

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**IV**

**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 10.12.2010. Подписано в печать 20.12.2010. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2010-04-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

Н. И. ПИРОГОВ И ТРАДИЦИИ ПИРОГОВСКИХ СЪЕЗДОВ . . . . .	5
XIII СЪЕЗД НПА РОССИИ	
Приветствия . . . . .	7
Деятельность НПА России в 2007 – 2010 гг. — Ю. С. Савенко . . . . .	8
Латентные формы антипсихиатрии как главная опасность — Ю. С. Савенко . . . . .	13
Позиция Гражданской комиссии по правам человека — Роман Чорный (Спб) . . . . .	18
Профессиональная самостоятельность врача-психиатра и проблема недоверия к психиатрической службе в России — Д. Г. Баргенов (Спб) . . . . .	25
О добросовестности в исследованиях — Б. Г. Юдин . . . . .	27
Этико-правовые проблемы правдивости в отечественной психиатрии — А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону) . . . . .	31
РЕЗОЛЮЦИЯ СЪЕЗДА . . . . .	34
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Когда больной молчит... — ведущий А. Г. Гофман, врач-докладчик Н. В. Правдина. . . . .	36
Учитывая психологическую травму — Елена Черепанова (Бостон, США) . . . . .	43
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Йозеф Берце (Вена) — Психология шизофрении . . . . .	44
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Почему не требуется получение согласия на госпитализацию лица, неспособного по своему психическому состоянию выразить свою волю? — Ю. Н. Аргунова . . . . .	54
Вправе ли администрация стационара изымать паспорта у пациентов? — Ю. Н. Аргунова . . . . .	56
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Опять религиозный процесс, опять принуждение к нелепому заключению . . . . .	57
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций “Журнала американской академии психиатрии и права”, 20010, 2 — В. В. Мотов (Тамбов) . . . . .	61
ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ	
Роль различных факторов в развитии рецидивов при хроническом алкоголизме — А. С. Меликсетян . . . . .	66
С ФОРУМА НПА РОССИИ	
Проблема деинституционализации . . . . .	74
ХРОНИКА	
Первая Всероссийская конференция Национальной медицинской палаты . . . . .	81
Семинар НПА в Перми . . . . .	84
Протест, не доведенный до конца (XV съезд РОП) . . . . .	85
Минздрав во главе антипсихиатрического движения (XIII съезд НПА России) . . . . .	86
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Интеллигибельность Иммануила Канта. Кантата — И. Б. Якушев (Архангельск) . . . . .	87
Стихи Григория Котикова . . . . .	93
MEMORIA — Давид Черняховский . . . . .	94
НЕКРОЛОГ — Профессор А. А. Корнилов . . . . .	96
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	98
АННОТАЦИИ . . . . .	99

## CONTENT

N. I. PIROGOV AND TRADITIONS OF PIROGOV'S CONGRESSES . . . . .	5
XIII CONGRESS OF THE IPA OF RUSSIA	
<b>Greetings</b> . . . . .	7
<b>The IPA of Russia activities in 2007 – 2010 — Yu. S. Savenko</b> . . . . .	8
<b>Latent forms of anti-psychiatry as main danger — Yu. S. Savenko</b> . . . . .	13
<b>Position of Civil Commission on Human Rights — Roman Chorny.</b> . . . . .	18
<b>Professional independence of doctor-psychiatrist and problem of distrust to psychiatric service in Russia — D. G. Bartenev (St-Petersburg).</b> . . . . .	25
<b>On trustworthiness in scientific researches — B. G. Yudin</b> . . . . .	27
<b>Ethico-legal problems of truthfulness in national psychiatry — A. Ya. Perekhov.</b> . . . . .	31
RESOLUTION OF THE CONGRESS . . . . .	34
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>If a patient keeps silence... — A. G. Gofman, N. V. Pravdina</b> . . . . .	36
<b>Taking into Consideration the Trauma History — Elena Cherepanov (Boston, USA)</b> . . . . .	43
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
<b>Josef Berze (Wien) — Psychology of schizophrenia (part 2).</b> . . . . .	44
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>Why need not we get an agreement for hospitalization of a person who can not express its will due to his/her mental state? — Yu. N. Argunova</b> . . . . .	54
<b>Does the administration of mental hospital have a right to withdraw patients' passports? — Yu. N. Argunova.</b> . . . . .	56
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
<b>Another religion process and another coercion to absurd conclusion of experts over again</b> . . . . .	57
FORENSIC PSYCHIATRY	
<b>Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2010, 2 — V. V. Motov (Tambov)</b> . . . . .	61
PROBLEMS OF NARCOLOGY	
<b>Role of different factors in development of recrudescences at chronic alcoholism — A. S. Meliksetian.</b> . . . . .	66
FROM THE IPA FORUM	
<b>Problem of deinstitutionalization</b> . . . . .	74
CHRONICLE	
<b>The first all-Russia conference of the National Medical Chamber</b> . . . . .	81
<b>Seminar in Perm</b> . . . . .	84
<b>Opposition that hasn't been brought to a termination (XV Congress of the RSP).</b> . . . . .	85
<b>Ministry of Health as a head of antipsychiatric movement in Russia (XIII Congress of the IPA of Russia)</b> . . . . .	86
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Intelligibility of Emmanuel Kant — I. B. Yakushev (Arkhangelsk)</b> . . . . .	87
<b>Poems by Grigory Kotikov.</b> . . . . .	93
MEMORIA	
<b>David Cherniakhovsky</b> . . . . .	94
OBITUARY	
<b>Prof. A. A. Kornilov</b> . . . . .	96
RECOMMENDATIONS. . . . .	98
ABSTRACTS . . . . .	99

# НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ (1810 – 1881) И ТРАДИЦИИ ПИРОГОВСКИХ СЪЕЗДОВ

---



Н. И. Пирогов — гениальный врач, ученый, педагог и общественный деятель, один из основоположников топографической хирургической анатомии, анатомо-физиологического экспериментального направления в хирургии и военно-полевой хирургии, создатель выдающейся научной школы. Им разработаны и его имя носят многочисленные операции, он дал классическое описание шока, сотрясения головного мозга, газового отека тканей, “раневого истощения”. Он инициатор эфирного наркоза в условиях действующих войск, асептики и антисептики, сортировки раненых, иммобилизации, костной пластики, целостного подхода к боевому повреждению, профилактического направления (“будущее принадлежит медицине предохранительной”), организации института сестер милосердия и положения, что “не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны”. Он инициатор открытия госпитальных клиник для студентов пятого курса (“отделить учебное от научного в университете нельзя... учебное без научного... только блестит”).

Пирогова отличали вечная неуспокоенность, непрекращающиеся поиски новых решений, предельная самокритичность. “Такая беспощадная, откровенная критика к себе и своей деятельности, — по словам И. П. Павлова — едва ли встречается где-нибудь в медицинской литературе”. Пирогов считал это призна-

ком подлинной научности. “Я считаю священной обязанностью добросовестного преподавателя немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения и назидания других...”.

Идея Пироговских съездов, как объединяющих всех врачей России для решения актуальных научных и практических задач, была инициативой ведущих медиков страны, среди которых был и С. С. Корсаков.

Всероссийский масштаб Первого съезда (1885) сложился стихийно — делегатом съезда мог быть всякий врач. Правительственное разрешение на их проведение было получено только, начиная с V съезда (1893). II и III съезды (1887, 1889) ознаменовались выступлениями Н. В. Склифософского и Ф. Ф. Эрисмана о развитии общественной медицины и знаменитыми словами последнего о дальнейшем развитии “нашего сокровища, которому нет ничего подобного в Западной Европе — нашей общественной земской медицины”. Значительное большинство участников съезда составляли, как правило, оппозиционные правительству представители земских медицинских организаций. Съезды сразу стали трибуной общественного мнения, прежде всего, либерального и демократически-народнического толка. На V съезде (1893 – 1894) заседаниями по судебной медицине, где рассматривались вопросы экспертизы, врачебной тайны и этики, руководил С. С. Корсаков, а одним из докладчиков был В. П. Сербский. Одним из итогов съез-

да было создание первого российского журнала, посвященного общественной медицине. В течение первых пяти лет он выходил под редакцией С. С. Корсакова. На VI съезде (1896) Д. Н. Жбанков, В. И. Яковенко, С. С. Корсаков и М. Я. Капустин огласили проект ходатайства об отмене телесных наказаний для крестьянского населения России. На VIII съезде (1902), который собрал более двух тысяч участников, ставилась задача децентрализации врачебной помощи, приближения ее к населению. На съезде прозвучали два резких доклада одного из лидеров конституционно-демократической партии А. И. Шингарева [впоследствии преступно расстрелянного большевиками] о санитарном состоянии сельского населения, после которых был усилен полицейский надзор за деятельностью Пироговского общества, а накануне IX съезда департамент полиции пожелал исключить из повестки съезда два доклада. На IX съезде (1904) было отмечено, что борьба с алкоголизмом требует в качестве неизменных условий полного обеспечения свободы личности, слова, печати и собраний. Внеочередной

съезд 1905 года в своей резолюции заявил, что любая культурная мирная работа невозможна при существующем строе, и включил в союз врачей весь медперсонал. Большинство Пироговского съезда шло за партией кадетов. В резолюции XI съезда (1910) говорилось о необходимости “строго демократических реформ и организации законодательных учреждений и органов самоуправления”. XII съезд (1913) единодушно отклонил предложение об организации Главного управления государственного здравоохранения, так как пироговцы на протяжении всех съездов были верны своему принципу — не доверять попыткам вмешательства правительства в дело медицинской помощи населению. В период Первой мировой войны Пироговское общество примкнуло в лагерь войны до победного конца. Чрезвычайный съезд в апреле 1917 года приветствовал Февральскую революцию, а чрезвычайный съезд 1919 года, который обратился к врачам с призывом к саботажу “захватчиков-большевиков”, стал последним.

