что любит путешествовать. Однажды после школы доехал до вокзала, сел на электричку и уехал на дачу. Просидел там целую ночь на чердаке, вернулся на следующий день. Ничего не мог объяснить родителям. Был угрюмым, подавленным. Через неделю увлекся изучением карт других городов. Расспрашивал знакомых о местах, в которых они побывали. Уходил из дома неожиданно, совершал побег по дороге в магазин. Желание уйти возникало импульсивно. Брал с собой минимум вещей. В дороге иногда вступал в сомнительные знакомства. Ночевал в подвалах с бездомными, получал от них еду и обещания отвезти его в другие города. Несколько раз ночевал в приютах, в отделении милиции. Сначала уходил 1 раз в 3 месяца, потом стал уходить чаще. 9-й класс закончил со справкой. В новую школу идти отказывался. Сохранял интерес к истории, географии. Связывал свое состояние с переездом на новую квартиру, где как будто ходят духи, которые могут вселиться в его душу. Высказывал желание начать жить сначала. В 15 лет на глазах у матери подошел к открытому окну и перевешивался через карниз, не объясняя своего поведения. В этом же возрасте однажды закрылся в туалете, затянул на шее провод, был обнаружен мамой, не объяснил своего поведения.

В октябре 1995 г. (в 16 лет) отказался выполнять какую-либо работу по дому, жаловался на физическое и нервное истощение. **Был госпитализирован в ПБ № 15**, где находился в течение месяца, с 25.09. по 24.10.95 г. с диагнозом: Последствия органического поражения ЦНС сложной этиологии с эписиндромом в анамнезе, психопатоподобным синдромом. Другой **диагноз**: Непсихотические психические расстройства вследствие неуточненного поражения ЦНС с шифром 310.89, т.е. пограничная умственная недостаточность. Получал соннапакс 10 мг — 3 р./д., аминазин 50 мг на ночь.

Психический статус при поступлении: Сознание не нарушено, правильно ориентирован, спокоен, упорядочен. Контакт доступен. В беседе последователен. Суждения наивные, инфантильные. Труслив. Боится ответственности за свои поступки и реализует свою трусость уходами из дома. Интеллект невысок, снижены волевые функции, абстрактное мышление ослаблено. Психически неустойчив. Бредовая, галлюцинозоподобная симптоматика не определяется. При психологическом исследовании на фоне хорошей продуктивности мнестических процессов выявляется невысокий уровень интеллектуального развития, конкретность мышления, легкие колебания внимания в специальных пробах у личности психопатического склада. Был консультирован к. м. н., доцентом кафедр

ры психиатрии ММСИ им. Семашко А. С. Курашовым: “Психическое состояние больного определяется нарушениями поведения в виде уходов из дома, бродяжничества, отказа от интеллектуальных нагрузок — конкретно: занятий в школе, ПТУ при понижении волевой деятельности, эмоциональной неустойчивости. Труслив. Боится ответственности за проказы, прогулы в школе и т.п. Инфантилен. Интеллект невысок. Впечатлителен, раним, склонен к фантазированию, псевдологии. Состояние усугубляется невыполнимыми для него требованиями сурового отца по различным бытовым вопросам с воспитательной целью. В анамнезе родовая травма, в 9 лет сотрясение головного мозга, а с 1-го месяца до 4-х лет судорожные эпилептиформные приступы”.

Неврологический статус. Парез лицевого нерва вследствие родовой травмы, по консультации невролога: Глазные щели разные, умеренно *снижена* аккомодация и конвергенция, сглажена левая носогубная и лобная складки. Сухожильные рефлексы умеренно оживлены, патологических нет. Заключение невролога: Последствия раннего органического поражения головного мозга с эпилептиформным синдромом в анамнезе.

По данным различных исследований головного мозга в динамике:

ЭЭГ от 8.08.94 г.: Значительные диффузные изменения биопотенциалов коры головного мозга эпилептиформного характера, устойчивое преобладание в левой височной области. Выраженная тенденция к генерализации эпи-активности.

ЭЭГ от 14.05.95 г.: Отмечаются выраженные общемозговые изменения биопотенциалов в виде дезорганизации корковой ритмики с признаками заинтересованности базальных образований мозга.

ЭЭГ от 29.09.95 г.: Умеренные диффузные изменения биопотенциалов коры головного мозга ирритативного характера. На 2-ой минуте гипервентиляции выявляются признаки повышенной судорожной готовности.

М-ЭХО: Смещения срединных структур не выявлено. Легкое расширение боковых желудочков, 3-го — нет.

Реоэнцефалография от 14.06.95 г.: Тонус церебральных артерий в пределах нормы. Пульсовое кровенаполнение в пределах нормы. Венозный отток адекватный. Проба с поворотом головы не выявляет вертебральных нарушений притока.

КТ от 14.06.95 г.: КТ проявления внутренней симметричной гидроцефалии 2 – 3 ст. Очаговых изменений и признаков объемного процесса не выявлено.

Рентгенография черепа от 31.05.95 г.: Череп обычной формы, покровные кости не изменены. Швы обызвествляются. Сосудистый рисунок без особенностей. Область турецкого седла не изменена. Основная пазуха пневматизирована обычно. **Заключение:** патология не выявлена.

Больной тяготился пребыванием в остром отделении. После выписки сразу же ушел из дома. При возвращении жаловался на неопределенные видения перед пробуждением, в которых наш пациент видел себя путешественником. **В 1996 г. был проконсультирован в НЦПЗ РАМН и госпитализирован** туда. Госпитализация была опять связана со странствиями больного.

Психическое состояние при поступлении и в динамике (НЦПЗ):

На беседу согласился охотно. Неловок, суетлив. Движения размашистые, угловатые, походка быстрая. Лицо гипомимично. Речь ускорена. Открыто делится своими переживаниями. На вопросы отвечает по существу, потом увлекается, переходит на монолог. Причину госпитализации связывает с необходимостью избавиться от навязчивого желания стать новорожденным мальчиком. Впервые это желание возникло 4 года назад после переезда на новую квартиру. Настроение ухудшается в связи с этими мыслями. Отношения с родителями напряженные. Испытывает сильную потребность в контактах с женщинами. Часто представляет себя рожденным от этих женщин. Интеллект в пределах возрастной нормы. Сон беспокойный в связи со зрительными видениями перед засыпанием.

По данным анализов, исследований, консультаций специалистов:

В биохим. анализе крови — стойкое повышение активности АСТ.

М-ЭХО: Смещения М-ЭХА нет. MD=MS=T=70 мм. Вентрикулярный индекс — 7. Признаки гидроцефалии.

ЭЭГ: На первый план выступают выраженные нарушения регуляторного характера с признаками раздражения коры и дисэнцефальных структур мозга. В значительной мере они связаны с пубертатом. Функциональные нагрузки обнаруживают повышение возбудимости глубоких структур мозга.

Окулист: Близорукость слабой степени.

В отделении пациент адаптировался быстро. На 4-й день возникли жалобы на ощущение сатаны в животе, который толкает его на нехорошие поступки. Представлял себя чеченским террористом. Были мысли, что у него чужие родители. В последующие дни настроение оставалось пониженным. Во сне видел сцены собственных похорон. Впоследствии выяснилось, что многие из описанных симптомов наш пациент наблюдал у больных, с которыми лежал в ПБ № 15. Предъявлял жалобы, т.к. надеялся, что молодые медсестры будут больше с ним общаться. В отделении был неактивен, с трудом устанавливал отношения с другими пациентами. На фоне лечения жалобы на плохое самочувствие прошли, появилось желание учиться, однако не реализовал его. Получал: стелазин, циклодол, азалеπτин, финлепсин-ретард, седуксен, ноотропил, диакарб, аспаркам, кавинтон, карсил.

Диагноз (по консультации руководителя клиники д. м. н. И. А. Козловой): Психопатия полиморфная, мозаичная с расторможением влечений в пубертатном возрасте. При выписке рекомендовано: стелазин 5 мг — 3 р./д., финлепсин 400 мг вечером, циклодол 2 мг — 3 р./д.

После выписки больной продолжал скитаться по разным городам.

От армии был освобожден, пройдя комиссию (ВВК) в ПБ № 4 им. Ганнушкина (11.03. – 24.05.1997 г.). Был поставлен **диагноз:** Остаточные явления органического поражения ЦНС (родовая патология) с психопатизацией личности и психомоторными пароксизмами.

По данным проведенных обследований: *Окулист:* Миопия средней степени обоих глаз.

ЭЭГ: Стойкие изменения биоэлектрической активности мозга указывают на заинтересованность мезодизэнцефальных структур. Знаки внутричерепной гипертензии.

1.08.97 г. был госпитализирован в ПБ № 15 вторично, уступив уговорам матери после своего последнего побега. В течение 2-х лет после выписки из ПБ № 15 пациент побывал в Белоруссии, Казани, Киеве, Туле, Брянске, Минеральных водах и в последний раз был задержан в Бресте. Кроме совершения побегов, вел себя неадекватно, пытался порезать себе горло, затягивался веревкой. Однажды открыл окно, встал на бордюр и сказал, что он вышел подышать.

Психический статус при поступлении: Ориентирован правильно. Внешне держится спокойно. Адекватно отвечает на вопросы. Заявляет, что у него сдвиг в нервной системе, т.к. необоснованно уходит из дома, тянет на новые впечатления, в этот момент испытывает новые ощущения, подъем, с которым не может справиться. Жалоб не высказывает, свое поведение оценивает без достаточной критики. Считает, что у него с детства какая-то болезнь, травма нервной системы. Наличие психотических расстройств отрицает, но настроение часто меняется, обидчивый, злобный. Суждения инфантильны, интересы ограничены.

Диагноз: Органическое поражение ЦНС сложной этиологии. Психопатоподобный синдром. Никаких обследований не проводилось. Получал стелазин 2 мг — 3 р./д., циклодол 2 мг — 3 р./д., амитриптилин 10 мг — 3 р./д., неулептл 10 мг — 3 р./д.

После выписки 22.09.97 г. пациент временами продолжал бродяжничать.

В дальнейшем находился в ПБ № 4 с 12.11.97 г. по 9. 12.97 г. Диагноз: Шизофрения параноидная, непрерывное течение на органически неполноценной почве.

Психический статус при поступлении (идентичен статусу при предыдущей госпитализации): Ориентирован правильно. На лице блуждающая улыбка. Движения угловатые. Мимика недостаточно адекватная. Речь быстрая. Голос маломодулированный. На вопросы отвечает скупое, уклончивое. Замыкается при

беседе. В процессе длительной психотерапевтической беседы становится более доступным. С детализацией рассказывает о своих уходах из дома. Заявляет, что родители его не понимают, не уважают. Поэтому, якобы, он стремится уехать туда, где его не знают, и там все будет по-другому. Считает, что все вокруг неинтересно, безрадостно. Фиксирован на малозначимых жизненных ситуациях. Труслив, пуглив. В отделении держится отгорожено. Бесцельно бродит по коридору. Невнимателен, рассеян. Интересы ограничиваются бытовой тематикой. О будущем говорит без какой-либо эмоциональной окраски. Планы носят формальный характер. В суждениях сохраняется незрелость, инфантильность. Периодически отмечается активное стремление куда-либо уехать, но старается сдерживаться. На свиданиях с родителями неровен. Бывает груб и несдержан. В процессе проводимой терапии состояние несколько улучшилось. Планов не высказывает. Планировалось отправить больного на лечение в загородную психиатрическую больницу, однако родители пациента отказались.

После выписки больной ПНД не посещал. В последние 11 – 12 лет никаких лекарств не принимает. Пациент никогда не пил, не курил, наркотиков не употреблял. Не странствует, как раньше, далеко не уезжает, но из дома уходит. Живет на чердаках, подвалах, вокзалах. В течение последних 6 лет не совершает дальних путешествий, уезжает в вагончик на участке, принадлежащем семье. В последнее время уходит в вагончик примерно 2 раза в год, как правило, после столкновения с домашними, как бы выражая свой протест. Дома иногда читает, смотрит телевизор. Отношения с отцом и братом конфликтные, те пытаются воспитывать больного, делают ему замечания. Больной отвечает грубостью, угрозами что-либо им сделать, но открытой агрессии к родным не проявляет. Сам больной любит учить брата, читать нотации, требовать правильного поведения, брат также отвечает грубостью. Обстановка дома тяжелая. Тем не менее, последние годы больной проводил время в основном дома, иногда не выходил на улицу по 4 – 5 месяцев, проводя основное время в своей комнате, лежа перед телевизором. Со слов матери, у больного никогда не было девушки, все ограничивалось только рассказами о желаемых взаимоотношениях. За всю жизнь пациент работал около 9 месяцев, каждый раз курьером. На работу часто не брали или быстро увольняли. Со слов пациента ему было трудно найти общий язык с некоторыми людьми. В последний раз больной работал курьером год назад в течение 3-х месяцев, но затем был уволен из-за изменения состояния. Согласился лечь в нашу больницу только для прохождения трудовой экспертизы. До настоящего стационарирования больной около двух месяцев не выходил из дома.

17.11.2009 г. поступил в ПБ № 3.

Психический статус при поступлении: Ориентирован полностью. Охотно вступает в беседу. Мимика оживленная, речь многословная, переходит с темы на тему, часто повторяет одни и те же фразы, рассказывая о своей любви к путешествиям, которую называют бродяжничеством. Не скрывает, что живет в подъездах, на вокзалах. Рассказывает о своей жизни с удовольствием, улыбается, рассуждает о трудностях путешествий. В то же время понимает, что бродяжничество неприятно для родных, поэтому его поставили на учет в ПНД и направляли на лечение в больницы. Жалоб на самочувствие не высказывает, интересуется порядками в отделении, уверяет, что будет соблюдать все правила, т.к. заинтересован в проведении трудовой экспертизы. Склонен к рассуждательству, суждения инфантильные. Эмоционально однообразен, дурашлив. Продуктивная симптоматика не выявляется. Подтвердил согласие на обследование и лечение.

Соматический статус: Удовлетворительного питания. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Свежих телесных повреждений нет. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание не нарушено.

Терапевт: На момент осмотра патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Неврологический статус: Зрачки D=S, реакция на свет равномерна. Лицо асимметричное, девиация языка вправо. В позе Ромберга устойчив. Пальцевую пробу выполняет удовлетворительно. Очаговая и менингеальная симптоматика не выявляется.

ЭЭГ от 27.11.09 г.: При функциональных пробах пароксизмальной активности нет, но на фоне умеренных диффузных изменений БЭА мозга, с признаками сниженной активности коры, отмечается доминирование острых, быстрых потенциалов с ирритацией в срединные структуры мозга. Данных за эпилептические очаги в настоящее время нет.

ЭХО-ЭГ от 27.11.09 г.: Смещения М-ЭХО нет. Расширения основания III желудочка не выявлено. Легкая внутричерепная гипертензия.

Невролог: Резидуально-органическое поражение головного мозга перинатального генеза.

Рекомендовано: трентал 100 мг — 3 р. в течение 3-х нед.; энцефабол 1 ч. л. (200 мл) — 3 р./д.; пантогам 250 мг — 3 р./д. в течение месяца; депакин 150 мг — 0 – 150 мг; поливитамины 1 др. — 3 р./д. в течение месяца.

Окулист: Vis OU: 1,0. Глазное дно: без очаговой патологии.

В отделении пациент вел себя правильно, общался в основном с персоналом, врачами, с другими больными почти не общался. Помогал медперсоналу. Ничего не читал, по телевизору смотрел новостные программы. Старался избегать конфликтов. Постоянно

морализаторствовал, указывал, где что не так, иногда заглазно осуждал поведение какого-то пациента. Изредка проскальзывала небольшая подозрительность, высказывал волнение за свою судьбу. Задавал массу вопросов, был трудно переключаем, ригиден. Часто спрашивал о предстоящей трудовой экспертизе и МСЭ. Интересовался подробностями, касающимися получения инвалидности. Перед МСЭ сильно волновался, спрашивал: может ли получить 2-ую группу инвалидности.

Получал лечение депакином 250 мг — 0 — 250 мг.

Психический статус в настоящее время: Ориентирован правильно. Беседует охотно. Речь торопливая, недостаточно модулированная. Поведение, мимика, жестикация носят стереотипный характер. Иногда бывает дурашлив. Фон настроения с гипертимным оттенком. Жалоб не предъявляет. Активен, общителен, часто помогает медперсоналу. Рассуждает на различные бытовые темы, в которых неплохо ориентируется. Отрицает некоторые признаки заболевания, некоторые факты, описанные в прежних выписках. Говорит, что это придумано. Признает жесткие ссоры с братом и с отцом. Не отрицает уходов из дома. Искусно отвечает на вопросы, стараясь представить себя в лучшем свете, при этом часто фантазирует, причем правдоподобно. Рассказал, например, что постоянно подрабатывает то носильщиком, то раздатчиком листовок; утверждает, что основное время весь в делах и, таким образом, сам себя обеспечивает. На самом же деле живет на иждивении родителей. Говорит, что больше всего хотел бы жить один, но понимает, что это вряд ли осуществимо. Суждения поверхностные. Круг интересов ограничен. Психотической симптоматики не отмечается. Критика к своему заболеванию фактически отсутствует. Высказывает опасения, не будет ли для него каких-либо отрицательных последствий от участия в клиническом разборе.

Консультация проф. С. Ю. Циркина от 1.12.09 г.:

Болен в течение многих лет. На фоне парциальной интеллектуальной несостоятельности и эмоциональной неустойчивости, отмечались стойко рецидивирующие проявления вагобандажа, которые в последние годы приобрели характер протестных реакций. Отмечаются заметные признаки некритичности.

Диагноз: Психопатоподобная шизофрения. F 21.4.

Психологическое исследование: Больной ориентирован в полном объеме, доступен контакту. Настроение ровное. Жалоб не высказывает. Некритичен к своему состоянию и результатам своей деятельности. Мотивация к исследованию формальная, поверхностная. Работоспособность снижена, больной нерезко утомляем. Объем произвольного внимания в норме, его длительная продуктивная концентрация затруднена. Показатель непосредственного запоминания в норме (7, 7, 7, 8, 9; ретенция — 8). Опосредование не влияет на продуктивность мнестической де-

ятельности (8 из 10). Образы адекватны по смыслу, по содержанию конкретны, банальны. Графика органическая. Сфера мышления характеризуется чертами конкретности, субъективизмом, ригидностью, снижением критичности мыслительной деятельности. Эмоционально-личностная сфера характеризуется напряженностью, незрелостью, легковесностью, эмоциональной обедненностью, мотивационным снижением. Проективная диагностика выявляет наличие паранойяльной установки, выраженную заинтересованность сферы влечений, пассивный негативизм.

Таким образом, на первый план выступают некритичность, эмоциональная обедненность и мотивационное снижение у паранойяльной личности, а также черты конкретности, субъективизм и ригидность в сфере мышления, трудности концентрации внимания.

И. П. Лещинская (зав. отделением, лечащий врач). С 1998 года больной не стационарировался. Продолжал вести свободный образ жизни. Практически не работал, хотя будет рассказывать сейчас совершенно другое. Все, что здесь было рассказано о его фантазиях, он сейчас отрицает, говорит, что этого не было. Родители его, в частности мама, тоже таких аномальных высказываний не замечали. Были какие-то поступки, которые он не мог объяснить, например, когда мать застала его на окне или вытащила его из туалета с веревкой, но мотивационная основа относится к тому времени. Сейчас он это все отрицает, ведет себя закрыто и даже будет реагировать на такие расспросы агрессивно, потому что старается представлять себя исключительно в положительном свете. Все годы после последней выписки из больницы им. Ганнушкина, где ему был поставлен диагноз параноидная шизофрения, он у психиатров не наблюдался. Иногда приходил в ПНД, когда его вызывали, но никаких препаратов не принимал. Нам он рассказывал, что работал постоянно и зарабатывал колоссальные деньги. На самом деле он практически не работал и месяцами из дома не выходил. В нашу больницу он был направлен на трудовую экспертизу. Он сам пришел, потому что ему уже 30 лет. Он хочет получить какие-то деньги, а не быть на иждивении родителей. Лекарства он принимать отказывается, и как таковую болезнь отрицает. Он будет сейчас с удовольствием рассказывать о своих путешествиях, о том, что посещает театры, может назвать имена известных исполнителей! Он нам рассказывал, что был на концерте Хворостовского, Сары Брайтон. Называет цену билетов.

Ведущий: Это было на самом деле? — Нет! Но это можно выяснить только у мамы. Если начать давить на него, он тут же встанет и уйдет. Ко всему нужно относиться с иронией, но этот его интерес ко всему очень убедителен, и он нас этим к себе расположил. Мы с ним беседовали на очень интересные темы. Он, например, любит посещать музей Пушкина, он рассказывает об экспонатах в греческом зале, но видимо,

это все осталось в прошлом. Сейчас есть только нахождение дома, конфликт с родственниками, не доходящий до физической агрессии, но с открытой вербальной агрессией; там у них клубок конфликтов, потому что папа такой же, как он, младший брат тоже похож на него, а мама между ними мечется. Жилищные условия у них плохие. И это еще одна причина, по которой он лег в больницу: он надеется, что сможет получить жилплощадь. Его единственное желание, это жить так, как он хочет. Дома он ни с кем не считается. Стирает он очень мало, будет говорить, что сам стирает, но стирает всякими неверными способами. Моется он тоже так, как хочет, частями. Ноги он моет в раковине. Но все это будет отрицать, и выяснять с ним ничего нельзя. Это я знаю со слов мамы. — *Его с 98-го года не госпитализировали?* — Он вообще в поле зрения психиатров не попадал. — *А с 1998-го года он уезжал в путешествие?* — Уезжал. Но с годами страсть к путешествиям уменьшается. Сейчас он циркулирует по Москве. У них есть какой-то заброшенный дачный участок, он туда иногда уезжает, там ночует. Но он может, когда нет родителей, приехать домой и опять уехать. Он может жить на вокзале, может жить на чердаках. У него всегда наготове рюкзак. — *Когда он совершал путешествия, он их в одиночестве совершал или с компанией?* — Нет, он абсолютный одиночка! Причем, при всех своих бродяжничествах, он не пьет абсолютно. Он никогда не пробовал курить, а тем более употреблять наркотики. Он очень морально относится ко всему, что происходит вокруг, в частности по отношению к брату. Брат совершает какие-то поступки, а он его осуждает. Когда спрашиваете: “Максим, как ты на вокзале жил, там же грязно?”, он отвечает: “Я же в чистом!” — “Ну хорошо, там же женщины, они к тебе не пристают?” — “Вы что? От них же можно заразиться!” — *А судорожные припадки?* — Судорожные припадки прекратились в 4 года, причем органика стабилизировалась. И сейчас на электроэнцефалограмме у него нет эпизодов. Патологии на рентгенографии у него сейчас нет, и на ЭХО-ЭГ у него есть незначительная гидроцефалия.

А как долго он может не выходить из дома? — Он может месяцами не выходить из дома. Последний раз он не выходил 2 месяца. Мама говорит, что он встает, завтракает, ложится, смотрит телевизор, кушает, ложится. Но когда приходят родители, он рассказывает, где он был. — *Он от них полностью зависим?* — Конечно! Хотя он рассказывал, что зарабатывал в день по 500 рублей. И еще, он рассказывал, что у него была работа, где у него в подчинении было 4 человек. Он вообще любит работать курьером, всё разносить. Он рассказывал, что приезжал на Комсомольскую площадь, ходил по рядам и предлагал свою помощь: кому-то поможет, кому-то поднесет, что-то там еще делает, и ему за это платят. Я ему говорю: “А ты милостыню не просишь?”, — он отвечает: “Вы что такое говорите, кто такому здоровяку даст милостыню!”

— “А в милицию ты не попадал?”, — он отвечает: “Как я могу попасть в милицию, у меня же бабушка судьей работала, а вдруг там ещё кто-то остался, ее знакомый, и узнает. Я же ее опозорю, честь семьи, и это превыше всего”. Вообще он не создает каких-то проблем. Он общается с персоналом, старается помогать первым, причем очень этим гордится. Но как вчера сказала мама, он ненавидит, когда работают пожилые медсестры, это его жутко раздражает. И он маме говорит: “Опять эти старухи сюда пришли, когда уже молодые придут?”. — *С другими больными в отделении он общается?* — Абсолютно нет. Он ни с кем не общается. Он одиночка. — *Он чистоплотный, аккуратист?* — Знаете, в отделении я ничего сказать не могу. — *Он не тяготится пребыванием в отделении?* — Нет! Наоборот! Ему очень нравится питание. И вообще ему очень нравится у нас, и он готов у нас жить! Но говорит, что вынужден выписаться, потому что мама рыдает дома. — “Она не может без меня. Но вообще мне у Вас очень нравится”. — *А мама действительно рыдает?* — Она очень привязана к нему. Без него ей плохо, потому что ни с мужем, ни с младшим сыном контакта нет. Там вообще очень сложная ситуация, социальная проблема. Но он нас поразил, во-первых тем, что вот такая жизнь, бурная, придуманная, а во-вторых, у него четкие социальные установки. И с 14 лет бродяжничества он никаких антисоциальных поступков не совершал. — *А когда он отправлялся в путешествие, его родители не знали?* — Нет. — *И не звонил он оттуда?* — Нет. Их вызывала милиция, потому что он попадал в приемники. И ездил он исключительно на электричках, с электрички на электричку, с электрички на электричку. — *Бесплатно?* — Естественно. И вчера он рассказал, как доехал до Красноярска, про все красоты, которые он там видел. Мы у мамы спрашивали, она сказала, что в Красноярске он не был. Максимум был в Бресте. А он говорит: “Брестская Крепость, это геройская крепость. Мой дедушка — ветеран войны, я там все облазил, я вынужден был туда поехать и все посмотреть”.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Ведущий. Здравствуйте, проходите, присаживайтесь. Здесь все врачи, их много, вас это не смущает? *Нет.* — Хорошо. Вы пришли, чтобы мы сумели разобраться в Вашем случае, и в конечном счете Вам помочь. На что жалуетесь? — *Жалуюсь? ... особо жалоб нет ... единственное, бывало выходил из дома, какие-то явления были, импульсивные, периодически в подростковом возрасте в 14 – 15 лет это возникало особенно часто, и месяца не мог дома просидеть, постоянно хотелось куда-то идти, куда-то ехать. Но сейчас поубавилось желание. Раздражительность бывает, в семье у всех разные нравы, разные вкусы, у всех характеры, никто не хочет уступать. Бывает сложно, когда похожи характеры, особенно у меня с*

отцом характеры очень похожи, особенно когда на- скакивает? коса на камень?, бывает очень тяжело, у всех характеры, у всех нравы, гордость какая-то. Бывает тяжело очень. — Никто не хочет уступить. Извините, что перебиваю, а Вы во многих местах успели побывать, путешествовать? Где Вы побывали? — Ну, если так говорить, от Калининграда до Сибири. — Да! Дистанция большая. При этом Вы своих родственников, родителей не ставили в известность, что Вы куда-то отправляетесь, в столь дальнее путешествие? — Нет, я как бы не говорил, ну бывало, что мы ссорились, в силу несогласованности тех или иных мнений, кто-то говорил: “не нравится... уходи!” — ну и я это воспринимал как-то буквально. — Вроде УХОДИ! — Да. И что вместе нам нельзя жить. — И отправлялись в путь? — Нет, ну конечно я понимал, что мать переживает, потом приходил в милицию, говорил, что мне нужно позвонить, объяснял, что я ушел из дома, звонил родителям, объяснял ситуацию, что я... — Но не сразу? — Но не сразу, какая-то обида была, но потом я понимал, чтобы они не волновались, мало ли там что-то случилось, напали не дай бог, я звонил, говорил матери, где я, но домой возвращаться не хотел, ставил в известность и периодически с ней связывался... — А скажите, путешествовали Вы без денег? Понимаете, путешествие, это ведь дорогое удовольствие, особенно на такие расстояния! — Ну, да... — Надо не только билеты приобретать, а еще где-то жить, чем-то питаться! — Ну, что касается денег, то в юношеском возрасте, в лет 14 – 15, вопрос о деньгах не шел, воровать я не умею, это не мое. Ну, конечно, были какие-то сбережения, ну там родители, дедушки с бабушками подарки делали. — И Вы на эти деньги путешествовали. — Нет, сколько там этих, ну если подарят несколько тысяч, 2 – 3 тыс., на эти деньги от Калининграда до Владивостока не доедешь. Этого хватало там, на хлеб, на воду. Ну там, чтобы было на минимальный запас продуктов, как говорится: на хлеб насыщенный?, а в основном на грузовиках, на электричках... — Бесплатно, да? Зайцем? — Ну да, зайцем, на электричке, где-то на поезде. — В 14 – 15 лет, никто Вас всерьез не воспринимал, не задержать Вас, я так понимаю? — Ну да, в поезде к проводнику, тетенька, дяденька помогают, меня обворовали. Кто-то посылал, кто-то сжалится, даст там... — Ну, впроголодь путешествовал... — Ну, да, хлеб, вода, где-то колбаски дешевой иногда. — Голодали, короче? — Не совсем, ну бывало, если прижмет, там в селе, поможешь какой-то бабушке. — Сердобольные? — Ведро поднести, накормят, напоют, отрежут сала кусок, сами живут там бедно, но хотя бы, что-то в помощь какую то, дрова поколоть, не столько деньгами благодарили. — А скажите, длительность этих путешествий, Ваше отсутствие дома, сколько составляло? — Ну, бывало по-разному, в среднем бывало, что я уезжал после январских праздников, а возвращался, где-то к

Дню Победы... — В среднем 4 – 5 месяцев — Но это было в те годы, в 14 – 15 лет. Бывало попадал, не как попадал, мне рассказали люди, зимой холодно, что можно прийти в милицию, и проситься, там есть социальное учреждение, ну как ночлежка, я же не бомж, я не пьющий, в отличии от вокзальных бомжей, которые согреваются, водкой и потом так далее, вся радость жизни. Я не из этой оперы. И там на остановке сидеть вместе с бомжами распивать... — Это так сказать, противоречит вашей моральной установке, вашим принципам... — Я не считал себя алкоголиком-бомжем... — Вы вообще человек непьющий, как я понял... — Да, да, да, ...и поэтому я бывал в Ростове... — На Дону который? — Да, я в январе там был, потом на Кавказ хотел поехать, до Сочи не доехал. Понимаете, граница, все такое, очень сильно тормозят. — Скажите, а что влияло на выбор места путешествия? Это какая-то случайность, или продуманная мысль? — Нет, почему же случайность... — Ну, вы мечтали о Ростове, и туда отправлялись... — Нет, ну я ехал. Тут чисто логическая мысль. Зимой ехать в Норильск, где минус шестьдесят, а в Москве минус двадцать, нелогично. — Вполне резонно... Да, можно и в Москве поморозиться, зачем ехать в Норильск? — Зимой надо на юг, я так думаю, куда-нибудь, типа Ростова-на-Дону. — Адлер, Краснодар, правильно, где теплее — А летом можно. — И в Сибирь! — На север? — Не на север! А в Сибирь! А то можно и здесь морозиться! — Я понимаю так, что в 14 – 15 лет паспорта у вас не было? — Нет, чего был уже, сейчас всем в 14 дают! — Вы отправлялись в путешествие, всегда взяв паспорт с собой? — Естественно, чтобы с милицией не было проблем, потому что они могут задержать там. — В каком возрасте Вы прекратили путешествовать? — Ну где-то лет в 18, на такие дальние расстояния. — Это Вы всего 3 – 4 года путешествовали, с 14 до 18? — Да. — Сейчас Вам 30, и Вы уже 12 лет никуда не отправлялись? — Нет, за пределы Москвы нет. — Ну, по Москве это понятно. А в Москве, где Вы бываете? — Не, ну как, у деда в Тушино есть... — Дача? — Не, ну не дача; как, давали под картошку, под капусту; давали 4 – 5 соток, на отшибе там в овраге, и там небольшой вагончик, и я ухожу туда пожить, когда с родителями бывает тяжело, я ухожу на дачу. Бывает листовки разношу. — Расклеиваете по вагонам метро, как курьер? Хорошо платят за эту работу? — Ну, там по-разному, час 250 рублей. — Негусто! — Ну да негусто! — А вот ночевать в путешествиях в 14 – 15 лет, где приходилось, на чердаках, в подвалах? — Что-то там чердаки нынче закрыты, да и подвалы тоже! — Так, а где приходилось? — В 14 – 15 лет, допустим, когда едешь в дороге, можно и на вокзалах! В случае если милиция подойдет, говоришь, что едешь туда-то, туда-то... — Среди пассажиров, которые ожидают поезд? — Да, да, да! Утренняя электричка там... — Но вот скажите, приятного ведь мало в этом, нормаль-

ных условий нет, да? На жестких лавках и скамейках... — *Скрючивишись буквой "С".* — И так до четырех, пяти месяцев подряд такой жизни! Это прямо испытания какие-то? — *Нет, ну не всегда до четырех, пяти месяцев на вокзалах. Когда в каком-то городе мне нравилось, я шел в милицию, в этот приют, говорил, что хочу в центр социальной защиты, там давали временную работу: улицы подметать. Они заключали договора с предприятиями, организациями. Центр при МВД был, и вот они приглашали на работу, денег, конечно, не давали, работал за баланду, за еду. Но зато ночлег был, помыться, постираться, и не на лавке.* — Давали кровать какую-то? — *Да, да, да.* — Все равно тяжело, это же не дом отдыха. — *Но это естественно.* — Однако, какая есть сила у Вас, чтобы подвергать себя таким трудностям умышленно? — *Нет, но это была такая, сейчас уже нет, я уже объездил всю Россию. И этого желания уже нет.* — В Сибири и Красноярске Вы были? Где еще Вы побывали? Во Владивостоке бывали? — *Нет, там тяжело, по рельсам трудно пешком идти, там боюсь не дойду!* — А много пешком идти, какой километраж, сколько в течение дня Вы могли пройти? — *Пешком? Пока ноги не отвалятся.* — Это я понимаю, а сколько примерно: десять, двадцать километров? — *Зависит от времени года. Зимой метель, много не пройдешь.* — А летом, когда благоприятная погода? — *Если ноги не сбиты, и обувь хорошая, то в час где-то шесть километров.* — Шесть километров, это сколько часов пути? — *Я не знаю, сколько часов, но я мог пройти и пятьдесят, и шестьдесят километров в день.* — Ну это вообще рекорд! — *Нет, ну это не самоцель была. Я мог бы и больше.* — Ну это не самоцель была, а в чем была цель? — *Но в основном я ездил на попутке, но если попутки не было, то чтобы не топтаться на одном месте, то идешь дальше, до следующего момента.* — Ради чего Вы подвергали себя таким чудовищным нагрузкам? Согласитесь, пятьдесят, шестьдесят километров пешком, даже при хорошей погоде — это очень тяжело. Это нечеловеческие способности, или это нужно быть суперспортсменом каким-то! Это очень тяжело. — *Ну, я не знаю, у меня отец военный, мы с ним бегали очень часто. Поэтому я такой натренированный. Марш-бросок.* — А сейчас по Москве по выставкам, по музеям, по спектаклям? — *Успокоился.* — Да? А что любите, какие театры любите посещать, какие музеи? — *Пушкинский музей бывает интересный, Третьяковская галерея привозит интересные вещи, на Крымском валу есть галерея, и там молодые художники выставляют свои работы, очень интересные есть. Музей Востока, разные есть, Вооруженных Сил.* — Вы в Москве побывали во всех музеях фактически и везде по много раз? — *Да.* — Скажите: театры, кино, концерты тоже посещаете? — *Театры меньше, я люблю, допустим, музыку. Дом музыки на Павелецкой, концертный зал Чайковского.* — Вы человек с развитым, музыкальным вкусом. А

сами не играли на музыкальных инструментах? — *Нет.* — Понятно. Скажите, книги любите читать? Какого жанра литературу? — *Книги. Или это классика, могу перечитывать ту же "Войну и мир".* — По много раз? — *Ну нет, по много раз, четыре тома — это многовато.* — Русскую классику в основном читаете? — *Да, можно и русскую классику. Допустим, тематика про войну Великую Отечественную, очень интересно, дед воевал.* — Дед еще жив? — *Нет, умер, но привил интерес к этому.* — Интерес к этому? — *В общем-то да!* — А скажите, как думаете дальше жить? Тридцать лет, понимаете, — это уже не так много, но уже и немало! Это уже, по меньшей мере, треть прожитой жизни! — *Может и половина!* — Может и половина! Дальше что? Обычно молодые люди задумываются в юношеские годы о будущей жизни! Что в Вашем случае? Как Вы мыслите свою дальнейшую жизнь? В каком качестве? Где? Что? Кем работать? и так далее. Кем быть? Как зарабатывать на хлеб насущный? — *Нет, ну по крайней мере, то, что такие авантюры ... Вспоминаю свои путешествия в 14 – 15 лет, сейчас по прошествии времени ужасно становится...* — Страшно становится? — *Да, да, да.* — А тогда не было страшно? — *Юношеский максимализм, море по колено! Все смогу, все сумею! Сейчас, конечно, я на такие безумства не решаюсь, как тогда, шестьдесят километров, или сколько-то в день! Пешком. На электричках, до Красноярска!* — На электричках добрались до Красноярска? — *Да!* — Сколько в электричках, сколько пересадок Вы должны были сделать? — *Ну полстраны!* — Да, фантастика. Ну так, а сейчас что? Понимаете, путешествия остались в прошлом, на дальние расстояния. А что в ближайшее время, в ближайшем будущем что? — *Я сейчас получил инвалидность, надеюсь оформит документы — Вторую группу?* — *Да, вторую группу. Сейчас оформлю документы, чтобы пенсию нормально получать.* — На бессрочную или на год? — *Нет, на год! А потом, может быть, она рабочая.* — Она рабочая! — *Я все-таки не теряю надежду устроиться курьером или кем-то еще. Получая пенсию, сколько там, тысяч 9 – 10, и плюс еще идти работать!* — А семьей обзавестись? — *Вы знаете, пока живу с родителями, с братом, поэтому тяжело!* Нам тяжело ужиться, а еще семью — не надо мне этого счастья! — А у Вас как взаимоотношения с родителями и братом? Не очень простые? — *Как я говорил, все с характерами, все с гонором, все эмоциональные. Каждый норовит, там права...* — Права качать? — *Да, да.* — Ну вот другой вопрос, у вас раньше были приступы эпилептические? — *Это было давно! В 5 лет.* — Они закончились в 4 – 5 лет? — *Да.* — А Вы их помните? Как возникали эти приступы? Что происходило с Вами, когда были эти приступы? — *Нет, я помню были... в 5 – 6 лет, первый класс, я когда начал, что я помню, смеяться, например, я не мог очень много смеяться. Когда показывали клоунов в цирке*

или что-то смешное, я начинал смеяться, я начинал немножко...не то что сразу такое состояние было, а немножко, то ли в глазах темнело, то ли легкое ... ну я не знаю как это назвать... — При опьянении? — Нет, ну опьянением это не назвать... — Ну, да, Вы не пробовали никогда спиртного, поэтому опьянением это назвать не можете! — Ну, какая-то конвульсия, что ли я тряусь... — Ясно, когда Вам было лет 14 или 15, Вы лежали в одной из больниц, Вы высказывали жалобы на то, что у Вас внутри живота находится САТАНА! Это правда? Или это детские фантазии? Или это на самом деле казалось? — Ну, Вы знаете, мы вот уже с врачами нашей больницы разговаривали... — Вашей — это здешней? — Да, здешней больницы. Я уже говорил, что половина того, что написали в других больницах, не соответствует. — Ложь? — Называйте это так. — Не было такого? — Абсолютно. Просто нужно было какой-то диагноз поставить, и они подписывали под этот диагноз, что там еще мне кажется, что у меня чужие родители! — А этого не было никогда? Вы никогда не сомневались в своих родителях? Всегда были уверены, что они Ваши настоящие родители? — На все сто процентов! — Понятно. Хорошо. — Тем более, что я похож на отца, на сто процентов. Сомневаться в том, что он мне не отец, это глупо. — Ну, это да!

Пожалуйста, доктора, Ваши вопросы.

— Можно Вас спросить? Вот Вы пришли сюда оформить группу инвалидности? — Уже оформил! — Как Вы считаете, Вы больной человек? — В какой-то степени да! — Чем вы больны? Что Вас беспокоит? Какие у Вас жалобы? И насколько Вы больны? Путешествовать Вы можете, а работать нет? — Путешествовать я закончил, а что касается работы... Я не отказываюсь работать, в принципе могу работать. Но дело в том, что в силу каких-то причин мне тяжело бывает. Я раздражительный человек, и мне тяжело бывает ужиться с теми людьми, с которыми мне неприятно находиться. И поэтому мне довольно часто приходится менять место работы. Может я своеобразный человек, я не знаю, как это можно назвать. И поэтому какое-то время я работаю, и чувствую. Не всегда получается так, что тебе люди приятные, и ты им нравишься. Может, конечно, это придурь, согласен, может быть. Но я такой человек — прямой, привык в лоб говорить. Если человек мне нравится, то он мне нравится, а если не нравится... и, конечно, из-за этого какие-то проблемы, оттого, что часто приходится менять место работы, я не могу ужиться с людьми такими, редисками, так скажем. — Редисками? — Ну, так, выражение такое!

— Скажите пожалуйста, а путешествовать, раньше особенно, на такие расстояния, Вам интересно было? Вы как-то наблюдали жизнь? Вел дневник? — Нет, но дневник я не вел, но конечно новые впечатления... Учитывая что мои родители не путешество-

вали, они всю жизнь просидели в Москве. Дед у меня любил путешествовать, он сам заядлый путешественник. — А Вы почему путешествовали? Значит люббили? — Безусловно! В детстве я слышал его рассказы, в том числе какое-то влияние оказали рассказы деда. Когда он в молодости ездил на машине, по всей стране колесил, на юг, туда-сюда. И как-то я даже в какой-то мере под влиянием его рассказов, заинтересовавшись в какой-то мере, почувствовать на собственной шкуре. Я решил... — Последовать его примеру? Воспроизвести, увидеть воочию то, что он Вам говорил. — В чем-то да. — Путешествуя, Вы не могли не знакомиться с другими людьми, своими сверстниками, когда Вам было 14 – 15 лет, Вы с ними знакомились? У Вас были какие-то новые знакомства, контакты и т.д., Вашего возраста, более старшего? Или, Вы путешествовали, так скажем, в гордом одиночестве? — Да, скорее в гордом одиночестве. — И потребности, надобности в знакомстве с другими молодыми людьми и девушками, не было? — С молодыми людьми нет. Понимаете, Вы меня поймите правильно. Когда вы едете из Москвы, приезжаете в Красноярск, и говорите, что вы из Москвы, то не все красноярские любят москвичей. — Правильно. Согласен. — И афишировать, что ты приехал из Москвы, и, так сказать, в таком подвешенном состоянии, заснете, криминал тоже не дремлет. Особо рассказывать. — В общем, так везло Вам? Не попадали в поле зрения криминала? Криминал не пытался Вас как-то прижать? — Ну, слава Богу, Бог милостив. И плюс к тому, что я не располагал такими средствами, чтобы... Золота, бриллиантов у меня не было. — У Вас там на хлеб с трудом хватало.

— А Вы готовились как-то к путешествиям, читали о тех местах, в которые собирались? — Нет, но в общем-то я всегда интересовался географией, в школе я был отличником по географии. В принципе, территорию Советского Союза я довольно неплохо знал, и те знания, которые я получил...был хороший учитель, и те знания, которые я получил в свое время по географии, я там какие-то доклады делал, ну полностью учился в школе, то это мне в общем помогло. — Ну, а вот Красноярск, почему он так называется? Вы там расспрашивали, наверное? — Я честно, не расспрашивал. Я приехал туда, мне хотелось ехать дальше, но там просто далековато было. — А что вам понравилось в Красноярске? Или вокруг Красноярска? — Сибирь, Енисей — это конечно мощно! — А что понравилось? — В Красноярске? Там конечно эта знаменитая ГЭС, вообще город такой индустриальный, мощный, миллионер! Это довольно серьезно. — А вот перечитываете Вы, например, “Войну и мир”, что Вам там интересно, близко? — Ну, не то, что близко. Просто я вообще литературу люблю, в частности классику, не только “Войну и мир”. Я могу читать и Пушкина, и Ахматову, разные вещи. Но читать, например, любовные романы, я такие вещи не

читаю. — Ну, а “Война и мир”, что там близко, какой героиней Вам по душе? — *Сложно сказать какой героиней, там их много.* — Ну для Вас какой самый близкий образ? Образ кого? — *Болконский.* — А почему же Болконский, а не Безухов? — *Безухов? Хотя Безухов он даже чем-то похож. Он метался, он искал себя.* — Правильно. Вы на него чем-то похожи? — *Чем-то да, душевное метание. Он искал себя, искал свое я, искал смысл в какой-то мере. Метался от крестьянства к масонам, в этом что-то было.* — А Вы как к масонам относитесь? — *Нет, я не масон.* — А Вы вообще верующий человек или материалист? — *Я крещенный, но не из той серии: заставь дурака Богу молиться, он себе лоб разобьет.* — Понятно. У Вас такой рациональный подход? — *Разумный!*

— У Вас никогда не было близких друзей? — *Нет.* — Никогда? — *Они разве бывают? Скажите мне?* — Это риторический вопрос!

— А смысл жизни в чем? — *Ой, если бы знать смысл жизни. Некоторые всю жизнь думают об этом, о смысле жизни. Вы знаете, жизнь прожить — не поле перейти. Если ты познал в 30 лет смысл жизни, то..* — То дальше жизнь не имеет значения? — *Вот и я о том же. Это счастливый человек.* — А считаете, что Вы познали в 30 лет смысл жизни? — *Нет.*

— Вы много чем увлекаетесь, Вы хотели бы получить образование, получить профессию? — *Вы знаете, сложный вопрос. С одной стороны да, а с другой стороны у меня небольшой недостаток образования, у меня 9 классов. Я понимаю там 2 класса, закончить школу, снова садиться за парту я не хочу. С одной стороны..* — Уже поздно. — *Да, дилемма такая.*

— Вот Вы уезжали в путешествия, зачем возвращались? — *Ну, хорошего понемногу.* — Становилось плохо, и хотелось домой? — *Ну естественно, домой всегда тянет. В гостях хорошо, а дома лучше.* — Не всегда. — *Я уезжал сменить обстановку, на время развеяться.* — Душа по дому не болела? В путешествиях? — *В какой-то мере было жалко мать. Мать — это есть мать. Отец никогда не переживал.*

— А какое Вам чаще свойственно настроение? Насколько оно устойчиво? Бывают у Вас какие-то спады или другое настроение? — *Ну, это в зависимости от ситуации. Если, допустим, нет источника раздражения, то как у любого нормального человека, оно нормальное. Если есть какой-то источник раздражения, то в зависимости от степени раздражения, оно различное. Либо человек выводит из себя.* — А что у Вас происходит, если Вас выводят из себя? Как Вы реагируете на травмирующую ситуацию? — *Либо стараюсь уйти, избежать. Ну я не конфликтный, доводить дело до драки и мордобоя я не буду. Всегда можно словом ударить гораздо сильнее, чем кулаком. Поэтому я палец в рот не кладу, я всегда могу адекватно ответить, не применяя силы.* — Вы не драчун, вы не лезете в драку? Не защищаете свою точку зре-

ния, не отстаиваете свое мнение? — *Нет, почему отстаивать...*

— У вас принципы какие? — *Гнев и крик — это бессилие. Понимаете, если человек кричит, то он, кроме того, как кричать, ничего не может. Можно сказать: Успокойся, дорогой, ну что ты кричишь? — и его это раздражает намного больше, чем...*

— Ну, а принципы у Вас есть какие-то, присущие Вашей личности? — *Ну, Вы знаете какие принципы. Что такое принципы? Я не знаю, что под этим понимать?* — Ну, не врать, не обманывать, не красть! — *Да, конечно. Не красть — это святое. Тем более, мне бабушка говорила, у меня бабушка судья. Позорить честь семьи.* — Вы будете бороться за справедливость? — *Вы знаете, в нашей стране бороться за справедливость очень плохо.* — Бесполезно. — *Да, да. Самого же обвинят во всех грехах.* — А не бывает у Вас вещих снов? *Вещих снов?* — Да. — *Ну, у всех бывают какие-то вещие сны. Может быть, и у меня бывают. Но я не Ванда и не Нострадамус.* — Злопамятный человек? — *Это Вы знаете, кто-то сказал, Жванецкий что ли: “Я зла не помню, я записываю!”*

— Билет в музыкальный центр на Павелецкой, Вы сказали посещаете, сколько стоит? — *Смотря на кого! Это недешевое удовольствие.* — А вот на концерт Хворостовского сколько заплатили? — *От 300 долларов!* — 300 долларов — это 10 тысяч рублей! — *Ну, да! Ну, тенор, баритон великий.* — Это мы знаем. Кто Вам дал такие деньги? — *Ну, я же работаю!* — А Сара Брайтон... сколько стоит? — *Ну, там порядка 500!* — Долларов? — *Не рублей же! Хорошая музыка это не дешевое удовольствие! Это на фабрику звезд можно попасть за 250, а то и бесплатно!*

— Учитывая, что у Вас раздражительность и конфликтность с людьми, Вы получили вторую группу инвалидности! — *Да.* — Так Ваше заболевание какое? Раздражительна половина человечества, конфликтных еще больше. Чем Вы больны? Лежите в психиатрической клинике, получили психиатрический диагноз! — *Ну, это диагноз, который мне дали в других больницах, и я не считаю себя таким... тот диагноз, который мне дали... А я связываю свой диагноз с родовой травмой. С полученными повреждениями головного мозга, полученными при родах, органическим путем!* — В смысле с органическими нарушениями? Вы путешествовали, Вы выносливый, сильный, знающий. Какие могут быть у Вас родовые травмы? — *Врачам виднее.*

— Еще вопросы? Нет. Ну, тогда, может быть, у Вас есть, вопросы к нам? — *Нет! (уходит)*

Врач-докладчик. В настоящее время психический статус больного следует оценить как имеющий различные психопатические или психопатоподобные черты, а также проявляющийся негативной симптоматикой.

Это, прежде всего, гипобулика, т.е. волевое снижение (инфантильного, органического или процессуального генеза — это предмет дальнейшей дифферен-

циации, но все эти три возможности не альтернативны друг другу и вполне могут сочетаться). Это проявляется в неспособности к длительному целенаправленному усилию — не смог учиться, не может работать, затрудняется в чтении, что связано с выраженной неустойчивостью активного внимания, не удерживался ни в одном коллективе, в результате бездеятелен. При наличии большого числа планов больной не в состоянии их реализовать. Он не работает, не выходит из дома, общается в основном с матерью, отмечается сужение круга интересов. Наблюдается снижение психической активности, отсутствие побуждений к деятельности.

Это проявляется также в эмоциональной неустойчивости, плохо контролирует свои аффекты, бывает импульсивен и в то же время ригиден и упрям. Наконец, отмечается определенная нивелировка эмоций, эмоциональное однообразие, что проявляется в ослаблении привязанности к родным, в т.ч. к матери, которой он постоянно “мотает нервы”, “доводит до истерики”. Характерно предпочтение уединенной деятельности, отсутствие близких друзей. В результате, это выражается в асоциальном образе жизни, бродяжничестве.

Это демонстративность, фантазирование, обильная многообразная псевдологическая продукция, придание себе значимости, гиперболизации в рассказах о себе, многословие и морализаторство.

Итак, гипобулика, псевдология, бродяжничество и определенная интеллектуальная недостаточность, снижение критичности и прогностической функции.

Единственные положительные тенденции — это нормализация электроэнцефалографических и неврологических показателей и ослабление порывов к бродяжничеству.

Психическое заболевание с нашей точки зрения началось в 14 лет, когда пациент забросил учебу и начал бродяжничать по импульсивному типу. Этому предшествовала пре- и постнатальная патология, а также прием фенотарбита и других лекарств в первые три года жизни, а также вирусные инфекции, сотрясение головного мозга в 9 лет. Сначала преобладали органические нарушения, центральный парез лицевого нерва, эпилепсия до 4-х лет, нарушения моторики, истощаемость, нарушения концентрации внимания, интеллектуальная недостаточность.

Рос застенчивым, сензитивным, послушным ребенком. Избегал других детей. Был пуглив. С 14 лет изменился по характеру: стал грубым, резким, потерял интерес к занятиям. Стал более черствым по отношению к домашним. Часто возникали ссоры, конфликты, особенно с отцом и братом. Начал уходить из дома, бродяжничать, реагируя, таким образом, на ситуацию в семье. С годами реже совершал побеги из дома. Однако нарастало эмоционально-волевое снижение. Вел аутистический образ жизни. Дома был пассивен, поздно вставал, мог месяцами не выходить на улицу. Друзей не имел. Кроме домашних, ни с кем

не общался. Предпочитал уединение. Проводил время в своей комнате перед телевизором и т.д. Обычно не удавалось устроиться на работу или не удерживался из-за возникающих конфликтов и т.п.

В данном случае следует проводить **дифференциальный диагноз** между психопатоподобной шизофренией или шизотипическим расстройством по МКБ-10 и органическим расстройством личности вследствие поражения головного мозга перинатального генеза.

Для органического расстройства личности есть и сама органика, и расстройство планирования и учета последствий своего поведения, и неспособность к продолжительной целенаправленной деятельности, и эмоциональная неустойчивость с дисфорическими колебаниями на гипертимном фоне. Мы знаем, что отношения с родными были напряженными, дома не чувствовал себя спокойно из-за конфликтов с отцом и братом, на которые нередко реагировал очередным побегом. Часто сам поддразнивал брата, делал ему замечания, учил, как жить. Временами чуть не доходило до драки. Больной не мог себя сдерживать в проявлении своих эмоций.

Но у пациента есть и другие проявления, выходящие за рамки этого диагноза, который, собственно, и не ставится в возрасте, когда характер как раз формируется.

С другой стороны, у пациента, несмотря на обильную органику с рождения, не отмечалось снижения памяти, проявлений психоорганического синдрома. Побывав в обществе асоциальных элементов во время своих странствий, он никогда не употреблял ни алкоголя, ни наркотиков, не курил. Побег из дома с годами имели тенденцию к урежению, в последнее время они носят характер протестных реакций в ответ на конфликты с родными или вследствие накопившихся отрицательных эмоций. И все это без какого-либо лечения.

В пользу шизотипического расстройства свидетельствует помимо психопатоподобных черт, негативной симптоматики, выраженного психического инфантилизма, и сама динамика заболевания, когда после сглаживания органических симптомов появилась дромомания на фоне изменения характера, постепенного эмоционального оскудения, снижения мотивации и аутизации, а также чудаковатое поведение; проскальзывающие по временам опасливость, подозрительность. Обстоятельное, гипердетализированное мышление, проявляющееся речью с обилием ненужных подробностей и морализаторством.

Клинически наиболее существенным является, с нашей точки зрения, волевое снижение, инфантильная, органическая и процессуальная природа которого, как мы уже отметили, могут сочетаться. Наконец отсутствие социальной успешности, отчужденность от родных и определенная аутизация на фоне компенсации и редукции органического фона позволяют

предпочсть диагноз психопатоподобной шизофрении (по отечественной классификации).

Однако независимо от окончательного диагноза нам представляется целесообразным использование пролонга, например, клопиксол-депо 200 мг в/м 1 раз в 3 – 4 недели, а также амбулаторный курс депакина в качестве нормотимика по 250 мг × 2 р./д.

И. П. Лещинская. Хочу добавить, что мама описывает перепады настроения. Он бывает очень раздраженным, злым. Бывает, что за несколько минут сам себя накручивает. Успокоить его очень трудно. А бывает вялый, подавленный, апатичный, вообще не контактирует, лежит. Когда мы с мамой беседовали совместно, он активно говорил: “Я ненавижу вас, я ненавижу отца, я не могу с ним быть! Что ты хочешь от меня, я не могу его терпеть. Выделите мне квартиру!” и т.д. И еще, он очень осторожный. Мы ему сказали, что хотим его показать на расширенном консилиуме, потому что его случай очень интересен. Сегодня для него просто праздник жизни: внимание, аудитория, его все слушают. Он сначала согласился, но потом подошел и говорит: “А мне это не повредит? Это не будет нигде напечатано? А то Вы знаете, Москва такой город! — все друг друга знают. Мало какие компрометирующие вещи! Вы мне даете гарантии?”. Я говорю: “Врачебная тайна!” — “Да, да, Вы помните о врачебной тайне!?”. Сейчас он тоже, перед тем как войти, сказал: “Главное лишнего не сказать!” Поэтому, когда я накануне еще раз стала что-то уточнять, он мне ничего не сказал, замкнулся. Мама вчера рассказывала, что он ей позвонил и начал говорить: “Ты это все рассказала! Как ты могла про меня такое рассказать?”.

А. А. Глухарева. Мне кажется, что это не гипертимный аффект аффективной патологии, а некоторое эйфорическое приподнятое настроение. Если его не перебивать вопросами, он рассказал бы все в мельчайших деталях, он все детализирует. Он говорит быстро, но это темп мышления не маниакального больного. Мне представляется, что это расстройство настроения не эндогенной, а органической природы. Он словоохотлив, шутит, юморит, употребляет разного рода красочные сравнения. Правда, совершенно не устает, что противоречит органике. Это расстройство настроения по типу эйфорического статуса, но это не типичная эйфория. — *И Ваш диагноз?* — Это эпилепсия. До 4 лет у него были судорожные припадки, отмечались генерализованные изменения на ЭЭГ. Сейчас на ЭЭГ судорожной готовности нет. А почему не может быть спонтанного улучшения? Он, не лечился противосудорожными препаратами. У него ушла судорожная готовность и появились психические расстройства. Разве дромомания не является у эпилептиков желанной? Эта морализация, прямолинейность, конфликтность на работе, он нигде не удерживается — это не по шизофреническому типу. Он конфликтует, он умен, хитер как эпилептик. Знает, что ему нуж-

но. Я не вижу здесь процессуального дефекта. Если это шизофрения, которая началась вместе с дромоманией на органической, неполноценной почве, то где дефект? На лице у него эпилептическая хитрость. Он знает, что ему нужно. Он очень хорошо оценивает прошлое, очень изворотлив. Он и установочный..

М. Е. Бурно. Мне по душе тонкий клинический анализ Сергея Юрьевича. Конечно, перед нами, органически неполноценная почва. Вспомним, как больной вошел сюда, такой неловкий, нелепый, угловатый, манерный. Сидит, лицо мертвоватое. Понимаю, каждый видит по-своему, я вижу так. Малоподвижное, гипомимичное, но не целостно гипомимичное лицо, как это бывает у просто органиков, а с мимическим разладом. Глаза смотрят из глубоких впадин, смотрят так настороженно и однотонно-злобно. А потом это все смягчается, и вот эта раздраженность чувствуется клинически и детская беспомощность. Во всяком случае, не сердись на него. Что же это за органика? Сухарева называла это “рассеянная микро-неврологическая симптоматика”. Это не есть какое-то определенное органическое заболевание. Видим то, что раньше называли дегенерация. Видим диспластические, дисграфические явления. Груня Ефимовна описывала во втором томе своих лекций 1959 года органических психопатов. Эти люди получили повреждение мозговое: в утробе матери, в родах, в первые 2 – 3 года жизни, когда еще в общих чертах личность не сложилась. Считается, что личность складывается в самых общих чертах к 3 – 4 годам. Какой-то органический изъян, повреждение, как говорит Сухарева, участвует в пластике личности. Психоорганического синдрома здесь не может быть, потому что для этого нужно, чтобы личность в своих основах сложилась, тогда возможно снижение это органическое повреждение в пластике, в формировании личности. И вот эти психопаты всегда неуравновешенные, всегда грубоватые, мозаика характерологических радикалов. И так наверное было бы, может быть, если бы не вмешался ген шизофрении, я немного фантазирую. Но все же он вмешался, я вижу этот схизис. В самом деле, психопатоподобный схизис. Органического, в сущности, сегодня, ничего нет, кроме той почвы, в которую вплелась генетическая шизофрения, шизофренический процесс психопатоподобный. И он несет в себе некоторую патопластику, патопластику органической почвы. То есть органическая почва прорисовывает шизофрению, дает ей свои краски. Что это за такое “бродяжничество”? Может быть, здесь тоже отчасти звучит органическая неполноценная почва. Это “бродяжничество” — одинокое, пустоватое, достаточно монотонное, деревянное, без какого-то живого участия, интереса, к тем местам, по которым он путешествует. Это достаточно очевидно эндогенно-процессуальное огрублено-шизофреническое бродяжничество. И вместе с тем, мне думается, есть бредопо-

добные фантазии. Бредоподобные фантазии описаны в детской психиатрии. Детские психиатры отличали это от обыкновенных истерических фантазий. Потому что они грубоваты, они некрасочны, они не отличаются живой тонкостью, но нередко зловещие. И сразу клиницист заподозрит, что это грубоватое сочинение на тему “путешествий” тоже разлажено. И бредоподобные фантазии так называются, потому что они похожи на бред своей убежденностью. Хотя в отличии от бреда, они расползаются, они вскоре или через несколько лет уходят. Или больной не помнит, что такое было. Или не соглашается с прежними фантазиями. *— Вот ощущение сатаны в животе? Да? —* И в том числе этот сатана, он его тоже не признает сегодня. И вот такой парень, в общем-то шизофренически-примитивный. Но как это обычно у шизофреника, в этой пустоватости, в этой шизофренической примитивности, тут и там, проглядываются психопатоподобные философические изюмины. Вот, пожалуй, и все. Психопатоподобная шизофрения на почве органической неполноценности. Мне, конечно, нечасто приходилось помогать таким ребятам, потому что они не хотят этого. Он и сейчас пришел, видимо для того, чтобы получить отдельную квартиру. Но я помню в течение многих лет неулептил неплохо работал. Капля неулептила в день — и помню, родители говорили: “Да, стал послушнее, меньше врет, сочиняет!”. Спасибо!

Ведущий. Я в принципе согласен, Вы прекрасно доложили, Сергей Юрьевич. Продемонстрировали высокий уровень клинического подхода. И я в целом, и в частности согласен с Вашей оценкой, и с Вашей трактовкой. Я согласен и с теми докторами, и с Марком Евгеньевичем, которые в данном случае говорят об окончательном диагнозе, о психопатоподобной вялотекущей шизофрении. Потому что, если оценивать нынешний статус, то он характеризуется психопатоподобной симптоматикой с выраженным эмоционально-волевым дефектом. Перед нами сидит резонёр, который холодно рассуждает на всевозможные темы. Здесь нельзя говорить, на мой взгляд, об эйфорическом синдроме. Потому что эйфория это аффект благодущия, — я этого не увидел. Здесь сидит холодный, лишенный начисто эмоционального начала человек, который рассуждает холодно о многих вещах — резонёрствует. Все его путешествия, которые начались, это были по сути проявления его аутизма, который начался уже тогда. Это даже, наверное, не только знак протеста, отправиться в дальнее путешествие, это просто уйди с глаз долой из мира, уйди в свой мир, изолировавшись от родственников. Изолировавшись

от повседневной жизни, от реальности. И эта “красная нить”, эта тенденция к изоляции, к жизни в обособленном, окруженном стеной внутреннем мире, она продолжается и сейчас. Человек не выходит из дома на протяжении 2 месяцев. Человек живет за счёт родителей, паразитически живет. При этом не перестает с ними конфликтовать, имеет к ним негативное отношение. При этом, естественно, нет никакой критики: к себе, к своему поведению, к своему заболеванию. Заболевание началось в пубертатном возрасте вместе с дромоманией. Обычно, когда в таком возрасте начинается дромоманическое поведение, было принято ставить диагноз — гебоидофрения, гебоидная форма. Но здесь тот случай, когда мы не можем говорить о гебоидной форме в полном объеме. По одной простой причине, что кроме дромомании и аутизма здесь ничего не было. Здесь не было наркотиков, здесь не было алкоголизма, здесь не было знакомств с маргиналами, как бывает при гебоидной форме, при моральном помешательстве. В этой связи всегда возникает вопрос, действительно, если есть указания, они здесь есть с родов, с раннего неонатального периода, где-то до 4 – 5 лет он получил, еще при внутриутробном развитии, колоссальную органическую вредность. И ярким подтверждением органической вредности были частые эпилептические приступы, генерализованные тонико-клонические. Но дело в том, что они прекратились в 4 – 5 лет, и тут всегда есть возможность для гебоидной пластичности, для компенсации. И в принципе, неизвестно, лечился он адекватно антиэпилептическими препаратами в том возрасте до 4 – 5 лет, или припадки сами прошли. И в принципе, об органике сейчас можно говорить как о резидуальной органике и не более того. Текущего органического процесса, скорее всего, здесь нет. И данные ЭЭГ и МРТ это подтверждают. Но даже резидуальная органика оставляет неизгладимый след, и эти признаки остаются. И может быть, за счет вот этой выраженной органической вредности, которая была, — мы имеем не совершенно типичную форму шизофрении. Конечно, это не паранойяльная форма шизофрении, конечно, раньше ему поставили бы диагноз вялотекущей, психопатоподобной. Этот диагноз был бы адекватней того, что сейчас мы должны ставить, шизотипическое расстройство личности. Потому что шизотипическое расстройство, с моей точки зрения, это более мягкая патология, а здесь уже явно выраженный эмоционально-волевой дефект. Будущее его, конечно, мало завидное. Оно совершенно неперспективное, будущее, видимо, в бессрочной группе инвалидности.

Психология шизофрении¹

Ганс В. Груле (Гейдельберг)

*Расширенный реферат
ежегодного собрания Немецкого объединения психиатров
Вена, осень 1927 г.²*

V. БРЕД

Последним среди шизофренических нарушений является бред. Многие психологи занимались этой проблемой. Насколько легко психиатру перечислить, описать и сгруппировать с психологической точки зрения (впрочем, не всегда с полной ответственностью) содержание бредовых идей, настолько трудно ему описать функциональную симптоматику (*den funktionalen Tatbestand*) в психологических категориях. Ученые с особым предпочтением исследовали проникновенный психопатический бред. И почти с бредовым упоением отдавались этим исследованиям. Однако с феноменологической стороны (*phaenomenal*) этот бред мало описан. Попробую немного поработать в этом направлении, не претендуя на законченность системы.

Ученые не пришли к единому мнению, идет ли здесь речь о чисто содержательном или формальном нарушении. Некоторые авторы полагают, что в бреде главное — это его сверхценность или бессмысленность, или странность, или неподдающаяся корректировке суть. Но “сверхценной” может быть любая идея и не являющаяся бредовой. Бессмысленными могут быть рассуждения, например, у имбецилов. Странным может быть ход мысли или представления шизофреников, не являясь при этом бредовой идеей. И, наконец, неподдающимися корректировке являются многие суеверия и предрассудки, однако их нельзя отнести к паранойе. Разделение на бред величия, бред преследования, бред самоуничтожения и т.д. тоже в

определенной мере отражает содержание бредовой концепции. Однако следует учитывать следующие различия: если больной шизофренией считает, что он Христос, то это, конечно, бред величия, но при дальнейшем наблюдении заметим, что к основной бредовой идее присоединяются и другие, но эти другие бредовые идеи будут вторичными и вытекающими из первой, а вовсе не самостоятельными, новыми идеями бреда величия. В других же случаях, преимущественно у паралитиков, все появляющиеся концепции равномерно окрашены бредом величия. У такого больного тысяча щипцов; на столе, по его мнению, лежат десять тысяч листов почтовой бумаги. Или депрессивный больной был, по его словам, сто раз осужден и должен гореть в аду миллион лет и т.д. Здесь всё, что подлежит восприятию, представлению, мышлению имеет эту окраску. Лишь в этих последних случаях можно говорить об истинном бреде величия или — соответственно — умаления, но не в первом случае — при паранойе, — где больной тешится возвышающей его идеей, что он Христос или что он, например, имеет дворянское происхождение. Истинного бреда величия или умаления, нигилизма и т.п. я ни разу не наблюдал у шизофреников. Вряд ли можно создать единым образом ориентированную градацию бреда по его содержанию, будь то по основному чувству, питающему бред, или по другим признакам. Содержание бреда у шизофреников поразительным образом не несет чувственной окраски (*ist unlustbetont*). Подобно тому, как при галлюцинациях, в особенности слуховых, преобладают ругательства, бесстыдные сексуальные описания и т.п., содержанием бредовых концепций являются поразительно частые мучительные идеи преследования. У больных иногда возникает идея, что они выделяются среди окружающих, все на них смотрят; иногда возникает идея опасности для жизни и множество переходных моментов³. Психиат-

¹ Psychologie der Schizophrenie von Dr. Hans W. Gruhle, A.O. Professor fuer Psychiatrie und med. Psychologie an der Universitaet Heidelberg, BERLIN, 1929. — Перевод с немецкого Евгении Григорьевны Сельской (после окончания в 1976 г. МГПИИЯ им. Мориса Тореза, более 30 лет преподаватель немецкого языка на городских курсах иностранных языков). Редакция выражает глубокую признательность Евгении Григорьевне за перевод, и Марку Евгеньевичу Бурно — за предоставленную работу Груле и инициативу по ее переводу.

² Часть 3. Часть 1, 2 — см. НПЖ 2009, 3, 4.

³ В настоящее время много говорят о том, что бред преследования повышает самооценку больных и так это объясняют: бедный жалкий больной, на которого до сих пор

ры, в особенности прежней школы (*aeltere*), неоднократно обращали наше внимание на то, что больной, долгое время страдающий бредом преследования, вдвойне может быть, даже должен быть подвержен идеям величия. Больной якобы делает логический вывод из самого факта преследования: так преследовать имеет смысл, разумеется, значительную персону, а значит, он такой персоной и является⁴. Или же другой вариант: честь подвергаться преследованию, соответственно, пользоваться вниманием настолько возвышает больного в собственных глазах, что это приводит его к переоценке роли своей личности. Второй вариант может быть в некоторых случаях ближе к правде, хотя события развиваются в противоположном направлении. В случаях, когда без бреда преследования имеют место идеи величия и эйфории как первичные шизофренические признаки и когда общество не отвечает положительно на эти завышенные притязания личности, то больной может усмотреть в этом недоброжелательность со стороны общества, что в конце концов может привести к формированию бреда преследования. Однако лично я считаю идеи преследования первичными.

Относительно содержания бреда. Следует обратить внимание на тот факт, что иногда бредовая концепция может выступать совершенно изолированно, например, идеи ревности или же бредовые идеи по отношению к какой-то одной личности (например, к предпринимателю Стинне и продаже рогов карликовых антилоп). Но так в большинстве случаев только кажется; если детально изучать ситуацию, то окажется, что наряду с основной бредовой идеей наличествуют и другие. Здесь имеется благодатный материал для тех исследователей, которых интересует, почему содержанием бредовых концепций становится именно ревность или именно карликовые антилопы. Действительно интересно, насколько прошлый опыт личности или выявленная (не придуманная “кстати”) черта характера влияют на содержание бредовых концепций.

Кречмер, касаясь сензитивного бреда отношений (*sensitiver Beziehungswahn*), рассматривает множество подобных случаев, и мы, читатели, удивляемся, что автор относит их к паранойальной психопатии, а не к шизофрении. Приведу один лишь случай. У молодой двадцатилетней девушки, тихой, неза-

никто особенно не заглядывался и который от этого страдал, вдруг отмечает, что имеет место целая система слезки за ним, что он — необыкновенно значительная фигура, что все ситуации вертятся вокруг его персоны. Его неудовлетворенное желание быть значительным якобы нашло свое удовлетворение в бреде (исполнение желания). Но если врач многократно наблюдал, как страдают больные с бредом преследования, он не воспримет эти рассуждения всерьез.

⁴ Такая мысль вряд ли может быть доминирующей. Так, преступник-рецидивист, долгое время подвергавшийся преследованию со стороны общества, к таким выводам не приходит.

метной, приветливой, немного замкнутой, но вовсе не отчужденной возникает безо всякой причины любовный бред. Это “чисто аутистическое исполнение желания”. Так определяет Кречмер и считает, что этим всё сказано. “Определяющим для данного случая является психологическое развитие, связанное с характером, социальной средой и личным опытом больной.” (Больная Каролина Егер, с. 186). Характер в данном случае обыкновенный, средний, социальная среда тоже, опыта никакого, да и девушка не является сензитивной (*sensitiv*). И все же Кречмер относит этот случай к сензитивному бреду отношений, и полагает, что понял его и очертил. (Ср. также Керер — *Kehrer*). Я думаю, не стоит повторять, что я категорически не согласен с этой позицией Кречмера. Следует обратить внимание на другое. Если кто-то слышит голоса и делает на этом основании вывод, что за стеной люди, и если из смысла услышанных слов (“скоро с ним будет покончено”, “ему недолго гулять”) явствует, что эти люди настроены враждебно к тому, кто всё это слышит, то это вторичный бред, сформированный почти естественным образом из содержания слуховых галлюцинаций, и нас вследствие этого не интересует. Или другой пример. Чиновник, человек по характеру пессимистически настроенный, раздраженный, постепенно без объективной причины проникается мыслью, что с ним постоянно плохо обращаются, что начальник дает ему самую противную работу, что его не повышают по службе и т.п., за такой психопатический проникновенный бред является продуктом душевной работы (*ein seelisches Gebilde*), его мы тоже не будем рассматривать. Если же больной шизофренией, увидев на улице отходы, решает, что по улице специально провели хряка, намекая на его, больного, сексуальность, то это первичный бред, встречающийся только при шизофрении. Наша задача — выявить специфические черты в этом шизофреническом бреде.

Когда здоровый человек считает два каких-то предмета или явления соотносящимися друг с другом, то он имеет к этому какой-то “повод”. Так, человек замечает, что на дереве с одной стороны листва гуще; он ищет в памяти своей сведения, которые говорили бы о причине такого положения: солнечное освещение только с одной стороны, высокое дерево по соседству и т.п. Из этих возможностей человек выбирает наиболее вероятную, которая бы объясняла данное положение, учитывая все обстоятельства. Решающим в ходе его рассуждений были бы его общие познания, способность к их комбинации и выделению необходимого. Это характерно для создания новых теорий. Также, если бы речь шла о том, чтобы соотнести появление новой экономической формации с определенными религиозными настроениями, то ученому потребовалось бы знать ряд обстоятельств, при которых вообще возможно возникновение новой экономической формации, а среди этих обстоятельств выделить интересующие нас. Если бы наш исследова-

тель зашел так далеко и проследил бы эту взаимосвязь, то и здесь, как и в случае с деревом, выявилась бы каузальная связь, возможно, поддающаяся проверке. В случае с деревом речь бы шла о психологической очевидности. Обращают на себя внимание сочетание каких-то обстоятельств, и я, опираясь на мой прошлый опыт с похожими обстоятельствами, делаю определенные выводы. При этом я нахожу какую-то каузальную связь из моего прежнего опыта, подходящую и к этому случаю, т.е. я рассуждаю, опираясь на аналогию. Иногда я принимаю в расчет и совпадение, т.е. полагаю, что здесь имеет место не регулярность, а точка пересечения двух каузальных цепочек.

Если у шизофреника-параноика (*der schizophrene Paranoiker*) возникает “бред отношений”, то его окружение вовсе не подталкивает его к этому. Так, больной увидел на улице грязь, и уже одно то, что он обратил внимание на эту грязь, примечательно — кто еще заметил бы ее. Наше внимание приковывают к себе предметы либо необычные, либо те, на которые мы заранее настроены. Например, художник, рисующий бабочек, обязательно заметит гусеницу, хотя другие люди пройдут мимо и не заметят ее. Таким образом, можно предположить, что параноик особо настроен на грязь или, если рассматривать грязь как символ, на все неэстетическое, мерзкое и т.п. И тут вспоминается старая теория, говорящая, что параноидная идея порождена определенным настроением. Однако внимание к грязи само по себе еще не бредовая идея, даже истолкование, что эта грязь оставлена хряком, тоже не может быть обозначено как бредовая идея, хотя оно и необычно. Бредовая идея появляется тогда, когда больной предполагает, что хряка здесь провели специально для него, чтобы намекнуть на его, больного, сексуальность. Если бы художник, рисующий бабочек и настроенный вследствие этого и на гусениц, решил, что увиденную им гусеницу ему специально подсунули, это тоже можно было бы считать бредовой идеей. Здоровый же человек придет к такому выводу только при наличии определенного повода, например, если он до этого говорил с другим энтомологом как раз о такого рода редкостных гусеницах и спустя десять минут увидел их представительницу на своем столе. Необычность совпадения двух фактов — разговоров о гусенице и ее наличие — служило бы поводом для предположения, что коллега в шутку подложил эту гусеницу. Параноику же не требуются такие поводы. Ему достаточно настроения (“бредовое настроение”), и возникает концепция бреда без повода. Если кто-то надел новую шляпу и полагает, что все на него смотрят, по меньшей мере все знакомые, то сам факт новизны вещи и небольшой дискомфорт еще не приложенной шляпы может послужить поводом для глупого, впрочем, сразу же отменяемого предположения, что все прохожие смотрят на шляпу этого человека. У параноика же для создания его концепции отсутствует наилегчайший повод. Неоднократно высказыва-

лись предположения, что повод содержится в самом акте восприятия. И если послушать объяснения параноиков, будто окружающие вели себя странно, то поверхностному исследователю может показаться, что повод к созданию бреда кроется в акте восприятия. Но если вникнуть глубже, то увидим, что такой больной, находящийся зачастую в ясном сознании, не может толком объяснить, что в поведении окружающих ему показалось странным⁵... Пример: “На людях были странные пальто”. — “Чем странные?” — “Темные.” — “Разве темные пальто странны?” — “Это были такие пальто, какие надевают на похороны.” И сколько бы подобных расспросов ни приводилось, всё сводится к тому, что в объекте не было ничего “странного”, а было нечто обычное, как в нашем примере. Темные пальто, и это обычное получает особое значение, в нашем примере намек на чьи-то похороны и, в конце концов, на похороны пациента. Здоровый человек тоже, видя многочисленные черные пальто, может в конце концов подумать о похоронах вообще, но у страдающего паранойей это по-другому: здесь сразу возникло предположение, что кто-то намекает специально ему на его похороны. Кто-то что-то инсценирует, ему “при помощи цветка” на что-то намекают.

Случай Гебельсбахер Изабеллы (13/37). Когда она ехала сюда, в пути встречались картинки-загадки (*Verrierbilder*). “?” (вопрос врача). Она сразу не может это описать, при всём желании не может: не знает, как начать. Вот, например, в начале пути на вокзале стояли люди, она не знает, о чем они говорили. Она не знает директора замка Горнэг (*Hornegg*), но почему-то ей подумалось, что это он со своей женой. “Просто в голову возникла мысль, что это они”. — “?” Она их не знает, никогда с ними не общалась, она слышала о них лишь то, что говорили в ее городке. (Врач спрашивает, пришло ли знание сразу, что это они, или какое-то время спустя). “Просто сразу возникло такое чувство, что это они, может быть, и заблуждение. Чувство возникло сразу, что это они.” Даже не возникло сомнения, что это кто-то другой.

И такие картинки были в течение всего пути. Вошел некий господин, и она сразу же подумала — смешно, но именно так и было, — что он едет вместе с ней как детектив. В вагон входили люди, и больная их разделила на две группы: одни были за нее, другие за ее родственников. “В течение всего пути у меня было какое-то странное чувство, и всё же я всё внимательно наблюдала.” — “Это была беспокойная поездка, даже, скорее, напряженная, не могу найти нужного слова”.

Восприятие может быть повреждено. Так называемая картина конца света, которой А. Ветцель (*A. Wetzel*) посвятил свой труд, коренится, видимо, в нарушении восприятия или его содержания. Девушка встре-

⁵ “Мне кажется, в воздухе было что-то разлитое, что говорило о том, что меня все считают плохой женщиной” Тереза Тугенд, 18/41.

чает поочередно двух солдат и говорит: “Это солдаты всех родов войск”, она слышит колокольный звон одной церкви — “Все церкви звонят во все колокола”; проехало несколько обыкновенных трамваев — “Трамваи светят странным желтым светом”; прохожий кашляет — “Так странно ведут себя прохожие”; подул ветер умеренной силы — “В воздухе раздался странный рокот, и я поняла, что настал час Страшного Суда”.

Еще пример. Уже в тот самый вторник, когда ей пришлось так бегать по городу, в то время как у нее до этого и в мыслях не было уйти, очень много машин проносилось мимо нее. “Меня влекла какая-то сила вперед, и машины так же быстро ехали.” И люди якобы очень торопились. С тех пор и мир якобы изменился: раньше небо было пасмурным и низким, давящим, теперь воздух светлее и небо выше, несмотря на дождь.

И солнце по-другому светит, светлее. А раньше солнце освещало, как будто только одно место. Недавно был сильный ветер, и деревья так значительно шумели, потом кто-то выстрелил, а машины проносились с таким свистом, шины так скрипели, словно они не смазаны. И всё было так ужасно, что больная думала, настал конец света, теперь людей призовут к ответу. (Лина Барт, 23/158)

Этот случай дает основание думать, что бредовое настроение меняет качество восприятия. И всё же при более подробном рассмотрении это не так, как у тревожного человека, толкующего от страха неверно. Пример из моей юности: жуткая ночь, проведенная в отдаленной альпийской сторожке после нападения воров. Я думал, что взломщики вернутся за вещами и вздрагивал от малейшего поскрипывания досок: мне в полусне казалось, что это шаги, а шорох, издаваемый пробегающим зверьком, казался человеческим шепотом, но при этом мне не приходило в голову, что голубая коробочка в кухонном шкафу имеет необычно пугающий голубой цвет. Словом, и картина конца света для больного с первичным бредом потому так его пугает, что необычность его восприятий кроется в их значении, все что-нибудь да означает, и почти всегда что-то пугающее. Слова, которыми больные обозначают свои идеи, как-то: конец света, Страшный суд, новая жизнь, новый день, Страстная пятница, новая мировая война — свидетельствуют о сказочном, невыразимом, находящемся за пределами жизненного опыта пациента. В самом начале развития бреда больной еще не знает, что за смысл стоит за всем этим, и это неведение порой его так сильно волнует, что порождает большой страх или беспокойство, которого ранее точно не наблюдалось. Уже Кл. Нейсер и Берце (Cl. Neisser, Berze) обращали наше внимание на такие случаи, при которых события внешнего мира волновали заболевшего паранойей, хотя он сам не знал почему. Снова это материал, не относящийся специфически к восприятию (Sinnesempfindung). Это не усиление только громкости звука или только резкости

цветовой гаммы — абсолютно все переживания, испытываемые психофизической личностью больного, по-особому обострены, так что их нельзя не заметить или ими пренебречь.

“То, что говорят на улице, как детишки играют, мне слышится обостренно, порой даже болезненно, во всяком случае, это действует на нервы. Когда так обостренно все это слышишь, то невольно и подумаешь, что всё это имеет ко мне какое-то отношение.”⁶ “Любое проявление на него тяжело действовало”⁷ ...Все происходящее вокруг него было для него слишком резко. Разговоры людей, например, в кофейне, “били по ушам”. Малейший шум, любое событие, свидетелем которого ему доводилось быть, раздражали его так, как если бы это событие касалось именно его и вызывало его гнев. “Все события производят чрезвычайно сильное впечатление. События, мимо которых другие прошли бы, производят на меня очень сильное впечатление, я не могу от них укрыться.”⁸

Я намеренно приводил примеры более ранних исследователей, а не из собственной практики, чтобы показать, что это первичное нарушение было замечено и другими авторами. На этой стадии больные еще не знают, что означает тот или иной процесс, они даже не подозревают, что он вообще что-то означает, и всё же что-то им кажется “подозрительным”⁹. “В городе что-то происходило, что-то особенное, трудно уловимое... Какая-то беда”. Ничто лучше этих примеров не иллюстрирует тот факт, что бред вызывают не какие-то комплексы, желания или настроения и т.п., а что аномальное является функцией бреда, вначале еще не привязанной к определенному содержанию. Десятилетиями велись дискуссии по поводу того, что одни ученые (Вестфаль, Танци, Крамер, Мёли, Фридман — Westphal d. Ae., Tanzi, Cramer, Moeli, Friedmann) видели истоки бреда в нарушении интеллекта (так называемые представления), другие (Жерент, Зандберг, Годферно, Гитциг, Линке, Тилинг, Вернике, Штеринг, Шпехт, Маргулис — Ge’rente, Sandberg, Godfernaux, Hitzig, Linke, Tiling, Wernicke, Stoerring, Specht, Margulie’s) — в нарушениях аффективной сферы. А Мейнерт, Дукассе, Вигоро, Бреслер, Крамер — Meynert, Ducasse, Vigouroux, Bresler, Cramer — считали исходным моментом паранойи аномалию ощущений (Empfindungen). К этому добавил И. Берце в 1903 г. свою теорию апперцепции¹⁰. Вслед за психологией Вундта: у параноика может быть плохая апперцепция, т.е. он не может направить на что-то свое

⁶ Нейсер Кл., Центральное издание 236, Реферат.

⁷ Нейсер Кл., Центральное издание, 1892, Разъяснения, с. 13.

⁸ Берце И. “Первичный симптом”, 1903, 17, 18.

⁹ Вопрос “Что еще было необычным?” оказывает иногда волшебное действие: раскрывается суть паранойи, до этого не затронутая в беседе. — Вильгельм Кюфер, 25/543.

¹⁰ Берце И. “Первичный симптом”, 1903, 13.

внимание. Если что-то привлечет его внимание (пассивная апперцепция), то он будет от этого так же страдать, как под натиском какой-то силы (*Gewalt*). Отсюда и возникает у больного неверная мысль, что события каким-то непонятным образом связаны с ним. Но у апперцепции есть и негативная сторона: исчезновение какой-то части восприятия под натиском сознания. Больной словно отмечает то, что не нужно в настоящий момент. Но если эта исчезнувшая часть восприятия появится снова, то она будет теперь неверно связана с уже новыми событиями, отсюда возникает необходимость (*Zwang*) неверных связей вообще.

Берце уже в 1903 г. убедительно показал, что можно по сути заявить против теории возникновения бреда на чувственной основе (*aus dem Gefuehl*). Тогда дискуссия не принесла результатов, поскольку смешивались два вопроса: вопрос о происхождении и о существе бреда. В то время, как Шпехт и Маргулис считали, что первичное нарушение лежит в области аффектов, они прекращали там поиск логически понятных связей и выводили бред из состояния аффективной сферы. Итак, согласно этой теории, аффект здесь является *мотивом* бреда. Если продолжить исследование и пытаться понять, *что это за* аффект, то авторы начинают друг другу противоречить. Они говорят об ожидании, страхе, беспокойстве, недоверии и т.п., но не объясняют, почему из этих чувств у кого-то рождается бред, но в большинстве случаев бреда не наблюдается. Если бы речь шла о качественно аномальных чувствах, то казалось бы более естественно, что из какого-то ранее не испытанного чувства вырастает ранее не испытанная установка (*Einstellung*), а именно: бред. Но на это аномальное чувство не указывает ни один автор¹¹. У Шпехта в его “смешанных чувствах (*Mischgefuehle*)” нет ничего качественно необычного, здесь указывается лишь на патологическую фиксацию, увеличение продолжительности (*Verlaengerung*) и повышение интенсивности. Противоположная теория — учение о возникновении бреда из представлений и теория апперцепции Берце тоже ничего нового в понимание бреда не вносит. Все эти авторы занимаются мотивами и причиной бреда, никто из них не задается вопросом, в чем суть бреда. Только Нейсер сделал шаг вперед. Спокойно и взвешенно призывал он оценить бред с феноменологической точки зрения. И это уже в 1891 г. И он ввел термин *болезненное или неверное собственное отношение* (*krankhafte oder fehlerhafte Eigenbeziehung*). Он предпочел это название термину “бред отношений” (я не мог найти, кто его ввел) и “бред принятия во вни-

мание” (*Beachtungswahn*) (Мейнерт — *Meynert*) и четко заявил, что речь идет о нарушении мышления, а именно о неправильной оценке действительности. Но, по моему мнению, и Нейсер, как и Крамер, слишком сузил это понятие. Мнение Нейсера совпадало по данному вопросу с мнением Шпехта, который в 1901 г. сформулировал следующее: бред отсутствует, если “Я” не находится в центре внимания. Сейчас трудно сказать, почему ученые старшего поколения¹² говорили только об эгоцентрическом бреде (*egozentrischer Wahn*). Опыт безусловно показывает, что при бредовых концепциях присутствуют и *не* эгоистические мысли, хотя и намного реже. Так, мнение Шпехта, что бред распределяется только по двум “направлениям” — бред преследования и величия — кажется слишком узким.

Генрих Шульте (*Heinrich Schulte*) (1924) предлагает свой оригинальный взгляд на теорию паранойи. Он полагает, что бред возникает от недостаточности реальных связей с определенной группой людей, в которую субъект должен как-то вписаться. Для некоторых людей невозможно положение инвалидов-изгоев. Сознание отделенности от других непереносимо для человека, и он создает в своем уме суррогат: враждебное отношение (бред враждебного отношения) к нему окружающих. Другими словами: человек не может жить одиноким, но он может жить преследуемым.

Теория Шульте, действительно, верна для большого количества случаев (языковая изолированность, тугоухость, заключение и т.п.), но Шульте, подобно многим авторам, распространяет свою теорию и на случаи, с трудом вписывающиеся в это прокрустово ложе. Шизофренический бред, случается, возникает у человека совсем внезапно, действительно, в момент, как же быть тогда с сознанием своей отделенности? Многие бредовые идеи касаются вовсе не “Я” больного и, следовательно, даже косвенно его взаимоотношений с обществом. Ни один специалист не станет отрицать, что между бредом шизофреника и бредом психопата генетически и дескриптивно имеются существенные различия. Теория Шульте, распространяемая на все виды бреда, этих различий не учитывает. Далее, существуют антисоциальные личности (*Gesellschaftsfeinde*), превращающие свою беду в добродетель: они радуются своему положению аутсайдеров (некоторые литераторы) или же они становятся мрачными (некоторые ученые), но у них не появляется бредовых наклонностей (*Wahneinstellung*), не говоря уже о шизофреническом бреде. Вспомогательная теория, говорящая о том, что для возникновения бреда требуется определенный тип характера, также не выдерживает проверки практикой. Практика показывает, что для возникновения бреда *не* требуется опреде-

¹¹ Только лишь у Крамера мы находим один вспомогательный момент в его ощущениях тела: “до сих пор неизведанное необъяснимое чувство неполноценности”, порожденное неправильным собственным отношением. Однако опыт показывает, что это чувство во многих случаях бреда вовсе отсутствует.

¹² Это не касается Берце. Это относится к Блейлеру и Гевевероху — *Neveroch*, которые считали главным моментом нарушенную “Я”-функцию.

ленного характера. Таким образом, теория Шульте хорошо подходит для отдельных форм психопатического бреда, но как раз для объяснения шизофренического бреда она не подходит¹³.