*И. Д. Страшун*

**Региональная конференция  
Всемирной психиатрической ассоциации  
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
И ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА**

*14 – 17 апреля 2011 г., Ереван, Армения*

[www.apnet.am](http://www.apnet.am)

**XV ВСЕМИРНЫЙ  
КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

*18 – 22 сентября 2011 г., Буэнос-Айрес, Аргентина*

[mcastex@congresosint.com.ar](mailto:mcastex@congresosint.com.ar); [www.congresosint.com.ar](http://www.congresosint.com.ar)

# ХІІІ СЪЕЗД НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

---

---

После развернутого устного приветствия проф. Валерия Николаевича Краснова от имени Российского общества психиатров были зачитаны приветствия от президента Всемирной психиатрической ассоциации проф. Марио Мая, председателя Московской Хельсинкской группы Людмилы Михайловны Алексеевой и Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Владимира Петровича Лукина.

*Dear colleagues,*

*I am glad to greet the participants in this meeting of the Independent Psychiatric Association of Russia, a very active Member Society of the World Psychiatric Association.*

*Indeed, we psychiatrists are stigmatized, mainly due to our past professional image. What we have to do is to refine our new image and promote it. Many of us treat competently a broad range of mental disorders which are very common in the population. We provide our counseling in prisons, in the workplace, in schools. We are asked by colleagues of other medical disciplines to provide our advice for the emotional problems of their patients. We interact on a continuing basis with user and carer organizations. This new reality of our profession is not well known, and probably not sufficiently developed in several regions of the world. We have to build up this new image and make it public. At the same time, we have to ensure that psychiatric practice worldwide match up to this new image.*

*I am sure the Independent Psychiatric Association of Russia can contribute very significantly to this task.*

*Mario Maj  
President, World Psychiatric Association*

*Дорогие коллеги,  
члены Независимой психиатрической ассоциации России!*

*От имени Московской Хельсинкской группы рада поздравить вас с открытием Вашего съезда.*

*Уже более 20 лет существует Ассоциация. За это время она проделала большой путь, став успешно действующей профессиональной организацией, которая постоянно показывает, насколько успешной может быть помощь неравнодушных высококвалифицированных психиатров в деле защиты прав граждан с психическими расстройствами. Мы высоко ценим то, что Ваша Ассоциация держится строго научной и взвешенной гражданской позиции, противостоит попыткам использования психиатрии в немедицинских целях, является реально общественной и реально независимой. Ваша деятельность получила признание как внутри страны, так и за рубежом.*

*Московская Хельсинкская группа уже много лет сотрудничает с Независимой психиатрической ассоциацией России. И эта совместная деятельность приносит реальные плоды.*

*Хочется от всей души пожелать членам Независимой психиатрической ассоциации России и участникам съезда дальнейших успехов в нашем нелегком деле.*

*Председатель МХГ Л. М. Алексеева*

*Уважаемые члены  
Независимой психиатрической ассоциации России!*

*Приветствуя ваш очередной съезд, хочется пожелать его участникам сохранять высокий авторитет и доверие, которые приобрела ваша ассоциация за многие годы своей деятельности. Мы всегда встречали в вашем лице надежную опору в деле соблюдения прав человека. Наши многолетнее сотрудничество помогло восстановить нарушенные права многих граждан, поставить ряд актуальных проблем, реализовать практику общественного контроля.*

*Защита здоровья, достоинства и прав граждан с психическими расстройствами — трудное дело. Желаю вам много сил и успеха на этом пути.*

*Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин*



# Деятельность НПА России в 2007 – 2010 гг.

Ю. С. Савенко

Итоги очередного трехлетия — с середины 2007 г. — не только успехи, но и разочарования — очень выразительны и информативны сами по себе.

В прошлом году мы отметили 20-летие Ассоциации — исторический срок, за который адекватно оценить ее деятельность невозможно вне реального контекста истории страны.

Согласно нашему Уставу, цели Ассоциации не подлежат изменению, и все эти годы, вопреки всем сложностям мы сохраняли активную профессиональную и достойную гражданскую позицию, без чего в нашем предмете обойтись просто невозможно.

В первом выпуске НПЖ за прошлый 2009 год представлена краткая история деятельности Ассоциации, само существование которой сыграло и продолжает играть иницилирующую и мобилизующую роль в решении ряда фундаментальных проблем. Наше активное участие во всех заседаниях Правления Президиума РОП, отечественных и зарубежных конференциях и съездах, на Конгрессах ВПА в Праге и Санкт-Петербурге, на Конгрессах психиатров Восточно-Европейских стран и Балкан в Салониках и Москве, на съезде АПА в Сан-Франциско, выступления в СМИ, на пресс-конференциях, на комиссиях Совета Федерации, на целом ряде инициированных нами заседаний Экспертного Совета Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации — это возможность публично озвучивать независимую позицию по всем острым профессиональным вопросам, возможность, которой не было до 1989 года.

Последние три года не обошлись без потерь. Это руководитель нашей экспертной комиссии д-р Владимир Батаев, д-р мед. наук Елена Прокудина-Канторович, проф. Корнилов из Кемерово и тесно сотрудничавшие с нашей Ассоциацией проф. Владимир Войцех, журналист Анна Политковская и адвокат Станислав Маркелов. Прошу почтить их память вставанием.

Никакие краски не будут достаточно яркими, а слова достаточно сильными в отношении направления, которое приняло развитие психиатрии и в международном масштабе, и в нашей стране. — Это социологизация научного знания и все большая утрата той высоты, которой достигала еще предвоенная психиатрия в отношении уровня клиницизма, тонкости психопатологических разборов и цельности своих представлений. Сейчас мы сталкиваемся с высокомерно циничным отношением к славному прошлому, как к нафталину, с отказом от синдромологии, от фундаментальных представлений о психотическом уровне и даже от клинических примеров. Поэтому мы посвятили этот съезд теме антипсихиатрии не только как свидетельству кризиса психиатрии, но и как импульсу к ее возрождению. Самая серьезная проблема

— это осуществление самоубийственной антипсихиатрической деятельности руками самих психиатров.

Итак, подведем итоги главного из того, что удалось сделать в области трех основных приоритетов нашей деятельности — клинической психиатрии, правовой основы психиатрии и разгосударствления психиатрической службы.

В области **клинической психиатрии** мы продолжали способствовать распространению и углублению клинико-феноменологического направления, начиная с его общенаучных истоков у Гете, Brentano, Штумпфа, Гуссерля, понимания существа феноменологического метода, феноменологического описания и его отличий от естественно-научного описания, как дополняющих и углубляющих друг друга. Мы ввели в оборот отечественных психиатров выдающиеся классические работы по психопатологии шизофрении Йозефа Берце, Ганса Груле и Вилли Майер-Гросса, провели дискуссии по проблемам бреда, критичности, экстатических состояний, синдромологии, концептуального кризиса психиатрии, а также феномена аутоперсонамнезии, причем сделали это на четырех развернутых клинических примерах. Все клиническое разборы, которые мы ежемесячно проводили и публиковали в каждом выпуске журнала, актуализировали важные клинические проблемы.

Однако, центральной клинической проблематикой последние три года были наши усилия на различных обсуждениях и отечественных конференциях, на XIV Конгрессе ВПА в Праге в 2008 г. и на встрече психиатров стран СНГ с представителями ВОЗ в Санкт-Петербурге в 2010 г. внести принципиальные изменения в готовящуюся 11-ю версию МКБ, изменения, представляющие совокупный традиционный опыт отечественной психиатрии, позволяющий значительно обогатить и уточнить диагностику посредством двухэтапной классификации с введением на первом этапе синдромологической квалификации, а на втором — нозологической на основе развернутого клинического диагноза. Хотя в этом отношении мы солидаризировались с позицией Хуана Меззича, Альфреда Крауса, Джона Сэдока, Осборна Виггинса, Майкла Шварца, нельзя было не почувствовать господство у представителей ВОЗ приоритета прагматических принципов над принципом адекватности. И это несмотря на уже разработанный математический аппарат, позволяющий при обработке эмпирических данных и их таксономическом упорядочивании не жертвовать качественными различиями.

Мы высказались резко критически относительно некоторых положений так называемого “Национального руководства по психиатрии”, составленного



явно в спешке и не отвечающего своему громкому самонаименованию (НПЖ, 2008, 4)

Высоко ценя традиции отечественной психиатрии, которая на протяжении всей своей истории развивалась в крайне неблагоприятных условиях и рассматривая историю психиатрии как неотъемлемую часть нашего предмета, мы посвятили юбилеям наших классиков первые страницы своего журнала. — Это Бехтерев и Аствацатуров, Баженов и Сербский, Гуревич, Жислин и Детенгоф. Это 100-летие журнала Ганнушкина “Современная психиатрия”, выходящего с 1907 по 1917 гг., традиции которого мы продолжаем. И 200-летие Преображенской психиатрической больницы, где состоялась Пинелевская реформа в России и где мы уже более 15 лет ежемесячно проводим открытые клинические разборы.