Ранее было сказано, что человеку для того, чтобы предположить какую-либо связь между явлениями, требуется *повод* внешний или внутренний. Так, например, суеверные люди связывают такое редкое явление, как появление кометы, с остатками астрологических знаний и делают отсюда вывод о возможности близкой войны. При шизофренической паранойе отсутствует как внешний, так и внутренний повод для создания бреда. Особый акт порожден здесь болезнью, это символическое переживание (необычное значение) (Symbolerlebnis (Bedeutungserlebnis)). Именно те случаи, когда больной еще не знает, что именно кроется в данной ситуации, когда он только чувствует, что что-то за всем этим кроется, говорят в защиту первичной природы этого болезненного акта¹⁴. Метеоролог тоже может заметить намечающееся изменение погоды до того, как сможет сказать, почему он так думает. У параноика с ними только внешнее сходство. Я бы так объяснил примеры Шульте: метеоролог замечает действительное изменение, хотя не может еще этого проанализировать. Параноик “галлюцинирует” изменение, хотя не может этого проанализировать. Слово “галлюцинировать” здесь не самое удачное, т.к. нет обмана чувств, здесь имеет место “обман смысла”, больной вкладывает свой смысл в ситуацию (Sinnerfuelltheiten)). У больного не нарушены элементарные составляющие восприятия (цвет и т.п.), не нарушено целостное восприятие предмета (“это такой предмет”), больной правильно понимает значение воспринятого предмета (“это стол”). Интеллект больного дает правильное более тонкое понимание (“Стол сделан в стиле рококо”). Аномалия выражается в *неприложности символического истолкования* (Стол для больного означает, что весь мир так перекручен, как ножки у стола). Здорового человека постигает неудача при исследовании мышления бредового больного, поскольку здоровый думает: “Вот дойдем до главного, и всё объяснится.” Но до “главного” никогда и не доходим. Вот пример. “И вот прибежали две собаки, а потом еще девочка, вдруг зачирикала птичка, потом проехал трактор.” — “Ну, и что же?” — “Ну, а потом я увидел свежевыкрашенную скамейку.” — “Ну, а главное?” — “А больше ничего не было. Но всё

¹³ К моему большому сожалению, я ни слова не понимаю в труде Лёви — Loewy — о становлении бреда — Wahnbildung.

¹⁴ Возражение Шульте, что обманутый муж замечает неверность жены еще до того, как у него появляются какие-то доказательства, не кажется мне убедительным: поведение неверной жены может быть действительно необычным (начинающееся охлаждение или показное тепло, рассеянность и т.п.

это было так ужасно!” Однако “всё это” никогда не уточняется, оно между предметами, скрыто за ними и их последовательностью, оно в символике. Образно говоря, это как, если бы голова горгоны превращала в камень не каждого, кто на нее посмотрит, а только знающего. Так, ребенок, глядя на высокое здание, видит женщину с весами, а образованный взрослый видит Фемиду и понимает, что это здание суда. Но в то время, как взрослому его знания помогают понять символику — без знания он не увидел бы символики, аллегории — у параноика это “знание” возникает внезапно, в момент появления душевного страдания. Некоторым теоретикам показалось странным, что у параноика возникают “такие глупые” мысли, в то время как в других вопросах он может быть очень умен. Гринингер, Гитциг, Ястровиц, Кох, Крепелин, Залго, Беккер, Шпицка (Griesinger, Hitzig, Jastrowitz, Koch, Kraepelin, Salgo, Becker, Spitzka) предполагают, что при паранойе имеет место дефект интеллекта. Противоположной точки зрения придерживаются Вернике, Крамер, Вестфаль, Циен, Нейсер, Маршан, Реги, Тулуз, Дамей (Wernicke, Cramer d. Ae., Ziehen, Neisser, Marchand, Re'gis, Toulouse, Damaye). Противоречие исчезает (der Widerspruch loest sich), если связь между явлениями считать *символической*. Никто ведь не будет считать человека, опускающегося на колени перед Распятием, равно как и дикаря, верящего в магию, только на этом основании глупым или поврежденным в рассудке. *Бред не имеет никакого отношения к интеллекту*. А противоположное мнение некоторых авторов основано в значительной мере на том, что под “интеллектом” понимаются разные вещи¹⁵.

Другие теоретики занимались в шутку называемыми “двойными стандартами” бредовых больных. Например, больной утверждает, что он кайзер, но тем не менее, работает в поле. Но тут нам следует вспомнить дискуссии Лютера-Цвингли-Кальвина за вечерей о понятиях “это есть” и “это значит”, касающейся тела Христова, чтобы в этой “двойной бухгалтерии” не видеть противоречия. Говорили об осознании реальности бредовыми больными (недавно об этом писал Отто Кант — Otto Kant), но слово “реальность” имеет двойное значение — вспомним, что говорит логик о рассуждениях по поводу существа (Existenzialurteile) и по поводу значения (Geltungsurteile). “Реальным” может считаться как значение (Gueltigkeit), так и наличие (Vorhandensein).

Пример одновременной бредовой и реальной ориентации. Больная Ида Вейнцирл. Ее спрашивают о приходе в ванной. “Я увидела Вас и знала, что Вы доктор, но одновременно я видела Вас и как апостола Петра с ключами от врат Рая.” Она позвала Иисуса Христа, она думала, что она в Чистилище. В то же время она понимала, что она в воде в ванной. У нее

¹⁵ Ср. рассуждения Нейсера 1897. “Паранойя и слабоумие”.

были *две линии мысли* : с одной стороны, она хорошо понимала, что она находится в ванной, с другой — видела Чистилище, но не прямо, а словно видела его отсветы на других больных. Она все время видела рядом “действительно верное и воображаемое”. Она закричала, ей сделали укол, и в течение всего этого времени она думала: “Боже мой, что за глупые у меня мысли!”.

Итак, у больной первичное производное (un-ableitbar) символическое сознание. Правда, остается невыясненным, почему в ее повседневном опыте одно осмысливается наивно, другое символически. Ни в коем случае не следует думать, что *всё* имеет какое-то тайное значение, что ни один волос с головы не упадет без тайного смысла. Нет, только *некоторые* события отягощены таким смыслом. И больной не может объяснить, почему так. Он просто это “знает”. И на этом “знании” основывается так часто встречающееся самовозвеличивание, паранойяльное чувство превосходства, гордость и высокомерие бредового больного и соответствующее его поведение. У него такое же спокойное отношение к жизни, как у верующего, спокойно во всем полагающегося на Бога; ни упрек, ни насмешка не могут вывести его из себя. Некоторые, в особенности молодые, исследователи удивляются тому факту, что бредовый больной просто пропускает мимо ушей все возражения и т.п.; эти ученые делают вывод, что больной просто не хочет слушать, что он прячется в свой бред, цепляется за него, лелеет свой бред (бред как исполнение бессознательного желания). Но подобные заявления, мне кажется, так же мало проясняют положение дел, как и утверждения по отношению к верующим, что они не *хотят* слышать доводов и цепляются за свою веру. Но верующему *не нужны* никакие доводы, он над этими доводами, они не могут поколебать его веры, у него нет необходимости бежать от них. Конечно, он цепляется за свою веру, но в другом смысле: вера для него — единственно важное, всё остальное — суэта.

Небезосновательным является вопрос, что объясняют такие сравнения, как наше — бреда с верой. Они ничего не объясняют, они проводят параллель с известным душевным состоянием. “Объяснить” — значит, выяснить причину, а причиной является шизофренический процесс мозга. “*Понять*” шизофренический бред — мы употребляем выражение Яспера — можно статически, а не генетически. Напротив, и я хочу еще раз подчеркнуть мою позицию, шизофренический бред *не является* производным симптомом, это первичный симптом, в то время как психопатическая паранойя — не в понимании Кречмера (сензитивный бред отношений) — вырастает функционально и содержательно из характера и обстоятельств психопата. Оба эти состояния разнятся *принципиально*. Символическое переживание, описанное ранее, паранойяльному психопату неизвестно. Не существует также “переходов” (на которые так надеются) между двумя этими формами бреда. Правда, наша диагнос-

тика нелегко различает обе эти формы, в особенности, в начале медленно возникающего бреда. Но если в каком-то случае определенно установлено наличие первичного символического сознания, то диагноз “шизофрения” верен. Этот симптом не психопатический, а процессуальный (Ланге, Геденберг — Lange, Hedenberg).

Эту мою точку зрения не разделяют абсолютно все более молодые авторы. Более того, некоторые авторы пытаются объяснить шизофреническую паранойю как понятно-производную. В защиту позиции, против которой я выступаю, один автор привел недавно хороший пример¹⁶. 49-тилетний мужчина долгие годы страдает бредовыми идеями, преимущественно идеями ревности. Галлюцинации и псевдореминисценции (Erinnerungsfaelschungen) подкрепляют бред. Муж совершенно безосновательно обвиняет свою жену в многочисленных изменах, полагает, что пятеро их детей — вовсе не его дети, и все это, улыбаясь, с определенным злорадством и гордостью доказавшего, хотя общий фон настроения депрессивный. Выяснилось, что у больного издавна было ранимое самолюбие и желание властвовать и что он всегда от этого страдал, что его жена, к которой больной был очень привязан в сексуальном отношении, верховодила в доме. И вот исследователь начинает свое толкование: после того, как старение обоих супругов ослабило сексуальную привязанность, на сцену якобы выступила подавляемая жажда власти и муж грубо сводит счеты с женой за всё, от чего он страдал в течение всей супружеской жизни, он “свергает с пьедестала” жену. Больной якобы переживает сейчас свое прежнее подчиненное положение как свою тягостную неизжитую несостоятельность. Когда с больным спорили, приводя контраргументы, он якобы почти высказывал (бессознательное) желание: вот если бы жена действительно оказалась изменницей! Конечно, он не желает сознательно этого, но общее настроение больного таково, что он готов принять адюльтер жены как факт. Он сражается всеми доступными его уму средствами за то, чтобы сохранить необходимую ему “фикцию”. Примечательна якобы активная тенденция больного стремиться к тому, чтобы его концепция победила. Он якобы втайне боится, что чьи-то аргументы могут пробить брешь в его стройной бредовой концепции. Его бредовая концепция — продукт, созданный насущнейшей необходимостью для его личности, это защитный механизм личности с заниженной самооценкой. Его психической структуре этот бред необходим, это условие существования нашего больного; бред этот служит защитой собственной несостоятельности путем проекции вовне собственной вины. Чем больше несостоятельность и чувство вины,

¹⁶ Я не называю его имени, так как это не относится к делу. Разумеется, моя позиция в корне расходится с позицией Фрейда и Шильдера.

тем сильнее активные и антисоциальные тенденции. Ненависть к самому себе якобы находит отдушину в бредовой концепции, и лишь когда эта ненависть к самому себе становится невыносимой, она выливается в антисоциальные тенденции и преступления на почве бреда (Wahnverbrechen). Таким образом, преступление, по мнению этих исследователей, совершается не *вследствие* бреда, а *несмотря на* бред.

Интересно подробнее проанализировать попытку подобного толкования. *Фактом* является то, что мужчина в расцвете лет заболевает бредом ревности, сопровождающимся галлюцинациями и псевдореминисценциями; это приводит к фантастическим предположениям, и больной настаивает на них, не поддаваясь никаким убеждениям. Никим образом не удается объяснить с психологической точки зрения возникновение этого бреда. Тот факт, что больной шизофренией раньше имел очень раннее самолюбие и сильно развитое чувство собственного достоинства, сам по себе не является ни причиной бреда, ни причиной ревности. А то, что больной все время очень “страдал” из-за своей властолюбивой и в супружестве действительно властвующей жены, возможно, лишь по утверждению больного, которое он выдвигает ретроспективно со своей нынешней шизофренической точки зрения. Но даже если предположить, что больной раньше действительно страдал, то из этого вовсе не следует необходимость возникновения бреда. Потому что есть много мужчин, честолюбивых в душе и вынужденных подчиняться своей жене, у которых, тем не менее, никогда не возникает бредовых идей. Таким образом, бред остается совершенно непонятным как бредовая *функция*, хотя кое-что из упомянутого дает возможность понять, почему в этом бреде появилась *тема* ревности. Понимание шизофренической паранойи как процесса перечеркивает попытку логического объяснения возникновения бреда и объявляет его возникновение логически не объяснимым и лишь каузально выводимым из шизофренического процесса. Автор, которого мы цитировали, полагает по-иному. Он пытается во что бы то ни стало объяснить рационально бред нашего больного. И поскольку это не удается, исходя только из прошлого опыта личности и ее характера, то к объяснению привлекаются бессознательные механизмы и всевозможные толкования. И первое предположение — это, что с возрастным ослаблением сексуальной привязанности на передний план выступила жажда власти мужа. С этим можно согласиться. Если супруг в силу сердечной склонности к своей юной и еще неопытной жене ей кое-что позволял, если он позже в силу своей мудрости со многим соглашался, дабы не нарушать гармонию сексуальных отношений, то всё это может измениться с наступлением привычки и некоторого охлаждения. Какие-то сдерживающие факторы ослабевают, муж становится более бесцере-

монным, заметно эгоистичным, может быть, холодным и даже грубым. В этом случае некоторые браки распадаются. Наш же автор полагает, что больной хочет со своей женой *свести счеты*. Но в характере мужа отсутствуют подходящие черты (мстительность). Тогда исследователь предположил, что больной, желая отомстить, прибегает к странному средству: чтобы дискредитировать жену, муж начинает подзрывать ее в адюльтере. Каков же в данной ситуации моральный облик врача, если он подсказывает больному такой выход! Кто-то в неверности жены усмотрел бы новое ее очарование: она и для других еще желанна. Другого мужчину, остывшего к своей жене, ее неверность рассердит, потому что он увидит в этом насмешку, неуважение и т.п. Если же муж хочет жену унижить, он может ее отругать, побить, выгнать из своего дома и т.д. Почему ему понадобится такой хлопотный прием? Зачем больному снова переживать, вспоминая свою сексуальную зависимость и, вследствие этого, неполноценность? Он мог бы радоваться, что с прекращением сексуальной зависимости исчезает и его “неполноценность”. А поскольку у исследователя нет никаких подтверждений душевного состояния его пациента, то автор обращается к бессознательному. А там присутствует желание, что жена *должна* оказаться неверной, там создается вымысел, который впоследствии подтвердится в сознании рассудком. Автор удивительным образом предполагает, что бред для подсознания больного стал почти что личной *необходимостью*. Очень трудно понять почему. Если бы больному понадобилось отмщение *вообще* (это предположение), он мог бы найти множество других способов, более понятных и простых. Если бы наш больной хотел отомстить жене, уличив ее в неверности (предположим!), он мог бы распространить о ней этот и другие слухи. Зачем ему понадобился бред в качестве “защитного механизма для его ущемленной самооценки”? Разумеется, муж мог страдать от властолюбия своей жены. Но зачем эти напыщенные высокопарные выражения для неочевидных предположений каких-то неконтролируемых процессов бессознательного?

Я так подробно останавливался на этом случае, т.к. он кажется мне хорошим примером подхода многих молодых авторов, почти судорожно желающих казаться умными и приводящих “конкретные” примеры, якобы иллюстрирующие мысли Фрейда и Адлера. Эти авторы лишь тогда считают психический процесс понятным и объяснимым, когда они, привлекая сами по себе запутанные и мало понятные тенденции бессознательного, доказывают собственные познания “глубинной психологии”. Никогда мы не сможем доказать ошибочность их рассуждений, т.к. эти исследователи обращаются к моментам подсознательного, которые затем объявляются психологическими мотивами, вступающими в игру. Больше я не имею в виду

останавливаться на такого рода описании, которое я не могу признать научным исследованием.

Естественным было бы остановиться на вере людей в Бога (мы уже немного говорили о ней с другой связи). Можно предположить, что без веры в Бога для многих людей страдания жизни были бы непереносимыми. Что стало бы с такими людьми, если бы они не верили, что в ином мире им воздастся за их труды и старания. Таким образом, и здесь мы видим, что целью *религиозности* является исполнение желаний. Однако существенное различие состоит в том, что надежда на блаженство в загробной жизни, действительно, поднимает верующего над тяготами и убожеством его жизни, в то время как параноик почти всегда сильно страдает от своих бредовых идей и компенсацией этих страданий служит идея самовозвеличивания, тоже бредовая.

Еще мало внимания уделялось тому факту, что наряду с известным и много раз описанным бредом ущерба (*Beeinträchtigungswahn*) и бредом насилия, т.е. где есть эгоцентрические настроения, имеются и случаи более редкого бреда, где отсутствует эгоцентрическая тема; эти случаи особенно важны в теоретическом аспекте. Несколько примеров. Уже было много раз упомянуто ожидание конца света или Страшного Суда. Конечно, можно возразить, эти бредовые идеи тоже в определенной мере имеют эгоцентрическую ноту: больного тоже коснется конец света. Поэтому вспомним еще о некоторых бредовых концепциях, никоим образом не относящихся к личности больного. Пример, упоминавшийся ранее: “В городе что-то происходило. Была какая-то беда.” Еще пример: “Убивали монархов за монархами. И еще было запланировано убить наследника престола в этом или соседнем государстве” (Вейдерих, 1907/186). Далее, сюда относятся некоторые бредовые неверные оценки (*Verkennungen*). Порой можно прочитать в специальной литературе следующее: больной шизофренией в состоянии дезориентации принял клинику за школу или здание суда, врача за учителя или судью, или представителя налоговой инспекции. Однако в этих случаях речь идет, разумеется, не о нарушении ориентации, как это бывает при отравлениях, черепно-мозговых травмах и т.д., т.е. не об истинной спутанности, а о бредовой переработке (*Wahnverkennung*), о символическом бреде (*Symbolwahn*), о *двойной* ориентации. Если, к примеру, больная принимает какую-то женщину за Кармен Сильву, о которой она только что читала, то такое неверное понимание, не являющееся строго говоря таковым, можно отнести не к измененным (*faelschlich*) Я-отношениям, а к бредовым отношениям (*Wahnbeziehungen*). Такая “теория настроения” (“*Stimmungstheorie*”) паранойи, где символическое сознание выводится из определенного настроения, кажется на примере этого не эгоцентрически ориентированного бреда отношения совершенно обосновательным. Потому что непонятно, отчего

одно чувство, например, страх, может привести к уверенности, что картинка на стене в больничной палате (без какого бы то ни было личностного или церковного намека) означает скорую смерть Папы Римского. В этих случаях особенно интересно исследовать, какие моменты жизненного опыта больного обусловили именно это эгоцентрически не направленное содержание бреда.

Следующей разновидностью бредового отношения является симптом, который принято определять шизофренической псевдореминисценцией (*Erinnerungsfaelschung* oder *Erinnerungstaeuschung*) (*fausse reconnaissance*). Имеются в виду больные, которые, говоря о каких-то *уже произошедших* событиях, утверждают, будто они за многие годы это предсказывали. Или параноики, заявляющие, что узнали о своем царском происхождении от учителя в школе (30 лет назад). Или, наконец, те, которые утверждают, что всё, что происходит, каким-то образом уже предопределено. Ошибочным здесь представляется феномен уверенности в том, что уже это всё видел. Это узнавание¹⁷ есть ретроспекция на 1) то, что когда-то пережито пациентом в действительности, 2) то, о чем когда-то пациент мечтал, 3) то, о чем пациент где-то прочитал или от кого-то услышал, 4) то, что пациент сам когда-то сделал или сказал (или придумал). При этом может случиться, что определенные *единицы* содержания (часто бредового) носят характер дежа веку или *всё* содержание имеет этот оттенок. Если и здесь употребить выражение “ложная уверенность в том, что уже видел”, то не имеется в виду, как при прочих феноменах воспоминания или памяти, что страдает (нарушен) *материал* личной памяти или воспоминания (вспомнить особенно легко или тяжело, или вовсе невозможно), нет, здесь имеется в виду нарушение субфеномена, имеющего отношение к *восприятию* (по степени уверенности: воспоминание-уверенность в том, что это уже видел, — явно знакомое — знакомое под вопросом — вряд ли знакомое — незнакомое). Это модальная оценка, согласно Г. Мюллеру. общее в явлении дежа вю и шизофренической псевдореминисценции — это то, что объективно новое содержание восприятия или представления, или мысли несет без видимой причины оттенок знакомости. Если рассматривать это как качество, выступающее вместе с содержанием мыслей, сравнимое с чувством времени (*Anschauungsform der Zeit*), в котором происходит каждое душевное переживание, то тогда бы наш феномен сюда *не относился*. В этом случае следовало бы лишь констатировать, что это один из симптомов *sui generis*, встречающийся как при разнообразных психопатических нарушениях изолированно,

¹⁷ Г. Э. Мюллер — G. E. Mueller — рассматривал этот феномен в своем трехтомном труде, посвященном памяти, и я касался этого вопроса в моей “Психологии аномального”.

так и — очень часто — при шизофрении. Однако уверенность в том, что уже видел, можно рассматривать и как чувство связи (*Beziehungserlebnis*). Если при рассмотрении объекта А-1 мы вспоминаем об объекте А, который когда-то раньше в действительности воспринимали, то между этими двумя объектами устанавливается связь, переживание, которое ассоциативная психология Р. Семона (R. Semon) называет омофонией (*Homophonie*). В этом слове, которое означает “одинаковое звучание”, отражается образно и ассоциативно чувство связи двух объектов, “тон” которых воспринимается одинаково или почти одинаково. При дежа вю происходит парадокс, при котором наступает чувство связи без наличия первоначального объекта А в действительности, к которому это чувство связи могло бы относиться. При таком взгляде на вещи можно рассматривать это ложное чувство связи как бредовое переживание, а именно как *бредовую идею, что всё это уже было*. Если это рассматривать с данной точки зрения, то эта симптоматика по праву занимает свое место в главе о бреде. Но в этом случае мы столкнемся с определенными трудностями. Переживание дежа вю встречается при шизофрении в большинстве случаев в трех формах. 1. Кое-что или всё когда-то было пережито в реальности. 2. Всё, реально пережитое, было раньше известно больному или предчувствовано, или предсказано им. 3. Только собственные бредовые идеи определяются больным как давно (или ряд лет) известные ему.

В то время, как две первые формы можно уподобить феномену дежа вю при психопатии (учитывая определенное различие), о третьей форме можно сказать так: большой шизофренией имел относительно своего бреда бредовую идею, что знал много лет о содержании своего бреда. Если же отнести чувство правильности, действительности воспоминаний в сферу *ощущений* как “качество”, то патологическое ощущение псевдореминисценции приближается к галлюцинации. Таким образом, третий случай, описанный нами, надо расценить следующим образом: мысль, что больной был царским отпрыском, была галлюцинацией. Мысль, в принципе не наглядная, получила галлюцинаторную наглядность. И это — *contradictio in adjecto*. Как бы мы ни старались применить категории нормальной психологии, для данного патологического случая они не подходят.

Нельзя сбрасывать со счетов тот факт, что эта шизофреническая форма дежа вю вряд ли встретится нам при гебефренической и кататонической формах шизофрении; она имеет место лишь при паранойе. Именно “датирование задним числом” *бредовых* идей — общеизвестное явление.

До сих пор говорилось о символическом сознании, о якобы повышенном внимании к больному со стороны общества, тайном смысле вещей в том плане, что все события внешнего мира скрывают, по словам больного, более глубокий тайный смысл. До сих пор мы

рассматривали эти “сложные связи без повода” как основной симптом бреда, но нам могут возразить, что во многих случаях речь идет не о том, что какие-то объекты внешнего мира получают дополнительное значение (волос в супе: ты увидишь что-то диковинное), а что многие бредовые идеи берутся ниоткуда, *без* какой бы то ни было связи (бредовое сознание — *wahnhafte Bewusstheiten*, Ясперс). Нельзя отрицать такие первичные идеи без дополнительных ассоциативных связей; однако я думаю, что они редко встречаются. В большинстве случаев они возникают вторично из галлюцинаций или других бредовых идей. С точки зрения теории трудностей здесь нет: убежденность в скором приходе антихриста может быть как “выводом” в результате восприятия — три окна горят красным светом, — так и непосредственной данностью, в обоих случаях это примеры первичного бреда.

Относительно бредовых идей как-то было сказано следующее: важно то, что эти идеи единичны, в то время как прочие “восприятия” или убеждения разделяют хотя бы еще несколько человек. Это не *психологический* вывод. Больного никак не убедить, что он со своими наблюдениями остается в одиночестве. “Не притворяйтесь, вы все это знаете. Я не настолько глуп, чтобы этого не заметить.”

Выше отмечалось, что шизофренический бред в определенной мере своеобразен. Если сравнить его с бредом паралитика, то у последнего отсутствует переживание отношения (*Beziehungserlebnis*). Страдающий прогрессивным параличом не связывает свой бред с каким-то моментом действительности (например, пелерины на плечах полицейских означают пренебрежение), паралитик высказывает то, что есть в его воображении (у него тысяча замков и т.п.). Паралитик редко придерживается содержания собственных высказываний, они меняются в течение короткого времени, даже во время самого высказывания они подвергаются модификации (“Генерал! Ах, нет, адмирал! Да, первый адмирал!”). Здесь задействован совсем иной механизм, чем при шизофрении. Бредовые идеи при маниакально-депрессивном психозе опять-таки другие. Если уж вообще говорить о бреде маниакального больного, то он ближе к бреду паралитика; это похоже на игру воображения, они не стойки. Идеи депрессивного больного более стойки в соответствии с менее подвижным процессом этих больных, но они по-другому формируются (*sind anders ableitbar*), чем описанные бредовые концепции шизофреника, т.к. они поясняют депрессивные тенденции в настроении больного. Стремление мучить себя самого имеет тенденцию к наглядности: больной старается себя унижить, умалить, обругать, уничтожить. И всё это больной хочет наглядно выразить; так, он рассказывает про ящик с гвоздями, в который заключен он, больной; он говорит про гроб рядом со своей комнатой, в этом гробу мертвые дети, а садовник, в эту минуту прошедший мимо, якобы один из могильщиков; боль-

ной утверждает, что люди сторонятся его, соседи косо смотрят, собственные дети забросили — однако этот вид бреда преследования, если о нем вообще может идти речь, — всего лишь иллюстрация его тенденции к самоуничтожению (так же, как бред умаления, нигилизм, богооставленность и т.п.). Здесь принципиально иной механизм, чем при шизофреническом бреде. Ни одному меланхолику не придет в голову утверждать, что скамейка в парке означает повторение землетрясения в Мессине. Порой бывает трудно провести дифференциальную диагностику шизофрении с тяжелой депрессией и меланхолией, но, тем не менее, эти два заболевания имеют разный генез.

Сенильные бредовые идеи не требуют особого рассмотрения. Однако должен признаться, что я *не* мог бы указать на принципиальное отличие шизофренических бредовых идей от *эпилептических*.

Лично я не часто встречал истинные бредовые идеи у эпилептиков¹⁸. Остается не решенной старая проблема, могут ли встретиться в одном больном два самостоятельных заболевания — шизофрения и эпилепсия — или шизофрения является симптоматическим выражением основного заболевания — эпилепсии. Не забудем также склонности эпилептика (при эндогенной депрессивности) к паранойяльным состояниям (Бухгольц, Крапф — Buchholz, Krapf). В этих относительно редко встречающихся случаях генезис был, по моему мнению, шизофренический. Неопределенные и быстро меняющиеся бредовые идеи интоксикационных больных, возникающие вследствие помрачения сознания, нарушение перцепции, недостаточной апперцепции при отравлениях, не сравнимы ни с какими другими.

Надеюсь, что я убедительно показал, что бредовые концепции при шизофрении являются, действительно, симптомом *sui generis*, являющимся — не говоря

об эпилепсии — основным симптомом шизофрении, присущим этому заболеванию, первичным симптомом. Вторичный бред нас в данном случае не интересует. Еще раз подчеркну: понимание единичных вторичных бредовых идей возможно лишь при признании того факта, что первичная бредовая идея находится в потенции в еще нормальном рассуждении (*normales Gefuege*). Как Вы, здоровый человек, будете себя вести, если у Вас вдруг возникнет такая идея, что из нее следует, что Вы сделаете для ее осуществления? Постоянность концепций (*Besonnenheit und Komponiertheit*), сохраняющихся десятилетиями при шизофренической паранойе, иногда в действительности дает возможность ответить на этот вопрос. Можно четко проследить, какие выводы делает больной, скажем, разумным образом из своего бреда, как он существует с ним, осознавая социальную и экономическую для себя ущербность, и как больной старается отвести этому бреду по возможности мало внимания в своей повседневной жизни. Больной не станет могильщиком своих бредовых идей — он впишется в общество и будет держать свои идеи “про себя”. Он будет себя вести, подобно политическому эмигранту в чужой стране, который замечает новые политические настроения, но внешне ведет себя так, словно ничего не замечает. Но такие случаи скорее исключения. В большинстве случаев наряду с паранойяльными симптомами выступают и другие основные шизофренические симптомы, так что внутреннее состояние и внешнее поведение создают запутанную картину, сложно поддающуюся анализу. Очень интересно было бы, с точки зрения исследования личности, исследовать, как человек справляется с таким шизофреническим бредом, но это выходит за рамки собственно психологии шизофрении.

¹⁸ Следует упомянуть труды Форкастнера и Гизе — Vorkastner, Giese — рассматривающих связи шизофрении и эпилепсии.

**Региональный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ПСИХИАТРИИ**

10 – 12 июня 2010 г., Санкт-Петербург

E-mail: vkrsnov@mtu-net.ru

О согласии недееспособного лица на участие в клинических исследованиях: коллизии правового регулирования

Ю. Н. Аргунова

Согласно ст. 43 *Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан* любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. При получении такого согласия гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании и имеет право отказаться от участия в нем на любой стадии.

Федеральный закон «О лекарственных средствах» обязывает также информировать пациента о его действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства, проходящего клинические исследования, на состояние его здоровья, а также об условиях страхования здоровья пациента.

В соответствии с ч. 2 ст. 5 *Закона о психиатрической помощи* все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов.

Закон о психиатрической помощи (ч. 5 ст. 11) не допускает проведение таких испытаний в отношении двух категорий пациентов: а) госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям ст. 29 Закона и б) к которым применяются принудительные меры медицинского характера по основаниям, предусмотренным УК РФ.

Специальной процедуры привлечения к испытаниям недееспособных пациентов, согласия на это их опекунов Закон о психиатрической помощи не предусматривает. Такие пациенты, следовательно, как и другие лица, страдающие психическими расстройствами, должны иметь право на информированное согласие на участие в испытаниях (если они сохраняют способность выразить свою волю). В противном случае можно было бы говорить о фактическом принуждении недееспособного к участию в исследовании и невозможности от него отказаться, что явилось бы грубым нарушением ст. 43 Основ.

Общее правило ст. 4 Закона о психиатрической помощи о том, что психиатрическая помощь недееспособным оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей, к данным правоотношениям, с нашей точки зрения, не применимо, т.к. подобные испытания не являются составной частью оказания психиатрической помощи, поскольку могут и не предполагать непосредственной пользы в лечении пациента, участвующего в испытаниях.

Кроме того, поскольку помещение недееспособного лица в психиатрический стационар по ч. 4 ст. 28 Закона о психиатрической помощи (т.е. на основании одной лишь просьбы/согласия его законного представителя) Конституционный Суд РФ в своем Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П расценил как принудительное (недобровольное) и, следовательно, требующее судебной процедуры, по смыслу приведенной выше ч. 5 ст. 11 Закона о психиатрической помощи такие недееспособные теперь могут быть в принципе отнесены к числу пациентов, в отношении которых проведение подобных испытаний не допускается.

Положение, не согласующееся с Основами и Законом о психиатрической помощи, содержится в *ФЗ «О лекарственных средствах»*. Согласно п. 8 ст. 40 Федерального закона допускаются клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для лечения психических заболеваний, на лицах с психическими заболеваниями и признанных недееспособными в порядке, установленном Законом о психиатрической помощи. Клинические исследования в этом случае проводятся при наличии письменного согласия законных представителей указанных лиц. Эта же норма дословно включена в текст проекта нового *ФЗ «Об обращении лекарственных средств»*.

Ссылка в п. 8 ст. 40 на Закон о психиатрической помощи некорректна, поскольку Закон не устанавливает порядка клинических испытаний на недееспособных лицах. Узаконенность клинических исследований на недееспособных по согласию их законных представителей (которыми могут выступать, например, психоневрологические интернаты) без учета или вопреки желанию самого недееспособного, способного выразить свое мнение, противоречит российским, а

также международным этическим, научным и правовым стандартам, в частности *Национальному стандарту Российской Федерации (ГОСТР 52379-2005) “Надлежащая клиническая практика”*, утвержденному приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. № 232-ст.¹

Национальный стандарт, идентичный соответствующему международному стандарту, устанавливает единые со странами Евросоюза, США и Японией правила, служащие для общества гарантией защиты прав, безопасности и благополучия субъектов² исследования.

Согласно п. 4.8 Национального стандарта ни исследователь, ни другие занятые в исследовании лица не должны принуждать субъекта или использовать иные некорректные методы воздействия с целью склонить его к участию либо продолжению участия в исследовании. Ни устная, ни письменная информация, касающаяся исследования, включая письменную форму информированного согласия, не должна содержать формулировок, прямо или косвенно склоняющих субъекта или его законного представителя отказаться от законных прав, а также формулировок, прямо или косвенно освобождающих исследователя, организацию, спонсора от ответственности за халатность.

Исследователь или назначенное им лицо должно в полной мере проинформировать субъекта или, *если субъект не способен дать информированное согласие*, его законного представителя обо всех значимых аспектах исследования. Информация должна содержать как можно меньше специальных терминов и быть понятна субъекту или, в соответствующих случаях, его законному представителю и незаинтересованному свидетелю. Перед получением информированного согласия субъекту или его законному представителю должно быть предоставлено достаточное количество времени и возможность для получения более подробной информации и принятия решения. Если пользы с медицинской точки зрения не предполагается, то субъект должен быть поставлен об этом в известность.

Если в клиническом исследовании (связанном либо не связанном с лечением) участвуют субъекты,

которые могут быть включены в исследование только на основании согласия их законных представителей (например, пациенты с выраженным слабоумием³, несовершеннолетние), то в соответствии с Национальным стандартом *субъект должен быть проинформирован об исследовании в соответствии с его способностью понять эту информацию, и, если субъект в состоянии, он должен подписать и собственноручно датировать письменную форму информированного согласия*.

В исследование, не связанное с лечением (т.е. исследование, в котором не предполагается непосредственной с медицинской точки зрения пользы для субъекта), по общему правилу могут быть включены только субъекты, которые лично дают свое согласие и собственноручно подписывают и датируют информированное согласие. Национальный стандарт допускает возможность включения субъекта в исследование, не связанное с лечением, с согласия его законного представителя лишь при соблюдении следующих условий:

- а) цели исследования не могут быть достигнуты посредством исследования с участием субъектов, которые могут дать свое согласие лично;
- б) ожидаемый риск для субъектов незначителен;
- в) отрицательное воздействие на здоровье субъекта сведено к минимуму и незначительно;
- г) исследование не запрещено законодательством;
- д) для включения таких субъектов должно быть запрошено специальное утверждение (одобрение) Независимого этического комитета, учитывающее этот аспект.

Подобные исследования (за исключением обоснованных случаев) должны проводиться с участием пациентов, имеющих заболевание, для лечения которого предназначен исследуемый продукт. Субъекты в таких исследованиях должны находиться под особо тщательным наблюдением, и их участие должно быть прекращено, если есть основания полагать, что они испытывают чрезмерный дискомфорт.

Важнейшее значение имеет тот факт, что гарантии, изложенные в Национальном стандарте России, согласуются с этическими принципами, заложенными *Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (ВМА)*, последние изменения в которую были внесены на 59 Генеральной Ассамблеи ВМА (Сеул, 2008 г.). Более того, в Национальном стандарте содержится прямое указание о том, что исследователь *“должен притерпеться”* данных этических принципов.

³ Российский Национальный стандарт не проводит различий между дееспособными и недееспособными пациентами, что приводит к некоторой путанице в терминологии и порядке регулирования. Так, законный представитель лицу с выраженным слабоумием может быть назначен только в случае признания его недееспособным.

¹ Цели и принципы стандартизации в России установлены ФЗ “О техническом регулировании”, а правила применения национальных стандартов России — ГОСТР 1.0-2004 “Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения”.

² В Национальном стандарте, в отличие от Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, пациенты, участвующие в исследованиях, именуется субъектами, а не объектами исследования. Такая рассогласованность в понятийной аппаратуре нормативных актов, по нашему мнению, является существенной, она может привести к нарушению прав пациента и подлежит устраниению.

Согласно п. 27 – 28 Хельсинской декларации недееспособных лиц не следует включать в исследование, которое скорее всего не принесет им пользы, если только оно не направлено на укрепление здоровья представляемой этими лицами популяции, или если его нельзя выполнить с участием недееспособных лиц, или если оно не сопряжено с минимальными рисками и нагрузками. *Если недееспособное лицо может принять решение относительно участия в исследовании, врач должен получить его согласие в дополнение к согласию юридически уполномоченного представителя. Следует с должным вниманием отнестись к расхождению мнений потенциального участника исследования и его законного представителя.*

Наряду с требованиями к участию в исследовании недееспособных лиц, Хельсинская декларация предусматривает также правила для случаев, когда исследование включает лиц, физически или психически не способных дать информированное согласие, например, находящихся без сознания. Согласно п. 29 такое исследование может проводиться только в том случае, если физическое либо психическое состояние, препятствующее получению согласия, является неотъемлемой характеристикой исследуемых пациентов. В этой ситуации информированное согласие получают от юридически уполномоченных представителей. Если таковые отсутствуют, а исследование не может быть отложено, то его проводят без информированного согласия. При этом исследование должно быть одобрено этическим комитетом, а в протоколе исследования указываются особые причины включения лиц, находящихся в состоянии, которое препятствует получению информированного согласия. Необходимо как можно скорее получить согласие на продолжение участия в исследовании от его субъектов или их юридически уполномоченных представителей.

В российском Национальном стандарте данная норма Хельсинской декларации присутствует. В п. 4.8.15 указывается, в частности, что в подобных случаях в протоколе исследования (другой документации) должны предусматриваться меры по защите прав, безопасности и благополучия субъекта исследования, утвержденные (одобренные) Независимым этическим комитетом.

Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержден-

ные Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г., также устанавливают, что в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели. О согласии на опыты представителя пациента при этом не упоминается. Отмечается, что пациент или его личный представитель, либо любое заинтересованное лицо имеет право подать апелляцию в судебный или другой независимый полномочный орган в отношении применения к пациенту таких методов.

Итак, законодательство содержит несколько параллельно действующих и фактически взаимоисключающих друг друга норм о привлечении к клиническим испытаниям недееспособных лиц: Основы и Закон о психиатрической помощи требуют получения согласия на участие в исследовании только от самого гражданина вне зависимости от его дееспособности и возможности выразить свое согласие. Вместе с тем, с учетом Постановления Конституционного Суда РФ допустимость вообще таких испытаний в отношении недееспособных, госпитализированных в стационар в судебном порядке, теперь оказывается под вопросом. ФЗ “О лекарственных средствах” признает только согласие законного представителя недееспособного. Национальный стандарт России, игнорируя институт недееспособности, устанавливает жесткие, дифференцированные и подробные правила и ограничения в зависимости от способности пациента понимать информацию и выразить свое согласие при исследованиях различной направленности. И, наконец, так называемое мягкое международное право не придает решающего значения согласию законного представителя недееспособного даже тогда, когда недееспособный не способен дать осознанное согласие.

Каким же правовым актом следует руководствоваться?

Согласно Определению Конституционного Суда РФ от 8 ноября 2005 г. № 439-О разрешение в процессе правоприменения коллизий между различными правовыми актами должно осуществляться исходя из того, какой из этих актов предусматривает больший объем прав и свобод граждан и устанавливает более широкие их гарантии.

ТРИ СТУПЕНИ ФАЛЬСИФИКАЦИЙ: служебная характеристика — подбор документов для суда областным начальником — руководство Минздрава России

Всевозможные формы фальсификаций на разных уровнях превратились в судебно-психиатрической практике в обыденное явление. Клинический метод состоит во внутренне непротиворечивом выстраивании всех имеющихся фактов. Поэтому вброс ложных фактов или их искажение превратились в способ манипулирования результатами экспертизы. Между тем, согласно существующим правилам, психиатр не вправе обсуждать достоверность представленных ему данных. Как профессионально выйти из этого положения, не прибегая без нужды к выводу о невозможности дать ответы на заданные вопросы, мы обсудим на разных конкретных примерах в очередных выпусках журнала.

Коллизия представляемого случая типична: виноват всегда крайний. Старший охранник сбербанка Андрей Бородин обжаловал (май 2005 г.) взыскание от своего начальника, который списал на него собственную оплошность. В конечном счете он получил для очередной медкомиссии отрицательную характеристику. Перспектива потери высокооплачиваемой работы, взятого в сбербанке кредита и т.д. при наличии трех маленьких детей, ввергла его в стрессовое состояние. В итоге ему выставляется диагноз “расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга” (июнь 2006 г.), который он пытается оспорить. АСПЭ Центра им. Сербского в феврале 2007 г. пишет: “Каким-либо психическим заболеванием не страдает, критические и прогностические функции сохранены и устойчивы”. Его восстанавливают на службе. Но через год очередная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза Центра им. Сербского, в связи с новой отрицательной характеристикой, не смогла ответить на вопрос суда и рекомендовала стационарную экспертизу с дополнительными материалами. От стационарной экспертизы Андрей отказался.

28 ноября 2008 г. А. Бородин прошел несудебное экспертное освидетельствование в НПА России, заключение которого приводится ниже.

12 августа 2009 г. психиатр и медицинский психолог НПА России явились на заседание Смоленского

областного суда. Сюда же явились и четверо сторонников оспариваемого нами диагноза во главе с проф. А. С. Охапкиным и начальником Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Смоленской области В. Ю. Дятловым. Последний демонстративно держался по-хозяйски и даже уселся на место прокурора. Конечно же, он начал с оспаривания нашего права участвовать в заседании, опережая и перебивая судью. Однако судья приняла решение ограничиться экспертизой документов, представленных сторонами, поручив ее четырем специалистам, по 2 от НПА и стороны ответчика. Дятлов представил три неудобочитаемых ксерокопии критериев диагноза, выставленного А. Бородину, в которых было трудно разобраться даже нам. Это были извлечения из разных изданий МКБ-10. Однако уже после нашего отъезда это решение было изменено и экспертиза поручена Центру им. Сербского, как организации, якобы, по мнению судьи, незаинтересованной в исходе дела. Требование ответчика о проведении повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы А. Бородина суд отклонил.

Привлечение комиссии НПА и наш приезд в Смоленск вскрыл еще две серьезные проблемы. Мало того, что местный “государственный контролер” психиатрической службы В. Ю. Дятлов поступил также как начальник Андрея (один написал тенденциозную характеристику, другой представил суду тенденциозно подобранную документацию относительно существа выставленного диагноза), **обнаружилось, что и Минздрав еще 10 лет назад заложил — по небрежности или сознательно — в ответственный документ “Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств” грубое искажение критериев диагноза “органического расстройства личности” (F 07.00), которое превращает этот диагноз в то, чем была у нас в 1960 – 1980-е годы “вялотекущая шизофрения” — удобное средство манипулирования.**

Этот конкретный пример инициировал наше обращение.

Глубокоуважаемый Александр Сергеевич!

12 августа 2009 г. во время поездки в Смоленский областной суд психиатра и медицинского психолога НПА России, вызванных судом для дачи разъяснений по поводу результатов проведенного нами амбулаторного освидетельствования и оспаривания освидетельствования, проведенного в Смоленском областном диспансере, выставившего без достаточных на то оснований диагноз органического расстройства личности, а также заключения амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в ГНЦ ССП им. Сербского, которая не найдя никаких нарушений рекомендовала стационарную экспертную экспертизу, мы столкнулись с коллизией чрезвычайной важности.

Представленная выписка из истории болезни Смоленского областного клинического диспансера № 3 от 22.06.06 с диагнозом органического расстройства личности была написана настолько уязвимо, что для защиты чести мундира явился сам руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Смоленской области В. Ю. Дятлов, приведя с собой не только членов комиссии, проводившей освидетельствование, но даже проф. А. С. Охалкина, который впервые поставил этот диагноз во время краткой амбулаторной консультации, ориентируясь на психический статус в стрессовом состоянии и отрицательную характеристику с места работы.

По инициативе В. Ю. Дятлова судья отказалась заслушивать специально приехавших специалистов НПА России, а предложила нам совместно провести экспертизу медицинских документов на предмет соответствия оформления медицинских документов требованиям российского законодательства и нормативных актов. Спустя некоторое время нам сообщили, что это решение изменено, и что такого рода экспертиза поручена Центру им. Сербского.

Эта юридическая коллизия заставила нас внимательно изучить приложенные Дятловым документы, что повергло нас в шок: 10 лет действует утвержденное приказом Минздрава РФ клиническое руководство, в которое вкралась фундаментальная ошибка.

До настоящего времени мы, как и подавляющее большинство психиатров, пользуемся в практической работе неоднократно переиздаваемой книгой “Международная классификация болезней” (10-й пересмотр). Класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F 00 – F 99) (адаптированный для использования в Российской Федерации), утвержденной зам.министра РФ В. И. Стародубовым 24.07.1998. Но в утвержденном приказом Минздрава

РФ от 6 августа 1999 г. № 311 клиническом руководстве “Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств” критерии органического расстройства личности радикально изменены.