Мы показали исторические истоки определения психиатрии как болезни личности и биопсихосоциальной модели психиатрии в практическом решении этой проблемы на современном этапе в междисциплинарном сотрудничестве, в частности, в помощи пациентам команды специалистов.

Мы регулярно обращались к общетеоретическим и философским вопросам психиатрии, что позволило полноценно обсуждать антипсихиатрические тенденции.

После известной паузы психиатрия снова начала использоваться для возбуждения исков против религиозных организаций. Уже появилось немало заказной литературы, удобной для соответствующих ссылок, а весь Экспертный совет по религии при Минюсте укомплектован теперь антикультуристами во главе с одиозным Дворкиным. Мы откликнулись на эту ситуацию в журнале критическим разбором упомянутых работ одного из ведущих религиоведов страны проф. МГУ И. Я. Кантерова и опубликовали ранее фактически неизвестную экспертизу проф. В. П. Сербского по делу Бейлиса с осуждением проф. Сикорского за вторжение в инородную для психиатрии область “ритуальных убийств”. Этот прогремевший на весь психиатрический мир урок не пошел впрок: наши антикультуристы не только подменяют собой религиоведов, но и славят Сикорского.

Но еще более красноречивая ситуация сложилась в **судебной психиатрии**. В каждом выпуске Независимого психиатрического журнала в рубрике “Из досье эксперты” мы помещаем разборы судебно-психиатрических экспертных заключений, которые, казалось бы, каждый раз доходят до предела несостоятельности, что, конечно же, нельзя отнести за счет некомпетентности. Это явно либо выполнение определенного заказа, либо небрежность и нежелание тратить лишние усилия, предпочитая ссылку на противоречивость данных. За много лет мы ни разу не встретили обсуждения альтернативных версий, хотя это предусмотрено Инструкцией Минздрава 2003 года. Чрезвычайно показательные конкретные примеры послужили основанием для Открытого письма руководству Центра

им. Сербского, которое уклонилось от какого-либо конструктивного обсуждения. Все это — неизбежное следствие монополизма Центра Сербского, удушения всякой состязательности экспертов в суде, даже все более частого отказа заслушать специалиста в суде по уголовным делам, т.е. вопреки УПК, вплоть до заявлений, что специалисты не вправе критиковать заключения государственных экспертов. И это публичное заявление в прессе известных коллег, что — цитирую — “медицина должна быть полицейской” и “если есть расхождения, обращайтесь в Центр Сербского, это высший авторитет”. Но в экспертизе высший авторитет принадлежит только доказательствам. В 2008 году ненавистное госчиновникам от медицины словосочетание “независимая экспертиза” было использовано в Постановлении Правительства “Положение о независимой военно-врачебной экспертизе”. Мы подвели выразительные итоги долгой борьбы за состязательность экспертных заключений (НПЖ, 2008, 4).

Полезным примером мог бы послужить опыт американской судебной психиатрии, которая ушла далеко вперед в отношении дифференцированности всех процедур. Поэтому мы издали монографию д-ра В. В. Мотова “Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права”, увлекательно излагающую личный опыт автора во время годичной стажировки в США. Центр Сербского приобрел 60 экземпляров и взял 300 экземпляров для делегатов предстоящего Конгресса по социальной психиатрии, но вопреки договоренности заменил ее пиаровской книгой “Три кита”. В 2009 году мы с доктором Мотовым приняли участие в съезде АПА и установили контакт с руководством Американской ассоциации психиатрии и права. В течение последних лет д-р Мотов помещает в НПЖ подробные обзоры журнала Американской академии психиатрии и права, представляющие значительный интерес для широкой профессиональной аудитории.

Мы провели дискуссию по теме “Социальная опасность в психиатрии” и обобщили свой опыт в отношении серии крупных дел в публикации “Только психопатологически выводимая социальная опасность — предмет психиатрии”. Резиновые формулировки закона об экстремистской деятельности и понятие “профилактика террористической деятельности” в условиях накатанных половодьем квартирных дел механизмов чреваты постоянной опасностью повторения худших сценариев прошлого, тем более что мы уже давно слышим, что никаких таких сценариев во все не было. Уже забылось, что их признание было первым их пяти условий возвращения российской психиатрии в ВПА. За последние три года из четырех проверок с мандатом Уполномоченного по правам человека в РФ сигналов об использовании психиатрии в политических целях в Мурманске, Рыбинске, Йошкар-Оле и Санкт-Петербурге мы удостоверили только один, в Йошкар-Оле по тому же сценарию, что опи-

санный нами случай из Беларуси: молодой человек собиравшийся организовать митинг, был “профиликтирован” людьми в штатском в психиатрическую больницу, но был тотчас выписан к нашему приезду.