Согласно МКБ-10, изданной в 1994 г. в Санкт-Петербурге в редакции ВОЗ и в 1999 г. в Ростове-на-Дону в адаптированном для Российской Федерации виде, диагноз “расстройство личности органической этиологии” (F 07.0) ставится при наличии двух фундаментальных признаков, которые являются обязательными, а именно:

- 1) клинических признаков нарушения прогностической функции; и
 - 2) наличия любого органического расстройства в истоке этих клинических нарушений,
- плюс хотя бы двух из шести добавочных признаков.

В “Моделях диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств” среди критериев “расстройств личности органического типа” отсутствуют главные — наличие самого “резидуального или сопутствующего органического расстройства при повреждении или дисфункции головного мозга”, после которого наступили расстройства личности (тогда как по МКБ-10: “этиология основного заболевания должна быть установлена самостоятельными методами”) и снижение “планирования и предвидения последствий для себя и общества как при так наз. лобном синдроме”. Упомянутое “снижение способности справляться с целенаправленной (мыслительной) деятельностью” не является синонимом снижения прогностической функции. Упрощены и лишены проясняющих примеров и другие дополнительные признаки.

В результате, диагноз “органического расстройства личности” превратился в излюбленную форму расширительной психиатрической диагностики, какой раньше была “вялотекущая шизофрения”. Между тем, принятые и у нас критерии МКБ-10 препятствуют такой расширительности.

В условиях идущей у нас полным ходом, как и во всем мире, юдификации четкое соответствие ВОЗ-овским критериям и отсутствие разнобоя — непереносимое условие для всех нормативных актов.

Описанный нами прецедент — подача В. Ю. Дятловым в суд отрывков из трех сокращенных вариантов МКБ-10 вместо внятного разъяснения критериев органического расстройства личности — должен быть использован для прекращения подобной практики.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

А вот и сам конкретный пример человека, серьезно пострадавшего от описанных обстоятельств.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ НПА РОССИИ
на Андрея Бородин, 1977 г.рожд.**

БОРОДИН Андрей, 1977 г. рожд., проживающий в г. Смоленск, освидетельствован комиссией специалистов НПА России по его просьбе в связи с судебным делом по оспариванию диагноза.

На комиссию представил ксерокопии следующих документов:

1. Выписка из истории болезни № 448 Смоленского областного клинического диспансера № 3 от 22.06.2006 г.

2. Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 13 февраля 2007 года № 100/а (экспертиза проведена в ФГУ ГНЦСиСП им. В. П. Сербского).

3. Заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях от 3 марта 2008 года № 161/а (экспертиза проведена в ФГУ ГНЦСиСП им. В. П. Сербского).

4. Решение Ленинского районного суда г. Смоленска от 26 июня 2007 г. по делу № 2-137/07г.

5. Ответ Прокуратуры Промышленного района г. Смоленска № 601ж-08 от 17.09.2008 г. Бородину А.

6. Заявления Бородин А. на имя и.о. управляющего Смоленского ОСБ №360 от 09.12.2005 г.

Жалоб на самочувствие не предъявляет.

Анамнез (со слов освидетельствуемого и представленной документации).

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в селе Смоленской области. Был единственным ребенком в семье педагогов. Беременность и роды у матери протекали нормально, родился в срок, в раннем детстве развивался соответственно возрасту. Обстановка в семье была спокойной, доброжелательной. Рос спокойным, общительным, любознательным, неконфликтным, любил подвижные игры. Детские дошкольные учреждения не посещал, сначала сидел дома с матерью, а потом родители брали его с собой на работу. Мать и отец работали в интернате для слабобудящих и слабослышащих детей. Помнит, что проводил в интернате много времени, играл с воспитанниками.

В школу пошел с семи лет, учился хорошо, увлекался геометрией, историей. Был хорошо развит физически. Общеобразовательная школа находилась в 4 километрах от дома, и после занятий мальчик возвращался домой пешком. Отец преподавал физкультуру, и Бородин А. с детства занимался спортом, увлекался легкой атлетикой, лыжным спортом, шахматами. Любил участвовать в соревнованиях и обычно занимал призовые места. После окончания 11 классов поступил в Смоленский институт физкультуры, занимался на факультете тэквандо, дзюдо.

Проживал в общежитии. Рассказывает, что на его факультете учились студенты, которые были связаны с криминальными кругами, но он со всеми ладил, конфликтов не имел и в то же время оставался в стороне от любых неправомερных действий. В 1999 г. Бородин окончил институт и был призван на службу в армию. Быстро адаптировался, неуставным отношениям не подвергался, сам никогда не принимал в них участия. Прослужил два с половиной месяца и был демобилизован в связи с рождением сына.

Женился в 20 лет по любви, имеет троих детей: двух сыновей 9 и 2 лет и дочь 5 лет. Отношения в семье хорошие.

В 1999 г. Бородин А. был принят на работу в охрану Смоленского отделения Сбербанка. После прохождения медкомиссии ему было разрешено ношение и применение нарезного огнестрельного оружия. Впоследствии (до 2006 г.) он ежегодно проходил медицинскую комиссию, осматривался психиатром и наркологом и признавался здоровым. В 2005 году при прохождении медкомиссии окулистом был поставлен диагноз “кератоконус обоих глаз”, было рекомендовано хирургическое лечение.

Летом 2005 г. у Бородин А. произошел конфликт с начальником охраны, которому объявили взыскание за то, что один из участков оказался неохраняемым. Тот стал предъявлять претензии к Бородину, обвинил его в невыходе на работу. Бородин обвинений не принял, так как по графику у него дежурства не стояло. Бородин считает, что с этого времени отношение начальника к нему изменилось, он стал предъявлять Бородину необоснованные претензии, установил более низкий коэффициент на зарплату, давал ему меньшие премии... В связи с этим Бородин обращался с жалобами в профсоюз, к начальству. В итоге зарплата ему была ему восстановлена, после чего начальник охраны пригрозил, что следующую медкомиссию Бородин не пройдет и будет уволен по медицинским показаниям. 8 декабря 2005 г. начальник вновь пугал Бородин увольнением, говорил, что тот психически нездоров и медкомиссию не пройдет. В связи с этим, 9 декабря 2005 г. Бородин написал заявление на имя и.о. управляющего Сбербанком в Смоленске, описал ситуацию и просил принять меры по отношению к начальнику охраны.

В мае 2006 г. Бородин был направлен на обязательное ежегодное медицинское переосвидетельствование. После амбулаторного осмотра психиатром его направили на стационарное психиатрическое освидетельствование в ОГУЗ “Смоленский областной клинический диспансер № 3”, сославшись на сведения о нарушениях поведения в представленной на Бородин служебной характеристике. Согласно выписке из диспансера, с 15 по 31 мая 2006 г. Бородин находился на стационарном обследовании. Сам Бородин объясняет, что в это время у него была сессия (с 1995 г. Бородин обучался на заочном отделении экономического факультета Смоленского филиала Санкт-Петербур-

бургского института экономики и права), и он ежедневно являлся в институт, чему есть много свидетелей. В диспансер он приходил всего три раза: для беседы с врачом, для сдачи анализов и ЭЭГ, и третий раз на комиссию врачей.

31.05.2006 г. Бородин А. был осмотрен комиссией врачей совместно с зав. кафедрой, профессором А. С. Охапкиным. “Подэкспертный при освидетельствовании жалоб не предъявлял. Речь была ускоренной, в поведении был суетливым, старался произвести благоприятное впечатление. Рассказывал о конфликтной ситуации с руководством на работе. Отмечено, что у подэкспертного было неадекватное поведение на рабочем месте, отмечались кверулянтские тенденции. Мышление было инертным на фоне органического спектра, с элементами интерпретаций и соскальзывания; отмечалось искажение процессов обобщения. Эмоциональные реакции были неустойчивыми. Фон настроения был приподнятым”. Указано, что на основании результатов обследования и представленной характеристики с места работы, подэкспертному установлен диагноз: “Расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга” (Заключение СПЭ от 13.02.2007 г. № 100/а — лист 4 — приводятся данные из истории б-ни № 448).

2.06.2006 г. подэкспертный был освидетельствован медицинской комиссией по обязательному освидетельствованию работников, осуществляющих деятельность, связанную с источником повышенной опасности. При электроэнцефалографическом исследовании определялись умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. В психическом состоянии отмечалось, что подэкспертный ориентирован правильно. Память, внимание сохранены. Интеллект был достаточным, мышление последовательное, эмоции адекватные. Фон настроения был ровным, поведение адекватным. Психотической симптоматики в виде бреда, обманов восприятия не обнаруживал. При исследовании психологом обнаруживались “структурные изменения личности в виде искажения процесса обобщения”, соскальзывания наряду с инертностью мышления. Устанавливался диагноз: “Расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга” (Заключение СПЭ от 13.02.2007 г. № 100/а — лист 4).

На основании заключения медицинских комиссий от 31.05.2006 г. и 02.06.2006 г. Бородин А. был отстранен от работы, а впоследствии уволен. Бородин обратился в суд с иском о восстановлении на работе. В рамках судебного разбирательства была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского. По результатам исследования комиссия пришла к заключению, “что Бородин каким-либо психическим расстройством не страдает” (Заключение СПЭ от 13.02.2007 г. № 100/а — лист 8). 26 июня 2007 г. Ленинский районный суд г. Смоленска принял Решение о восстановлении Бо-

родина на работе и оплате ему времени вынужденного прогула.

29.06.2007 г. Бородин был освидетельствован медицинской комиссией на право ношения оружия в ООО “Медавтос” г. Москвы. После осмотра специалистами — психиатром, наркологом, офтальмологом и терапевтом, клинико-экспертная комиссия дала заключение, что Бородин способен выполнять деятельность с правом ношения и хранения оружия. Однако, к работе с оружием он допущен не был и вновь направлен на обследование по месту работы.

03.07.2007 г. по направлению Сбербанка (о возможности работать охранником с правом ношения оружия) Бородин проходил освидетельствование в ОГУЗ “Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер”. Руководствуясь своим заключением от 22.06.2006 г., диспансер вновь предложил Бородину пройти у них стационарную экспертизу. Бородин от стационарного обследования отказался. Он также выразил недоверие комиссии хозрасчетной поликлиники, выдавшей в 2006 г. заключение, что он не может работать охранником.

После восстановления на работе по суду, Бородин вновь столкнулся с предвзятым отношением к нему начальника охраны, конфликт продолжался. Бородин понимал, что в такой ситуации ему было бы лучше уволиться, но говорит, что не мог этого сделать. В это время он был основным кормильцем в семье, в которой родился третий ребенок. Кроме того, он должен был выплачивать льготный кредит, который взял в своем банке. Переход на другую работу резко ухудшал материальное положение семьи. Учитывая обстановку на работе, Бородин оформил отпуск по уходу за младшим сыном и сейчас работает в основном на дому (занимается фотографией, рекламой).

С целью добиться восстановления права на работу с оружием, которое позволяло зарабатывать существенно больше, Бородин обратился в суд с иском к ОГУЗ “Смоленский областной психоневрологический диспансер” о снятии ему медицинского психиатрического диагноза и о признании решения медицинской комиссии незаконным. По делу была назначена Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, которая проведена в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского 3 марта 2008 г. Экспертная комиссия не смогла ответить на вопросы, поставленные судом, и рекомендовала направить Бородину на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу с представлением дополнительных материалов, характеризующих его поведение и психическое состояние (показания родственников, соседей, знакомых, сотрудников по работе, бытовая характеристика). Суд вынес определение о проведении стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, которая назначена на 15.12.2008 г. в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского.

Перенесенные заболевания: в 5 классе лечился по поводу сколиоза позвоночника, примерно два раза

в год болеет простудными заболеваниями. Травмы головы, потери сознания отрицает, говорит, что, занимаясь в институте борьбой, не имел ни одного нокаута. Алкоголем не злоупотребляет, не курит.

При настоящем исследовании. Сомато-неврологическое состояние без особенностей.

Психическое состояние. Во время освидетельствования полностью ориентирован, контактен. Одет опрятно, в беседе доброжелателен, понимает цель проводимого исследования и старается произвести хорошее впечатление. На вопросы отвечает по существу, достаточно откровенно, не застреивая на излишних подробностях. Поведение правильное, соответствует ситуации, иногда несколько суетлив, мимика живая, адекватная. Голос хорошо модулирован, речь сопровождается жестами, иногда, отвечая на вопрос, волнуется, старается лучше объяснить, и темп речи ускоряется, но ответы понятны, последовательны. Охотно и последовательно излагает анамнестические данные, подчеркивает, что ему приходилось бывать в разных ситуациях и коллективах, но он всегда мог найти общий язык с людьми, и конфликтов у него не возникало. Очень тепло отзывается о родителях, рассказывает, что почти все выходные семья проводит у родителей жены или его, помогая им по хозяйству, но и родители помогают им продуктами из деревни. С любовью и гордостью рассказывает о своих детях, их маленьких достижениях в спорте, о жене. Доволен своей семьей. Говорит, что всегда был основным “добытчиком” в семье, хорошо зарабатывал, смог обеспечить семью собственным жильем. И сейчас спорит в основном из-за того, что не хочет снижать материальную обеспеченность семьи. В Смоленске трудно найти такую высокооплачиваемую работу, как была у него в банке, к тому же ему нужно выплачивать кредит, который был взят в связи с покупкой квартиры.

О конфликтной ситуации на работе говорит очень коротко, не вдаваясь в детали. Поясняет, что это его взгляд на ситуацию, а его оппонент, наверное, описал бы все по-другому. Говорит о том, что за время его работы в банке штат охраны сменился примерно дважды, осталось человек пять из тех, с кем он начинал работать. Увольняют легко, за малейшую провинность, и люди уходят, а он решил отстаивать свое право на эту работу, и этим вызвал недовольство начальства и разрастание конфликта. Считает, что на него дали плохую характеристику, и сведения из нее послужили основой для постановки ему психиатрического диагноза. Считает себя психически здоровым. Ситуацию оценивает достаточно критически. Настроение остается хорошим, верит в себя, в свои силы.

Память и интеллект соответствуют образу жизни и образованию. Продуктивной психотической симптоматики, суицидальных мыслей не обнаруживает.

Таким образом, при настоящем исследовании психических расстройств у Бородина не обнаружено. Гипертимный тип личности в данном случае является вариантом нормы.

Диагноз, установленный Бородину. Смоленским ПНД: *Расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга*, не соответствует данному случаю и является несостоятельным по следующим основаниям:

1) Ставя диагноз “расстройство личности”, комиссия не определила и не описала тип этих расстройств, что совершенно необходимо для квалификации состояния;

2) Комиссия также не определила характер и причину якобы имеющейся у Бородина дисфункции головного мозга — какого она генеза и какие личностные изменения могут ей соответствовать;

3) Согласно принятой в России международной классификации болезней 10-го пересмотра и традиционной российской психиатрической школе, расстройства личности (психопатии) — охватывают глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными патологическими ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций, и ведут к дезадаптации личности. Они проявляются еще в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости. У Бородина на протяжении всей жизни никаких трудностей в межличностных отношениях и поведении не отмечалось, наоборот он легко находил контакт с людьми и хорошо приспособивался и адаптировался в самых разных жизненных ситуациях. С 1999 г., работая в банке, он ежегодно проходил психиатрическое освидетельствование, и никаких личностных расстройств у него не отмечалось, вплоть до 2006 г. При психиатрических освидетельствованиях 2006 г. и позже врачи не описывали никаких расстройств личности, а диагноз “расстройства личности” был установлен на основе характеристики, выданной с работы. Упоминания о “неадекватном поведении на работе” и “кверулянтских тенденциях” звучат голословно.

При проведенных ранее экспериментально-психологических исследованиях Бородина отмечены некоторые особенности личности и поведения — “тенденция скрыть личностные проблемы”, “желание представить себя в благоприятном свете и отрицание имеющихся жизненных затруднений”, “тенденция к сохранению постоянных установок, стремление представить себя в благоприятном свете”, “стремление ориентировать собственное поведение на внешнего наблюдателя, ожидание одобрения”, “потребность во внимании, озабоченность своим социальным статусом”, которые могут быть ситуационно обусловлены и в любом случае не достигают уровня расстройств, поскольку речь идет всего лишь о “тенденциях”, “желании”, “стремлении” и т.п. Указанные особенности не ведут к дезорганизации поведения и психической жизни испытуемого и свидетельствуют о достаточно критичном отношении к себе и к ситуации, в которой он находится. Диагностическое заключение психолога Смоленского ПНД (упоминаемое в

заключении судебно-психиатрической комиссии экспертов ГНЦ им. Сербского от 13 февраля 2007 г.) — “структурные изменения личности в виде искажения процесса обобщения, соскальзывания наряду с инертностью мышления”, не подкреплено никакими примерами и не вызывает доверия. Формулировка “структурные изменения личности” требует содержательного раскрытия, а не ссылок на “искажения процесса обобщения, соскальзывания наряду с инертностью мышления”, которые не относятся к изменениям личности. Похоже, что термин “структурные изменения личности”, использован произвольно, чтобы оправдать выставленный диагноз. Но даже в этом случае, здесь нет указания на нарушения или расстройства, это всего лишь “изменения”, которые не носят патологического характера.

В Заключении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы от 3 марта 2008 года № 161/а говорится, что “в связи со сложностью клинической картины решить диагностические и экспертные вопросы в отношении Бородина при однократном амбулаторном освидетельствовании не представляется возможным” и рекомендуется проведение стационарной экспертизы. При этом эксперты не описывают вообще никакой клинической психопатологической картины. При таком описании психического состояния, которое сделали эксперты, они должны были повторить диагноз, выставленный экспертами ГНЦ им. В. П. Сербского ранее, — “Бородин как-либо психическим расстройством не страдает”. Для решения экспертных вопросов стационарная судебно-психиатрическая экспертиза не требуется. В случае, если в предоставленных дополнительно материалах (показания родственников, соседей, знакомых, сотрудников по работе, бытовая характеристика), которые рекомендуют собрать эксперты, будут содержаться сведения о нарушениях поведения Бородина, экспертные вопросы могут быть решены в амбулаторном порядке. При оценке характеристики с места работы следует учитывать конфликтные отношения Бородина с его начальником.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Бородин А. психическим расстройством не страдает. Диагноз “*Расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга*”, является необоснованным и не соответствует современной классификации болезней МКБ-10. Для решения диагностических и экспертных вопросов стационарная судебно-психиатрическая экспертиза не требуется.

Члены комиссии: Врачи-психиатры Г. М. Котиков, В. Н. Цыганова, Н. В. Спиридонова, медицинский психолог Л. Н. Виноградова

Стоит обратить внимание, что дело не только в тенденциозности служебной характеристики, фальсификация осуществлялась за счет избирательности представленных данных и учета только отрица-

тельной характеристики 2005 года, а ежегодно даваемые в течение предшествовавших пяти лет работы положительные характеристики якобы утеряны. Но их наличие подтверждается самим фактом продолжения работы.

Наконец, в течение 2005 года должна была найтись органическая мозговая причина изменения поведения, чтобы поставить диагноз F 07.00. К диагнозу “расстройство личности и поведения вследствие дисфункции головного мозга” привела презумпция доверия к отрицательной характеристике и оценка поведения А. Бородина (“суетлив, лжив и изворотлив”) на кратковременной консультации в диспансере в июне 2005 г. вне контекста его страха потерять работу и кредит в банке при только что родившемся третьем ребенке. После неформального общения с проф. А. С. Охапкиным, выставившим это диагноз, человеком самых высоких профессиональных качеств, я утвердился в том, что амбициозная жесткость, растянувшая решение этого конкретного случая на годы, отнявшая у всех столько сил, испортившая судьбу Андрея Бородина, связана с позицией д-ра Дятлова. Именно он представил суду плохо или вообще нечитаемые ксерокопии сокращенных вариантов МКБ-10. И, конечно, же с клиническим руководством, утвержденным приказом Минздрава РФ.

Каемся, мы не сверяли текст адаптированной редакции МКБ-10, утвержденной Минздравом в 1998 году, с текстом МКБ-10, вошедшим в клиническое руководство “Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств”, полагаюсь на немислимость каких-то содержательных изменений, на доверие к коллегам из министерства.

Я тотчас обратился к нескольким ответственным коллегам, имеющим административный и экспертный опыт. Один из них сказал, что для него это не нововость, и он просто не пользуется текстом из “Моделей диагностики...”. Многие, действительно, как и мы, используют для работы книжные издания МКБ-10. Но сколько используют разосланный повсеместно текст приказа министерства? Причем целых 12 лет.

А ведь это ключевой вопрос судов и антипсихиатров: у вас есть стандарты диагностики, официально утвержденные в нашей стране? Каковы эти критерии?

Мы ссылаемся в таких случаях на “Модели диагностики...”. А они, оказывается, утверждены в фальсифицированной редакции!

Разве можно это замалчивать? Необходимо дезавуировать этот документ и сослаться на книжный вариант. Необходимо также проанализировать, как такое могло произойти, нет ли еще и других искажений, и как квалифицировать 12 лет молчания. Прошедшее — лучшее конкретное доказательство необходимости общественного контроля.

Ю. С. Савенко

Психиатр-эксперт, адвокат и американский судебный процесс

В. В. Мотов (Тамбов)

В действующих в США Федеральных правилах представления доказательств (Federal Rules of Evidence) эксперт определяется (п. 702 Правил) как лицо, правомочное свидетельствовать по данному вопросу в силу имеющихся у него соответствующих знаний, квалификации, опыта, подготовки или образования. Эксперту, в отличие от свидетеля, разрешается не просто излагать факты, но формулировать свое мнение в форме заключения [1].

Защита и обвинение в Соединенных Штатах имеют равные права представлять экспертов, в том числе психиатров, для подкрепления своих доказательств. В большинстве штатов клинические психологи со степенью PhD¹ или PsyD² вправе давать экспертные заключения по тем же вопросам, что и психиатры [2].

Профессиональная подготовка американского судебного психиатра включает в себя, как минимум, четырехлетнюю резидентуру по общей психиатрии (во время которой рабочая нагрузка может достигать до 70 часов в неделю³), и годичную программу по судебной психиатрии. Частнопрактикующий судебный психиатр чаще всего не является “чистым” судебным психиатром, т.е. он имеет сертификат судебного психиатра, но судебно-психиатрическая практика — лишь часть его работы, нередко не более 30–40 %, остальные 60–70 % приходятся либо на прием и лечение психиатрических пациентов, либо на преподавание, либо на комбинацию того и другого. В некоторых штатах (в частности, в Канзасе) закон запрещает судебному психиатру давать экспертные заключения о стандарте лечения в делах о субстандартном психиатрическом лечении в том случае, если “лечебный компонент” (т.е. непосредственное лечение психиатрических пациентов) занимает менее 50 % его рабочего времени [3]. Таким образом, к примеру, канзасский судебный психиатр, дающий экспертное заключение относительно вопросов психиатрического лечения, обязан быть опытным психиатром-лечебником.

К настоящему времени в федеральных судах США и в 36 штатах⁴ бремя доказывания невменяемости возложено на обвиняемого [4]. Это означает, что не штат, но обвиняемый (в реальной ситуации — его адвокат) должен искать и находить психиатра, который согласится провести судебно-психиатрическое обследование обвиняемого за те деньги, которые сторона защиты может предложить⁵, и с помощью которого обвиняемый и его адвокат должны будут доказывать в суде невменяемость обвиняемого. Однако прежде чем получить возможность доказывать свою невменяемость в суде, обвиняемый, как минимум, должен быть способен по своему психическому состоянию участвовать в судебном процессе⁶. В одних штатах стандарт доказательства невменяемости — “ясное и убедительное доказательство” (clear and convincing evidence), уровень достоверности и степень очевид-

⁴ Из остающихся 14 штатов в 10 бремя доказательства лежит на стороне обвинения, т.е. не защита должна доказать невменяемость, но обвинение вменяемость обвиняемого “вне всяких разумных сомнений” (beyond a reasonable doubt), что является самым строгим стандартом доказательства, соответствующим примерно 90 % точности. В 4-х штатах защита на основании невменяемости вовсе отменена (прим. автора).

⁵ Если обвиняемый, психическое состояние которого вызывает серьезные сомнения, не имеет финансовой возможности нанять по своему выбору психиатра для проведения судебно-психиатрического обследования, штат обязан обеспечить ему “доступ к квалифицированному психиатру, который проведет соответствующее обследование и поможет в оценке, подготовке и презентации защиты”. *Ake v. Oklahoma*, 470 U.S. 68 (1985).

⁶ Что касается способности участвовать в судебном процессе, то решая *Pare v. Robinson* (1966) Верховный Суд США указал, что 14 поправка к Американской Конституции требует, чтобы суды проводили соответствующие слушания относительно способности обвиняемого предстать перед судом всякий раз, когда имеются “добросовестные сомнения” (bona fide doubt) в отношении такой способности... В отличие от судебно-психиатрического обследования для решения вопроса о (не)вменяемости, для проведения которого в большинстве штатов необходимы желание и инициатива самого обвиняемого, судебно-психиатрическое обследование для установления способности предстать перед судом может быть назначено практически во всех штатах вне зависимости от желания обвиняемого. На судебных слушаниях о способности предстать перед судом бремя до-

¹ PhD — Philosophy Doctor — ученая степень, примерно соответствующая степени кандидата наук в России.

² PsyD — Psychology Doctor — примерно соответствует российской “кандидат психологических наук”.

³ Частная коммуникация автора с американскими врачами, проходившими резидентуру по психиатрии в George Washington University в 2002 г.

ности которого оцениваются примерно в 75 %, в других — “перевес доказательств” (preponderance of the evidence) т.е. доказательство с очевидностью чуть более 50 % [5]. Если защита нанимает психиатра для проведения судебно-психиатрической экспертизы, обвинение, как правило, делает то же самое. Основное соображение, которым руководствуются стороны при выборе экспертов — судебно-психиатрическое заключение и последующие показания эксперта в суде должны усиливать позицию стороны. Результат — реально состязательный судебный процесс⁷.

Взаимодействие судебного психиатра и адвоката

Желая нанять судебного психиатра, адвокат, обычно, звонит ему по телефону и кратко излагает

казывания неспособности возлагается на обвиняемого, при этом в 46 из 50 штатов и в федеральных судах применяется самый “нетребовательный” стандарт доказательства — “перевес доказательств”, т.е. чуть более 50 % достоверности. См. AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competency to Stand Trial (2007).

Стоит отметить, что в этих Практических рекомендациях Американской академией психиатрии и права термины “способность предстать перед судом” (competency to stand trial) и “способность участвовать в судебном процессе” или “способность участвовать в судебных процедурах” (competency to proceed with adjudication) используются как синонимы, с чем, по-видимому, согласятся не все американские юристы. Например, в капитальном (более 1200 страниц) руководстве по психиатрии и праву Law and the Mental Health System. Civil and Criminal Aspects. 3rd Ed., West Group, St. Paul, Minn, 1999 его авторы — профессора права R. Reisner, C. Slobogin и ст. преподаватель права A. Rai определено разделяют эти понятия. Они полагают, что способность участвовать в судебном процессе или способность участвовать в судебных процедурах (competency to proceed) включает в себя и способность предстать перед судом (competency to stand trial), т.е. способность участвовать в судебном процессе на стадии установления вины, и способность быть приговоренным (competency to be sentenced), т.е. способность понимать судебные процедуры и помогать своему адвокату на стадии вынесения приговора, и, например, способность участвовать в процедуре замены probation реальным наказанием (sarasity to probation revocation proceedings) См. стр. 930, 935 Руководства.

⁷ Как отмечается в комментарии к параграфу 4 Этических рекомендаций для практики судебной психиатрии Американской академии психиатрии и права, “состязательный характер большинства судебных процессов создает дополнительные трудности для судебно-психиатрической практики. Психиатры, будучи наняты одной стороной в гражданском или уголовном деле, подвергаются риску формирования у них неумышленной предвзятости и опасности искажения своих заключений. Обязанность психиатров — минимизировать такие опасности, действуя честно и стремясь к объективности заключений” См. American Academy of Psychiatry and the Law Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry (IV. Honesty and Striving for Objectivity, Commentary), Adopted May, 2005, <http://www.aapl.org>, до ступ 12 февраля 2010.

суть дела и вопросы, на которые он хочет получить ответ. Реже — посылает письмо или e-mail (информацию о судебных психиатрах можно найти в имеющемся в каждом штате реестре экспертов штата, профессиональных журналах, на специализированных интернет-сайтах и т.д.). Если психиатр дает предварительное согласие, он направляет адвокату по факсу или по электронной почте копию своего curriculum vitae, если отказывается от предложения — обычно рекомендует кого-то из коллег.

Если адвокат удовлетворен полученной информацией о профессиональной подготовке эксперта, подписывается договор о найме, в котором, в частности, указывается ставка почасовой оплаты⁸ (час работы психиатра в суде стоит дороже, чем час психиатрического обследования или работы с документами), размер предварительного гонорара и ряд др. условий. В выпущенных в 2007 г. Американской академией психиатрии и права Практических рекомендациях для судебно-психиатрической оценки способности предстать перед судом, находим следующий параграф: “Психиатру, выполняющему функции эксперта, следует прояснить соглашение об оплате с нанимающим его адвокатом до начала судебно-психиатрического обследования. Если для поддержки заключения необходимы консультация психолога, исследования с применением методов визуализации или лабораторные тесты, психиатру, прежде чем договариваться с соответствующими специалистами об их проведении, следует обсудить потребность в таких исследованиях с нанявшим его адвокатом ... Психиатрам не следует проводить обследование для определения способности испытуемого участвовать в судебном процессе (как и любое другое судебно-психиатрическое обследование) на основе “оплаты за результат”, т.е. когда размер оплаты зависит от результата экспертизы или судебного решения по данному делу. Хотя оплата в зависимости от результата может быть подходящей в случае адвокатов, подобного рода соглашения об оплате могут подорвать объективность психиатра и являются неэтичными” [6].

Необходимую для экспертизы документацию эксперт запрашивает у нанявшего его адвоката. Эксперт защиты до начала непосредственного обследования подзащитного обязан получить его информированное согласие. В случае, когда экспертизу назначает суд, эксперту нет необходимости получать информированное согласие испытуемого [7].

По завершении обследования психиатр встречается с нанявшим его адвокатом и сообщает ему свое мнение по интересующим адвоката вопросам. Свое заключение он излагает пока что устно. Если оно не

⁸ В беседах с американскими коллегами на 162 съезде АПА в Сан-Франциско (май 2009г) назывались цифры в пределах \$200 — \$700, в зависимости от характера дела, квалификации эксперта и т.д. (прим. автора).

вписывается в разработанную адвокатом стратегию защиты, адвокат может отказаться от услуг данного эксперта и, оплатив проделанную им работу, нанять другого. Если же выводы эксперта подкрепляют, усиливают линию защиты, адвокат предлагает эксперту начать готовить письменное заключение. При этом он может просить представить заключение в окончательном виде лишь тогда, когда он (адвокат) об этом дополнительно сообщит — к готовому экспертному заключению получает доступ противоположная сторона, а слишком раннее ее ознакомление с результатами экспертизы может подорвать выбранную адвокатом линию защиты.

За несколько дней до судебного слушания эксперт, обычно, проводит встречу со своим адвокатом: обсуждаются наиболее уязвимые места экспертного заключения, “репетируются” ответы эксперта, как на конкретные вопросы “своего” адвоката, так и предполагаемые вопросы адвоката противоположной стороны, разрабатываются способы противодействия приемам, которыми последний ранее пользовался с целью дискредитации экспертных заключений, анализируются демографические данные и уровень образования присяжных, манера ведения дел данным судьей, информация о параметрах судебного зала, наличии микрофона и т.д. [8].

Психиатр-эксперт в суде

Информацию о дате, времени и месте суда эксперт, обычно, получает от нанявшего его адвоката. Явившись в назначенное время (судебное заседание, обычно уже идет, и адвокат находится в зале суда), эксперт сообщает о своем прибытии запиской адвокату или непосредственно секретарю судьи, после чего ожидает вызова в коридоре или комнате для присяжных.

Получив от судебного пристава разрешение войти, сразу направляется к месту для дачи свидетельских показаний, где приводится судебным приставом к присяге (принимает на себя обязательство говорить в суде только правду). Далее суд приступает к рассмотрению вопроса о допуске эксперта в качестве “эксперта” в судебном смысле этого слова или эксперта по данному делу. Эксперт должен быть квалифицирован судом как “эксперт” в каждом деле заново. Не имеет значения, сколько раз он выступал в судах в качестве эксперта прежде, из данного правила нет исключений.

После заслушивания CV и другой информации, имеющей отношение к профессиональной подготовке эксперта, судья задает вопрос адвокату противоположной стороны, признает ли он данного доктора в качестве эксперта в данном деле. В случае отказа, судья приглашает адвокатов сторон к своему столу и *in private* обсуждает с ними основания для сомнений в компетентности эксперта. Если возражения снимают-

ся, судья объявляет о допуске данного психиатра в качестве эксперта. В противном случае судья может принять решение о непризнании данного психиатра экспертом в данном деле (насколько мне известно, подобное маловероятно, по крайней мере, в отношении сертифицированных психиатров с действующей лицензией) и психиатр должен покинуть зал судебных заседаний, а сторона, его пригласившая, искать нового эксперта [9].

Прямой допрос

После решения вопроса о допуске, начинается допрос эксперта “своим” адвокатом или “прямой допрос” (*direct examination*). Цель — представить результаты экспертизы в наиболее понятной для присяжных форме, последовательно, логично и убедительно.

В ходе прямого допроса задавать эксперту наводящие вопросы запрещается [10]. На прямом допросе эксперт, обычно, не испытывает каких-либо затруднений, поскольку и характер вопросов, и содержание ответов обсуждались с адвокатом заранее. Основной вопрос, который будет задан эксперту на данной стадии — сформировал ли он свое экспертное заключение по исследуемым вопросам “с надлежащей медицинской определенностью” (*reasonable medical certainty*). Как отмечают Resnick и Knoll (2007), определение термина “надлежащая медицинская определенность” варьирует в зависимости от юрисдикции. Во многих штатах это просто означает “более вероятно, чем нет” [11].

“Присяжным следует сказать то, что им необходимо знать, но не *все*, что *Вы* знаете”, — продолжают Resnick и Knoll и напоминают, что примерно через 20 минут после начала ответов эксперта, внимание присяжных начинает рассеиваться, а потому рекомендуют говорить в энергичной манере, кратко, просто, чаще использовать ответы, состоящие из одного слова, при этом держаться уверенно, с достоинством и, в то же время, скромно. [12]. Что присяжные хотят от эксперта более всего, так это то, чтобы его показания имели вид относящегося к делу и основанного на фактах рассказа, излагаемого ясно и недвусмысленно, в искренней и уважительной манере и не вызывающего ощущения скуки [13].

Правильно выбранная экспертом одежда может компенсировать возможное предубеждение присяжных в отношении пола, расовой принадлежности, возраста эксперта. “Одевайтесь как на похороны, но надейтесь, что не Ваши”, — шуточно советует канадский коллега J. Thomas Dalby [14].

По мнению Gutheil (2000), компоненты, внушающие присяжным доверие к экспертным показаниям, включают в себя визуализацию презентации (диаграммы, таблицы и т.д.), описательный стиль изложения, адаптацию языка эксперта к уровню понимания

присяжных, избегание прямой критики показаний эксперта противоположной стороны [15].

Stamer, Brodsky and DeCoster (2009), показали, что степень уверенности эксперта в себе не имеет прямой связи со степенью доверия к нему присяжных и наиболее эффективный эксперт может не быть наиболее уверенным в себе. Они также идентифицировали следующие вербальные и невербальные факторы, повышающие убедительность экспертной презентации и поддающиеся улучшению в процессе подготовки эксперта к выступлению в суде: твердый голос, ясность речи, плавный, умеренный ее темп, повествовательный стиль, готовность признать не “абсолютную”, но “разумную” достоверность своих выводов, хорошая осанка, сдержанность, уравновешенность, устойчивый зрительный контакт, внимание к вопросам, ответы по существу вопроса, адекватная организация информации, относящейся к образованию и профессиональной подготовке эксперта [16].

Перекрестный допрос

Доброжелательная атмосфера прямого допроса резко меняется, когда начинается допрос эксперта адвокатом противоположной стороны или перекрестный допрос (cross-examination).

Как заметил судья Верховного Суда США White в своем особом мнении в деле *United States v. Wade* (1967): “Адвокат защиты не имеет... обязательства устанавливать или предьявлять правду... Если он способен сбивать с толку свидетеля, даже говорящего правду, или представлять его в невыгодном свете, неуверенным или нерешительным, это будет его обычной линией поведения... адвокат защиты будет подвергать перекрестному допросу свидетеля обвинения и оспаривать, если может, его показания даже тогда, когда полагает, что свидетель говорит правду, точно так же, как он будет пытаться опровергнуть свидетеля, который, по его мнению, лжет... В рамках нашей модифицированной состязательной системы и обязанностей, возложенных на уважаемого адвоката защиты, мы одобряем или требуем [от адвоката] поведения, которое часто имеет мало, если имеет вообще, отношения к поискам правды” [17].

Опытный эксперт знает, что адвокат противоположной стороны в течение многих часов внимательно читал не только настоящее и прежние экспертные заключения, но и его книги, научные статьи, публикации в СМИ, пытаясь найти неточности, противоречия, ошибки. Так же внимательно изучал адвокат и персональную информацию об эксперте (CV, Web-сайт эксперта и т.д.), надеясь обнаружить нечто, имеющее потенциал дискредитировать эксперта в глазах присяжных.

Цель адвоката на перекрестном допросе — убедить присяжных в необоснованности, ненадежности, внутренней противоречивости экспертного заключения, подорвать доверие к информации, полученной

ходе прямого допроса эксперта. Используемая им тактика нередко укладывается в старое известное в юридической среде изречение: “Если перед вами факты, оспаривайте факты. Если перед вами закон, оспаривайте закон. Если нет ни того, ни другого, просто спорьте” [18].

Тревога и стресс, продуцируемые атмосферой перекрестного допроса, могут привести неопытного коллегу в состояние близкое к смятению. Остро ощущая одновременно и собственную неспособность сформулировать ясный ответ на заданный вопрос, и потребность сказать хоть что-то, эксперт может начать “пустословить” (в надежде, что если не какое-то одно слово, то их совокупность окажется полезной), при этом, его речь, по замечанию T. Gutheil, временами может напоминать речь человека с нарушениями мышления [19]. Анализируя ответы психиатров-экспертов на перекрестном допросе, Gutheil пишет: “Иногда 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” [20].

Впрочем, перекрестный допрос — серьезное испытание не только для начинающего судебного психиатра. Dr. Elizabeth Loftus — профессор психологии и права Калифорнийского университета (Irvine), почетный доктор ведущих университетов Великобритании, Голландии, Норвегии, Израиля. Она входит в число 100 выдающихся психологов XX века по версии *Review of General Psychology* (общее место 58-е, среди женщин-психологов — первое) и считается крупнейшим специалистом в области исследований человеческой памяти [21]. 26 октября 2006 г. прокурор Patrick Fitzgerald подверг ее перекрестному допросу (в качестве эксперта защиты) в деле по обвинению Lewis Libby (бывший помощник президента США Джорджа Буша и бывший руководитель администрации вице-президента США Чейни) в лжесвидетельстве и препятствии отправлению правосудия. Цитата из газеты “The Washington Post”: “Когда Fitzgerald получил возможность провести перекрестный допрос Loftus в отношении полученных ею данных [о том, что многие потенциальные присяжные не представляют себе реальных границ человеческой памяти], он заставил ее заикаться, объясняя свои собственные работы и опровергать свои прежние утверждения. Цитируя несколько ее публикаций, сноска и работ ее коллег, Fitzgerald заставил Loftus признать, что методика, которой она время от времени пользовалась на протяжении своей долгой академической карьеры была ненаучной, что ее выводы в отношении памяти были противоречивы и что она, к выгоде защиты, преувеличила цифровые данные и результаты

своего исследования присяжных в округе Колумбия. Когда Fitzgerald нашел в одной из ее книг строку, породившую сомнение в отношении исследования, которое она цитировала в суде, Loftus ответила: “Не понимаю, как я могла не обратить внимания на эту строку”. “Мне нужно было перепроверить это”, — сказала Loftus, когда Fitzgerald процитировал строку из ее книги, в которой преувеличивались [цифровые показатели] ее собственного исследования, и из которой следовало, что “большинство присяжных” рассматривают память как эквивалент воспроизводящейся видеозаписи. Между тем в ее оригинальном исследовании было показано, что подобное справедливо лишь для [психо]травмирующих событий, но даже в этом случае лишь 46 % потенциальных присяжных полагали, что процесс воспроизведения событий в памяти можно сравнить с воспроизведением видеозаписи. Было несколько моментов, когда Loftus казалась полностью застигнутой врасплох Fitzgerald и в зале суда возникала очень неловкая тишина. Один из таких моментов случился, когда Loftus утверждала, что никогда не встречалась с Fitzgerald прежде. Тогда он напомнил ей, что ранее он уже подвергал ее перекрестному допросу, когда она выступала в качестве эксперта защиты, а он был обвинителем, представлявшим офис Нью-Йоркского прокурора” [22].

Квалифицированный адвокат, обычно, формулирует свои вопросы эксперту таким образом, чтобы как можно более сузить границы, внутри которых должен находиться предполагаемый ответ; при этом он стремится не только свести к минимуму влияние эксперта на присяжных, но и рассказать историю обвиняемого в выгодном для стороны свете. Один из методов, с помощью которых адвокат противоположной стороны пытается контролировать эксперта — настойчивые требования, отвечать на вопросы лишь “да” или “нет”. У эксперта, однако, есть право отказаться делать это, т.к. он присягал говорить в суде “правду, одну только правду и ничего, кроме правды” и обратиться к судье, если ведущий перекрестный допрос адвокат ограничивает его возможность отвечать на заданный вопрос [23].

Адвокат может предпринять попытку подорвать доверие присяжных к эксперту разными способами: начинающего коллегу он может пытаться дискредитировать, указывая на его недостаточный экспертный опыт, или, что ему, например, не удалось получить с первого раза сертификат специалиста; эксперта с большим опытом — утверждениями, что частые приглашения сторон свидетельствуют об его умении выгодно продать себя. Эксперту, например, может быть задан, с точки зрения российского судебного психиатра, “естественный” вопрос, является ли он профессиональным экспертом. В Америке, однако, словосочетание “профессиональный эксперт” ассоциируется с термином “hired gun” (в дословном переводе — что-то вроде “наемного убийцы”), обозначающим

морально коррумпированного специалиста, получающего преобладающую часть своего дохода от экспертной работы и выступающего в большинстве случаев, либо только как эксперт обвинения, либо — только защиты, который востребован не потому, что наиболее квалифицирован и беспристрастен, а потому, что “торгует справедливостью”, принося ее в жертву интересам нанявшей его стороны. Resnick и Knoll советуют эксперту, получившему такой вопрос, отвечать: “Моя профессия — психиатр. Так случилось, что меня часто просят выступать в качестве эксперта по психиатрическим вопросам” [24].

“В случаях проявления явного неуважения (что редко), как например: “Я вижу, вы практикуете всего лишь 2 года” или, когда к женщине — врачу обращаются “госпожа”, а не “доктор”, не обращайтесь к ней и будьте вежливы. Суд поймет, кто проявляет достоинство, а кто демонстрирует неуважение. Я видел судей, которых возмущала такая тактика и они ставили на место адвокатов, проявляющих неуважение к эксперту⁹. Если юрист вынужден прибегать к подобной тактике, он, либо неквалифицирован, либо не имеет возразить что-либо по существу Вашего заключения. Трудно оставаться невозмутимым, когда Вас назойливо раздражают, но просто помните, что Вы в суде не один” [25].

В попытке продемонстрировать предвзятость эксперта, адвокат противоположной стороны может задать вопрос об оплате. “Будучи спрошен, сколько ему заплатили за его показания в суде в качестве эксперта, эксперт может ответить: “Мне платят не за мои показания. Мне платят за мое время, как и другим профессионалам, присутствующим в зале суда” [26].

⁹ В 1994 г. в деле по обвинению Alex Hugh в умышленном убийстве, обвинитель Mr. Zawada на перекрестном допросе эксперта защиты заявил, что последний сфабриковал диагноз психического заболевания, т.к. защита оплачивает его работу, и что психиатры — эксперты помогают преступникам избежать наказания. На поведение обвинителя была подана жалоба, и дисциплинарная комиссия Американской коллегии адвокатов вынесла решение о наложении дисциплинарных санкций на Mr. Zawada. Верховный Суд штата Аризона, рассматривая адекватность санкций дисциплинарной комиссии (*In re Zawada*, 92 P. 3d 862 (Ariz. 2004)), решил, что Mr. Zawada должен быть временно отстранен от работы, а после ее возобновления, ему должен быть установлен испытательный срок, кроме того, он должен прослушать обязательный 15 часовой образовательный курс о том, как юристу следует использовать экспертное заключение и реагировать на показания эксперта в суде, и оплатить расходы, связанные с проведением в отношении него дисциплинарных процедур. См. J. Farrell, S. Tisza: *Forensic Ethics. Suspension and other Sanctions Imposed on an Arizona State Prosecutor Who Showed Disrespect for and Prejudice against Mental Health Experts during Trial.*

J Am Acad Psychiatry Law 33:405-406 (2005).

Участие психиатра в разных делах то в качестве эксперта обвинения, то — защиты, уменьшает вероятность предъявления претензий о наличии предвзятости.