Нам довольно часто приходится выступать в судах. В течение последних трех лет — это все более тяжелое эмоциональное и моральное испытание. По большей части это, как и многое другое, не более чем общественный театр, имитация существования положенных структур и механизмов, за фасадом которых совсем другие правила игры. С тем же приходится сталкиваться и на ТВ, куда можно ходить разве что на прямой эфир, которого давно нет.

Состоявшееся недавно после многолетних безуспешных попыток посещение корпуса для подэкспертных в Бутырках, как выяснилось, после ремонта, спустя 7 лет после страшного письма оттуда, которое мы публиковали в журнале, явило нам картину до неприличия грубой потемкинской деревни. Чего только стоят биде в женских камерах.

Значительное внимание мы уделили проблеме **суицидов**, прежде всего, суицидам в армии, где их уровень по официальным данным превышает половину небоевых потерь. Военная реформа с переходом на профессиональную армию, которая была бы наиболее действенной мерой против дедовщины, не состоялась. Тем большее значение в этих условиях приобретают усилия по минимизации суицидального риска. Этому служит опубликованное в 2008 году наше методическое руководство для военных психологов “Предотвращение суицидов в армии” и проведение для них тренинговых семинаров по канадской модели д-ром Анатолием Богдановым и Игорем Назарьиним. Не без труда удалось преодолеть все сложности, после чего по распоряжению замминистра обороны весь безвозмездно переданный тираж был распространен в воинских частях. Эта проблема тем сложнее, что — как выяснило наше исследование, проведенное на материале посмертных СПЭ совместно с юристами общественной организации “Право Матери”, — преобладает доведение до суицида, а не суициды, которые не дают основания для компенсации семьям.

Общество клинических психотерапевтов при НПА России под председательством проф. М. Е. Бурно ежегодно проводило Консторумские чтения с участием представителей искусства и известного религиозного деятеля отца Георгия Кочеткова.

Как всегда, значительное место в деятельности ассоциации занимала **правовая проблематика**. Казалось бы, какой смысл бороться за формулировки законодательства, которое не выполняется или выполняется избирательно, примеры чего у всех перед глазами. Однако право — единственный мирный путь жизнеустройства и даже в описанной ситуации путь осмысленный: нельзя допускать легитимизации неправедных положений, даже когда де-факто они стали повседневностью.

Очередной раз состоялась встреча с Комиссией Европейского Комитета по противодействию пыткам и жестокому, унижающему человеческое достоинство обращению, которая посетила психиатрические больницы Московской, Вологодской и Архангельской областей. Комиссия отметила, что все еще сохраняется высокая скученность больных, особенно в судебно-психиатрических отделениях, отсутствуют места, где пациент мог бы побыть один, меры физического стеснения не должны применяться на глазах других пациентов и совершенно недопустимо прибегать при этом к помощи других пациентов (НПЖ, 2008, 4).

Между тем, исполнилось 18 лет неисполнения 38 статьи Закона о психиатрической помощи, которая является гарантией исполнения всего закона для больных психиатрических стационаров, 18 лет, за которыми огромные усилия многих организаций. Не перечислить всего того, что сделала только наша Ассоциация. Может быть, это нереальная, нерешаемая проблема? Нами была проделана огромная предварительная работа, снявшая все многочисленные, выросшие как грибы придирки и отписки — как ее правильно назвать, при какой госструктуре организовать, какой придать статус, какой штат учредить, какой регламент разработать, в каких регионах испытать и т.д. и т.п. Консультации и обсуждение со многими специалистами разных учреждений, высшими юридическими авторитетами, в частности Института государства и права РАН по административному праву, позволили убрать все “но”. И мы даже порадовали общественность, когда В. П. Лукин на приеме у президента, тогда еще Путина, получили необходимую визу. Но с тех пор прошло уже 4 года. Может быть сопротивление Минфина и Минэкономразвития связано с недостатком финансов? Но мы встречали отказ и в периоды нефтедолларового изобилия, а необходимых средств требовалось не больше, чем на какое-либо феешенебельное излишество или уворовываемая чиновником средней руки сумма. Коррупция стала двигателем, энергетическим материалом нашей системы. Возникает представление, что власть намеренно обрекает нас на то, чтобы заниматься на этом поле видимостью деятельности, какой-то бесконечной жвачкой, направляя волонтерские усилия многих достойных людей — наивных идеалистов — в болото. Я вспоминаю циничное откровение известного политтехнолога Глеба Павловского: интеллигенцию надо прессовать, она долго не выдержит.

Но такие и подобные им действия не проходят бесследно для самой системы. В какой-то момент она рассыпается будто бы ни от чего, как подточенный термитами деревянный город.