По завершении перекрестного допроса эксперта “свой” адвокат получает возможность задать эксперту дополнительные вопросы (если они у него появились), т.е. проводится повторный прямой допрос. Вопросы, задаваемые на повторном прямом допросе, могут касаться лишь той порции информации, которая получена в ходе перекрестного допроса. После повторного прямого допроса могут, в свою очередь, возникнуть дополнительные вопросы у “чужого” адвоката, и судья может разрешить подвергнуть эксперта повторному перекрестному допросу, но, опять-таки, в отношении лишь той информации, которая получена на повторном прямом допросе. Допросы, таким образом, становятся короче и короче.

До того как эксперт покинет свое место, судья может задать ему вопросы сам. Некоторые судьи практикуют это, другие оставляют все вопросы на усмотрение адвокатов сторон. Если вопросов нет, судья благодарит эксперта и отпускает его. Эксперт сразу покидает зал суда. При этом он не должен останавливаться и разговаривать со своим адвокатом или задерживаться, чтобы посмотреть как будут далее развиваться события, поскольку и то и другое наводит присяжных на мысль о чрезмерной заинтересованности эксперта в результатах дела [27].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА В ЭПОХУ EVIDENCE-BASED PRACTICE¹⁰

“В начале 1990-х гг., — пишут Glancy и Saini в своей статье, опубликованной в последнем номере Журнала Американской академии психиатрии и права, — произошли два отдельных, но равных по значимости события, каждое из которых изменило взаимоотношения между судебной психиатрией и правом.

¹⁰ Встречаясь в англоязычных публикациях с терминами evidence-based medicine, evidence-based practice, evidence-based что-то еще, человек, для которого английский — не родной язык (как в моем случае), обычно относится к ним нейтрально, не испытывая ни отвращения, ни удовольствия. Между тем переводимые дословно, как “медицина, основанная на доказательствах” или “доказательная медицина” и “практика, основывающаяся на доказательствах” или “доказательная практика”, и в таком виде употребляемые здесь, в России, эти неуклюжие словосочетания, насколько знаю из бесед с коллегами, для многих — Оруэлловский “новояз” в действии.

Суть evidence-based medicine, evidence-based practice — научный метод. Термин “научная медицина”, передает смысл выражения “evidence-based medicine” гораздо точнее, чем незаконнорожденный неологизм. То же относится и к “научно обоснованной практике” для evidence-based practice. (прим. автора).

Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc.¹¹ (1993) и научно обоснованная практика — НОП (evidence-based practice), — оба появились как элементы, стимулирующие выявление и использование в процессе выработки судебных решений лучшего из имеющихся научных доказательств. Оба подчеркивают необходимость тщательной оценки исследовательских методов, подкрепляющих доказательства, до того как результаты [полученные с помощью этих методов] могут быть экстраполированы на определенную юридическую (Daubert) или практическую (НОП) ситуацию. Более того, оба события вызвали сдвиг в направлении прозрачности процедур, используемых для ответа на научные вопросы... Научные знания могут быть получены с помощью систематических обзоров, рандомизированных контролируемых исследований, исследования качественных показателей, когортных исследований, изучения методом: случай — контроль, неконтролируемых исследований или с помощью экспертного сообщества. Научные доказательства, далее, могут быть дифференцированы в отношении их качества, значимости, надежности, точности и воспроизводимости результатов... Daubert и НОП применяются ко всем типам научного знания и доказательствам любого уровня” [28].

Дело Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals — одно из наиболее известных американским судебным психиатрам. Jason Daubert and Eric Schuller, матери которых в период беременности употребляли противорвотный препарат Bendectin, родились с дефектами конечностей. Они и их родители подали иск против Merrel Dow — фармацевтической компании — производителя Bendectin. Нанятый фармкомпанией эксперт представил в суде документы, свидетельствующие, что в научных публикациях нет каких-либо данных о связи Bendectin с врожденными дефектами. Эксперты истцов привели сведения о тератогенных свойствах Bendectin, полученные в результате химического структурного анализа, лабораторных исследований на животных, а также на основании неопубликованного и не подвергавшегося рецензированию повторного анализа научных публикаций по теме. Суд решил, что эти доказательства не соответствуют Frye-тесту — стандарту, регулировавшему с 1923г. допуск научных данных в качестве доказательства в американских судах, в соответствии с которым научная техника или методика, на которую опирается эксперт при подготовке своего заключения, должна быть общепризнанной среди ученых соответствующей области. Вынесенное в пользу фармацевтической компании судебное решение было обжаловано истцами. Федеральный окружной апелляционный суд подтвердил решение суда первой инстанции. В 1993г. дело принял к рассмотрению Верховный Суд США.

¹¹ Подробнее об этом деле ниже в тексте статьи. (прим. автора).

Верховный Суд отменил решение апелляционного суда, указав, что в соответствии с Федеральными правилами представления доказательств “общеизвестность” не является необходимым условием для допуска научных данных в качестве доказательства в федеральных судах и направил дело на новое рассмотрение.

В своем решении по этому делу Верховный Суд США возложил на судей первой инстанции функции “контролеров”, обязанных внимательно анализировать экспертные заключения (прежде чем допустить подготовивших эти заключения экспертов давать показания и объявлять свои выводы в зале суда) и “отсеивать” те, которые не имеют твердой научной основы. Суд также сформулировал ряд критериев, которыми должен руководствоваться судья, решая подобные вопросы. В частности, судья обязан выяснить: (1) поддаются ли проверке теории и методы, на которых эксперт основывает свои выводы, (2) подвергались ли эти теории и методы профессиональной экспертизе и были ли опубликованы, (3) в отношении определенных научных методик — известен ли их потенциальный коэффициент ошибок и существуют ли стандарты, регулирующие их применение, а также (4) степень признания в научном сообществе, к которому данная теория или метод имеют отношение [29].

Эти сформулированные Верховным Судом США критерии, известные как критерии Daubert, в сущности, есть применение evidence-based practice к судебной ситуации. К настоящему времени ими пользуются судьи в большинстве штатов при решении вопроса о допуске экспертного заключения (в том числе судебно-психиатрического) в качестве доказательства в суде.

Признательность: Я благодарен *Richard A. Ratner, MD* — клиническому профессору психиатрии в медицинской школе университета Джорджа Вашингтона и адъюнкт профессору в Национальном центре права Джорджтаунского университета, Вашингтон, округ Колумбия за консультации, которыми я пользовался при подготовке данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Federal Rules of Evidence (2003): Article VII Opinions and Expert Testimony. Rule 702. Testimony by Experts, <http://www.law.cornell.edu/rules/free/overview.html>, доступ 8 ноября 2009 г.
2. *Мотов В. В.* Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права. — М: ФОЛИУМ, 2008. — 252с.

3. *Gutheil T., Simon R., Hilliard J.* “The Wrong Handle”: Flawed Fixes of Medicolegal Problems in Psychiatry and the Law. *J Am Acad Psychiatry Law* 33:4:432-436, 2005.
4. The Insanity Defense Among the States. <http://criminal.findlaw.com/crimes/more-criminal-topics/insanity-defense/the-insanity-defens>, доступ 15 февраля 2010 г.
5. *Simon R.* Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians, 3rd ed. American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC, London, England, 2001, at 254, 256.
6. AAPL Practice Guideline. Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial. *J Am Acad Psychiatry Law* 35, 34 Supplement, p. S28, 2007.
7. *Honor S., Sullivan J.* Conducting Criminal Forensic Neuropsychological Assessments: Pragmatic Considerations, in *Clinical Neuropsychology in the Criminal Forensic Setting*. Edited by R. Denney, J. Sullivan. The Guilford Press, 2008, pp. 326 – 348.
8. *Мотов В. В.* Американский психиатр-эксперт в зале суда. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. 47. М., 2009. С. 18 – 30.
9. Ibid.
10. Merriam-Webster’s Dictionary of Law: Merriam-Webster Inc. Springfield, Massachusetts, 1996, at 139.
11. *Resnick P., Knoll J.* Being an Effective Psychiatric Expert Witness. *Psychiatric Times*. Vol. 24 No 6, Vov. 1, 2007.
12. Ibid.
13. *Babitsky S., Mangraviti J.* Cross-Examination: The Comprehensive Guide for Experts. Falmouth, Mass: Seak, Inc; 2003.
14. *Dalby J.* On the Witness Stand: Learning the courtroom tango, *Can Fam Physician* 53:65-70, 2007.
15. *Gutheil T.* The Presentation of Forensic Psychiatric Evidence in Court. *Israel J Psychiatry Rel Sci* 37:137-44, 2000.
16. *Cramer R., Brodsky S., DeCoster J.* Expert Witness Confidence and Juror Personality: Their Impact on Credibility and Persuasion in the Courtroom. *J Am Acad Psychiatry Law* 37:63-74, 2009.
17. *United States v. Wade*, 388 U.S. 218 (1967), page 388 U.S. 256, 257, 258 <http://supreme.justia.com/us/388/218/case.html#223>, доступ 10 февраля 2010.
18. *Fisher J.* Presenting Neuropsychological Findings, Opinions, and Testimony in the Criminal Court in *Clinical Neuropsychology in Criminal Setting*. Edited by R. Denny, J. Sullivan. The Guilford Press, 2008, at 376.
19. *Gutheil T.* The Problem of Evasive Testimony: The Expert “Waffle”. *J Am Acad Psychiatry Law* 35:112-17, 2007.
20. Ibid. at 112 – 13.
21. Elizabeth Loftus. Wikipedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Elizabeth_Loftus, доступ 15 февраля 2010.
22. *Leoning C.* In the Libby Case, A Grilling to Remember. *The Washington Post*, October 26, 2006 at <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/10/26/AR2006102601612.html>, доступ 15 февраля 2010.
23. *Dalby J.* On the Witness Stand...
24. *Resnick P., Knoll J.* Being an Effective Psychiatric Expert...
25. *Dalby J.* On the Witness Stand...
26. *Resnick P., Knoll J.* Being an Effective Psychiatric Expert...
27. Ibid.
28. *Glancy G., Saini M.* The Confluence of Evidence-Based Practice and Daubert Within the Fields of Forensic Psychiatry and the Law. *J Am Acad Psychiatry Law* 37:438-441, 2009.
29. *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals* (92 – 102), 509 U.S. 579 (1993) <http://www.forensic-psych.com/articles/caseDaubertvMerrellDow.php>, доступ 12 февраля 2010.

Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права 2009, № 3

В. В. Мотов (Тамбов)

Статья доцента права из университета Сан-Франциско Richard A. Leo “**Ложные признательные показания: причины, следствия и значение**” (False Confessions: Causes, Consequences, and Implications), с моей точки зрения, — лучшая в третьем номере Журнала. Сплав красоты и пользы. Красоты в смысле авторского языка — качественного, гибкого, делающего чтение удовольствием. Пользы, имея в виду, что значительная часть рассматриваемых автором вопросов остается (несмотря на их значимость для адекватной судебно-психиатрической оценки показаний испытуемых) за рамками типичных руководств по судебной психиатрии.

Как отмечает автор, ложное признание в совершении преступления состоит из двух элементов: (1) допущения “я сделал это” и (2) последующего детального рассказа о преступлении, которое делающий такое признание, в действительности, не совершал. Поскольку непрофессионалы обычно не знают всего, что происходит во время полицейских допросов, они, по словам автора, продолжают “верить в миф”, что невиновный человек может дать ложные признательные показания лишь тогда, когда он подвергается физическим пыткам или психически болен. Автор разделяет все ложные признания на три категории: (а) добровольные, (б) в результате уступки полицейскому давлению, (с) в результате убеждения.

К добровольным ложным признаниям он относит те, что обусловлены либо внутренними психологическими потребностями человека, либо воздействием на него кого-то, не имеющего отношения к полиции. По данным автора, добровольные ложные заявления о совершении преступления в большинстве случаев являются результатом психологических или психических расстройств. В то же время не следует упускать из виду, что подобного рода признания могут даваться и психически здоровыми субъектами с целью отвести подозрение от реального преступника, предоставить алиби в случае совершения более серьезного преступления или как способ отмщения определенному человеку.

Признание как уступка — результат полицейского давления, принуждения, стресса. Как замечает автор, если в прежние времена главной причиной подобных признаний было физическое принуждение, в современной Америке на смену ему пришло психологическое принуждение в виде комбинации угроз и обещаний. “В отличие от большинства техник полицейско-

го допроса, — пишет автор, — обещания и угрозы не являются нормой и не узаконены; более того, и в психологии, и в юриспруденции они рассматриваются как принуждение. Нетрудно понять, почему угрозы и обещания в комбинации со стандартными методами допроса, такими как непрерывные обвинения, резкая критика отрицания подозреваемым своей вины, ложь о несуществующих доказательствах, давление и принуждение, могут заставить субъекта осознанно признаться в совершении преступления, которое он не совершал. В сущности, подозреваемый приходит к убеждению, что выгоды признания (например, освобождение из заключения, смягчение наказания) превышают цену отрицания (арест, более суровое наказание). Это может быть в особенности справедливо в отношении тех подозреваемых, которые наивно верят, что факт их невиновности, в конце концов, оправдает их”. Уместно напомнить, что пятая поправка к Конституции Соединенных Штатов запрещает принуждать любого человека свидетельствовать против самого себя в уголовном деле. Кстати, в правовом дайджесте рассматриваемого номера Журнала дается краткий анализ дела *Iowa v. Decker* (744 N.W. 2d 346 (Iowa 2008)), где суд отказался допустить в качестве доказательства по делу материалы полицейского допроса Decker (обвинялся в попытке убийства), указав, что полицейский детектив, повторяя вновь и вновь в течение 20 минут вопрос, намерен ли Decker говорить (несмотря на отказ последнего отвечать на вопросы), проявил неуважение к праву Decker хранить молчание и отказаться свидетельствовать против самого себя.

Что касается ложных признаний в результате убеждения, то они, как отмечает автор, появляются в тех случаях, когда в ходе полицейских допросов невиновный субъект начинает сомневаться в состоянии своей памяти и на какое-то время начинает верить, что, да, скорее всего, преступление совершил действительно он, хотя и не может об этом вспомнить. Автор выделяет три последовательных этапа в формировании таких признаний. Ситуация развивается примерно следующим образом.

Впервые услышав обвинение, невиновный человек может полагать, что следователь искренне заблуждается, и он начинает возражать и приводить доводы в поддержку своей невиновности. Вскоре, однако, он убеждается, что следователь вовсе не собирается верить его объяснениям. В результате у допрашиваемого может возникнуть чувство неуверен-

ности из-за невозможности устранить явное противоречие между внутренним убеждением, что он не совершал преступления, и верой в то, что следователь правдиво сообщает ему безошибочные доказательства его вины. Пытаясь как-то объяснить для себя такое противоречие, он может предположить, что по какой-то неизвестной ему причине он не может вспомнить о совершённом им преступлении. И следователь не просто соглашается, что подобное и возможно и вероятно, но и “находит” такую причину. И это, как указывает автор, второй шаг, ведущий к ложному признанию в результате убеждения. Обычно следователь излагает ту или иную версию “подавления” воспоминаний (диссоциация травмирующего события, расстройство в виде множественной личности, ПТСР, алкогольный палимпсест и т.п.). Если такое объяснение кажется подозреваемому правдоподобным, он может принять его и решить, что, да, преступление, вероятно, совершил он. Таким образом, человек готов к третьему шагу — созданию рассказа о “совершении” преступления, при этом следователь снабжает его некоторыми необходимыми деталями. Первоначально создаваемый подозреваемым рассказ, как правило, полон ошибок, язык его неубедителен, двусмыслен. Потому следователь отвергает подобный вариант рассказа, понуждая использовать уверенный, утвердительный язык изложения. Как отмечает автор, некоторые уступают требованиям следователя, другие продолжают высказываться предположительно, настаивая, что они не помнят деталей.

Признание в совершении преступления, как пишет автор, — “наиболее обличающее и убедительное доказательство вины, которое штат может привести против обвиняемого. Потому ложные признания — наиболее обличающие и убедительные ложные доказательства вины, которые штат может привести против невинного обвиняемого”. Автор ссылается на ряд исследований, показавших, что данное полиции признание в совершении преступления оказывает в последующем мощное влияние на оценку доказательств присяжными: они начинают интерпретировать информацию в наиболее неблагоприятном для обвиняемого свете, при этом значительно повышается вероятность вынесения ими обвинительного приговора даже в тех случаях, когда присяжные понимают, что признания получены в результате полицейского принуждения и когда судья инструктировал их не принимать такое признание во внимание при решении вопроса о виновности.

Основным средством, способным уменьшить количество как “вытягиваемых” полицией ложных признаний, так и основывающихся на таких ложных признаниях несправедливых и незаконных обвинительных приговоров является, по мнению автора, введение обязательной полной электронной записи всех полицейских допросов. К настоящему времени 10 штатов и федеральный округ Колумбия требуют,

чтобы полиция производила полную видеозапись допросов (в одних штатах — лишь в некоторых, в других — во всех без исключения уголовных делах).

Статья Robert I. Simon, MD **“Формы оценки суицидального риска: Преобладание формы над содержанием?”** (Suicide Risk Assessment Forms: Form over Substance?) — призыв к здоровому скептицизму в отношении имеющихся психологических инструментов для оценки суицидального риска и к осторожности при интерпретации получаемых с их помощью результатов. Dr. Simon — директор программы “Психиатрия и право” в медицинской школе Джорджтаунского университета, автор многих работ по оценке суицидального риска. Оценку суицидального риска автор относит к базовым психиатрическим навыкам. В основе ее лежит умение выявить, придать соответствующий вес и объединить в целостную картину две группы признаков: (а) факторы острого и хронического суицидального риска и (б) факторы, защищающие от такого риска (протективные факторы).

Существующие формы оценки суицидального риска, как пишет автор, очень разнородны, т.к. создаются специалистами в области психического здоровья с различным уровнем опыта и знаний. Некоторые из них сконструированы таким образом, что позволяют выражать результат оценки риска суицида в цифрах, что создает иллюзию точности. Иллюзию, поскольку не тестированы на воспроизводимость и надежность получаемых результатов. По мнению автора, к недостаткам многих используемых форм относится невозможность с их помощью выявить наличие или отсутствие у пациента протективных факторов.

Он также указывает на очень небольшое количество evidence-based факторов суицидального риска, включенных в типичный опросник, отмечая, что такой важный фактор, как психиатрический диагноз, часто отсутствует (равно как и психотическое расстройство, меланхолия, расстройство пищевого поведения, безнадежность, тревога/ажитация, инсомния, паника, импульсивность, ангедония, злоупотребление веществами, вызывающими зависимость, недавняя потеря близкого человека, сопутствующие заболевания, наличие в доме огнестрельного оружия). Наряду с этим, замечает автор, часто включаются параметры, которые ошибочно считаются создателями опросников надежными индикаторами суицидального риска: эмоциональная боль, осознание своего состояния (инсайт), отвращение к самому себе, возможно, являются факторами риска у конкретного отдельного пациента, но не являются общими для многих пациентов факторами риска, установленными на основании строгих научных исследований.

По мнению автора, формы оценки риска суицида, заполняемые самими пациентами, особенно ненадежны в случае стационарных психиатрических пациентов с высоким уровнем суицидального риска. Даже если пациент правдив во всех своих ответах, такие

опросники, как правило, одновременно и “излишне чувствительны”, и лишены специфичности. Например, факторы суицидального риска имеются у многих пациентов с депрессией, которые не пытаются совершить суицид. Потому, как указывает автор, за заполнением формы всегда должна следовать клиническая оценка суицидального риска. При этом всякое расхождение в клинической оценке и самооценке должно выясняться в последующей беседе с больным.

Генерализованные факторы риска, полученные в результате контролируемых когортных исследований, а также анализа конкретных случаев, могут не охватывать уникальные, присущие лишь данному пациенту факторы. Автор, в частности, приводит пример пациентки с шизофренией и выраженным заиканием, которая начинала говорить плавно и без задержек лишь тогда, когда у нее возникала суицидальная активность: исчезновение заикания в данном случае являлось своеобразным сигналом для госпитализации. По мере улучшения состояния и уменьшения суицидальных тенденций, заикание постепенно возвращалось на прежний уровень, сигнализируя о возможности безопасной выписки. Заикание, как отмечает автор, не является установленным фактором риска суицида, за исключением данной пациентки. Большинство форм также не принимают во внимание культуральные особенности пациентов.

Автор обращает внимание, что стандарт психиатрической помощи не требует, чтобы клиницист использовал психологические тесты или опросники для оценки суицидального риска пациента. Разнообразие общих и индивидуальных факторов риска, полагает автор, не может быть охвачено никакой формой, сколь элегантно она не была бы сконструирована. Пытаясь заменить собой клинически метод, формы могут повысить риск упустить суицидальные намерения пациента. Форма, как пишет автор, “событие”, тогда как клиническая оценка — “процесс”. Даже лучшие шкалы не могут осуществить те интегративные функции, которые присущи квалифицированному клиническому обследованию. Они — дополнение к клинической оценке.

Название следующей статьи, на которой хочу остановиться, — **“Характеристика симптомов, связанных с перенесенной травмой у женщин-заключенных, как с наличием, так и с отсутствием диагноза посттравматического стрессового расстройства”** (Symptom Patterns Related to Traumatic Exposure Among Female Inmates With and Without a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder). Авторы: Janet I. Warren, DSW (профессор психиатрии в университете штата Вирджиния), Ann Booker Loper, PhD (профессор психологии в том же университете), Irina Komarovskaya, PhD (исследователь из Bellevue Hospital, Нью-Йорк). Во вступительной части авторы обращают внимание на противоречие между намеренно “антиэтиологическим” подходом, которым руководствовались создате-

ли DSM-III (1980), и включением в нее посттравматического стрессового расстройства, этиология которого “впрессована” в его название и симптомы которого тесно связаны с перенесенной травмой.

Ряд исследователей, как пишут авторы, относятся к ПТСР как объективно существующему биологическому феномену. Другие рассматривают ПТСР, если не как чисто “политическую”, то как “биосоциальную” конструкцию, специально созданную для облегчения клинической и финансовой помощи многим ветеранам Вьетнамской войны. Они оспаривают наличие прямой линейной связи между травмой и психическим расстройством, указывая на наличие генетической составляющей примерно в 30 % случаев ПТСР, а также на нередко встречающуюся у пациентов с ПТСР коморбидную психическую патологию (главным образом, расстройства личности, чаще — пограничное или антисоциальное, и ту или иную степень интеллектуальной недостаточности).

Интересно, что из 802 женщин первоначально согласившихся участвовать в исследовании авторам не удалось набрать контрольную группу хотя бы из 50 чел., у которых не обнаруживались признаки, по крайней мере, одного вида расстройства личности (использовался диагностический инструмент Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)). В выборке из 201 женщины, отбывающей наказание, 195 (97 %) сообщили, что подвергались как минимум одной из травм, являющихся пререквизитом критерия А диагноза ПТСР (DSM-IV-TR). Как отмечают авторы, те из обследованных ими женщин, которые подвергались большему числу травм, чаще обнаруживали симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР (у лиц с ПТСР среднее количество травм в анамнезе составляло 6,55, без ПТСР — 4,75). Однако, продолжают авторы “...в равной степени убедительными были наши находки в отношении того, что наличие преморбидных личностных расстройств облегчало формирование специфической констелляции симптомов [обозначаемой как ПТСР]”. При этом, у женщин-заключенных с пограничным расстройством личности симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР, отмечались наиболее часто.

Авторы отмечают, что были удивлены, обнаружив, что большинство женщин в их исследовании называли более тяжелыми не те травмы, которым они подвергались сами (ограбления, огнестрельные ранения, сексуальное или домашнее насилие), но те, свидетелями которых они оказались (тяжелые ранения или гибель людей). Полученные авторами результаты указывают на отсутствие надежной связи между ПТСР, адаптацией к тюремным условиям и поведением в местах лишения свободы. В сравнении с другими женщинами — заключенными, те, кто обнаруживал ПТСР, не хуже приспосабливались к условиям учреждения и были даже менее склонны нарушать его

распорядок. Многие из них воспринимали тюрьму как “относительно безопасное место”, в котором “можно прийти в себя” после того, что они перенесли, будучи на свободе.

Еще одно обстоятельство, на которое стоит обратить внимание. “В нашей выборке, — пишут авторы, — отмечался чрезвычайно высокий уровень подверженности травмам и все исследуемые отбывали наказание в тюрьме строгого режима. Однако эти факторы не свидетельствовали о том, что физическое насилие, перенесенное этими женщинами в детском или взрослом возрасте, предрасполагало их к насилию в отношении других”. В заключении авторы предостерегают от необоснованной генерализации полученных ими результатов, указывая, в частности, на ограниченный и специфический характер выборки.

Статья сопровождается двумя комментариями, во втором из которых автор (Maureen Hackett, MD, доцент кафедры психиатрии, университет штата Миннесота) пытается объяснить, почему переживания человека, оказавшегося свидетелем тяжелой травмы могут оказаться более тяжелыми, чем у самого потерпевшего: “Физические ощущения свидетеля травмы и потерпевшего от травмы различны. Биологические защитные механизмы, которые сопутствуют травме, такие как изменение уровня сознания и связанное с болью высвобождение эндорфинов, недоступны для свидетеля травмы”. Свидетели травм, которые прежде многократно сами подвергались травматизации, в этом смысле особенно чувствительны.

“Военнопленные против пыток: судебная экспертиза военного персонала” (POWs Versus Tortures: Forensic Evaluations of Military Personnel) — статья (авторы A. Levin, MD, L. Gold, MD, A. Onorato, JD), дающая представление о степени “эластичности” некоторых американских коллег в вопросе, касающемся выбора способа общения с испытуемым в процессе проведения судебно-психиатрической экспертизы. В апреле 2002 г., через 11 лет после освобождения из иракского плена, 17 бывших американских военнопленных (и 37 их родственников) подали иск в федеральный окружной суд Вашингтона, округ Колумбия, против Республики Ирак, Саддама Хусейна и иракских разведывательных служб (Acree v. Republic of Iraq, 271 F. Supp. 2d 179 (D.D.C. 2003)). Истцы утверждали, что, будучи захваченными иракцами в 1991 г. во время военной операции “Буря в пустыне”, они подвергались систематическим пыткам, принуждались к участию в пропагандистских антиамериканских фильмах и, в нарушение Женевской Конвенции, иракские власти ничего не сообщали об их судьбе их родным. Истцы требовали компенсации причиненного им психологического вреда. Адвокат истцов обратился к психиатрам (первый и второй авторы статьи) с предложением провести судебно-психиатрическое обследование всех 54 истцов для оценки влияния пыток на их психическое состояние, при этом, ссылаясь

на ограниченность в финансах и во времени, настаивал на проведении большинства обследований по телефону. Сообщив адвокату, что общепринятый стандарт судебно-психиатрического обследования — непосредственная беседа с испытуемым и что результаты “телефонной экспертизы” будут менее достоверны, Dr. Levin и Dr. Gold, тем не менее, согласились провести “телефонную” судебно-психиатрическую экспертизу. Таким способом были обследованы 11 из 17 бывших военнопленных (телефонная беседа продолжалась в среднем 1,5 часа) и 24 из 27 их родственников (беседа около 1 часа с каждым). Что еще более удивительно, шесть испытуемых, которым не смогли дозвониться, были обследованы психиатрами посредством переписки с ними по электронной почте.

Отвлечемся на минуту. Представим себе гипотетическую ситуацию: ответчики отреагировали на иск и наняли квалифицированного адвоката и нескольких опытных американских судебных психиатров для проведения традиционного судебно-психиатрического обследования всех 54 истцов. Что в таком случае осталось бы от “телефонных” и “электронных” психиатрических заключений при квалифицированном перекрестном допросе психиатрами истцов, уважаемые авторы статьи знают лучше меня. Остается лишь предположить, что и адвокат истцов, и психиатры были твердо уверены, что никакой реакции на иск со стороны ответчиков не последует и судебно-психиатрическое заключение психиатров истцов оспаривать будет некому. Не стану приводить полученные авторами результаты. Отмечу лишь, что вынесенное в пользу истцов решение суда первой инстанции, обязывающее ответчиков выплатить около \$ 1 млрд., было успешно оспорено Департаментом юстиции США в апелляционном суде (замороженные в американских банках иракские активы, на которые, по — видимому, надеялись истцы, к тому времени превратились в американские, поскольку были конфискованы США с началом вторжения в Ирак в 2003 г.).

В заключении несколько слов о редакционной статье третьего номера Журнала, которая называется **“Мошенничество в сфере здравоохранения: врачи как беловоротничковые преступники?”** (Health Care Fraud: Physicians as White Collar Criminals?) Ее авторы — преподаватели психиатрии в медицинской школе Гарвардского университета Mariyn Price, MD и Donna M. Norris, MD (последняя — кандидат в президенты 2011 г. Американской психиатрической ассоциации).

“Беловоротничковые преступления” (БП) — устоявшийся термин в американской юридической литературе. БП, как указывают авторы, характеризуются “обманом, утаиванием, или нарушением доверия и не обусловлены применением или угрозами применения физического принуждения или насилия. Такие действия совершаются отдельными лицами или организациями для получения личной или деловой выгоды”.

Одна из разновидностей БП — мошеннические действия, осуществляемые лицами, предоставляющими медицинские услуги, потребителями этих услуг, компаниями и организациями, работающими в сфере здравоохранения. Мошенничество в сфере здравоохранения — федеральное преступление, которое наказывается в США штрафом и тюремным заключением сроком до 5 лет (если причинен тяжкий вред здоровью пациента — до 20 лет, гибель пациента — до пожизненного лишения свободы).

Наиболее распространенные типы мошенничества, совершаемого врачами — выставление счета за услуги, которые в действительности не были оказаны, назначение анализов, дополнительных исследований или лечения, в которых нет необходимости, сознательное преувеличение степени выраженности болезненного расстройства для обоснования назначения ненужных исследований и установления “более дорогого” диагноза, получение взятки за направление к соответствующим специалистам, а также фальсификация лекарственных средств. В частности, авторы приводят пример калифорнийского врача, признавшего в феврале 2009 г. свою вину в том, что он многократно под видом интерферона, иммуноглобулина и стимулятора эритропоэза (Erogen) вводил пациентам физиологический раствор с витаминами, при этом вносил в счет оплаты за предоставляемое им лечение вышеуказанные лекарственные препараты. Летом 2009 г. ФБР объявило о предъявлении обвинения 53 лицам в Детройте и Майями (менеджеры компаний, реализующих федеральную программу медицинской помощи гражданам старше 65 лет, врачи, средний медицинский персонал, пациенты) в незаконном получении более \$50 млн. путем предъявления к оплате фальши-

вых счетов за инфузионную терапию, лечение занятием, физиотерапевтические процедуры.

Результат подобного рода Б.П. — повышение стоимости медицинских услуг, увеличение затрат в сфере здравоохранения. Следствие — агрессивная реализация мер, направленных на компенсацию финансовых потерь. Результат — уменьшение доступности финансируемых правительством программ медицинской помощи для людей с ограниченным достатком, удорожание медицинской страховки. Авторы, ссылаясь на данные ФБР, оценивают потери от мошеннических действий в системе оказания медицинской помощи в пределах 3 – 10 % (\$ 68 – 226 млрд.) от общей суммы затрат на здравоохранение в США в 2007 г.

Впечатляет количество организаций, вовлеченных в борьбу с “медицинским” мошенничеством (перечисляю далеко не все): это и Министерство юстиции (ФБР), и Министерство здравоохранения и соц. помощи (офис главного инспектора), и Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами, и Администрация по контролю за соблюдением законов о наркотических препаратах, и Налоговая служба (отдел криминальных расследований), и Национальная ассоциация по борьбе с мошенничеством в сфере здравоохранения, и Национальное бюро по расследованию преступлений в сфере страхования, и Ассоциация “Голубой крест и голубой щит”, и даже Американская ассоциация пенсионеров. Отмечая увеличение числа случаев “врачебного мошенничества” с причинением прямого вреда здоровью пациента, авторы предлагают внимательнее присмотреться к принципу отбора абитуриентов в университетские медицинские школы, полагая, в частности, что приверженность будущего врача помощи пациенту может оказаться важнее экзаменационных оценок.

РЕКОМЕНДУЕМ

две монографии Ольги Александровны Власовой (Курск):

“АНТИПСИХИАТРИЯ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ” —

изд-во РГСУ “Союз”, М., 2006;

**“ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ” —**

Курский гос. Университет, Курск, 2007

ПСИХОТЕРАПИЯ

*С XV Консторумских чтений,
Москва, 18 декабря 2009 г.¹*

Различение духа, души и тела в православной традиции

Проф.-свящ. Георгий Кочетков

Я, в очередной раз участвуя в Консторумских чтениях, хочу поблагодарить за то, что для меня чрезвычайно важно. Не всегда в жизни есть такая хорошая возможность услышать рассуждения об интересующих всех нас вещах как бы с разных сторон, при различном опыте, с разным профессиональным языком и т.д. Очень-очень важно и интересно друг друга слышать, друг друга понимать, друг друга дополнять.

У вас сегодня замечательная тема о трихотомии. Конечно, это классическая тематика христианского учения и христианской практики, и, я думаю, это ни для кого не секрет. Я взял сегодня тему “Различение духа, души и тела в православной традиции”, хотя, конечно, никаких двадцати минут недостаточно для не только что полного освещения этой темы, но даже для названия основных категорий, более-менее такого соотношённого осмысленного названия категорий, связанных с этой тематикой.

Я должен перейти собственно к своей теме, как бы мне ни хотелось развить те темы, которые только что звучали в связи с античным, неоплатоническим пониманием катарсиса. Я должен подчеркнуть, что буду говорить именно о различении духа, души и тела. Для всех ясно, что разделение и различение — вещи разные. Можно разделять, но можно, не разделяя, различать. Для христианства это принципиально важно — и в его философии, и в богословии, и в аскетике, и в психологии, и в антропологии. Вообще говоря, в последнее время, с XX века, это можно определённо сказать, началось бурное развитие православной антропологии. Раньше она особенно не выделялась, было не так много произведений, посвящённых собственно проблемам антропологии. А сейчас их уже довольно много, этим занимаются самые разные люди, в том числе люди разных христианских конфессий. Один из главных вопросов православной антропологии — это, конечно, вопрос о составе человека и его связи с Бо-

гом и с другими людьми, с животным и физическим миром. Вот этот вопрос как раз и приводит нас к различению в человеке самых разных сфер его жизни, его существа, его существования, экзистенции, без их разделения. Христианство не поддерживает здесь никакой дуализм, не поддерживает такого рода разделения. Для христианина важно, что человек не может быть разделён на разного рода тела, которые могут существовать сами по себе и которые потом можно исследовать отдельно.

Сейчас редко кто держится классической дихотомии, которая, в общем-то говоря, пришла в христианство из античной традиции больше, чем, скажем, из библейской, иудейской традиции. Вы наверняка представляете себе, что дихотомия, в отличие от трихотомии, представляет себе человека как единство не духа, души и тела, а тела и души. При этом душа понимается довольно определённо как жизнь. Именно она и должна спастись, обрета Жизнь вечную. Когда-то много говорили о спасении души, но это надо понимать в дихотомическом контексте. А если мы хотим мыслить трихотомически, тут нужно будет делать соответствующие коррективы. В дихотомическом же контексте не так много возможностей для духовного подхода к человеку, не так много возможностей увидеть человека с разных сторон.

В трихотомическом контексте человек есть единство духа, души и тела. Очень важно, что совершенство должен достичь весь человек. Это значит, что предполагается некая заданность для всякого человека обрести совершенство не только духа, но и души, и тела. Интересно, что это совершенство должно принадлежать как порознь духу, душе и телу человека, так и им вместе. Это не всегда представляют себе не только люди, далёкие от веры, традиции, церкви, но и люди, даже очень к ним близкие.

Трихотомический взгляд на человека изначально принадлежит христианству. Достаточно вспомнить, например, **одно из посланий апостола Павла**, где он, в частности, пишет: “Сам Бог мира да освятит вас во всей полноте, и **ваши дух, и душа, и тело во всей**

¹ Сопредседатели Консторумских чтений — М. А. Бурно и Б. А. Воскресенский.

целостности да сохраняются без порока в пришествие Господа нашего Иисуса Христа” (1Фес 5:23). Это очень важно себе представлять, потому что многие думают, что трихотомия — это нечто изобретённое христианами философами чуть ли не в XX веке.

Если присмотреться к трихотомическим понятиям, мы увидим интересные вещи. Прежде всего, интересен ответ на вопрос, что такое сами дух, душа и тело человека? Очень давно христианские учителя, начиная с апологетов начала II века, задавались этими вопросами. Например, святой Аристид в своей апологии 130-го года признаёт, что тело человека состоит из четырёх первоэлементов, которые у него, конечно, соответствуют четырём первостихиям. Понятно, что эти первоэлементы — земля, вода, воздух и огонь. Здесь отражается столь характерное для античного мира представление о мире. Это очень интересно. Насколько ваше тело, как вы сами думаете, состоит, скажем, как огурец, из воды? Или, как воздушный шарик, из воздуха? Или из земли? Тут вспоминаются сразу слова “земля еси, и в землю отыдеши”, т.е. ты земля, и отойдёшь после смерти в землю. Это знаменитые слова из чина отпевания, всем известные, я думаю. Или насколько тело человека состоит из огня? Это любопытно, здесь есть о чём подумать, если применить эту классическую, античную, ещё языческую теорию о первостихиях, первоэлементах именно к телу человека. Физическое тело человека принадлежит миру сему и к нему отойдёт после смерти — так обычно считается в православном мире. Но это тело ещё может быть душевным или духовным. Умирает только первое, второе может наследовать вечную Жизнь.

А что такое собственно душа человека? Скорее всего, наиболее верно было бы охарактеризовать душу в трихотомической концепции как состоящую из трёх первоэлементов, или первостихий — из ума, чувств и воли. Это всё вместе составляет биологическую жизнь. Если душа — это ум, чувства и воля, то это тоже классическая триада. При этом ум часто воспринимается как “нус”, т.е. этакое духовное начало в человеке, некий его духовный разум. Однако не только, ведь это и психика, и мысли, связанные со словами и делами. А вот чувства, понятно, часто воспринимаются как наши обычные пять чувств. Правда, сюда же вполне может быть присоединено и некое “шестое чувство” — интуиция. Ну, а волю в наш странный век определять бывает не очень просто, однако всё же обычно это качество человеческой жизни, человеческой души связывают с подбором целей и соответствующих средств для их осуществления, для их воплощения. Это как бы некий вектор движения человека по духовному пути, или даже по Пути с большой буквы, если можно так выразиться.

Дальше перейдём к характеристике духа человека. Дух — это то, что соответствует с христианских позиций вещам вполне духовным. А что соответствует с христианских позиций духовным вещам в человеке?

То, что соответствует образу и подобию Божьему в человеке. Есть некое понятие об образе и подобии Бога, об образе Божьем и подобии Божьем в человеке. И в этом — квинтэссенция христианской антропологии. Человек лишь постольку человек, а не животное, пусть даже высокоорганизованное, какое угодно утончённое, социальное или какое-либо ещё, поскольку он есть образ и подобие Божье. Если же он не подобен Богу и не сообразен Ему, то, вообще говоря, он и не человек. Он или робот, или животное, пусть даже человекообразное, какое угодно, но он ещё или уже не человек. Это принципиально важно.

Дух здесь имеется в виду, конечно, человеческий. Это не Божья благодать, не Божий Дух, не Божья Любовь, которые тоже могут жить в человеке, если он обретёт своё личное, а может быть и соборное, единство с Богом. Человеческий дух — это то, что есть в человеке от того, что есть в Боге и что от Бога. Человеческий дух связан с вещами, которые как-то знакомы каждому человеку. И это удивительно. Это то, что позволяет людям общаться, позволяет людям быть людьми, куда бы их ни унесло в жизни, потому что это любовь, радость, мир, это долготерпение, благодать (доброта), милосердие, вера, кротость, воздержание. Это та цепочка высших качеств человека, которые перечисляет ещё апостол Павел, говоря о плодах духа. Но и этого мало. Мы могли бы продолжить этот список. Сюда можно было бы отнести и красоту, и свободу, и надежду, и свет, и путь, и истину, и духовную жизнь, и ещё человеческую словесность, т.е. логичность, от греческого слова “логос”.

Всё это и принадлежит образу Божьему в человеке и создаёт этот образ, проявляет его в каждом человеке, даже если он себя совершенно не считает христианином, совершенно не считает себя верующим, вообще не признаёт никакого Бога, и, допустим, вообще ничего и никого не признаёт, кроме самого себя. Что же мы можем сказать о подобии? Подобие Божие обретается по мере совершенствования в тех же самых качествах, которые образуют образ Божий в человеке. Есть в человеке разного рода количества, но ведь есть в нём и качества. Их может быть не много, ведь они очень нелегко даются всем людям. Но чем больше совершенства в этих качествах, тем ближе человек к Богу, и, следовательно, к ближним, да и ко всем людям. Об этом очень убедительно и даже красочно писал один из известных отцов-аскетов авва Дорофей.

Иногда о человека можно сказать: он — плоть. Это выражение немного двусмысленное, не всегда бывает его легко понять. Когда человеку говорят: ты — плоть, то тут ему надо держать ушки востро. В Библии часто это встречается, и не всегда понятно, что за этим скрывается. Это может быть очень хлётским осуждением человека: ты — плоть, и значит, ты только тело, и больше ничего, ты только сам за себя и только сам про себя, и больше ничего. Но здесь может быть и что-то другое, совсем не негативно окрашен-

ное. Ведь плоть — это просто живое тело, это тело и душа вместе. А если эта плоть ещё и одухотворена, тогда это вовсе нормальный живой человек, как раз с трихотомических позиций. Иногда, правда, человека называют вообще не плотью, а духом, только духом не в том смысле, что это чистый дух, отдельный от тела и души, а в том, что это — выражение качества духовности человека, того, что человек как бы пронизан некоей нетварной божественной энергией, неким божественным Светом.

Между духом, душой и телом человека, конечно, существует строгая иерархия. Для христиан это тоже принципиально. Сначала дух, потом душа, и только затем тело. Это относится и к отдельным способностям и потребностям духа, души и тела. Эта иерархия — веление духа, если он укоренён в Боге. Это мистика христианства, которая говорит о духовном открытии и познании.

Но конечно, не может здесь не быть и обратной связи. В ряде случаев приходится думать о противоположной иерархии, когда лучше двигаться от тела к душе и затем к духу. Вот этим очень много занималась и занимается христианская аскетика, вырабатывая как раз внешние, часто вполне телесные условия, какие-то программы действия и какие-то практики: всем известные посты, принципы типа “ора эт лабора” и т.д. Эта аскетика занимается заполнением имеющихся пустот в человеке, я бы сказал так.

Если мистика христианства происходит от духа, и поэтому от избытка в человеке, то аскетика — от того или иного рода недостатка в нём. А этика — от всякого рода необходимости в его жизни. Всё, что человеку необходимо, регулируется вещами этического свойства. Этика строит границы человека вширь, аскетика — вдаль, а мистика — в глубину жизни. В итоге у нас получается этакое трёхмерное пространство человеческой жизни, и ясно, что человеку нужны все эти три измерения.

Правда, и тут есть интересное дополнение, ведь здесь есть место и для “четвёртого измерения” (помните, в начале XX века очень любили об этом размышлять), здесь есть место для Духа Божьего, того Духа, который может поселиться в человеке, направляя его уже ввысь. Мы говорим, конечно, условно, пространственно, почти математически: вширь, в глубину, вдаль, а здесь в высоту, ввысь. Только обретя “четвёртое измерение”, человек становится гражданином Неба и, в пределе, Царства Небесного. Не случайно же апостол Павел в Послании к филиппийцам пишет: “Наше жителство (т.е. гражданство) — на Небесах” (Флп 3:20).

Дух Божий соединяет Собою и все остальные силы и планы человека — и план телесный, и душевный, и духовный. Но если в человеке нет Духа Божьего, нет нового рождения свыше, то приходят к нему, как сказано в Евангелии, “семь злейших” духов, в человеке поселяются духи не от Бога, злые духи —

бесы. Вы помните, наверное, этот сюжет из Евангелия, когда человек уподобляется некоей горнице, которая очищается от зла. Горница выметена, чиста, бес выходит и ходит по безводным пустыням, а потом, увидев, что горница чиста, но пуста, возвращается, взяв с собой “семь злейших”. По известной всем библейской символике чисел “семь злейших” означает всю полноту зла, вообще всех бесов, всю их прорву. Тогда полная чистота духа, души и тела человека тут же превращается в их полную нечистоту.

Вот тут становятся возможными любые подмены, любая замена всех высших качеств человека, в его теле, душе и духе, на низшие качества, им противоположные или только внешне на них похожие. Добро так можно подменить беззаконием, несправедливостью и грехом, красоту безобразием, любовь злом и похотью, свободу хаосом и произволом, надежду ленью, беспечностью и унынием, ум глупостью, чувства бездушием, волю безволием или “железной волей” и т.д. Вот вам нормальное, прекрасное описание ада, который совершенно замечательно являет себя в нашей жизни на земле. И не нужно совсем никуда ходить, всё замечательно видно уже здесь. Но этого да не будет ни с кем!