Что касается наших усилий, то

это, по-прежнему, отстаивание всеми законными способами соответствия правоприменительной практики действующему законодательству и Конституции страны;

это недопущение придания правового статуса антидемократическим изменениям в законодательстве;

это работа с юристами: адвокатами, нотариусами, а в перспективе с судейским корпусом и прокурорскими работниками, начиная со студентов юрфаков;

это использование в полной мере многообразных международных рычагов воздействия посредством Европейского Суда и анализа соответствия законодательства РФ, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, Конвенции о защите прав человека и основных свобод, рекомендациям Комитета Министров Совета Европы, Конвенции о правах инвалидов и Постановлениям Европейского суда в этой области и т.д. В первом выпуске журнала за прошлый год проведен такой анализ.

В этом году на региональном Конгрессе ВПА в Санкт-Петербурге наш доклад “Право и этика в российской психиатрии за последние 20 лет” нарисовал непредвзятую картину ситуации и тенденций развития на этом поле.

В последние несколько лет мы сосредоточили усилия на самой больной проблеме — **проблеме недееспособности**, на правах и судьбах людей, признанных недееспособными, на их совершенно бесправном положении, вполне, без всяких преувеличений соотносимом с рабским. Невозможность выбрать себе опекуна, которым нередко назначают человека, с которым давно установились неприязненные отношения, на которые не вправе даже пожаловаться, угроза подвергнуться стерилизации и т.д. Мы резко выступили против практики, игнорирующей, как правило, медико-генетическую консультацию и основывающуюся на совершенно устаревших представлениях о наследственности.

В 2008 году мы опубликовали критический разбор законопроекта “О биомедицинских исследованиях”. Но 1 февраля 2010 года Дума приняла в первом чтении законопроект “Об обращении лекарственных средств”, после критики которого общественными организациями был снят руководитель Росздравнадзора, т.е. фактически за то, что он выполнял свои прямые функции — следить за соблюдением прав пациентов и защищать их взаимодействие с общественными организациями. Мы откликнулись в прессе на самую возмутительную статью этого закона — допущение клинических исследований лекарственных препаратов на недееспособных и озвучили пять условий, которые делают это правомочным, принятые в последней редакции Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации в 2008 г., но проигнорированные в указанном законопроекте.

Мы выступили за необходимость введения института парциальной недееспособности и провели серию выступлений и обсуждений как под эгидой Уполномоченного по правам человека в РФ, так и на различных национальных и международных форумах, в частности, организовали симпозиум по этой проблеме на региональном Конгрессе ВПА в Санкт-Петербурге

летом этого года, объединив усилия с Будапештским центром по правовой помощи людям с психическими расстройствами и коллегами из Эстонии. Проблемы недееспособности и опеки активно обсуждались во многих выпусках НПЖ, в частности, на драматическом примере судьбы Кати Тимочкиной, по делу которой Комиссия НПА ездила в ПНИ в Самарской области (2009, 1).

Руководитель юридической службы Ассоциации Ю. Н. Аргунова разработала в 2008 году законопроект, ликвидирующий несостыковки и неопределенности ряда законодательных актов, что открыло бы дорогу состязательной экспертизе. Законопроект был размещен не только в НПЖ (2008, 1) и на нашем сайте, но и в журнале “Новая юстиция” и ряде других изданий и в сопровождении Открытого письма послан Президенту с просьбой использовать свою законодательную инициативу.

В 2007 году вышло второе издание книги “Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы)”, вдвое расширенное по сравнению с первым изданием 2003 года, а в 2010 году — третье издание, вновь удвоенное и переработанное в соответствии с самыми последними правовыми актами. Это уже более 400 страниц. Мы подвергли аргументированной критике обращение Центра им. Сербского в Верховный Суд летом этого года с просьбой иммунитета от любых претензий.

Этим летом в отпускной период на сайте Минздрава появились три документа: “Перечень психиатрических противопоказаний к различным профессиям”, законопроекты “Об обязательном медицинском страховании” и “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Все они, декларируя в качестве основного принципа соблюдение прав человека и граждан в сфере охраны здоровья, на деле грубо ограничивают их по сравнению с действующими редакциями. В связи с этим мы провели три пресс-конференции совместно с Президентом Общества специалистов доказательной медицины В. Власовым, одну из них с участием проф. В. Н. Краснова.

Что можно сказать о третьем приоритете нашей деятельности — **разгосударствлении психиатрической службы**? Таков общий вектор развития во всем мире: в сторону саморегулируемых общественных организаций, в сторону децентрализации. В России у всех перед глазами прямо противоположные процессы продолжающего нарастать огосударствления, вплоть до выхолащивания даже разделения властей. Тем самым нарастает централизация вместо децентрализации, монополизм вместо состязательности, множатся имитационные процедуры и структуры в виде всевозможных карманных общественных советов и организаций на коротком поводке, даже прописанном в стандартном уставе. Но все это неизбежно связано с такими же имитациями доверия, уважения и преданности власти, которые оплачиваются привилегиями и делают коррупцию важным механизмом вла-



сти, борьба с которой тоже только имитируется, так же как дедовщина в армии давно превратилась в рекет.