И вот здесь, уже завершая разговор о картине трихотомического различения разных сторон жизни человека, нужно упомянуть о том, что именно в виду разного рода подмен, — как тут не вспомнить Достоевского и т.д., — нужен особый дар трезвости, различения духов и, если хотите, экзорцизма, т.е. изгнания из человека всякого рода зла, всех бесов, изгнания их из человеческого сердца, из человеческого ума, а, если хотите, и из тела, чтобы избежать такой адской участи, чтобы различение духа, души и тела не превратилось в их разделение и чтобы можно было исцелить любое беснование. А бесноватых у нас сейчас как никогда много. Это, я думаю, для нас всегда факт печальный, однако давным-давно вполне понятный. Достаточно вспомнить глубинное описание этого явления, как раз касающееся психического состояния нашего народа, нашей нации и нашей страны, именно специально психического и психологического, сразу после 1917 года. Оно было описано, например, в бердяевской статье 1918-го года “Духи русской революции”, многим очень хорошо известной.

Таким образом, всем нам надо восстанавливать человеческий образ в человеке. Вот наша задача. Надо вновь приводить людей к внутреннему и внешнему единству, но, прежде всего, к единству с Богом, и к единству в них самих с Божьим образом и подобием.

Итак, я попытался кратчайшим образом, как смог, почти на тезисном уровне, что-то рассказать о христианском понимании человека. Конечно, кто-то может из вас восстать, сказать, а вот у такого-то святого отца сказано ещё то-то. Наверное, что-то может и не согласовываться с той, как мне кажется, достаточно целостной картиной, которую я сегодня вам предста-

вил. Потому что христианских антропологических систем, собственно говоря, почти нет, нет здесь и очень чёткой терминологии. Она только-только вырабатывается, она только-только стала существовать и плодоносить, как молодое дерево в саду. Но она ещё не вполне усвоена и из неё ещё не сделаны все необходимые выводы. И мне кажется, что как раз диалог с людьми, имеющими соответствующую подготовку, знания, опыт в области психотерапии и психиатрии, имеет здесь достаточно большое значение. Спасибо вам за внимание.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Б. А. Воскресенский: Большое спасибо, о. Георгий. Пожалуйста, вопросы.

Вопрос 1: Спасибо большое Вам, о. Георгий, за Ваше интересное сообщение. Как Вы считаете, душа какого человека в наше время, в XXI век, то, о чём Вы говорили, наиболее устойчива к происходящему — одухотворённая или всё-таки душа, бедная духовно, духовным содержанием?

о. Г.: В Вашем вопросе уже почти дан ответ. Совершенно очевидно, и это показала вся история нашей эпохи, и это очень важный факт, это именно не просто догадка, это не просто попытка выдать желаемое за действительное, это трезвенный факт, что люди духовно богатые были устойчивее в жизни. Чем человек духовно полнее, тем он устойчивее. Вы знаете, как проявляли себя, скажем, верующие люди в ГУЛАГе и т.д. Солженицын это замечательно описал. Практически, люди могли выжить в этом аду крошечном, только имея внутреннее ядро, составляющее основу для целостной личности, для того, чтобы человек мог жить в любых обстоятельствах, оправдывая собою, в частности, слова Писания, говорящего, что “всё возможно верующему”. Это было сказано не сгоряча, это было сказано очень и очень ответственно.

Вопрос 2 – 3: У меня даже два вопроса. Первое. Процесс душевного и духовного роста — они всегда равнонаправлены? Второе. Борис Аркадьевич писал (несколько лет назад он этим занимался), что при душевном заболевании бывает у людей душевно обеднённых духовное обогащение. Я не совсем это понимаю как психиатр, мне это не очень понятно. Как в Вашей практике, эти процессы всегда идут вместе?

о. Г.: конечно в человеке всегда есть какая-то противоречивость. Человек так устроен, что он не может сразу тащить несколько возов, он всегда тащит более или менее один воз, и у него всегда есть система приоритетов. И каждый человек знает из своей биографии, из своей жизни, что в какой-то период его жизни ему приходится больше заниматься развитием интеллекта, допустим, своего ума; в какой-то момент ему очень важно утончение своих чувств или укрепление воли, или ему надо заниматься физическим здоровьем, никуда не денешься; а в какой-то период ему обя-

зательно нужно заниматься вещами, связанными с духовной жизнью, о которых, в частности, я сегодня уже говорил. Одновременно всё это делать получается плохо. Другое дело, что весьма желательно, чтобы одно другому не противоречило, или противоречило хотя бы минимально. Совсем не противоречить не удаётся никому, даже святым, но надо, чтобы это не было хоть фундаментальным противоречием. Поэтому надо поддерживать всё доброе, что человек может реально понести на себе в данный момент. Надо, конечно, смотреть и на то, что ему в данный момент нужно в первую очередь. Иногда приоритетно можно и нужно поддержать не духовное. Мне очень нравится рассуждение на эту тему митрополита Антония Сурожского. Он замечательно писал о том, что не надо злоупотреблять даже священникам, когда они помогают больным в больнице, в том числе больным психически. Он же сам по профессии был психолог, или психиатр, не помню точно, может быть в то время это ещё не очень различалось. И он понимал, что если человек в немощи, если его надо вылечить, скажем, душевно, то ему при этом не надо навязывать духовные разговоры. Если же он сам об этом спросит, сам потянется к ним, их захочет, то это другое дело. Но нужно здесь быть очень деликатным, потому что иначе можно сорвать и то, и другое, и вообще ничего не будет. Уж я не говорю про то, что нельзя злоупотреблять немощью человеческого естества, внешним положением человека, его болезнью в собственных целях. В общем здесь есть тонкости, не все процессы всегда идут вместе.

Вопрос 4: Я знаю, что многие священники с большим подозрением относятся к психотерапевтам. Я имею в виду неправославных психотерапевтов. Я знаю, что церковь в принципе не едина в этой позиции, по этому поводу. Вообще хороша или плоха такая секулярная психотерапия, вредит она или не вредит, какова Ваша личная позиция?

о. Г.: Спасибо за вопрос. Я понимаю, что здесь это очень актуально. Мы уже немножко касались этого когда-то. Знаете, немножко здесь навредил Фрейд, немножко ещё кто-то, например, люди такие, оккультно направленные. Почему? Потому что они стали думать, что, осуществляя терапевтическую практику, можно фактически осуществлять духовное руководство человеком. Они стали претендовать на духовничество. И церковь естественно от этого отшатнулась, потому что она прекрасно понимает, что это вещи разные. И когда одно подменяется другим, это опасно. А подмены могут быть и с другой стороны, точно так же, например, когда духовник, заменяя собой психиатра и психотерапевта, говорит больному: нечего ходить по врачам, время тратить, там тебя научат не пойми чему, вот я тебе сам всё скажу, что надо. Это тоже известная проблема. И она тоже живая, реальная. Поэтому мы просим каждого чётко заниматься своим делом. Конечно, когда возникают какие-то но-

вые сферы знаний и практики, неизбежны и какие-то накладки, потому что прежде всего ещё не установились границы, нет ещё чёткого взаимопонимания и взаимоподдержки, нет взаимодополнения и доверия. Но я совершенно уверен, а иначе бы меня просто здесь не было, что это вполне разрешимая проблема.

Б. А. Воскресенский: Правомерно ли говорить о динамическом положении души, что в каких-то ситуациях, в каких-то этапах жизни она ближе к духовной сфере, в каких-то к телесной?

о. Г.: О, да, конечно. Но ведь бывает и хуже. Хорошо если просто к духовной. Вот сейчас я не случайно говорил, что духи могут быть от Бога, а могут быть бесами. И важно, к чему в данный момент близка душа. Можно стремиться к духовному, но при этом приближаться к тому аду, о котором мне тоже при-

шлось сегодня упомянуть. И поэтому здесь всё очень сложно. Да, Вы абсолютно правы, но интересно, что в человеке динамично всё. Вот я как раз хотел через утверждение единства человека подчеркнуть мысль, что человек должен быть динамичным и в своей телесной жизни, и в жизни душевной, какую бы сторону тела или души мы ни взяли, и, конечно же, в своей духовной сфере. Он никогда не должен стоять на месте. Это должно, на мой взгляд, учитываться всегда. Человек не может застыть, он не может и не должен превратиться ни в монумент, ни просто в камень, даже в самый тяжёлый исторический период.

Б. А. Воскресенский: Спасибо большое. Замечательно, что традиция нашего сотрудничества, соразмышления продолжается, надеюсь, она сохранится.

о. Г.: Будем надеяться.

АНАЛИЗ СВОИХ ОШИБОК

От редактора: статьей д-ра А. Ю. Магалифа мы открываем новую рубрику журнала, посвященную выдающейся пироговской традиции — безжалостному анализу своих ошибок, продолженную в этическом ключе А. В. Вересаевым и профессиональном — М. И. Аствацатуровым. Психиатры могут сказать на этот счет намного больше. Знание типовых ошибок своего предмета, по свидетельству Вернера Гейзенберга, — один из основных признаков профессионализма. Но в наше время Пироговские съезды словно забыли эту традицию, вопреки православным здравцам. Здесь прошлое — мудрее.

“Коготок увяз — всей птичке пропасть”

А. Ю. Магалиф

В Независимом психиатрическом журнале № 3 за 2006 год опубликован доклад немецкого психиатра Микаэля Кранаха (ФРГ) “Уничтожение психически больных в нацистской Германии в 1939 – 1945 гг.”. В нем приводятся достоверные факты активного участия в уничтожении сотен тысяч больных врачами — психиатрами и медицинским персоналом больниц. Читать без содрогания о том, как “творчески” разрабатывались врачами методики селекции и уничтожения, с каким порой энтузиазмом это проводилось, естественно, невозможно. Все время возникала мысль: “Кто же эти злодеи, откуда они появились?”. В конце доклада доктор Кранах дает на это ответ: “Мы знаем о детальных биографических фактах многих врачей — убийц. Наиболее поразительное и тревожное заключение наших исследований состоит в том, что большинство докторов, ответственных за такие действия,

не были аморальными людьми, которые были вынуждены действовать в ненормальной исторической ситуации. Это было бы очень удобное объяснение. Напротив, они были культурными, высокообразованными, гуманными людьми высокого профессионального уровня. Как я сказал бы в Германии, это были такие же люди как вы и я. Что должно случиться, при каких обстоятельствах человек начинает вести себя подобным образом? Как бы я себя повел?”.

“Как бы я себя повел?” — вот мысль, которая подспудно жила и у меня во время чтения этого страшного доклада. И постепенно я стал вспоминать. Конец 60-х. Хрущевская “оттепель” закончилась (да и была ли она уж такой, как о ней говорят). КГБ возглавил Ю. В. Андропов. Усилилась борьба с инакомыслием. Тема вреда, наносимого стране диссидентами, тлетворным влиянием Запада активно муссировалась

прессой, обсуждалась на собраниях в коллективах. Для того, чтобы уменьшить число политзаключенных и тем сгладить неприятное впечатление о нас на Западе, у КГБ появилась идея: каждый, кто активно недоволен нашей замечательной жизнью и вообще мешает руководящим органам излишней настырностью, наверняка психически неполноценный и должен обследоваться и лечиться в психиатрических учреждениях. И началось. В обычные психиатрические больницы и больницы с особым режимом стали потоком направляться не только диссиденты, но и бесчисленные искатели правды, приезжавшие в столицу и приходившие в приемные государственных и партийных учреждений. Конечно, среди них были и бредовые больные, действительно нуждавшиеся в лечении, но были и те, которые ну никак не соответствовали необходимости в недобровольном стационарном и лечении. Впрочем, о “карательной” советской психиатрии написано много. Речь не об этом. Речь обо мне, о нас, о нашем отношении тогда ко всему происходившему.

Приемный покой Московской клинической психиатрической больницы № 4 им П. Б. Ганнушкина. Я — дежурный врач, принимающий больных, которые пришли сами или привезены скорой психиатрической помощью. Врач скорой привозит очередного пациента и кладет мне на стол сопроводительное заключение. Читаю фамилию: А. С. Есенин-Вольпин. Совершенно случайно накануне я видел эту фамилию в газете “Известия”, где в очередной статье один из известных идеологов клеймил инакомыслящих — моральных вырожденцев. В качестве примера был назван поэт Есенин-Вольпин и напечатан отрывок из его стихотворения. По мнению автора статьи, поэт незаслуженно обвиняет старшее поколение в грехах и считает, что эти грехи перешли на детей, которые теперь в ответе за своих отцов. Из всей этой привычной мути мое внимание, естественно, привлекла только фамилия поэта. По своему невежеству я тогда не знал, что у С. А. Есенина и его гражданской жены поэтессы и переводчицы Н. Д. Вольпин был сын Александр. Вот он-то и сидел теперь передо мной. В сопроводительной путевке говорилось о том, что пациент давно наблюдается у психиатра, неоднократно лечился в ПБ, а в настоящее время у него неадекватное поведение. В чем конкретная неадекватность — не сообщалось. Врач скорой перед уходом многозначительно показал мне пальцем на небольшую карандашную пометку в углу направления: “Без санкции КГБ не выписывать”. Пациент был совершенно спокоен, смотрел на меня миролюбиво. На мои дежурные вопросы о его состоянии иронично ответил, что, дескать, зачем терять время, я же все равно его госпитализирую, не отпускаю же его домой. И я направил его в спокойное отделение, в клинику профессора И. И. Лукомского. Думаете, тогда у меня, молодого доктора, хоть на миг появилось смелое желание немедленно отправить

спокойного пациента домой? А у Вас бы появилось, взяли бы Вы на себя такую ответственность? На следующий день в клинике состоялся профессорский осмотр пациента. Естественно, собралось много любителействующих врачей. Там я и узнал, о том, кто такой Есенин-Вольпин, о том, что он — крупный математик, разрабатывающий перспективное направление в области математической логики. Беседа с пациентом текла вполне спокойно, обсуждался широкий круг тем, включая его научную работу. Большим он себя не считал, лечиться не хотел, но на немедленной выписке, конечно, не настаивал, по опыту правильно оценивая ситуацию. По просьбе профессора он прочитал все стихотворение, а не только вырванный из контекста кусок. Ничего там не было особенного, во всяком случае, ни для кого из нас. Потом долго обсуждался диагноз, искали, за что бы зацепиться, в основном ссылались на анамнез. Решили понаблюдать, чем-то полечить. Думаете у пожилого интеллигентнейшего профессора Иосифа Ильича Лукомского, воевавшего в партизанском отряде, и у каждого сидящего в кабинете врача шевельнулась мысль о немедленной выписке этого пациента, который никак не соответствовал необходимости в недобровольной госпитализации? Конечно, нет! Есенин-Вольпин (или, как его называли в кругу друзей-диссидентов, Алик) работал в отделении над докторской диссертацией. Рассказывали, что однажды он подошел к зарешеченному окну, а друзья снаружи его фотографировали. Из отделения выскочили санитары и погнались за фотографами, чтобы засветить пленку. Все было под контролем!

Я тогда работал в остром отделении, куда в основном поступали больные с первой госпитализацией. Поэтому к нам нередко попадали пациенты, которых привозила скорая из самых разных мест, включая приемные правительственных учреждений (в некоторых из них специально постоянно работал психиатр). По сегодняшним критериям и закону большинство из этих больных не были бы стационарованы, тем более в острое отделение, а тогда это делалось постоянно. В обязательном порядке попадали все, кто хоть как-то в действиях или высказываниях затрагивал советско-партийную власть. Помню одного инженера, члена партии, которому несправедливо отказали в обещанной квартире. После бессонной ночи он написал плакат “Долой политику партии, основанную на беззаконии” и сел с ним возле проходной своего предприятия. Просидел несколько минут и оказался в нашем отделении. На другой день был перепуган своим поступком, ругал себя, на чем свет стоит, просил выписать домой. Не тут-то было, мы его наблюдали, консультировали. Перестраховывались от чего? Да уж, конечно, не от возможности повторного эмоционального срыва, который можно было с успехом предотвратить. А вдруг он опять начнет высказывать

ся, вдруг спросят: “Почему же вы его не долечили?” — вот главный мотив.

Самый памятный случай был с одним пациентом, которого привезла психиатрическая скорая из приемной правительственного учреждения. Это был молодой крепкий, высокий мужчина, сын известного революционера (фамилия его, кажется, Розит), входившего в группу Н. И. Бухарина и потому расстрелянного в 30-х годах. Как известно, при Хрущеве и Брежневе члены всех так называемых антипартийных группировок, в том числе и бухаринской, не были реабилитированы. Бухарина реабилитировали только в 1988 году. Этот молодой человек активно добивался реабилитации своего отца, писал письма в партийные инстанции, в общем, надоедал. С первых же минут он активно протестовал против пребывания в нашем отделении, требовал немедленной выписки. Правда, на первой беседе с врачом он вел себя спокойно, логично доказывая правоту своих действий по защите честного имени отца. Он надеялся, наивный, что его тут же выпишут. Быстро поняв, что никто его и не собирается выписывать, он начал активно протестовать. Понятно, что его поместили в наблюдательную палату, сняли с него верхнюю одежду и предложили принимать лекарства. Понятно, что он отказался. И мы все — фельдшер, санитар и молодые доктора набросились на него, скрутили и ввели большую дозу нейролептиков. И в последующие дни вводили нейролептики, и бродил он, апатичный, по отделению, дизартрично прося его выписать. И на профессорской консультации основным мотивом было оправдать пребывание пациента в отделении, и под это строился диагноз. Со временем его выписали под наблюдение районного психиатра, но только после того, как он многократно отозвался “с критикой” о своей неправильной идее реабилитации отца и обещал больше этим не заниматься.

Были и трагикомичные ситуации. В мае 1972 года СССР, впервые за всю историю, посетил американский президент — Р. Никсон. Москва, конечно, срочно “мыла шею”, подкрашивала и подмазывала возможные маршруты кортежа. За несколько дней до приезда важного американца вдруг в наше отделение положили нескольких юношей, освобожденных от службы в армии по психиатрическим статьям. По рас-

поряжению главного врача их разместили в наблюдательную палату под строгий надзор в плане побега, а для этого сняли с них верхнюю одежду и запретили прогулки. Оказалось, что подобная “акция” была проведена по распоряжению КГБ по всей Москве. “Во избежание провокаций” молодых людей вызывали в военкоматы и под предлогом срочного уточнения диагноза направляли в ПБ. Легко можно представить, с каким ужасом родители этих юношей увидели положение своих детей, и как вертелись несчастные доктора, разговаривая с ними. А мальчишки, все поняв, восприняли это с иронией, как приключение, и тихо издевались над нами.

Да, конечно, отношение к инакомыслящим пациентам в обычных психиатрических больницах весьма отличалось от того, что происходило в психиатрических спецбольницах (свидетельство Н. Е. Горбаневской, — Независимый психиатрический журнал № 3 2009 г.). Но разве то, что мы делали с нашим пациентом Розитом, было принципиально другим? Еще раз подчеркиваю: во всем том, что я кратко описал, участвовали все психиатры, от рядовых врачей до профессоров, академиков, администраторов всех уровней. И воспринимали это все как норму. Все были частью системы подавления, винтами и гайками ее. От увязшего коготка до гибели всей птички большая дистанция, но в том-то и дело, что система не начинает работать с понедельника. Она постепенно, континуально меняет мировоззрение, и винтики готовы сами все крепче завинчиваться. И вот появляются уже и жертвы — погибающий в московской тюрьме по вине (в том числе) врачей С. Магницкий. Я думаю, что врачи, по приказу погубившие узника, отказав ему в медицинской помощи, в обычной жизни, как сказал доктор Кранах, такие же, как мы все. Не поднимись волна протеста, никто бы об этом и не узнал, наверняка один из многих рядовых случаев. Об уничтожении психически больных в фашистской Германии, о Холокосте тоже ведь долго никто не знал.

Недавно у меня на приеме был пациент, профессор-экономист средних лет. Разговорились о тех временах. “Вам не стыдно?”, — спросил он меня. “Конечно, стыдно”, — ответил я. А про себя подумал: “А Вы тогда учили своих студентов по совести или так, как велела система?”.

О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (Э. Гловер и др.)¹

Д. А. Автономов

“Болезнь — это способ выразить что-то. Когда человек не может выразить это словами, чувствами, тогда берет слово болезнь”.

Франсуаза Дольто

Ключевые слова: азартные игры, игроки, этиология, гипотеза самолечения, психоанализ, психотерапия.

Как мы уже отмечали раньше, “либидинозно-ориентированная” концепция зависимости от азартных игр с акцентом на ведущей роли конфликта вокруг мастурбации — явно переоценивала аспекты получения удовольствия. И кажется, игнорировала тот факт, что патологический азартный игрок использует акт игры и всемогущие фантазии на игровую тему для защиты от тревожащих его аспектов взрослой генитальной сексуальности, необходимости откладывать удовольствие, мириться с неудовольствием и принимать ограничения налагаемые реальностью. Все это многообразие значений и смыслов можно свести к пониманию патологической игры как инструмента не только непосредственно доставляющего удовольствие, но и играющего защитную роль. В этой концепции азартная игра является не только способом получения удовольствия регрессивным способом. Акт игры для патологического игрока реализует функцию защиты от болезненных и невыносимых аффектов, и дает чувство безопасности и поддерживает самоуважение.

Эдвард Гловер был первый, кто предложил посмотреть на проблему зависимости не с регрессивной точки зрения, а, напротив, с прогрессивной. Он первым определил *защитную природу* аддикции. В своей работе “Об этиологии наркотической аддикции” (1932) он писал: “Идея прогресса подразумевает, что психопатологические состояния представляют собой преувеличения нормальных стадий в овладении тревогой... симптом является попыткой восстановления... он не только восстанавливает некоторую связь с реальностью, какой бы неадекватной она ни была, но также выполняет функцию защиты”.

Э. Гловер на примере пациентов, зависимых от наркотиков, полагал, что они употребляют психоактивные вещества с целью защиты от примитивных садистических и агрессивных импульсов, ассоциируемых с паранойей, и также, для того чтобы избежать начала психоза и/или окончательного меланхолического распада. А отказ от объекта зависимости, невозможность его использования в защитных от аффектов целях, приводит к высвобождению огромных зарядов тревоги.

Э. Гловер считал, что импульсы ненависти нейтрализуются наркотиком, который затем используется для того, чтобы справиться с интрапсихическим конфликтом меланхолического образца.

Герберт Розенфельд (1960) пришел к выводу, что аддикция тесным образом связана с маниакально-депрессивным расстройством, однако не тождественна ему. Он писал: “Наркоман использует маниакально-депрессивные механизмы, которые усиливаются наркотиками, а впоследствии изменяются под воздействием наркотического опьянения. Эго наркомана слабое и не обладает силой, для того чтобы выносить боль депрессии, и поэтому с легкостью прибегает к маниакальным механизмам, однако маниакальная реакция может быть достигнута лишь с помощью наркотиков...”.

Не случайно, в своей работе “Печаль и меланхолия” (1917) З. Фрейд, описывая манию, использовал в качестве модели эмоциональное состояние, возникающее после крупного выигрыша в азартной игре: “...Нищий, выиграв много денег, неожиданно освобождается от забот о том, что он будет есть завтра... Все такие ситуации характеризуются хорошим настроением, признаками радостного душевного волнения и чрезвычайной готовностью ко всевозможным действиям”.

¹ Начало статьи — см. НПЖ, 2009, 4.

Г. Розенфельд в свою очередь считал, что маниакальные механизмы являются в первую очередь защитой от тревоги преследования, а во-вторых, защитой от депрессии.

Развивая его взгляды, можно говорить о том, что во время игры, ожидания выигрыша, фантазирования об успехе у игрока происходит активизация маниакальных защитных механизмов. Например, таких как отрицание, идеализация и всемогущий контроль. В этот момент любая тревога, печаль и фрустрация отрицается. Как писал Дональд Винникотт (1935): “Когда у нас действует маниакальная защита, мы *менее всего чувствуем*, что защищаемся от депрессии. В такие моменты мы скорее чувствуем приподнятое настроение, счастье, занятость, возбуждение, нам смешно, мы всеведущи, “полны жизни”, и в тоже время нас меньше, чем обычно интересуют серьезные вещи и ужасы ненависти, разрушения и убийства”.

Ральф Гринсон (1947) также полагал, что азартная игра является преимущественно защитой от депрессивных чувств через активизацию у индивидуума ощущения всемогущества.

О. Фенихель (1945) подчеркивал, что периодически активизируемое и затухающее влечение к азартной игре, напоминает чередование периодов маниакально-депрессивного расстройства, когда периоды, наполненные виной, чередуются с бездействием Супер-эго индивидуума.

В современной психиатрии существует понятие “вторичная мания”, которая используется для обозначения маниакальных состояний, возникающих вследствие неврологических, эндокринологических, метаболических, инфекционных или прочих соматических состояний. Общеизвестно, что простое сокращение продолжительности сна может быть путем, приводящим в ряде ситуаций к гипоманиакальному состоянию. Индуцированная азартной игрой гипомания освобождает индивидуума от давления как внутреннего, так и внешнего. О. Фенихель писал: “Чувство триумфа” — нормальная модель мании. Анализ этого чувства показывает, что оно возникает всякий раз, когда отпадает необходимость в затратах, связанных с амбивалентными реакциями бессильного субъекта на могущественный объект”.

Можно считать, что взгляды Э. Гловера и его коллег на прогрессивную функцию аддикции являются предтечей, так называемой “*гипотезы самолечения*”, популярность которой среди специалистов в последнее время становится все больше.

Согласно “гипотезе самолечения” предполагается, что злоупотребление будь то психоактивными веществами, будь то азартными играми, возникает, когда индивид пытается самостоятельно и доступным ему способом лечить проявление *уже* имеющегося у него психического заболевания. С целью улучшить, изменить и облегчить свое исходное, субъективно невыносимое психологическое состояние. Леон Вёрмсер

(1974) полагал, что эффекты, достигаемые за счет использования подобных средств, лучше всего могут быть объяснены как искусственная или суррогатная *защита от непреодолимых аффектов*.

Высокий уровень коморбидных расстройств, выявляемый у патологических азартных игроков, представляет гипотезу самолечения весьма уместной. Люди могут с помощью игры пытаться облегчить свои неприятные переживания. Игра может вызывать другие эффекты, представляющие ценность для субъекта — это либо эффекты от самой игры, либо эффекты, вытекающие из социальной обстановки, ее сопровождающей. Многократное, повторяющееся использование игры для самолечения симптомов, может постепенно привести к формированию зависимости. Зависимость в свою очередь порождает новые проблемы, усугубляя тяжесть состояния, что заставляет индивидуума еще больше углубляться в игру. В результате круг замыкается. Воздержание от игры, вместо ожидаемого улучшения, ухудшает психическое функционирование.

Дальнейшая линия психоаналитического понимания этиологии патологической страсти к игре, которую условно можно назвать “*Линией Э. Гловера*”, делала акцент не на регрессивном поиске удовольствия, а на реализации функции защиты от невыносимых аффектов, чувства преследования, депрессии и печали, неспособности выносить реальность с ее фрустрациями и ограничениями. Игра представляется попыткой страдающего индивидуума самостоятельно, подручными средствами лечить свою психическую боль. Активизация соответствующих игре фантазий о “большом куше”, о своей удачливости, особых стратегиях игры, и о том какая замечательная жизнь начнется после крупного выигрыша, помогают индивидууму отвлечься от тягот и забот его лишенной удовлетворения жизни. Участие в азартной игре позволяет субъекту избегать осознания природы своего психического дискомфорта и отрицать те аспекты реальности, которые являются для него невыносимыми.

Общеизвестный факт заключается в том, что количество людей, играющих в азартные игры, и количество людей, обнаруживающих признаки зависимости сильно различаются. Исходя из “концепции самолечения”, аддикция к азартной игре формируется у тех индивидуумов, которые переживают глубокое разочарование в своей жизни, не выносят фрустрацию, страдают от тревоги, одиночества, скуки, депрессии, неудовлетворенности собой и объектами своей любви и имеют нереалистичные ожидания.

Клиническая виньетка. Господин F., 27 лет, частный предприниматель. С подросткового возраста испытывал огромное недовольство своей внешностью. Ему казалось, что он выглядит “омерзительно” и непривлекательно в глазах девушек. И что они презируют его за невысокий рост и склонность к полноте. От этих мыслей Господин F. расстраивался, еще больше замыкался и уходил в себя. Он испыты-

вал большие трудности в установлении социальных контактов и боялся обратиться на себя внимание. Не выносил, когда на него смотрели другие, и не мог подойти и познакомиться с понравившейся ему девушкой. Господин Ф. осознавал чрезмерность и неадекватность своих страхов, но ничего не мог с ними поделать. Особенно Господин Ф. боялся быть отвергнутым, униженным и выставленным на позор. В своей голове Господин Ф. представлял себе подобные сцены унижения и не предпринимал попыток сближения с теми девушками, которые ему действительно нравились и возбуждали его сексуально. Господин Ф. мог позволить себе контакты только с теми девушками, которые ему не нравились или были безразличны, и чей отказ не стал бы для него катастрофой. Контакт с одной из таких непривлекательных (в его глазах) девушек закончился ее беременностью и Господин Ф. “вынужден” был на ней жениться. Его самооценка никак не изменилась с изменением его социального статуса.

Однако, после того как Господин Ф. начал играть в казино, он почувствовал уверенность в себе и ощущение собственной важности. Во время игры и сразу после он начал чувствовать, что теперь он может все, и что нет больше никаких границ или сковывающих его уз. Образ тела Господина Ф., столь непривлекательный в его сознании, совершенно исчезал, и все его страхи и комплексы в мгновение ока дезавуировались. Более того, Господин Ф. начинал видеть в себе очень внешне привлекательного мужчину и теперь мог без проблем подойти с целью знакомства к любой, даже самой красивой и ранее запретной девушке или женщине. Его совершенно переставала беспокоить его полнота, наличие живота и невысокий рост. Он чувствовал себя неуязвимым для отвержения и в случае отказа не воспринимал его близко к сердцу. И даже более того, теперь Господин Ф. полагал, что может сам отвергать или считать ниже собственного достоинства девушек, которых еще вчера считал “богинями” и даже не решался смотреть в их сторону.

Клиническая виньетка. Госпожа Г., 34 года, бухгалтер по образованию, играет на протяжении семи лет. Выглядит клинически депрессивно. Свою жизнь Госпожа Г. описывает как череду потерь. В четырнадцать лет трагически погибает ее мать, к которой она была очень привязана, через несколько лет ее старшая сестра. Затем после долгой и продолжительной болезни умирает ее муж. Госпожа Г. остается одна с малолетней дочерью и пасынком на руках. Свои переживания она описывает как непрекращающееся, следующее одно за другим горе. Госпожа Г. полагала, что она виновата в том, что плохо думала о своей матери, образ которой возникал помимо ее желания в ее сознании и вызывал огромные страдания и чувство вины. Чтобы справиться со своим страданием Госпожа Г. принимает решение больше никого не любить, ни к кому не привязываться. Ничего и никогда больше не чувствовать, так как чувства вызывают у нее невыносимую боль.

Случайно для себя она открыла, что игра в игровые автоматы освобождает ее от невыносимых страданий и дает ей возможность на короткое время почувствовать себя живой, счастливой и беззаботной. Погружаясь в мир игры, Госпожа Г. переживала забвение своей боли, тоски и вины. Постепенно играя и параллельно употребляя все более нарастающие дозы алкоголя, она испытывала временное облегчение чувства одиночества, опустошенности и беспомощности в котором она хронически пребывала.

Клиническая виньетка. Госпожа Н., 43 года, бухгалтер-экономист. Личная жизнь Госпожи Н. не сложилась из-за “тяжелого” характера и чрезвычайно завышенных ожиданий. Будучи младшей дочерью, она находилась в “особых” отношениях со своим отцом, которого всячески идеализировала. Параллельно, Госпожа Н. обесценивала мужчин, которые во всех отношениях, разумеется, проигрывали ее отцу, относясь к ним претенциозно и подозрительно. В частности она полагала, что все встречавшиеся на ее пути мужчины имеют тщательно скрываемый меркантильный интерес. Поэтому в отношениях с мужчинами Госпожа Н. в основном использовала тактику “опережающего отвержения”.

Госпожа Н. была склонна к враждебным реакциям, раздражительна, упряма, тщеславна и высокомерна. Стремилась, несмотря ни на что, вывести реальных и воображаемых негодяев на “чистую воду”. Из-за чего у нее неоднократно возникали проблемы на работе, порой служившие поводом для увольнения. А увольнение в свою очередь вызывало еще большее негодование и ярость Госпожи Н., которая “коллекционировала” подобные истории с целью доказать другим их неправоту и соответственно свою “святость”. Кризис у Госпожи Н. случился после смерти ее отца, в которой она обвинила врачей и свою старшую сестру, которая по ее мнению что-то “недосмотрела”. Обратившись к экстрасенсам, она с легкостью приняла версию о наведенной порче и сглазе как о причине всех ее бед.

Случайно оказавшись в казино, Госпожа Н., несмотря на первоначальное подозрение, пришла в восторг от атмосферы праздника. Мужчины-игроки казались ей прекрасными, бескорытными и щедрыми. Неофициальность, раскрепощенность, отсутствие барьеров между людьми, ощущение достатка, беспечность, неторопливость, легкость в завязывании разговора и знакомств — все это произвело на Госпожу Н. огромное впечатление. Начав играть, Госпожа Н. почувствовала себя свободной от тревоги и хронической подозрительности. Особенно, ей нравился новый для нее тип общения и отношений между людьми, лишенный обычных социальных барьеров. Играя, она запросто могла обратиться к незнакомому мужчине и, например, попросить у него денег на игру. И он без вопросов давал ей то, что она у него просила.

Чем больше времени Госпожа Н. проводила в казино, тем более привлекательно оно выглядело в ее глазах. Она начала думать о том, как хорошо бы было, если бы ей вообще не надо было из него выходить. Повседневная жизнь вне игры в казино постепенно становилась для Госпожи Н. все более тусклой, фальшивой, невыносимой и преследующей. А мир казино, где наконец-то она почувствовала себя в безопасности, казался ей чуть ли не раем на земле, заполненным прекрасными людьми, пребывать в котором не только приятно, но и престижно. Где не нужно трудиться, еда, напитки и шоу-программа предоставляются за счет заведения. “В самое лучшее место на земле”, по выражению Госпожи Н., можно придти со сравнительно небольшой суммой, а уйти с сумочкой, полной денег. Персонал относится к ней с уважением и почтением, всегда рад ее видеть и готов выполнить любое ее пожелание. Ей очень льстило, что никто от нее в казино ничего не требует, она сама определяет, во что и по какой ставке играть. И что она вольна выбирать, когда и в какой момент ей следует остановиться, забрать деньги и выйти из игры.

Клиническая виньетка. Господин I., 33 года выглядит старше своих лет, образование незаконченное среднее, работает строителем, общий стаж игры 6 месяцев. С 20 лет Господин I. пьет запоями, у него полностью утрачен количественный и частично ситуационный контроль над употреблением алкоголя. В состоянии опьянения становится агрессивным, склонным к бессмысленным дракам с окружающими и нанесению себе самоповреждений. После выхода из состояния опьянения у Господина I. отмечается тотальная амнезия. Он, обычно, с большим недоумением узнавал от окружающих о неадекватных действиях, совершенных им под воздействием алкоголя. Неоднократно терял работу из-за пьянства, его первый брак распался, а окружение ограничивалось друзьями-субкультульниками, а общение — обсуждением бытовых тем, количества выпитого и степени тяжести последующего похмелья. При этом Господин I., большим алкоголизмом себя не считал и полагал, что в любой момент без проблем, самостоятельно сможет бросить пить спиртные напитки. После очередного алкогольного эксцесса, который чуть не закончился летально для Господина I., он впервые испугался и решил “взять себя в руки”. Вскоре он обратился за медицинской помощью, обещавшей чудесное исцеление от алкоголизма за один сеанс. Господин I., заплатив деньги, прошел процедуру лечения методом “плацебо-опосредованной суггестии” на срок 3 года. После чего, счел себя окончательно выздоровевшим.

Действительно, к немалому удивлению окружающих, Господин I. действительно перестал пить, но при этом его образ жизни изменился мало. Он по-прежнему проводил свое время в пьющей компании, где занимался тем, что покупал и разливал спиртное, следил за тем, чтобы его друзья не нанесли себе и окружающим вред, развозил их по домам после окончания алкогольного эксцесса. К большому удивлению Господина I., на утро следующего дня он испытывал своеобразное похмелье, хотя ни капли спиртного не пил. Но вскоре подобное времяпровождение начало утомлять Господина I.

И тогда Господин I. решил искать спасение в браке, решив, что “хорошая девушка” — это то, что ему нужно. Вскоре после этого Господин I. чрезвычайно поспешно женился, но к своему большому разочарованию по-прежнему ощущал, что ему чего-то не хватает. Огромное количество времени, которое раньше занимало употребление алкоголя, а затем решение проблем, возникших в результате употребления, оказалось высвобожденным. Особенно мучительными для Господина I. были выходные дни и вечер пятницы. Господин I. не находил себе места, ему было скучно, все раздражало и не удовлетворяло, а главное, он был не в состоянии определить свою потребность и выразить ее.

Однажды в пятницу вечером случайный знакомый после работы пригласил его зайти вместе с ним в зал игровых автоматов. Господин I. зашел и сделал первую в своей жизни ставку. После этого, он уже не мог остановиться. Он быстро пришел к убеждению, что азартная игра на деньги — это то, что ему нужно. Вскоре Господин I. не мог думать ни о чем, кроме как об игре. Если он какое-то время не играл, то у него приступообразно возникало влечение к игре, требующее немедленной реализации. Его буквально “разрывало” от чудовищного напряжения и желания сделать ставку, которые он был не в состоянии сдерживать. У него тряслись руки, сердце колотилось, взгляд становился “безумным”. Господин I. даже не пытался осмыслить то, что с ним происходило, ему были неведомы “борьба мотивов”, сомнения,

колебания и т.д. Оказавшись в игровом зале, он немедленно испытывал невероятное чувство облегчения, покоя, радости и удовлетворения.

Разумеется, в этом случае, речь не шла о компульсии, когда индивид чувствует себя вынужденным делать что-либо Эго-дистонное, абсурдное или чрезмерное. Действуя вопреки собственным желаниям с целью предотвращения и/или нейтрализации воображаемого угрожающего события. Влечение к игре у Господина I. носило Эго-синтонный характер, реализация которого приносила ему удовольствие и эйфорию, не сопровождалась сомнениями в целесообразности подобного поведения и более того, оно являлось для Господина I. желанным и было глубоко лично опосредованно. Откладывать свое влечение к игре, прерывать его волевым усилием, пытаться контролировать и т.д. — мысли о необходимости всего этого, даже не приходили Господину I. в голову. Он не видел смысла пытаться прерывать то, что приносило ему такое счастье. Господин I. начал задумываться о контроле только после того, как проблемы, возникшие в результате игры, стали мешать ему продолжать игру.

Уже через месяц Господин I. проиграл всю свою зарплату, а вскоре и все свои сбережения. Начал брать кредиты в банках, закладывать ценности в ломбарде, лгать, воровать, изворачиваться, совершать мошеннические действия с целью найти денег для финансирования игры. Его брак оказался на грани распада. Несмотря на это, Господин I. утверждал, что это было самое счастливое время в его жизни, а то время когда он не играл, было для него подлинным кошмаром.

Разумеется, Господин I. никак не связывал свое поведение в игре с тем периодом своей жизни, когда он запойно алкоголизировался. Только на консультации, на которую он пришел, чтобы сделать одолжение своей жене, которая буквально привела его, держа за руку, Господин I. позволил себе провести некоторую параллель его нынешней “игровой” жизни со своим брутальным алкогольным прошлым.

Клиническая виньетка. Госпожа J., 26 лет, бухгалтер по образованию. С подросткового возраста страдала от мучительного страха смерти. Она ужасалась мыслей о возможности собственной смерти и неизбежности окончания жизни. Особенно ее пугал страх быть погребенной заживо. Существование Госпоже J. омрачали вторгающиеся в ее сознание образы того, как будет разлагаться ее тело в могиле и мысли об ужасе последующего небытия. Госпожа J. осознавала чрезмерность своих страхов и временами их неадекватность, но ничего не могла с ними поделать. Ее попытки каким-либо образом совладать со своими страхами, взять себя в руки, не думать о печальном, не приводили к желаемым результатам. Постепенно страх перед смертью у Госпожи J. принял форму канцерофобии.

Однажды, Госпожа J. увидела установленный в продуктовом магазине игровой аппарат, так называемый “столбик”, и людей, в основном пожилых женщин, бросавших в него монеты. Госпожа J. в течение некоторого времени наблюдала за происходившим перед ее глазами действием, смысл которого она была не в состоянии понять. Тогда она обратилась с вопросом к женщине-оператору, сидевшей на размене денег. Та ответила ей, что это игра на деньги. Бросив пять рублей, можно выиграть намного больше. Госпожа J. решила, что это какая-то шутка. Эта женщина любезно предложила ей попробовать сыграть самой. Госпожа J. бросила в автомат пятирублевую монету и нажала на клавишу.

Женщина, стоявшая рядом и наблюдавшая за ней, радостно воскликнула и сказала, что только что ей выпал выигрыш в 500 рублей! Госпожа J. очень удивилась, смутилась и спросила, действительно ли ей дадут эти деньги и ничего не потребуют взамен? Ей ответили, да конечно, она же их выиграла! Госпожа J. с осторожностью и недоверием взяла деньги и ушла.

На следующий день она уже разменивала купюры на пятирублевые монеты и делала ставки. С тех пор, страх перед смертью, погребением живою, небытием и заболеванием раком стал для Госпожи J. неактуальным. Начав играть, она совершенно забыла о том, что недавно не давало ей жить спокойно и счастливо долгие годы.

Госпожа J. разумеется, не связала факт исчезновения беспокоящих симптомов с началом её игровой активности. Она заподозрила эту взаимосвязь лишь тогда, когда воздерживалась от игры какое-то время. В период терапевтической ремиссии у Госпожи J., стремительно произошло возвращение её, канувших в лето, страхов и тревог. Страхи вернулись как в прямом (что что-то случится с ней), так и смещенном виде — под эгидой того, что смерть неминуемо достигнет тех, кого она любит. Госпожа J. не смогла справиться со своими кошмарами и вернулась к игре.

Итак, проследив эволюцию психоаналитических взглядов на этиологию и патогенез зависимости от азартных игр с позиции психоанализа, мы выделили так называемую “*Линию З. Фрейда*”, которая делала акцент на либидинозных аспектах, регрессии и ведущей роли конфликта вокруг мастурбации. И “*Линию Э. Гловера*”, дальнейшим развитием взглядов которого стала “концепция самолечения”, делавшая акцент на использовании эффектов игры и азарта для реализации функции психологической защиты от конфликтов пограничного и психотического уровня, защищающей от невыносимых аффектов, паранойи, депрессии, нарциссической уязвленности, неспособности индивидуума терпеть фрустрацию и выносить реальность. Данная неспособность является причиной бегства в мир игры, которая носит характер отреагирования болезненных аффектов.

В свою очередь, этот уход от реальности, осуществляемый посредством изменения состояния своего сознания, еще больше ослабляет Эго пациента и делает его зависимым от находящихся вовне утешающих средств. Азартная игра, мысли о выигрыше, розыгрыше, ставках, игорных заведениях, удаче, интуиции, особой системе, о том, как прекрасна будет жизнь после получения “большого куша”, приводят к активизации фантазийной жизни в ущерб жизни повседневной, которая все больше начинает рассматриваться как арена для заработка и нахождения денег, чтобы продолжать без проблем участвовать в играх. В конце концов, у патологического игрока, как писал Ф. М. Достоевский на основании собственного опыта, происходит “самоотравление фантазией”. Отто Фенихель (1945) полагал, что истинный игрок, в конце концов, по мере прогрессирования расстройства должен потерпеть крах, а приятное времяпровождение

пока постепенно станет для него делом жизни и смерти.

Российский психоаналитик Л. Э. Комарова (2006) пишет: “Итак, в современном анализе игроманию принято рассматривать как патологическую защитную конфигурацию, где сама игра используется в психической экономии не столько для реализации вытесненных либидинозных или агрессивных импульсов, а сколько как психологическая защита от внутренних конфликтов пограничного, а то и психотического уровня. Данная защита имеет характер отреагирования некой необходимой для поддержания психического баланса бессознательной фантазии садо-мазохистического характера. Этот подход как раз и позволяет объяснить наиболее существенные характеристики игровой зависимости, а именно: ее компульсивность, уход от реальности, тенденцию к саморазрушению”.

На первый взгляд “*Линия З. Фрейда*” и “*Линия Э. Гловера*” кажутся противоречащими друг другу, но с нашей точки зрения это противоречие мнимое, оно показывает всю глубину и широту психоаналитической мысли. В клинической практике разные взгляды являются взаимодополняющими и обогащающими друг друга. На разных этапах работы с патологическими азартными игроками можно увидеть, как причудливо переплетены в истории отдельного пациента самые разные мотивы, побуждения, значения и смыслы.

Патологический игрок, благодаря участию в азартных играх, получает удовлетворение и спасение от напряжения, депрессии и скуки, которой наполнена его повседневная жизнь. Разумеется, у этого удовольствия имеется своя цена, и пациент с готовностью платит ее, даже сталкиваясь с серьезными проблемами. Но, несмотря на проблемы, он не прекращает играть, поскольку то, что он получает взамен, стоит тех страданий. Забвение боли и облегчение, которое получает пациент, находясь в игровом заведении, не идет ни в какое сравнение с самым продуктивным психотерапевтическим сеансом. Именно поэтому, игроки предпочитают казино психоаналитической кушетке и кабинету врача. Обычно, азартный игрок играет до тех пор, пока у него есть такая возможность. Если финансовые возможности играть исчерпаны, он может прийти на консультацию к специалисту. С некоторой долей иронии можно сказать, что для патологического игрока казино является фешенебельной клиникой, а игра любимым лекарством.

Однажды на консультации одна женщина 39 лет, игрок с 7 летним стажем, чья эмоциональная жизнь по ее словам девальвировалась, притупилась и разрушилась, с огромным возмущением заявила нам: “Вы представляете, год назад одна женщина врач-психотерапевт, к которой я обратилась за помощью, предложила мне лечиться от игромании за 100 долларов за сеанс! Спрашивается, откуда у игрока такие деньги?!”

(К слову, эта дама проиграла десятки тысяч долларов и, тем не менее, продолжала играть и находить деньги на игру.) Да я лучше эти 100 долларов в казино проиграю, хоть удовольствие получу, чем потрачу на какую-то психотерапию!”

Мы полагаем, что подобное отношение игроков к лечению является типичным, просто многие из них не решаются говорить о нем специалистам прямо в лицо. Часто только по их поступкам можно судить о том, что имеет для них значение и представляет собой истинную ценность. Если говорить очень вульгарным языком — ценно то, на что не жалко денег и времени. Наркотик (под словом “наркотик” может быть что угодно) — это то, на что не жалко денег!

Во время проведения терапевтических консультаций (крайне удачный термин Д. Винникотта) задачей психолога или врача является помочь пациенту увидеть, что именно стоит за его долгами, переоценкой (девальвацией) ценностей, потерей контроля, разрушением межличностных отношений, потерей интереса ко всему кроме игры.

Невозможность больше справляться со своей депрессией и неспособность больше нейтрализовывать свою тревогу — вот что, согласно нашему пониманию, является непосредственной причиной, мотивирующей пациента добровольно искать помощи у специалиста. Другой распространенный вариант — пациент пришел не по своей воле, находясь под сильным давлением третьих лиц, заинтересованных в его лечении.

В случае успешного консультирования пациент переходит от концентрации на симптомах и последствиях своего расстройства (какими бы brutальными они не казались) к видению своего внутриспсихического конфликта. Он начинает задумываться о том, что его симптомы имеют в своей основе психологические причины, они не связаны с долгами, как склонны считать сами пациенты, которые отчаянно пытаются решить свои финансовые проблемы, возникшие из-за азартной игры, посредством еще большей включенности в игру.

Практически у каждого пациента был в его игровой карьере эпизод (часто не один), когда он рассчитывался со всеми своими долгами, погашал все свои счета и задолженности. То есть, решал те проблемы, из-за которых он, согласно своей версии, продолжал играть, желая, во что бы то ни стало, отыграть и “вернуть назад свои деньги”. После этого зачастую пациент снова шел играть, делал новые долги и снова начинал брать кредиты в банках и т.д.

Мы полагаем, что зависимость индивидуума от игры представляет собой вершину айсберга. Азартная игра — это всего лишь симптом, проявление лежащего в его основе “первичного” эмоционального расстройства. По нашему мнению, внутриспсихический конфликт и/или дефицит лежит в основе болезни зависимости.

Практически все консультируемые и проходившие лечение у нас игроки имели те или иные патологические черты личности, такие как недостаток аффективной зрелости, неустойчивая самооценка, обычно балансирующая между двумя крайностями (величия и ничтожества), искажение структуры и иерархии мотивов. Для игроков характерна тенденция к отреагированию, низкая толерантность к фрустрации, хаотичность, противоречивость их внутреннего мира и отношений с другими людьми, нарушение функции прогнозирования, заботы о себе и вопиющая неспособность учиться на собственных ошибках. За их экспансивными, антисоциальными и мегаломаническими тенденциями и идеями специалист может легко разглядеть тщательно скрываемую депрессивную тональность.

Творческая работа психоаналитически ориентированного психолога или врача, совместно со страдающим и добровольно ищущим помощи пациентом, могут помочь ему раскрыть истинный смысл его расстройства. И через это осознание постепенно обрести власть над своими симптомами. Психотерапия, будучи по определению разговорным жанром, предоставляет возможность страдающему индивидууму говорить о своей боли.

З. Фрейд был пионером в понимании того, как важна речь пациента. Еще в “Исследовании истерии” (1893) он указывал на то, что суть терапевтической работы заключена в необходимости заменить *действия словами*. И через это обеспечить отреагирование вытесненных воспоминаний, которые находят свое выражение через образование симптомов. Эти симптомы никоим образом не являются бессмысленными или случайными.

Первоначально, на заре психоанализа психотерапевтическая задача мыслилась, как попытка разгадать скрытое бессознательное пациента, перевести его в связанный вид, оформить в слова и в удобную минуту сообщить ему. “Психоанализ, прежде всего, был искусством толкования” (З. Фрейд “По ту сторону принципа удовольствия”. 1920). В дальнейшем большую роль начала играть работа с сопротивлением пациента, раскрытие которого и последующее подтверждение пациентом построений психоаналитика мыслились как терапевтическое продвижение. Однако часто пациент не мог вспомнить или согласиться с тем, что ему говорил врач. “Он скорее вынужден повторить вытесненное в виде новых переживаний, чем вспомнить это как часть прошлых переживаний как хотел бы врач”. З. Фрейд обратил внимание, что у пациентов есть тенденция повторять вытесненное событие в действии, как актуальное переживание, нежели припоминать его как исторический эпизод. Причем это повторение начинает иметь отношение к врачу и является “новым изданием” событий, реакций и чувств прошлого. В психотерапевтической работе через переживание заново, припоминание, осознание и

воспроизведение воспоминания в речи пациента происходит разрядка и связывание аффектов, находящихся свое выражение в симптомах.

З. Фрейд сравнивал психоаналитическое исследование с занятиями археологией. В. Блон (1959) уточнил это сравнение тем, что в процессе анализа ищутся и обнаруживаются не следы существования древней цивилизации, представляющей собой нечто историческое, статичное и застывшее, а существование динамической опасности — следы произошедшей примитивной катастрофы. Это катастрофическое событие по-прежнему носит актуальный, живой и активный характер, не имеет возможности разрешиться состоянием покоя и блокирует продвижение пациента вперед. Оно откладывает отпечаток на психотерапевтическую работу, осуществляемую здесь и сейчас.

Как человеческие существа, мы устроены так, что мы не способны увидеть и понять себя самостоятельно, без помощи Другого. Нам нужны посредники, которые выполняют для нас роль зеркал. Мы убеждены, что действия патологических игроков являются *заменой слов*, специфическим способом поведать Другому о своей психической боли. Чем более драматична жизнь пациента, чем более неадекватные действия с точки зрения элементарного здравого смысла он совершает, тем более глубинно его психическое страдание. Мы считаем, что патологические азартные игроки действуют, потому что не могут говорить. Даже, если пациент говорит о своем прошлом, то его слова, мысли и образы подразумевают чувства, имеющиеся у него в данный момент, и специалист может обратиться на это внимание. Работая с пациентами в течение нескольких лет, у нас складывается впечатление, что у патологических игроков существует огромная проблема в обнаружении, описании, дифференциации, десоматизации и вербализации своих чувств. Игроки имеют затруднение в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Они не способны использовать свои чувства как предупредительные сигналы.

Возможно, в их детстве отсутствовал или плохо функционировал этот Другой, кто мог научить связывать их неконтролируемое возбуждение словами утешения и поддержки. Под этим Другим обычно подразумевается мать, которая могла услышать, принять в себя, осмыслить, понять, придать смысл и вернуть назад, выразив в речи, те чувства и аффекты, которые бушуют в ребенке. И таким образом, “связать” несвязанное возбуждение и тревогу, сделав для своего ребенка то, что он еще не способен делать самостоятельно. Через повторяющийся опыт “обезвреживания токсических чувств” у малыша появляется опыт совладания со своими аффектами и развивается толерантность к ним. А через идентификацию с реальной матерью происходит встраивание в психику ребенка

“образа матери” — утешителя и защитника, благодаря которой ребенок приобретает большую автономию и самостоятельность.

В процессе терапии психолог или врач становится тем, через кого пациент может посмотреть на себя со стороны. Через обнаружение, идентификацию и присвоение он может обнаружить свои потерянные части и качества. Позволив смотреть на себя Другому, пациент обучается сам смотреть на себя со стороны, тем самым развивая и формируя собственное Наблюдающее Эго, способное к разотождествлению, анализу, интроспекции и откладыванию немедленного сброса (отреагирования) психического напряжения через моторную (двигательную) разрядку.

Итак, проблема игромании нами видится не в том, что индивид играет в игровые автоматы, а в том, что он сам превращается в бездушный автомат и перестает быть хозяином в своем собственном доме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автономов Д. А. Феномен патологического влечения к азартным играм. Психоаналитический взгляд на проблему // “Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр” — М: РБФ НАН, 2008. С. 84 – 126.
2. Автономов Д. А. “Аддиктивное поведение, маниакальный перенос и проективная идентификация”. Доклад. Материалы Международной психоаналитической конференции. Москва, Том 2 — М., РПО, 2006. С. 32 – 39.
3. Блон У. Р. “Нападения на связь”. <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20080106>.
4. Вёрмсер Л. Психоаналитические размышления об этиологии компульсивного употребления наркотиков // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты./Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. С. 361 – 393.
5. Гловер Э. Об этиологии наркотической аддикции // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты./Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. С. 30 – 72.
6. Комарова Л. Э. Загадка игрока: почему истинный игрок всегда проигрывается? Доклад. Материалы Международной психоаналитической конференции. Москва, Том 2 — М., РПО, 2006. С. 87 – 95.
7. Розенфельд Г. О наркотической аддикции // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты./Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. С. 225 – 249.
8. “Психология и лечение зависимого поведения”. Под редакцией С. Даунинга — М.: Издательская фирма “Класс”, 2000. 240 с.
9. Фенихель О. “Психоаналитическая терапия неврозов”. — М.: Академический проект, 2004. 848 с.
10. Фрейд З., Брейер Й. Исследования истерии. СПб.: Издательство ВЕИП, 2005. 454 с.
11. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Интерес к психоанализу: Сборник/Пер. с нем.; Худ. обл. М. В. Дарко. — Мн.: ООО “Попурри”, 2004. С. 228 – 247.
12. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Я и Оно. — М.: Изд. Азбука-классика. 2007. С. 3 – 90.
13. Greenson R. R. On Gambling // American Imago № 4, 1947. — P. 61 – 77.
14. Winnicott D. W. Manic defense (1935) // Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Collected Papers. London, Karnac Books, 1992.

Профессор Владимир Яковлевич Анфимов — организатор кубанской психиатрии (штрихи к портрету)

А. П. Петрюк¹, П. Т. Петрюк²

Ключевые слова: Анфимов В. Я., Хлебников Велимир



Владимир Яковлевич Анфимов (1879 – 1957) — известный отечественный ученый, психиатр, невропатолог, доктор медицинских наук, профессор, представитель харьковской и Санкт-Петербургской психиатрической школ, работавший одно время на Сабуровой даче — бывший сабурянин, организатор и заведующий кафедрой душевных и нервных болезней, а затем — заведующий кафедрой психоневрологии Кубанского государственного университета, много сделавший для изучения вопросов влияния травматической болезни на психику, эпилепсии, психотерапии, экспериментальной психологии, периодичности психических процессов и влияния космических закономерностей на поведение людей, организации психиатрической службы, курортного дела, сифилитического повреждения центральной нервной системы, диагно-

стики сирингомиелии и других актуальных проблем психиатрии и неврологии [1 – 5].

Владимир Яковлевич Анфимов родился 29 октября 1879 года в г. Санкт-Петербурге в семье в то время слушателя Медико-хирургической академии (впоследствии переименованной в Военно-медицинскую академию), будущего профессора душевных и нервных болезней Томского, Харьковского и Тбилисского университетов, статского советника Якова Афанасьевича Анфимова. Рос он в Санкт-Петербурге, Тифлисе, Ставрополе (это родина матери), а с 1885 по 1892 годы — снова в Санкт-Петербурге. После двухгодичного пребывания в Томске (1892 – 1894) семья переехала в Харьков, где Владимир Яковлевич закончил 3-ю мужскую гимназию.

Высшее образование он начал приобретать вначале в Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, где молодой В. Я. Анфимов принял участие в студенческих беспорядках [1]. В этой связи был арестован и по приказу министра образования отчислен из академии. Из царской тюрьмы “Кресты” его вызволил отец с помощью князя П. Д. Святополк-Мирского и митрополита. Только через некоторое время, с трудом, Владимиру Яковлевичу удалось продолжить свою учебу на медицинском факультете Харьковского императорского университета, где его отец работал в должности заведующего кафедрой душевных и нервных болезней. В декабре 1905 года, накануне окончания Харьковского императорского университета, В. Я. стажировался в клинике профессора F. Raymond’a в Париже, где с декабря 1905 по март 1906 года и с октября 1906 по март 1907 года повышал свою квалификацию, посещая лекции и занятия виднейших психоневрологов Франции. Работая у F. Raymond’a, В. Я. сделал доклад в Societe de Neurologie на тему: “Existence et signification des petites hemorragies sous piemere cerebrale dans l’epilepsie”.

¹ Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача).

² Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков.

В соответствие с дипломом, Харьковский императорский университет Владимир Яковлевич окончил 7 апреля 1906 года *sum eximia laude*. Своей специальностью он избрал душевные и нервные болезни. Таким образом, несмотря на знаменитого отца, получение высшего врачебного образования заняло у него почти десять лет.

По возвращении из-за границы Владимира Яковлевича избрали сверхштатным ассистентом по кафедре душевных и нервных болезней Харьковского императорского университета. Одновременно он исполнял ординаторские обязанности в лечебнице доктора И. Я. Платонова, в которой велось преподавание по вышеупомянутой кафедре невропатологии и психиатрии, и в электrolечебном кабинете.

По постановлению Совета Харьковского императорского университета В. Я. Анфимов был командирован в Санкт-Петербург для усовершенствования в своей специальности сроком на один год с 1 января 1908 года, но задержался там, на целых десять лет, где вел активную врачебную, научную и общественную деятельность. В Санкт-Петербурге он занимался в основном в клинике душевных и нервных болезней при Императорской Военно-медицинской академии (ВМА).

Уже осенью 1908 года Владимира Яковлевича избрали в число ассистентов Санкт-Петербургского психоневрологического института. С 25 ноября 1908 года по решению Совета Санкт-Петербургского женского медицинского института он занял должность сверхштатного лаборанта при кафедре душевных и нервных болезней. В это же время по поручению профессора В. М. Бехтерева Владимир Яковлевич руководил практическими занятиями слушательниц женского медицинского института по психиатрии. С начала 1909 года по указанию профессора В. М. Бехтерева В. Я. Анфимов принял на себя дальнейшую организацию имеющейся при женском медицинском институте лаборатории по экспериментальной психологии и руководил вместе с приват-доцентом А. Ф. Лазурским практическими занятиями по психологии. В том же году он принимал больных по нервным болезням в амбулатории Петропавловской больницы.

С 1910 года Владимир Яковлевич был переведен на должность сверхштатного ассистента клиники душевных и нервных болезней при Императорской ВМА, где состоял в этой должности (у В. М. Бехтерева) по 1915 год.

С февраля 1910 по август 1911 года его избрали на Совете психоневрологического института заведующим амбулаторией и врачом этого же института. В. Я. Анфимов также бесплатно вел приемы больных от Попечительства о душевных и нервных больных. В январе 1910 года по поручению профессора В. М. Бехтерева организовал совместно с приват-доцентом С. Д. Владычко отдел объективного исследования душевнобольных на выставке “Охранение душевного

здоровья” при III съезде отечественных психиатров. С 1910 года принимал участие в амбулаторных приемах больных клиники душевных и нервных болезней при Императорской ВМА, как в общих, так и специальных по психотерапии.

Состоял действительным членом Санкт-Петербургского общества психиатров и научных собраний врачей клиники душевных и нервных болезней при Императорской ВМА.

С 27 января 1909 года в течение нескольких лет Владимир Яковлевич состоял казначеем Русского общества нормальной и патологической психологии. С 18 марта 1910 года состоял секретарем Русской лиги для борьбы против эпилепсии; по поручению этого же общества совместно с приват-доцентом Ю. К. Белицким составил проект устава лиги. С декабря 1911 года вошел в число секретарей журнала “Обозрение психиатрии и психологии”. В этом же журнале с 1907 года он поместил несколько рефератов французских и итальянских статей из журналов [3, 4].

Со 2 по 3 декабря 1911 года Владимир Яковлевич сдал теоретические и практические экзамены на получение ученой степени доктора медицины при Харьковском императорском университете и получил звание докторанта.

В 1912 году был командирован в Цюрих на международный съезд Лиги для борьбы с эпилепсией (6 – 7 сентября), где представил доклад совместно с академиком В. М. Бехтеревым на тему “Алкоголь и эпилепсия”. Русский доклад объявили программным. В. Я. Анфимову было даже предложено председательствовать на одном из заседаний, но он по присущей ему природной скромности отказался, что вызвало дружеские упреки со стороны академика В. М. Бехтерева.

В 1913 году Владимир Яковлевич состоял ординатором нервного отделения Николаевского военного госпиталя в Петербурге. Вместе с госпиталем впоследствии попал на театр военных действий в 1914 году. Волею случая там он оказался в гуще знаменитых событий при Сольдау. Усилиями отца на самом высшем уровне В. Я. Анфимов был, в конце концов, переведен в госпиталь в Варшаве. Ни в одной из своих автобиографий участие в военных действиях Владимир Яковлевич не упоминает (также, как и о пребывании в царской тюрьме).

С 1915 по конец 1918 года включительно Владимир Яковлевич занимал должность заведующего нервным отделением и старшего ассистента клиники душевных и нервных болезней при Императорской ВМА. В эти же годы одновременно по совместительству работал ординатором нервного отделения Тюремной больницы, ординатором нервного отделения Почтовой больницы, ординатором нервного отделения Городского лазарета № 5 и врачом-невропатологом Крестовоздвиженской больницы.

Был секретарем кружка военной психологии при “Обществе ревнителей военных знаний” в Петрограде, секретарем Русской лиги для борьбы с эпилепсией, секретарем научных собраний клиники нервных болезней Императорской ВМА. С 1917 года состоял секретарем общества врачей-психиатров в Петрограде.

В 1919 году В. Я. Анфимов переехал в Харьков. Причиной переезда, как полагают биографы, послужили семейные обстоятельства. Еще в клинике ВМА в течение 3-х лет Владимир Яковлевич подготовил диссертацию на степень доктора медицины “Влияние травмы на психику. Внимание, умственная работоспособность и ассоциации при травматическом неврозе. Экспериментально-психологическое и клиническое исследование”. 10 ноября 1919 года состоялась ее защита в Харькове.

В этой работе установлены своеобразные факты тяжелых и длительных интеллектуальных нарушений при травматическом неврозе. Эта работа была сопряжена с занятиями в лаборатории экспериментальной психологии известного психолога А. Ф. Лазурского, что побудило Владимира Яковлевича составить таблицу букв для исследования внимания. С 1911 года в клинике академика В. М. Бехтерева, а позднее во многих клиниках СССР, с помощью этой таблицы были выполнены десятки диссертационных и других работ [1].

В 1919 году Владимир Яковлевич начал работать ассистентом при кафедре душевных и нервных болезней Харьковского университета. Там же был избран ординатором Харьковской Губернской Земской больницы (на место ушедшего на кафедру в Днепропетровск невропатолога В. Э. Держинского). В ноябре 1919 года его избрали преподавателем невропатологии и психиатрии в фельдшерской школе при этой же больнице — Сабуровой даче. В ней В. Я. Анфимов не только работал преподавателем, но и был также членом Правления. Также состоял он членом общества научной медицины и гигиены в Харькове и Харьковском медицинском обществе.

Здесь уместно отметить, что 25 июня 1919 года Харьков был занят денкикинцами. Находиться в городе стало опасно. Добровольческая армия устанавливала свои порядки, и ее методы немногим отличались от методов красных [6].

11 декабря 1919 года Харьков заняли войска Красной армии. Но еще раньше Владимир Яковлевич переехал в г. Екатеринодар. Почему именно Екатеринодар (Краснодар)? Ответом на этот вопрос частично может ответить цитата из романа В. Лихоносова “Мой маленький Париж”, в которой речь идет о том смутном времени, которое пришлось пережить нашему обществу того периода [2, с. 366 – 369].

В мае 1920 года Владимира Яковлевича назначили сначала ординатором, а потом заведующим психиатрическим отделением Областной больницы. Эту дол-

жность он занимал до августа 1921 года. Когда отделение на 5 месяцев выделили в самостоятельную психолечебницу, Владимир Яковлевич стал её старшим врачом. С 7 мая 1920 года он был назначен ординатором невропатологом Областного травматологического института, заведующим нервным отделением того же института. В 1922 году он был назначен ординатором Дома дефективного ребенка. На Кубани того времени практически не знали, что такое невропатология и психиатрия.

В июне 1920 года Владимир Яковлевич занимается организацией медицинского факультета в Краснодаре. Комиссия состояла из профессоров Н. Ф. Мельникова-Разведенкова, К. Н. Малиновского, докторов медицинских наук С. В. Очаповского, А. Л. Самойловича и В. Я. Анфимова. 1 июля 1920 года В. Я. Анфимов становится заведующим кафедрой душевных и нервных болезней Кубанского государственного университета. Помимо этого, с 1921 года он преподавал психиатрию и невропатологию в Краснодарской акушерской школе, а также армейским врачам.

В конце 1921 года В. Я. Анфимов был единогласно избран профессором кафедры нейропсихиатрии Симферопольского университета, но решил остаться в Краснодаре.

В 1924 году от Кубанского медицинского института Владимиру Яковлевичу выделили несколько комнат недалеко от работы, в двухэтажном доме на улице Посполитакинской, 8, которая позже будет переименована в Октябрьскую. И до сих пор в нем проживают потомки заслуженных профессоров Анфимовых. Дом включен в одну из экскурсий по г. Краснодару. “Эрудированные” экскурсоводы рассказывают о дружбе Владимира Яковлевича со знаменитым поэтом В. Хлебниковым.

В 1926 году Владимир Яковлевич исполнял временно обязанности ректора. Работа в медицинском институте протекала без особых потрясений, за исключением разделения кафедры в 1936 году — выделилась кафедра психиатрии, и Владимир Яковлевич стал заведовать кафедрой психоневрологии. Это было только к лучшему, так как по долгу службы раньше ему приходилось участвовать в работе революционных трибуналов и давать оценку психическому состоянию подсудимых. Теперь же все это стало прошлым. В период Великой Отечественной войны Владимир Яковлевич находился в эвакуации — вначале вместе с Институтом в Ереване, затем — в Сочи, где работал какое-то время директором Института курортологии.

Всю свою жизнь Владимир Яковлевич интенсивно работал во многих местах, вел разнообразную общественную и просветительскую работу. Его заслуженно считают не только одним из организаторов психиатрической службы на Кубани, но и человеком, внесшим большой вклад в становление курортного дела, прежде всего курорта “Горячий ключ” [3 – 4].

**ПРОФ. В. Я. АНФИМОВ
И ВЕЛИМИР ХЛЕБНИКОВ**

В конце августа 1919 г. в Харьковской Губернской Земской больнице появился пациент, сделавший врача В. Я. Анфимова знаменитым в достаточно широких кругах — Велимир Хлебников. Написанная им значительно позже — в 1931 году, и опубликованная в 1935 году статья “О психопатологии творчества. Хлебников в 1919 году” стала заметным явлением для исследователей творчества этого своеобразного поэта [7].

Как известно, сын Екатерины Николаевны Вербицкой и Владимира Алексеевича Хлебникова, Велимир Хлебников в 1908 году переехал в Санкт-Петербург, поступил на 3-й курс естественного отделения физико-математического факультета Петербургского университета. С осени 1909 года перешёл на факультет восточных языков по разряду санскритской словесности, вслед за этим перешёл на 1-й курс славяно-русского отделения историко-филологического факультета, но университет так и не окончил. Как писал он сам в ответах на анкету С. А. Венгерова, “в годы студенчества думал о возрождении языка, написал стихи “О, рассмейтесь” и “Игра в Аду” (5 августа 1914 года).

В бумагах известного психиатра и невропатолога В. Я. Анфимова сохранился машинописный экземпляр стихотворения Велимира Хлебникова “Ангелы” (1919), которое осталось вне поля зрения хлебниковедов и хранится в архиве Музея-института семьи Рерихов. Это стихотворение скорее всего относится ко второй половине 1919 года и написано в психиатрической клинике на Сабуровой даче под Харьковом, где тогда находился на обследовании поэт. Судьба занесла В. Хлебникова в Харьков весной 1919 года. Ранее В. Хлебников бывал в этом городе и считал его вторым родным домом.

В июне Харьков был занят денкинцами. В Хлебникову угрожал призыв в Добровольческую армию, и знакомые, сочувствующие ему врачи направили его на медицинское освидетельствование в бывшую земскую психиатрическую больницу на Сабуровой даче, так как спасти его могло только заключение врача-психиатра о непригодности к воинской службе. На Сабурову дачу и отправился В. Хлебников. Таким он появился перед врачами: “Высокий, с длинными и тонкими конечностями, с продолговатым лицом и серыми спокойными глазами, он кутался в легкое, казенное одеяло, зябко подбирая большие ступни, на которых виднелось какое-то подобие обуви” [6].

Владимир Яковлевич отмечал и другие особенности поведения своего пациента: “Все поведение Хлебникова было исполнено противоречий — он или сидел долгое время в своей любимой позе — поперек кровати с согнутыми ногами и опустив голову на колени, или быстро двигался большими шагами по всей

комнате, причем движения его были легки и угловаты. Он или оставался совершенно безразличным ко всему окружающему, застывшим в своей апатии, или внезапно входил во все мелочи жизни своих соседей по палате и с ласковой простодушной улыбкой старался терпеливо им помочь. Иногда часами оставался в полной бездеятельности, а иногда часами, легко и без помарок, быстро покрывал своим бисерным почерком клочки бумаги, которые скоплялись вокруг него целыми грудками” [6].

Итак, врачу необходимо было поставить диагноз, от которого зависела жизнь пациента (Если бы В. Хлебникова забрали в денкинскую армию, он вряд бы выжил). “Для меня — пишет В. Я. Анфимов — не было сомнений, что в В. Хлебникове развертываются нарушения нормы, так называемого шизофренического круга, в виде расщепления — дисгармонии нервно-психических процессов... Однако все это не выливалось в форму психоза с окончательным осуждением личности — у него дело не доходило до эмоциональной тупости, разорванности и однообразия мышления, до бессмысленного сопротивления ради сопротивления, до нелепых и агрессивных поступков. Все ограничивалось врожденным уклонением от среднего уровня, которое приводило к некоторому внутреннему хаосу, но не лишенному богатого содержания” [6].

Профессор-психиатр В. Я. Анфимов предложил В. Хлебникову в качестве тестов создать произведения на несколько заданных тем. И как результат были написаны жизнерадостная, мифическая, полная лиризма поэма “Лесная тоска”, поэма “Поэт” — итог размышлений над судьбами поэзии, над разными путями видения мира, поэма “Гаршин”, в которой показаны события гражданской войны, передана напряжённость и трагичность обстановки, рассказано о безумстве военного террора и о безумных в больнице. “Где сумасшедший дом? В стенах или за стенами?” — спрашивал Велимир в поэме.

На автографе поэмы “Поэт” В. Хлебников сделал надпись: “Посвящаю дорогому Владимиру Яковлевичу, внушившему мне эту вещь прекрасными лучами своего разума, посвящённого науке и человечеству” [5, 7].

На Сабуровой даче В. Хлебников пролежал четыре месяца, дважды переболел тифом и был выписан после прихода в Харьков Красной Армии.

Пробыл В. Хлебников в Харькове до конца августа 1920 года. Несмотря на тяжёлые условия жизни поэта, его болезнь, харьковский период был особенно продуктивен. Кроме названных поэм, написаны такие значительные произведения, как “Три сестры”, “Ночь в окопе”, “Ладомир”, “Царапина по небу”, “Азы и узы”. Поэма “Ладомир” вышла летом 1920 года в издании В. Д. Ермилова. И только недавно удалось обнаружить ещё одно творение поэта — “Ангелы”. Нет сомнений, что оно появилось на свет тоже благодаря

“прекрасным лучам” удивительной личности профессора В. Я. Анфимова. Но не только поэзия, по-нашему мнению, сблизила учёного-психиатра и поэта.

Как справедливо отмечает Л. В. Рудавина, обладавший обширными знаниями В. Хлебников был убеждён, что развитие человечества закономерно, что существует периодичность природных процессов — от суточной смены до огромных космических колебаний. Многие годы В. Хлебников отдал математическим вычислениям закономерностей в рождении великих людей, в гибели государств, других событий. В воззвании к славянским студентам, написанном в Петербургском университете в 1908 году, он пропечатал, что в 1915 году люди пойдут войной друг на друга и будут свидетелями крушения государства. Небезынтересно, что в брошюре “Учитель и ученик”, изданной в мае 1912 года, В. Хлебников на основе своих вычислений предрёк революцию 1917 года, в результате которой, по его предсказаниям, падёт Российская империя. Как здесь не вспомнить “Предвоенную серию” картин Н. К. Рериха 1912 – 1914 годов, справедливо названную современниками “Пророческой” [8]. Рериховские образы “Ангела последнего” (1912) и ангела, несущего спящим стражникам “Меч мужества” (1912), созвучны и именно “стихийно” близки (выражение Рериха) “Ангелам” Велимира Хлебникова, бьющимся “упорно и свойско” с враждебной человечеству силой.

Несомненно, что неординарные, полностью оправдавшиеся вычисления, а также самобытное мировоззрение поэта-математика привлекли внимание профессора В. Я. Анфимова. Многие годы после харьковской встречи с В. Хлебниковым он разрабатывал различные вопросы периодичности психических процессов и влияния космических закономерностей на поведение людей, подготовил на эту тему ряд публикаций и оставил интересные записи, сохранившиеся в его краснодарском архиве. Следует отметить, что в основных моментах космологические наблюдения В. Я. Анфимова 1920 – 1930 годов очень близки положениям А. Л. Чижевского в “Земном эхе солнечных бурь”, а также Учению Живой Этики, изданном примерно в то же самое время Рерихами.

* * *

Важнейшими работами профессора В. Я. Анфимова являются: “Мелкие кровоизлияния на поверхно-

сти головного мозга, как постоянное явление при эпилепсии, их значение” (1907), “Случай одновременно-го развития спинной сухотки и прогрессивной мышечной атрофии типа Aran-Duchenne’a” (1910), “Алкоголь и эпилепсия” (1913), “Случай скорбучического полиневрита” (1914), “Влияние травмы на психику” (1919), “Психотерапия и ее значение в современной жизни” (1925), “Сифилис базальных ганглиев” (1935), “К вопросу диагностики сириногомиелии” (1935) и многие другие.

Умер В. Я. Анфимов в 1957 году. Похоронен Владимир Яковлевич на Всесвятском кладбище г. Краснодара.

Таким образом, В. Я. Анфимов внес весомый вклад в развитие не только научной и практической психиатрии, но и неврологии в России и Украине.

Выражение признательности

Авторы выражают искреннюю признательность хранительнице музея Сабуровой дачи Т. И. Рябчун и профессору, доктору медицинских наук А. Н. Бачерику за ценные замечания и советы при работе над более ранней версией этой статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГАКК, Р-1567, оп. 1, дело 115, лист 59.
2. Лихоносов В. Избранное. — М.: ТЕРРА, 1993. — 670 с.
3. Курашкевич Г. А. К тридцатилетнему юбилею научно-исследовательской и преподавательской деятельности доктора медицинских наук профессора В. Я. Анфимова // Советская психоневрология. — 1936. — № 5. — С. 102 – 104.
4. Профессор Владимир Яковлевич Анфимов // Труды Кубанского медицинского института. — Краснодар, 1937. — Вып. 8 (21). — С. 7 – 10.
5. Войцехович Б. А. Врач и поэт (профессор В. Я. Анфимов и поэт В. Хлебников) // Врач. — 1994. — № 6. — С. 57 – 59.
6. Старкина С. В. Велимир Хлебников. — М.: Молодая гвардия, 2007. — 339 с.
7. Анфимов В. Я. К вопросу о психопатологии творчества. В. Хлебников в 1919 году // Труды 3-й Краснодарской клинической городской больницы. — Вып. 1. — Краснодар: Издание Краснодарского горздраводела, 1935. — С. — 66 – 73.
8. Рудавина Л. В. Велимир Хлебников — пациент Сабуровой дачи // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка. — Т. 3. — Х.: Б.и, 1996. — С. 68 – 71.

Вот как наша власть относится к научной экспертизе

Председатель Высшего Совета правящей партии Борис Грызлов, комментируя журналистам первые итоги Форума на сайте “Единой России”, заявил, что *“главным его содержанием станут конкретные предложения о том, как достичь приоритетов, обозначенных в “Стратегии 2020”. Часть предложений, которые прозвучали, — это готовые проекты в сфере инноваций, которые можно реализовывать уже сейчас. К сожалению, многие инициативы встречаются преграды на своем пути в виде Академии наук и бюрократии. Я знаю, что в академии наук даже есть отдел по лже-науке. Меня этот факт очень удивляет — как они могут брать на себя ответственность и говорить, что является лже-наукой, а что — нет? Это — мракобесие какое-то”*.

Это прозвучало на Форуме, который в формате “мозгового штурма” вырабатывал конкретные предложения по реализации основных направлений Послания Президента Федеральному Собранию и концепции социально-экономического развития страны.

Поводом послужило выступление председателя комиссии по борьбе с лже-наукой РАН акад. Эдуарда Круглякова против “академика семи академий” Виктора Петрика — соавтора Грызлова по патенту и победителя конкурса Единой России по программе “Чистая вода”. Изобретение представляет фильтр, превращающий радиоактивную воду в питьевую. Петрик и Грызлов планировали обеспечить чистой водой всю Россию за 15 триллионов рублей, причем в рамках одноименной государственной программы и даже с символикой партии.

О Петрике известно, что это изобретатель вечного двигателя, алгоритма беспроеигрышной игры в казино и т.п. Как он оказался для Грызлова авторитетнее РАН, задача которой — научная экспертиза государственных проектов? Как он с огромным отрывом выиграл конкурс? Это понятно и известно. И не Грызлов ли, спикер нашей Думы, прославился своим афоризмом: “Парламент — не место для дискуссий”. (http://gazeta.ru/science/2010/01/29_a_3317956.shtml).

Наш журнал открывает две новые рубрики:

**“АНАЛИЗ СВОИХ ОШИБОК”,
“С ФОРУМА НПА” (см. www.npar.ru)**

Приглашаем принять участие!

**Ежегодный съезд
Американской психиатрической ассоциации**

**ДОСТОИНСТВО И ОБЕТ:
НАВСТРЕЧУ НОВОЙ ПСИХИАТРИИ**

22 – 26 мая 2010 г., Новый Орлеан, США

www.psych.org; 01-703-907-7300

ОТКЛИКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Психиатр и юрист о новой инициативе Центра им. Сербского

ЗАПРЕТИТЬ ОСПАРИВАНИЕ И ОБЖАЛОВАНИЕ ЭКСПЕРТИЗ!

Центр им. Сербского давно и упорно трудится над легализацией своего монопольного положения Главного экспертного учреждения страны, Главного научно-методического центра, перенося это всякий раз — вопреки закону — на отдельные конкретные экспертные решения.

Этот гонор и эта вседозволенность, благодаря прибрежности к власти, позволяющие созваниваться, объяснять судьям, кто есть кто, хотя судьи это уже сами усвоили, обернулись значительным снижением уровня экспертных заключений по многим позициям.

В условиях усилий Центра им. Сербского уничтожить состязательность экспертных заключений разных сторон, а потом и максимально снизить роль специалиста, как рецензента и критика представленного экспертного заключения, причем легализовать все это, такое падение уровня было неизбежно и предвидимо. Столь же неизбежным и предвидимым было частое оспаривание и обжалование экспертных заключений, иски о возмещении ущерба и т.п. Центр им. Сербского забил тревогу.

Так как аналогичные процессы происходили и в судебно-экспертных службах других ведомств, девять из них создали рабочую группу под председательством Т. Б. Дмитриевой и 15 июня 2009 года направили совместное обращение в Верховный Суд РФ, смысл которого объявить оспаривание судебно-экспертных заключений государственных экспертных учреждений незаконным и запретить судам принимать иски по их обжалованию. Основанием для этого выдвинуто то обстоятельство, что оспаривание экспертного заключения проводится “за рамками дела”, а должно оспариваться “только вместе с приговором”. Другими словами, все профессиональные ошибки и недочеты выдаются за неприкосновенные в силу того, что влились в приговор.

Комично звучит следующее обоснование юриста Центра им. Сербского С. Н. Шишкова и заместителя директора по экспертизе этого Центра С. Я. Щукиной: “Подобные жалобы и иски могут использоваться в качестве средства давления на экспертов, нарушая тем самым гарантированную им законом независимость”.

На самом деле, за этим эвфемизмом прочитывается: “нарушая гарантированную властью неприкосновенность” (или, по крайней мере, привилегию, приоритетность).

Что касается “давления”, то вся эта братия от ведомственной экспертизы за службу власти хотела бы освободиться от давления не только профессиональных принципов, но даже от давления этических императивов, от давления всякой ответственности.

“Мы полагаем совершенно недопустимой, — пишут они, — “параллельную” проверку и оценку действия экспертов и даваемых ими заключений за рамками того дела, по которому проводилась экспертиза. Судьи не должны принимать подобные обращения...” (Российский психиатрический журнал, 2009, 6, 25 – 26).

Это уже не смешно. И возможно ли такое перед лицом международной общественности?

Ну, а открытый гласный анализ профессиональных недочетов и ошибок экспертных заключений в каждом выпуске НПЖ Центр им. Сербского позволяет себе не замечать. То, к чему неизбежно приводит такая страусовая политика, хорошо известно.

Ю. С. Савенко

ЦЕНТР ИМ. СЕРБСКОГО ПРОСИТ У ВЕРХОВНОГО СУДА РФ ИММУНИТЕТ ОТ ЛЮБЫХ ПРЕТЕНЗИЙ

Авторы статьи “Актуальные правовые вопросы судебно-психиатрической экспертизы” Е. Я. Щукина и С. Н. Шишков рассматривают проект обращения в Верховный Суд РФ, уделяя основное внимание недопустимости оспаривания экспертного заключения за рамками того дела, по которому проводилась экспертиза. Создается впечатление, что именно это является наиболее актуальной проблемой судебно-психиатрической экспертной деятельности в настоящее время.

Соглашаясь с позицией авторов статьи в том, что оценка экспертного заключения, данная судом, может быть оспорена только вместе с приговором или иным итоговым решением суда при его обжаловании, отметим, что дальнейшие рассуждения авторов касаются совершенно иного вопроса, а именно — возможности оспаривания действий учреждения, проводившего экспертизу, или действий отдельных экспертов.

Именно об этом говорят приведенные авторами примеры из судебной практики. Таким образом, говоря об оспаривании “заключений”, авторы статьи ошибочно отождествляют заключения с действиями экспертов (или экспертного учреждения) и обосновывают невозможность “параллельной” проверки и оценки действий экспертов за рамками того дела, по которому проводилась экспертиза.

Такая точка зрения авторов представляется очевидно ошибочной, поскольку нарушение экспертами прав и законных интересов граждан, в том числе и участников процесса, безусловно, может быть предметом самостоятельного обжалования. Так, в приведенном авторами статьи примере “посягательства” адвоката на Центр им. Сербского, не желающего предоставлять адвокату запрошенные им сведения, касающиеся организации производства экспертизы по конкретному делу, речь идет не об оспаривании заключения экспертов, а об обжаловании действий экспертного учреждения, причем очевидно неправомерных, поскольку предоставление информации в ответ на адвокатский запрос — обязанность учреждения. Авторы статьи необоснованно называют возможное обращение адвокатом в суд как “средство давления на экспертов”, хотя ответчиком по такому делу будут

выступать не конкретные эксперты, а учреждение, как юридическое лицо. Создается впечатление, что, по мнению авторов статьи, любые правовые средства разрешения спора с экспертным учреждением должны автоматически рассматриваться как давление на экспертов.

По нашему мнению проблема состоит в том, что, пытаясь добиться иммунитета от судебных исков, экспертное сообщество фактически хочет узаконить безнаказанность эксперта, называя это гарантией его независимости. Однако истинная независимость эксперта должна быть основана на его беспристрастности и высоком профессионализме, при строгом соблюдении этических норм. Отсутствие реальной возможности для конкуренции экспертных заключений в суде, нежелание судей давать критическую оценку заключениям судебно-психиатрических экспертиз приводит к абсолютизации мнения эксперта, как незыблемого доказательства по делу, а монополизация судебно-психиатрической экспертизы специализированными государственными учреждениями — к размыванию профессиональных стандартов в этой сфере.

Дмитрий Бартев (Санкт-Петербург)

Законопроект “Об обращении лекарственных средств”

Способ экономии государственных средств, а не защита здоровья

Законопроект “Об обращении лекарственных средств”, подготовленный Минздравсоцразвития, прошел первые думские чтения вопреки резкой критике, как медицинского сообщества, так и потребителей лекарств.

Председатель Формулярного комитета академик РАН и РАМН Андрей Иванович Воробьев послал предложения Комитета в Думу. По его мнению законопроекту приписываются чудодейственные свойства по снижению цен на лекарства, тогда как ничего этого в законе нет. Нет никаких гарантий государства по лекарственному обеспечению граждан, прежде всего, наиболее уязвимых групп населения: малоимущих, детей, одиноких стариков, обездвиженных инвалидов... В перечень жизненно необходимых и важных лекарственных средств не попали как минимум 150 важнейших лекарств.

Президент “Лиги защиты пациентов”, председатель Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, автор подробного заключения

на законопроект еще до слушаний в Думе Александр Саверский считает: “Принятие сегментарных законов, к которым относится и предложенный проект, не позволит выработать необходимые концептуальные решения в обозримом будущем. Потребуется время для перестройки всего рынка в результате начавшегося регулирования цен. Например, цена на фармстанции законопроектом не регулируется. В то же время существенное повышение цены на фармстанцию сделает невозможным безубыточное производство лекарственных препаратов из перечня жизненно необходимых и важных лекарственных средств, цены на которые зарегулированы. Производитель не обязан работать себе в убыток, и препарат станет недоступным населению. Исчезнут дешевые препараты. Регистрация лекарства — 10 шагов, каждый из которых очень сложен. Это мощная коррупционная схема, не обеспечивающая прозрачность и скорость вывода лекарства на рынок. Стоимость регистрации и необходимых для этого экспертиз — 720 тысяч рублей, это без пошлин на других этапах. Эта стоимость неизбежно ляжет на кошелек пациентов.

Зато, согласно финансово-экономическому обоснованию законопроекта, государство получит доход от регистрации лекарств — три миллиарда рублей. То есть, государство собирается не стимулировать разработчиков и производителей, а зарабатывать на них. В финансово-экономическом обосновании есть и затраты, планируемые на работу Федерального государственного учреждения по производству экспертизы, — один миллиард руб. (в 2007 году бюджет Росздравнадзора составил 580 млн.). Чем лучше новое учреждение, чем Росздравнадзор? Очевидно, что идет передел рынка регистрации лекарств. Заботы о пациентах здесь нет”.

Но обсуждений и серьезных поправок министерство не допустило. Дошло до того, что председатель Правительства В. В. Путин снял руководителя Росздравнадзора Николая Викторовича Юргеля “за нарушение закона о госслужбе”, которое состояло в том, что тот не выступил в поддержку законопроекта, а пытался донести до министра Голиковой критические замечания врачей и пациентов. На самом деле юридических нарушений закона не было. Юргель демонстративно наказан за то, что “пригрел” “Лигу защиты пациентов” и другие организации, которые критиковали закон. И это при том, что функция Росздравнадзора — следить за соблюдением прав пациентов и защищать их, взаимодействуя с общественными организациями. Это первое, явно показательное увольнение такого уровня, которое исключает дальнейшую работу на госслужбе и лишает пенсионных льгот. (по материалам Л. Рыбиной. “Новая газета” от 10 и 17.02.2010).

Допустимы ли опыты на недееспособных?

Просьба журналистов прокомментировать п. 8 ст. 25 Федерального закона “Об обращении лекарственных средств”, согласно которому *“Допускаются клинические исследования лекарственных препаратов, предназначенных для лечения психических заболеваний, на лицах с психическими заболеваниями и признанных недееспособными в порядке, установленном Законом Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”*. Клинические исследования лекарственных препаратов в этом случае проводятся при наличии письменного согласия законных представителей указанных лиц”, всем нам, представителям Независимой психиатрической ассоциации России, хорошо понятно. Мы целиком разделяем их опасения и возмущение возможными последствиями такой законодательной нормы. Между тем, 1 февраля 2010 г. законопроект прошел обсуждение в Думе и уже принят в первом чтении.

Использование психически больных, признанных недееспособными, в клинических испытаниях открывает дорогу медицинским опытам на людях

без их согласия. Это чудовищное преступление национал-социалистического режима было осуждено Нюрнбергским трибуналом.

Но как быть с людьми, которые не в состоянии дать согласие? В международной практике такая норма также есть, но она оговорена намного точнее и детальнее. Так, последняя редакция (Сеул, 2008 г.) Хельсинкской Декларации, принятой на XVIII съезде Всемирной Медицинской Ассоциации в 1964 г. оговаривает, что недееспособные могут включаться в исследование, которое, вероятно не принесет им пользы:

- 1) только если оно направлено на улучшение здоровья “популяции”, которую они представляют;
- 2) и не может быть вместо этого проведено на дееспособных лицах;
- 3) а риск и неудобства для испытуемых сведены к минимуму (п. 27);
- 4) когда недееспособный способен выразить свое согласие на участие в исследовании, исследователь должен получить его согласие в дополнение к таковому, полученному у законного представителя;
- 5) проинформированный в соответствии с его способностью понять эту информацию и в случае ее понимания, субъект должен подписать и собственноручно датировать письменную форму информированного согласия;
- 6) и врач должен быть особенно осторожен в тех случаях, когда потенциальный субъект находится в зависимом положении по отношению к исследователю и/или когда существует риск получения согласия под принуждением” (п. 26). Эта норма может распространяться и на законного представителя, а “принуждением” могут считаться и серьезные искушения.

Мало того, что ничего этого нет ни в нашем законодательстве, ни в предлагаемом законопроекте, имеющиеся давние устоявшиеся традиции и отечественная правоприменительная практика, формирующая массовое правосознание, таковы, что в этом контексте все юридические понятия, созвучные и выглядящие также как международные, являются по отношению к ним лишь омонимами.

Поэтому в наших сегодняшних условиях разрешение клинических испытаний на недееспособных не случайно вызывает страх и возмущение. И поэтому в отечественной редакции этой статьи законопроекта относительно недееспособных должны не только не опускаться все приведенные уточнения Хельсинкской декларации в редакции 2008 г., но содержаться еще и дополнительные, заранее учитывающие нашу реальную правоприменительную практику. Так, этические комитеты, которые опосредуют клинические исследования на недееспособных, легко превращаются в формальный фиговый листок, и сами нуждаются в общественном контроле.

Однако Минздравсоцразвития России неоднократно упорно лоббировал эту лишнюю всех уточ-

нений общую формулировку, которая сулила не только экономию средств, но даже прибыль: за безнадежно “затратных” больных фармакофирмы будут хорошо приплачивать, а экономия средств стала с некоторых пор главным приоритетом политики Министерства.

С самого начала было ясно, что это несомненно антигуманное решение, принимаемое за счет больных. Было легко предвидеть, что немалая часть доверенных лиц и опекунов недееспособных не устоят перед приплатами, подарками и красноречивыми заверениями и посулами представителей фармакофирм. Было страшно представить, что будет в психоневрологических интернатах, где сосредоточено большое количество граждан, признанных недееспособными, а опекуном является администрация интерната!

Министерство не заботила собственная репутация автора законопроекта, содержавшего положения, противоречащие этике и международному праву.

Вопреки всем протестам широкой общественности этот 8-ой пункт был принят Государственной Думой 5 июня 1998 года и одобрен Советом Федерации 10 июня 1998 г. в составе Федерального закона “О лекарственных средствах” (п. 8 ст. 40), т.е. почти 12 лет назад — т.е., если продолжить аналогию в этом отношении, мы уже давно живем в поствеймаровской России.

Особенно странно дублирование этого положения сейчас, когда под давлением последних решений Европейского Суда по правам человека (“Штукагуров против России”, март 2008) и Конституционного суда РФ (27 февраля 2009 г.) наметилась тенденция к большему судебному контролю за соблюдением прав граждан, признанных недееспособными. Получается, что поместить недееспособного на лечение в психиатрическую больницу можно только по решению суда, а вот для того, чтобы испытывать на нем новые лекарственные средства, — что может быть чревато серьезным вредом здоровью и требует обязательного информированного согласия, — достаточно разрешения законного представителя, т.е. опекуна. Между тем, всем известно, что интересы опекунов часто существенно расходятся с интересами их подопечных, а неприязненные отношения между ними и протесты недееспособных не принимаются в счет.

В нашей стране, где признание недееспособными неизмеримо проще восстановления дееспособности, где недееспособность — это фактически рабское положение, это “гражданская смерть”, указанная статья бросает тень глубокого недоверия на весь закон и на моральный облик его авторов.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ

новый международный журнал на русском языке “EXISTENTIA: психология и психотерапия”.

Это журнал Восточно-Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии. В редакционный совет входит один из ближайших учеников Ролло Мэя — Кирк Шнайдер (Калифорния, США), а также Александр Алексейчик, Марк Бурно, Федор Василюк, Виктор Каган, Ремантас Качюнас и др. Главный редактор — Даце Пурена (Латвия).

Журнал издается с декабря 2008 г., выходит один раз в год.

E-mail: existential_editor@inbox.lv

Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

1 – 5 сентября 2010 г., Пекин, Китай

www.wpa2010.org

Новая книга о законе о психиатрической помощи

“Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в вопросах и ответах” (М., 2009, 302 с.). Эта работа Валерия Яковлевича Евтушенко представляет отечественному читателю широкую панораму разъяснений и размышлений опытного клинициста и администратора по всем статьям закона “О психиатрической помощи...”. Написанная живо, нестандартно, местами даже увлекательно, она непринужденно вводит читателя не только в существо правовых норм, но и в практику и даже предысторию их применения. Поэтому адресованная широкому читателю эта книга обогащает даже профессионала.

Валерий Яковлевич — один из тех, кто был непосредственным свидетелем первых попыток создания юридической службы в области психиатрии выдающимся энтузиастом этого дела Александром Иосифовичем Рудяковым, автором единственного руководства по этой теме в советские времена, и его подвижнической деятельности.

Как один из заместителей главного врача Центральной областной клинической психиатрической больницы и редактор уникальной “Московской областной психиатрической газеты”, Валерий Яковлевич собрал огромный разнообразный материал, представляющий живые примеры под все статьи закона.

Конечно, не все статьи освещены в выбранном авторе ракурсе одинаково полно. Например, об одной, многострадальной, все еще мертвой 38-й статье закона можно было бы написать целую книжку. Это статья о создании “службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров”, которая является для этой категории больных гарантией исполнения всего закона в целом. В психиатрических стационарах подавляющее большинство отделений продолжают оставаться закрытыми, условия содержания оставляют желать лучшего. Достаточно сказать, что треть психиатрических больниц еще с 2000 года вообще подлежала закрытию по санитарным нормам. Но 122 закон отменил во всех законах, в том числе и нашем, государственные гарантии на достойное финансирование. Надежда зурабовского кабинета на проводимую во всем мире реформу сокращения числа психиатрических больниц за счет расширения амбулаторной помощи неожиданно для себя столкнулась с еще большей дороговизной последней. Как “хороший менеджер” он вкупе с министерством финансов и министерством экономразвития ориентировался только на это. В результате, огромные многолетние разнообразные усилия нашей ассоциации, поддержанные ВСЕМИ коллегами-психиатрами, МИДом и Минзд-

равсоцразвития России, всеми общественными организациями и Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации, все еще ничего не дали. Владимир Петрович Лукин получил три года назад визу тогдашнего Президента РФ В. В. Путина на совместном обращении по этому поводу — “принять к исполнению”, что до сих пор не реализовано вопреки исполнению всех необходимых предварительных требований на волонтерских основаниях. Финансирование даже на проведении соответствующего эксперимента в двух округах страны так и не получено. Между тем, киргизские коллеги в сходной ситуации подали на свое Правительство в суд, выиграли дело, и Служба там создана.

Можно было бы подробно рассказать о трех попытках с 1998 по 2003 годы сузить демократические завоевания закона на примере ст. 29. Одно из основных таких завоеваний — опосредование всех недобровольных мер через суд. Наиболее серьезным основанием недобровольной госпитализации является п. “а” ст. 29: “непосредственная опасность для себя и окружающих”. Предлагалось убрать определение “непосредственная”, что резко расширило бы круг недобровольно стационарируемых больных. Это удалось предотвратить.

Высокопоставленные чиновники уже давно говорят, что этот закон “морально устарел”, имея в виду вовсе не естественные и необходимые дополнения закона на основе наработанной практики его применения, а принципиально другой дух времени, чем тот, когда он создавался. В этом опасность его пересмотра в наше время.

Но эти и другие соображения говорят лишь о многосторонности возможных ракурсов рассмотрения закона. Автор поставил перед собой не менее важную задачу: быть полезным “потребителям психиатрических услуг” и превосходно с ней справился как клиницист. Профессиональный юрист написал бы такую книгу в другом ключе, дополнительном, а не заменяющем представленный текст. Последний презентует современное представление о законе значительной частью клиницистов. Они-то и проводят закон в жизнь. Валерий Яковлевич представляет тех из них, кто неравнодушно защищает права больных, следуя не только гражданской позиции, но и профессиональной: правовая защищенность многообразными путями хорошо ощутима больными и существенно влияет на них как важный социотерапевтический фактор.

Ю. С. Савенко

Национальная медицинская палата

“Российская газета” опубликовала в январе этого года интервью с проф. Л. М. Рошалем относительно его проекта создания Национальной медицинской палаты, поддержанного министром здравоохранения. Национальная медицинская палата будет на законодательно закреплённой основе осуществлять саморегулирование профессиональной деятельности медицинских работников, что, якобы, решит все основные проблемы.

В условиях современной России осуществить замысел проф. Л. М. Рошала можно только в условиях отдельно взятого колхоза типа “Горок Ленинских” акад. Т. Д. Лысенко или отдельно взятого института. Даже в отдельно взятой отрасли это невозможно, разве что ВПК. Невозможно современную российскую медицину превратить в Ламбарен. Только в прекраснотушних мечтах.

Много ли преуспел проф. Рошаль за время своей деятельности в Общественной Палате, чтобы предлагать еще одну Палату? Да, он — единственный — опубликовал отчет о деятельности своего комитета, который вызывает уважение своими выводами. Но это же сотрясение воздуха и сколько драгоценного высокопрофессионального времени уводимого в песок? создающего иллюзию деятельности, причем вполне предсказуемую. Съезды нашей Независимой психиатрической ассоциации России делали те же выводы раньше и с тем же успехом, хотя много ли нужно, чтобы заявить, что необходимо, по меньшей мере, удвоить долю ВВП на медицину. Но теперь Леонид Михайлович заявляет, что *“лучше того, что было придумано у нас, нет. Только надстройки над этой структурой, я имею в виду финансирование”* не хватает. Итак, экономический базис превратился в надстройку. А не хватает нам мало: *“нужно изменить ментальность... Сейчас главная задача: вновь убедить самих медиков, а не аппарат, в необходимости для них Национальной медицинской палаты”* и ... *“когда государство передаст Национальной медицинской палате функции, связанные с профессиональной деятельностью и обязательным членством”*. Значит, не хватает все-таки и базиса, и надстройки.

“Если бы я был министром, то еще лет 10 назад...”. Леонид Михайлович забыл, что даже не 10, а

20 лет назад, на волне энтузиазма, не менее достойный, чем он, акад. Андрей Иванович Воробьев ничего не мог сделать на этом посту, столкнувшись с тихим саботажем аппарата, который с его уходом вышвырнул вслед за ним портрет Гааза. Стоило бы вспомнить хитроумие советских технологий приручения даже такого негибкого человека, каким был акад. Иван Петрович Павлов. В результате, Андрей Иванович поддержал на своем посту такого преемника, который во всем угождал “силовикум”. “Национальная медицинская палата” быстро превратится в то же, чем стало “Российское медицинское общество”, возглавляемое акад. Т. Б. Дмитриевой. Я был на грандиозном спектакле его презентации в Гранд-отеле. Никаких других акций больше не было.

Леонид Михайлович предлагает подождать *“пару лет”* для разработки нового закона о введении саморегулирования профессиональной деятельности. Легко предвидеть, что это превратится в очередной способ под новым соусом тянуть бесконечную резину обещаний, как широковещательно объявлявшиеся с конца 90-х Национальные проекты, реформа здравоохранения и т.п. В своей сфере мы тоже убедились чего стоят усилия Общественной Палаты, критика Минздрава, письма Президенту и Правительству, и даже их заверения, включая визу Президента на исполнение того, что даже уже записано в Законе. Увидели и то, что происходит с, казалось бы, самыми необходимыми законопроектами. А Вы, Леонид Михайлович, почему-то говорите: *“несмотря на старания Правительства в последние годы”*. Выходит — “зубрабовского” кабинета, с его откровениями о “затратной” отрасли, где необходимо уменьшать финансирование, переводя на самопомощь.

Итак, проф. Л. М. Рошаль предлагает латать гнилой корабль, с которого уже сбежали крысы. Но спасти команду можно только на шлюпках, т.е. — как показывают математические модели — только путем решительной децентрализации.

Ю. С. Савенко

Предложения по реформированию Российского общества психиатров¹

Несмотря на значительные заслуги в деле развития отечественной психиатрии, Российское общество психиатров (РОП) в настоящее время представляет собой не более чем виртуальное сообщество администраторов, подающее “признаки жизни” один раз в пять лет, когда на очередной Съезд РОП съезжаются одни и те же “уполномоченные делегаты”. Промежутки в пять лет между съездами оставляют только нишу констатации происшедшего и исключают динамичное влияние на процессы в отрасли. Понятно, что эта деятельность не оказывает значимого влияния на развитие психиатрии в РФ. Сегодня РОП условно можно представить “вещью в себе” — с одной стороны, от его деятельности ничего не меняется, с другой стороны, профессиональное общество не имеет возможности влиять на него. Для практических врачей не всегда понятны цели и задачи этой общественной организации. Фактически, если завтра РОП перестанет существовать, в российской психиатрии этот факт окажется незамеченным. В сложившемся положении возникают сомнения в том, что есть силы, средства и мотивы для дальнейшего реформирования РОП. Ситуация складывается таким образом, что фактически наступило время формирования нового профессионального сообщества, в котором крайне заинтересовано большинство практических врачей.

Опыт зарубежных стран с развитыми демократическими институтами показывает, что общественные организации могут решать многие насущные проблемы и оказывать существенное влияние на власть. Собственно, во многих государствах именно профессиональные объединения граждан составляют ткань общества и являются катализаторами прогресса. В тоталитарном Советском Союзе само наличие профессиональных сообществ было скорее недоразумением, а те, которые существовали, являлись лишь инструментом режима. Этим обусловлен современный кризис, в котором до сих пор пребывает отечественное здравоохранение и психиатрия, в частности.

Что сегодня должно стать миссией нового профессионального сообщества психиатров? Без сомнения, наиболее востребованной является интегративная функция. Новая общественная организация должна стать эффективным проводником и профессиональным мостом между Россией и мировым сообществом. Отечественная психиатрия, как наука, так и практика дол-

жна стать неотъемлемой, а в перспективе значимой частью мирового профессионального пространства.

На примере Американской психиатрической ассоциации — АПА (American Psychiatric Association, APA) мы видим, насколько авторитетным и компетентным может быть сообщество профессионалов, построенное на демократических принципах, и какие преимущества оно имеет. Каждый врач-психиатр США считает почетным свое членство в АПА. Вступление в АПА играет важную роль в жизни врача Америки. Становясь членом АПА, американский психиатр чувствует свою принадлежность к профессиональному сообществу, и одновременно свою ответственность перед ним. Ассоциация не только требует от врача психиатра соблюдения общих “правил игры” и врачебной этики, но и дает врачу возможность профессионального и карьерного роста.

РОП, как наследник традиций Всесоюзного общества психиатров, сохранило в себе опыт работы и порядок советских времен и в настоящее время на самом деле является низкоорганизованной общественной организацией, не способной в полной мере успешно позиционировать себя как на международной арене, так и в своей собственной стране. В мировом психиатрическом сообществе еще помнят скандал, связанный с исключением Всесоюзного общества психиатров из Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). А для российских психиатров до сих пор непонятно, как, ничем не выразив своего желания (письменное или устное заявление и др.) о вступлении в РОП, они при устройстве на работу в психиатрическое учреждение автоматически становятся членами общества. При этом вызывает недоумение политика администрации (правда, не везде) о требованиях уплаты ежегодных членских взносов РОП. Добровольные “пассивные” члены РОП удивлены отсутствием какой-либо обратной связи с руководством своего профессионального сообщества и любой информации о деятельности организации, в которой они состоят. Не проводя специальных опросов, из опыта общения с врачами-психиатрами из самых разных регионов нашей страны, складывается общее впечатление, что рейтинг РОП среди врачей крайне низок. Это говорит о неспособности нашей организации в своем настоящем виде проводить политику назревших реформ психиатрической помощи, которые осуществляются в рамках национальных проектов Президента и Правительства в области охраны здоровья населения России.

Правление Российского общества психиатров в своем обращении [1] предложило членам РОП высказать свои соображения по Уставу РОП и другим ас-

¹ Хотя публикуемый текст был подготовлен еще к предыдущему съезду РОП, и хотя некоторые пункты предложенных в ней нововведений выполнены, многие другие, как и общий настрой и дух, по-прежнему остается актуальными.

пектам деятельности профессионального сообщества. Надеясь на искренность этого призыва, авторы, как члены РОП, предложили внести на очередной пленум Правления РОП, который состоялся в октябре 2006 года в Московском НИИ психиатрии, свои предложения по реформированию деятельности организации. Авторы не без основания считают, что проблема реорганизация РОП назрела и в условиях нарастающей экономической стабильности в стране, в интересах врачей-психиатров и психиатрической помощи в целом требует неотложных мер.

На основании вышеизложенного, нами, как членами РОП, на обсуждение пленума Правления РОП предлагается внести следующие предложения:

1. Сменить существующее название — “Российское общество психиатров” на новое — “Российская психиатрическая ассоциация” (РПА), мотивируя это отходом от дискредитирующих традиций, доставшихся РОП в наследство со времен СССР.

2. Ввести должность президента РПА, избираемого из наиболее авторитетных (не только РФ) психиатров с фиксированным однократным сроком пребывания в этой должности на срок не более 2 лет [2]. В связи с этим, проводить конгресс РПА не реже одного раза в 2 года.

3. Ограничить в РПА роль администраторов здравоохранения в тех случаях, когда может иметь место конфликт интересов. Устав и регламент Ассоциации должны обеспечивать принятие легитимных, не зависящих от воли чиновников решений.

4. Провести деструктуризацию РПА, создав Рабочие группы, занимающиеся разработкой и решением сложных и насущных задач, стоящих перед психиатрами России. Рабочие группы должны в основном соответствовать по направлениям аналогичным группам, которые сегодня работают в лидирующих национальных психиатрических ассоциациях развитых стран и ВПА. Основными задачами этих групп должны являться координация и интеграция отраслей отечественной науки и практики в работу мирового сообщества.

5. Представить обновленную Ассоциацию международному сообществу, продолжив активное сотрудничество с ВПА и национальными ассоциациями других стран. Добиваться проведения очередного конгресса ВПА в России.

6. Усилить влияние Ассоциации на решение министерств и ведомств, которые затрагивают интересы профессионального сообщества психиатров.

7. Ввести “личное членство” каждого специалиста, желающего стать членом РПА, с обязательной уплатой членских взносов. Личное членство должно

подразумевать возможность каждого участника РПА участвовать в диалоге с руководителем ассоциации любого ранга, вплоть до президента или председателя. Личное членство также должно давать определенные гарантии рядовому члену сообщества для защиты его профессиональных интересов, в том числе с судебном и административном поле.

8. Формировать и развивать региональные секции и отделения, функционирующие на демократических принципах. Только легитимные представители сообщества должны участвовать в формировании политики Ассоциации.

9. Организовывать текущую работу Ассоциации посредством сети Интернет. С учетом количества членов и географической протяженности страны создать и поддерживать работу сайта (портала) РПА, который должен позволить любому члену ассоциации участвовать как в работе секций, так и в демократическом управлении организации. Параллельно сайт РПА должен являться авторитетным источником современной и актуальной информации, своевременно предоставляемой членам РПА и содержащей сведения обо всей деятельности РПА. Разработать систему рассылки профессиональной литературы (вестник, журнал РПА).

10. Ввести единую форму удостоверения члена РПА, в которой помимо личных данных врача, должны быть обозначены права и обязанности члена профессионального сообщества, помогающие ему в повседневной деятельности действовать в рамках современного правового поля.

Таким образом, в ходе реформирования общественного профессионального сообщества, РПА в течение нескольких лет сможет стать авторитетной организацией с известным количеством членов, с логически выстроенной структурой, способной оперативно решать многие проблемы и задачи. Такое сообщество профессионалов может представлять собой реальную силу и опору для всех профессионалов психиатрической службы России и быть не пассивным наблюдателем, а активным участником проводимых реформ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обращения Правления Российского общества психиатров. Социальная и клиническая психиатрия 2006; 1(16): 109.
2. XIV съезд психиатров России (мнение профессора А. О. Бухаровского). Независимый психиатрический журнал 2006; 1: 77.

***И. И. Антипин, А. Г. Комиссаров**
(Набережные Челны)*

III съезд психиатров и наркологов Республики Беларусь

3 – 4 декабря 2009 г. в городе Минске под девизом “Психиатрия и современное общество” проходил III съезд психиатров и наркологов Республики Беларусь, впечатлениями о котором мне бы хотелось поделиться и еще раз выразить благодарность его организаторам за приглашение принять участие в его работе.

Съезд имел широкое представительство. Помимо хозяев съезда — коллег из разных областей и городов Республики, в его работе участвовали психиатры из Азербайджана, Узбекистана, Молдовы, Армении, Украины и России. При этом россияне составили большую неофициальную делегацию, включавшую гостей из Москвы, С-Петербурга, Смоленска, Чебоксар и Барнаула (профессора В. Н. Краснов, Б. С. Положий, Ю. С. Шевченко, Е. Л. Николаев, Б. Н. Пивень, невролог чл.-корр. РАМН В. А. Карлов и др.).

К собравшимся с приветственными словами обратились первый заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь Р. А. Часнойть и ряд других официальных лиц и гостей съезда. От имени Независимой психиатрической ассоциации России участников съезда приветствовал ее вице-президент профессор Б. Н. Пивень.

Основная часть заседаний съезда проходила в недавно созданном на базе Республиканской клинической психиатрической больницы Республиканском научно-практическом центре психического здоровья. Его история имеет как важные вехи в становлении научной и практической психиатрии в Республике, так и содержит трагические страницы. На месте, где расположен центр, до ВОВ находилась психиатрическая колония, около 200 больных которой в 1941 г. были

уничтожены фашистами в рамках так называемой “программы эвтаназии”.

Все мероприятия съезда — и доклады, и обсуждения в кулуарах, и неформальное общение велись на русском языке. На русском языке были изданы и материалы съезда, и его программа. Уже сам девиз съезда, его программа и опубликованные материалы показали практическую идентичность проблем, стоящих перед психиатрами нашей страны и Республики Беларусь. Это и организация оптимальных форм помощи больным, и суицидальная ситуация, и вопросы классификации психических расстройств, и болезни зависимости и т.д.

Не останавливаясь на содержании докладов, их тезисы опубликованы в материалах съезда, отмечу, что все они представляли интерес и своим информационным наполнением, и важностью поднимаемых вопросов, и, что не менее важно, приглашали к дискуссии.

Съезд был хорошо организован и проходил в комфортной эмоциональной обстановке, в чем, на мой взгляд, большая заслуга принадлежала профессору С. А. Игумнову, директору Центра. Приятную психологическую атмосферу обусловил и ставший неожиданностью прекрасный концерт, данный для участников съезда музыкальным ансамблем Центра. Съезд завершился выборами руководящих органов Белорусской психиатрической ассоциации. Председателем Правления Белорусской психиатрической ассоциации избран директор Республиканского научно-практического центра психического здоровья профессор С. А. Игумнов.

Б. Н. Пивень (Барнаул)

“Как Вы относитесь к Путину?”

Такой вопрос был задан на амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского члену молодежной организации “ПОРТОС” Юлии Приведенной. Ее рассказ об этом произвел сильное впечатление на журналистов на представительной пресс-конференции в Москве 21 января 2010 г.

Как квалифицировать такой вопрос, задаваемый психиатром члену вот уже скоро 10 лет как запрещен-

ной молодежной организации, не имеющей никакого отношения к политике, своего рода коммуне, ставшей успешным хозяйством, продолжающей свою деятельность на Украине?

В конкретном контексте нашей сегодняшней действительности, не говоря даже о контексте этого искусственно раздутого дела, следствия начатой кампании по ликвидации самодеятельных молодежных организаций, кампании, не затронувшей неофашистов, а выбравшей в качестве показательной жертвы орга-

низацию, которой покровительствовал Михаил Сергеевич Горбачев, такой вопрос обнаруживает специфическую атмосферу учреждения, которой, однако, были пропитаны далеко не все (и никогда не было, чтобы все) его сотрудники.

Это неуместный, неподобающий, неделикатный, полицейский, провокаторский, а не провокационный вопрос. Разве не очевидно, что он только усугубляет и без того явное недоверие к экспертам?

Не адекватнее ли было спросить: “Как Вы относитесь к нам, экспертам? К этой экспертизе? К ее назначению? Доверяете ли Вы нам? Хотели бы Вы, чтобы экспертиза была проведена в другом составе? В другом учреждении? Нет ли у Вас интуитивного недоверия к кому-то из нас? Какого результата Вы бы хотели и какой прогнозируете, ждете? Есть ли какие-то плюсы в нежеланном для Вас решении нашей комиссии или это абсолютная бяка?” Такие вопросы позволяли бы самим экспертам лучше ориентироваться, уметь смотреть на самих себя со стороны глазами подэкспертного, содействовали бы профессиональному росту.

Есть мнение, что это дурно выглядящее дело намеренно затягивается с помощью стационарной СПЭ, чтобы дотянуть до уже близкого десятилетия, когда его можно будет похоронить.

Ю. С. Савенко

Номинация С. А. Ганнушкиной на Нобелевскую премию мира

Родственница Петра Борисовича Ганнушкина, вполне в духе его устремлений и деятельности, начиная с предреволюционного десятилетия, Светлана Алексеевна Ганнушкина номинирована (норвежским министром муниципального самоуправления Эрной Сольберг) на Нобелевскую премию мира 2010 года.

С. А. Ганнушкина в 1965 году окончила механико-математический факультет МГУ, с 1970 по 2000 — преподаватель, доцент кафедры математики РГГУ. С конца 1980-х годов участвует в правозащитной деятельности, защищая права беженцев и вынужденных переселенцев. В последние годы в центре ее деятельности находятся нарушения прав человека в Чечне, а также помощь беженцам в России. В 1990 стала одним из учредителей Комитета “Гражданское содейст-

вие” — первой правозащитной организации, оказывающей разностороннюю помощь беженцам и вынужденным переселенцам. В 1993 участвовала в создании Правозащитного центра “Мемориал”. Была членом Правительственной Комиссии по миграционной политике (ликвидирована весной 2004). С октября 2002 является членом Комиссии по правам человека при Президенте России, в настоящее время — Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека. За работу в области защиты беженцев в 2003 она была награждена премией “Международной амнистии”, а в 2004 году “Мемориал” как организация — премией имени Фридьофа Нансена.

Открытие Форума НПА России

В январе 2010 г. НПА России открыла на своем сайте Форум, который сразу стал ареной активных дискуссий, в частности, полем, где внятными образом можно содержательно ответить на разнообразные антипсихиатрические представления, широко циркулирующие в обществе. Востребованность такого Форума сразу сказалась в активном участии в нем сторонников многих мнений, множестве актуальных полезных нам самим проблем, содержательно высоким уровне и — что следует особо отметить — вполне достойном стиле обсуждения.

Помимо Форума опыт НПА обогатился и другими новыми технологиями.

23.12.09 по инициативе председателя Общества психиатров Владивостока д-ра А. А. Коломейца был проведен полуторачасовой телемост Владиво-

сток — Москва, посвященный выступлению на заседании этого Общества президента НПА России Ю. С. Савенко на тему “Тревожные психотические синдромы”. Приуроченное к 100-летию феноменологического направления в психиатрии, органичного для отечественной психиатрии и проторяемого НПА России, оно продемонстрировало неустареваемость вкладов этого направления на примере актуальности многолетних исследований автора. В ответах на вопросы были затронуты современная ситуация в психиатрии, ее болевые точки и деятельность НПА России.

Сотрудники НПА приняли активное участие в обсуждении статьи Н. Черновой “Лечим галоперидолом. Под ключ”, опубликованной 15 января в “Новой газете”. 17 февраля была проведена интернет-конференция по этим материалам (см. сайт “Новой газеты”).

Памяти Бориса Моисеевича Сегала



Д. Д. Федотов и Б. М. Сегал (Фото из архива Д. Д. Федотова-мл.)

Ушел из жизни замечательный человек, талантливый ученый, яркая личность с непростой судьбой. Ушел, не попрощавшись, не написав последних слов тем, кто остался на его далекой родине, кто помнил и никогда не забывал его. Он уехал в Америку, когда стало ясно, что в России официальные научные круги никогда не захотят его принять и признать его незаурядность.

Сын репрессированных родителей, отец которого так и умер на одном из островов ГУЛАГа, он пережил и смерть матери, которую освободили уже умирающей. С трудом и без всякой поддержки пробивая себе дорогу, он получил медицинское образование и быстро стал набирать темпы продвижения на научном по-

прище. Ему все давалось легко лишь там, где все зависело только от его таланта. К тому же, ему было совершенно чуждо чиновничество и общепринятый стиль отношения к тем авторитетам, от которых многое зависело. Терпеть не мог участвовать как соавтор в коллективных темах, не подписывал своим именем статьи, если не писал их самостоятельно. Ему говорили: “Подпишите! Ведь это исследование не состоялось бы без Вас, это была Ваша идея!”, на что он, улыбаясь и поблескивая стеклами очков, говорил: “У меня идей много”.

Прекрасно владея иностранными языками, он переводил и способствовал изданию лучших авторов западной психиатрии. В частности “Клиническая пси-

хиатрия” под ред. Груле вышла в России в 1967 году исключительно благодаря проделанной им большой работе.

Главный же труд — блестяще написанная Борисом Моисеевичем книга “Алкоголизм” (1967 г.) нашла себе мировое признание как лучшая работа из всех, когда-либо написанных на эту тему. Вопреки насаждаемому тогда в СССР исключительно токсикологическому толкованию генезиса этого заболевания, Сегал не побоялся вскрыть социальные корни алкоголизма и его психологические аспекты. Им было опубликовано и множество других интереснейших публикаций по этой теме. Высказанные в них положения являются остро актуальными и в наше время.

Б. М. Сегалу принадлежало открытие новой нозологической группы расстройств, которые бесосновательно многие годы относили к шизофреническим нарушениям. Это — **затяжные соматогенные дистимии**, сомато-психогенные депрессии. Многолетний катамнез у больных этой детально изученной группы больных (наблюдавшихся уже без Б. М.) подтвердил его правоту. Больные свой жизненный путь продолжали скорее как невротики, чем как больные шизофренией: заканчивали образование, успешно продолжали трудовую деятельность, обзаводились семьей, растили детей и внуков, занимались наукой, журналистикой и т.д. Им помогала психотерапевтическая поддержка, и через многие годы они с благодарностью вспоминают Бориса Моисеевича.

В силу собственной тяги к психологии и в связи с другими обстоятельствами ему в 1967 году была вверена психологическая лаборатория Российского НИИ психиатрии. Это позволило в дальнейшем его последователям создать новое направление в психологии с опорой на психодиагностику, взятую на вооружение как инструмент изучения эмоционально-мотивационных аспектов и типологии индивидуально-личностных свойств.

В жизни он отличался огромным чувством юмора, поражал необыкновенной эрудицией во всех областях не только науки, но и в искусстве, любил классическую музыку, разбирался в живописи, был очень начитан. В лаборатории он был принят неоднозначно.

Борис Моисеевич Сегал — человек необыкновенно ярких разносторонних дарований. В течение 60-х годов он был ученым секретарем Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР в директорство проф. Д. Д. Федотова. Их тандем был на редкость продуктивным: высокий гуманизм и прирожденное благородство Дмитрия Дмитриевича в сочетании с деловыми качествами Бориса Моисеевича, его интеллектуальным потенциалом и безошибочным чувством

Своей открытостью, непринужденностью манер и демократичностью, Б. М. очаровал наиболее продвинутой, неконформную часть коллектива, стремящуюся идти дальше устоявшихся в психологии традиций, испытывающую интерес к изучению личности с использованием психодиагностических методов исследования. Насторожились и противодействовали новшествам — психологи, воспитанные в старых традициях подхода, общепринятого при изучении психических процессов в рамках когнитивной психологии Б. В. Зейгарник и учения о деятельности А. Н. Леонтьева. К тому же в состав лаборатории влились небольшой группой и те психиатры, которые понимали, как много дает психодиагностика дифференциально-диагностическим исследованиям, как важно учитывать ту личностную канву, на которой формируются клинические симптомы, и как важен дифференцированный личностно-ориентированный подход при выборе метода психотерапевтического воздействия.

Именно Борис Моисеевич впервые обратил мое внимание на тест ММПІ, изучением и адаптацией которого к отечественным условиям я начинала заниматься еще в 1967 году. В 1971 году вышло мое первое методическое пособие по применению этой методики. С этого момента вся моя научно-исследовательская деятельность посвящена изучению индивидуально-личностных свойств и разработке психодиагностических методик, что нашло свое отражение в многочисленных монографиях и руководствах. И это лишь благодаря огромному влиянию идей Бориса Моисеевича, его умению придать начинающему ученому большую уверенность в своих начинаниях, способность противостоять рутине.

Не только научно-исследовательская работа под руководством Б. М. Сегала, но просто — повседневное общение с ним в рамках психологической лаборатории — приносило каждому из нас много нового, раскрывало иные горизонты, формировало иное мировоззрение и отношение к науке. Как жаль, что его больше нет! Как горько сознавать, что Россия потеряла в его лице талантливого ученого, а мы, его коллеги — замечательного человека! Мир душе твоей, дорогой Борис Моисеевич!

*Доктор психологических наук,
Главный научный сотрудник ГНЦССП им. В. П. Сербского,
Людмила Николаевна Собчик*

нового и перспективного в науке сделали Институт в это десятилетие, наряду с Институтом психиатрии АМН СССР, самым выдающимся психиатрическим учреждением в стране, многогранным в отличие от монотематичности академического института. Конечно, это было связано, в первую очередь, с тем, какие выдающиеся кадры тогда в нем работали. Это было созвездие из более чем 20 выдающихся имен: С. Г. Жислин и Г. Е. Сухарева, Л. Л. Рохлин и

А. С. Ремизова, В. П. Эфроимсон и Б. В. Зейгарник, И. Г. Равкин и Р. Г. Голодец, Д. Е. Мелихов и Г. Я. Авруцкий, А. Г. Амбрумова и П. Б. Посвянский, А. И. Белкин и Г. С. Васильченко, И. И. Лукомский и Н. Ф. Шахматов, С. Ф. Семенов и Ю. С. Николаев, ... Объединить их в единый организм, добиться авторитета, увлечь открывшимися в 60-е годы перспективами и реализовывать эти возможности, — требовало незаурядных данных. Положение ученого секретаря в этот период приобрело невиданный ни до, ни после вес, хотя до Б. М. этот пост занимал выдающийся психиатр, первый, кто открыл психофармакологическую эру в отечественной психиатрии Юрий Константинович Тарасов, но вынужденный уйти в психотерапию из-за аллергии на аминазин в атмосфере психиатрических учреждений.

Налаживание тесной связи с академической группой акад. Н. В. Гращенкова, организация в Институте соответствующего отдела (экзогенных нервно-психических расстройств), организация совместного с Институтом психологии им. Д. Н. Узнадзе и Психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева симпозиума в Тбилиси по интеграции концепции фиксированной установки с современными представлениями о дизцефальной патологии (идея Б. М.), совместные исследования с будущим председателем Грузинского общества психиатров Шота Гамкрелидзе, приглашение Казимира Обуховского, приехавшего с циклом лекций по до этого проклинаящейся тестологии в МГУ, и организация для членов лаборатории экспериментальной патопсихологии Института серии практических занятий по ММРІ, тесту Розенцвейга, неоконченным предложениям, Тематическому апперцептивному тесту и тесту Роршаха. И многое-многое другое — заслуга Б. М.

Четкий ясный ум, моментальное схватывание проблемы в целом и перспективных направлений ее развития, способность обобщить любой текст, любое выступление, подчас яснее и четче их авторов, и ирония, острый язык, вкус к мистификациям, которые не оставались без последствий.

Б. М. обладал большим художественным вкусом. Он был коротко знаком с Эрнстом Неизвестным, увлекался творчеством художников-нонконформистов, оригинально трактовал их картины. Он был по настоящему свободомыслящим человеком, не боящимся высказывать радикальные идеи. В его кабинете висел портрет не генсека, а Зигмунда Фрейда, что в те времена было открытым вызовом.

Долгое время он жил с женой в крошечной комнате, без мебели, на деревянных ящиках, заменявших и стол, и стулья. Это производило сильное впечатление. А ведь здесь у него часто бывали иностранные гости.

Будучи с 1967 г. непосредственным помощником Б. М., я хорошо помню как легко и непринужденно давалось ему новое поле деятельности в экспериментально-психологической лаборатории, как деликатно он вошел в старый коллектив с тремя своими сотрудниками, как блестяще обобщал внутрилабораторные конференции, как избежал контраста, заменив на посту руководителя живого классика — Блюму Вульфовну Зейгарник. Плодом их совместного руководства стала диссертационная работа тогдашнего лаборанта лаборатории Бориса Сергеевича Братуся, уже давно как декана психологического факультета РГГУ. Я помню, как быстро и совсем не показушным образом Б. М. умел завоевать авторитет у незаурядных собеседников, сколько крупных новых интересных идей он постоянно высказывал.

Трудно переоценить изданный в 1967 г. благодаря его активным усилиям монументальный том “Клиническая психиатрия” из многотомного издания “Psychiatria der Gegenwart”. Он до сих пор превосходит современные переводные и отечественные руководства. Его издание сразу решительным образом подняло планку обсуждений и публикаций после 16 лет унылой бездарной физиологизации психопатологических и патопсихологических процессов. А его монография “Алкоголизм” впервые ввела в оборот грандиозное разнообразие всевозможных подходов к этой всегда актуальнейшей у нас проблеме. Но и сугубо практический вклад — прототип использования тиоловых препаратов. Огромный список его печатных трудов с трудом поддается обзору, и это никогда не мякина, не повторение, а последовательное развитие магистральных клинических проблем с привлечением новейших нейрофизиологических и психологических экспериментальных разработок.

Драматические события, искусственно использованные недоброжелателями Д. Д. Федотова, вынудившие его уйти с поста директора, и принципиально другая атмосфера, воцарившаяся в Институте с приходом А. А. Портнова, заставили Б. М. эмигрировать в США. Здесь он стал успешным частнопрактикующим врачом. Это была большая потеря для отечественной психиатрии.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Киркегор Серен. Беседы. — М., 2009
Клаузевиц Карл фон. О войне. — М., 2009
Кропоткин П. А. Речи бунтовщика. — М., 2009
Померанц Григорий. Выход из транса. — М., 2010

* * *

Линцбах Якоб. Принципы философского языка. Опыт точного языкознания. — М., 2009
Касавин И. Т. (ред.). Социальная эпистемология: идеи, методы, программы. — М., 2010

* * *

Тополянский В. Д. Доктор Захарьин. Легенды и реальность. Антология. — М., 2009
Тополянский Виктор. Сквозняк из прошлого (2-ое изд.) — М., 2009
Шноль Симон. Герои, злодеи, конформисты отечественной науки (изд. 3, перераб. и доп.) — М., 2009
Халатников И. М. Дау, Кентавр и другие. — М., 2009
Зализняк Андрей. Из заметок о любительской лингвистике. — М., 2010
Блум Арлен. От неолита до главлита. — М., 2009

* * *

ЩигOLEв И. И. Сексуальность и агрессивность Ивана Грозного и современное общество (взгляд психиатра) —
Брянск, 2009
Ильичев А. Т., Ляшенко А. Г. Справочник по русской истории. — М., 2009
Тавареш Руи. Небольшая книга о великом землетрясении. Очерк 1755 года. — СПб., 2009

* * *

Иванов Вяч. Вс. Потом и опытом. — М., 2009
Белкина Марина. Скрещение судеб. — М., 2008
Вулф Вирджиния. Дневник писательницы. — М., 2009
Константины Констанцо. Феллини. — ЖЗЛ, М., 2009
Шагал Марк. Об искусстве и культуре. — М., 2009

* * *

Агнон Ш. Й. Новеллы. — Иерусалим — Москва, 2008
Бенн Готфрид. Перед концом света. — СПб., 2008
Кэррол Льюис. Фантасмагория и другие стихотворения. — М., 2008
Шимборская Вислава. Избранное. — М., 2007
Газданов Гайто. Собрание сочинений в 5 томах. — М., 2009
Юнгер Эрнст. Рискующее сердце. — СПб., 2010
Бетанкур Пьер. Страна навозников. — СПб., 2009

ABSTRACTS

Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession

Heinz Katsching (Vienna, Austria)

Key words: future of psychiatry, diagnosis, treatment, user and carer criticism, professional competition.

Based on recently voiced concerns about a crisis in psychiatry, six challenges to our profession are identified and discussed. As we approach the revisions of ICD-10 and DSM-IV, the validity of psychiatry's diagnostic definitions and classification systems is increasingly questioned also from inside psychiatry. In addition, confidence in the results of therapeutic intervention studies is waning. A further challenge is the existence of de facto subgroups with opposing ideologies, a situation which is responsible for an unclear role profile of the psychiatrist. Challenges from outside include mounting patient and carer criticism, intrusion of other professions into psychiatry's traditional field of competence, and psychiatry's low status within medicine and in society in general.

Studies suggest that the decline of the recruitment into psychiatry, as it is observed in many countries, might be related to problems arising from these challenges. It is unclear whether psychiatry will survive as a unitary medical discipline or whether those segments which are more rewarding, both financially and in status, will break away, leaving the unattractive tasks to carry out by what remains of psychiatry. The demise of the generalist and the rise of the specialist in modern society may contribute to this development. Attempts are underway by professional bodies to define the profile of a "general psychiatrist". Such discussion should be completed by an analysis of the incentives which contribute to the centrifugal tendencies in psychiatry.

Three stages of falsification: resume from office — selection of documents for court by regional chief — the leaders of the RF Ministry of Health

The subject of the article is outpatient's clinic forensic-psychiatric evaluation by the Serbski Center, which having found no clinically significant mental disorders and guided by obviously tendentious reference "couldn't reach" a decision. And there a sensational fact was revealed: in six months after publication of book variant of the Russian version of ICD-10 which had been approved

by the RF Ministry of Health it was included into the ministerial order under heading "Models of diagnostics and treatment of mental and behavior disorders" not in the original form, but with blatant distortions of the criteria of organic disorders of personality (F 07.0) depriving it of all borders. And all this since 1999. And what in our country means to rely on presumption of trust to the Ministry.

Psychiatric expert, counsel and American legal process

V. V. Motov (Tambov)

Key words: psychiatric expert, counsel, American legal process.

The objective of the article is to expose Russian forensic psychiatrists to basic functions their American colleagues perform in courts as expert — witnesses. Topics like how attorney locate potential experts, fee arrangements with the attorney, standard

courtroom procedures, admissibility of expert testimony, Daubert criteria, expert's credible presentation style, goals of direct and cross exams, typical pitfalls cross-examining attorneys employ are discussed among others.

“With a single claw stuck the bird itself will perish”

A. Yu. Magalif

“With a single claw stuck the bird itself will perish”. This Russian proverb in the headline opens up the first article in a new column of the Journal dedicated to remarkable pre-revolution Pirogov’s tradition of ruthless analysis of own mistakes. The author recollected how he had

hospitalized without sufficient grounds the founder of human rights movement in the Soviet Union who was the leading specialist in mathematic logic and one of those whose case history marked “not to discharge from the hospital” without coordination with KGB.

On psychoanalytical comprehension of etiology of pathogenesis and clinical picture of dependence on gambling games (E. Glover & others)

D. A. Avtonomov

Key words: gambling games, gamblers, etiology, concept of self-treatment, psychoanalysis, psychotherapy.

We have shown further evolution and transformation of psychoanalytical views regarding problem of dependence on gambling games. We have singled out the concept of self-treatment according to which addiction to gambling games is not regressive, but on the contrary, progressive protective character, when effects of gambling

and excitement are used by a person as an artificial, substitute protection from subjectively intolerable affects. We have cited five clinical examples from our practice illustrating given views. Cited were the opinions on aims, tasks, specifics and technique of psychoanalytical consultation and treatment of pathological gamblers.

Professor V. Ya. Anfimov — the organizer of Kuban psychiatry (strokes to the portrait)

A. P. Petryuk, P. T. Petryuk

Key words: Anfimov V. Ya., Khlebnikov Velimir.

On the basis of sources of the special literature new information is resulted about the vital and creative way of professor V. Ya. Anfimov — the known domestic psychiatrist, neurologist, representative of Kharkov psychiatric school, which at one time

worked on the Saburova dacha, which brought in ponderable payment the scientific achievement in development of domestic psychiatric school. The questions are lighted up of his mutual relation with a famous poet V. Khlebnikov.

Глубокоуважаемые читатели и подписчики!

Со 2-ой половины 2010 г. бесплатная рассылка журнала будет проводиться только в исключительных случаях. Журнал не имеет дополнительного финансирования, и редакция просит с пониманием отнестись к оформлению подписки.

Подписка на журнал принимается по каталогам агентств “Роспечать”, “Пресса России”, “Почта России”, “Информнаука”, “ИНТЕР-ПОЧТА”, “УРАЛ-ПРЕСС”, “МК-периодика”, “Наука-экспорт”.

Для оформления подписки через редакцию по цене 330 руб. (включая НДС) просьба отправить заявку, содержащую реквизиты организации по факсу **(495) 482-55-90** или по E-mail: **info@folium.ru** и получить подтверждение.