В этих условиях психиатрические больницы превращаются в оазисы и заповедники, где соблюдается свобода слова, свобода совести, свобода собраний и демонстраций, где любые высказывания неподсудны, где по большому счету безопасно, но где, правда, плохо соблюдается, прежде всего судами, записанная в законе медицинская тайна относительно пребывания в таком санатории. Это, конечно, идиллическая картина, но в таких масштабах вполне реалистичная задача.

В связи с широкообъявленной реформой психиатрической службы, мы инициировали публикацию в журнале опыта США, западноевропейских стран и особенно ценного для нас опыта восточно-европейских и прибалтийских стран. В наиболее исчерпывающей работе д-ра Цыганок из Владивостока было показано, что надежды политиков и экономистов на сокращение расходов на финансирование психиатрической службы в результате реформы оказались заблуждением, реформа требует больших средств, чем прежде, а ведь было уже объявлено, что треть капитального фонда психиатрических учреждений подлежат немедленному закрытию по санитарным нормам. Теперь об этом хранится молчание. Наше письмо министру здравоохранения два года назад относительно отмены последних льгот психиатрам общесоматических больниц осталось без ответа. Но теперь льгот лишаются все психиатры, словно наша профессия перестала быть опасной и вредной. По приглашению президента Национальной медицинской палаты д-ра Л. М. Рошаля представители нашей Ассоциации Ю. Н. Аргунова и А. Я. Перехов 1 – 3 октября приняли активное участие в обсуждении проблем саморегуляции профессиональных общественных организаций, — крупном форуме врачей со всего мира, который Минздрав проигнорировал. Тем знаменательнее, что Российской общество психиатров приняло решение о вступлении в эту организацию.

Централизация управления в сочетании с передачей финансирования и ответственности на региональный уровень приводит к резким региональным различиям и подрывает систему стандартов. Опыт показывает, что необходима параллельная работа на всех уровнях и с разных сторон, но ведущим является самоорганизация снизу и активные формы протеста, изменение тона в отношениях с Минздравом. Мы должны не просить, а требовать возвращения нам узурпированных Минздравом прав и функций.

Так, благодаря нашему участию через посредство Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в громком деле читинских психиатров Верховный суд РФ признал неурегулированность оказания психиатрической помощи лицам со статусом неприкосновенности.

Значительных успехов в самых разных направлениях добились члены Ассоциации в Ростове-на-Дону, Архангельске, Барнауле, Воронеже, Владивостоке, Перми, Нижнем Новгороде, Рязани, Туле и др.

Мы расширили свою деятельность за счет новых технологий: по инициативе Владивостокского общества психиатров в режиме on-line была проведена лекция об исследовании тревожных и депрессивных психотических синдромов, которое, благодаря феноменологическому подходу, позволило обосновать таксономическую самостоятельность тревожного психотического синдрома.

На сайте Ассоциации с апреля 2010 года открылся Форум, где началось очень живое обсуждение всевозможных острых вопросов, фрагменты которого начали печататься в новой рубрике нашего журнала “С Форума НПА”.

Двумя другими новыми рубриками журнала стали “Работы молодых ученых” и “Анализ своих ошибок”. В последнем из них появился рассказ о стационарировании в советский период одного из основоположников правозащитного движения А. С. Есенина-Вольпина.

С первого выпуска 2010 года Вестник Ассоциации “Независимый психиатрический журнал” включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981), рекомендованных ВАК РФ для публикаций основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.

Начала выходить общероссийская психиатрическая газета под редакцией Ольги Бухановской, в которой нам предоставлено большое пространство, в частности, для размещения материалов Форума НПА России.

Помимо прочего, Форум позволяет противостоять стигматизации и антипсихиатрическим представлениям и настроениям в обществе. Мы провели серию семинаров для руководителей общественных приемных правозащитных организаций в Москве, а также выездные в Санкт-Петербурге и в Перми, буквально неделю назад.

Мы начали также проводить специальные семинары для нотариусов, первый из которых состоялся в Иваново в конце мая этого года.

Ассоциация неизменно сохраняла достойную гражданскую позицию, следуя примеру наших классиков — Корсакова, Сербского, Бехтерева, Ганнушкина — непреклонному приоритету гуманистических принципов. Мы давали должную оценку таким прецедентным событиям как смертельно больной Александрия на цепи, неоказание помощи умирающему Магнитскому, и уже не замалчиванию, а буднично-повседневному упоминанию о пытках, физических и психологических, задерживаемых милицией. Мы выступали в суде во втором обезьяньем процессе, где “оскорбленных” свидетелей организовывал сопредседатель православного собора, в прошлом помощник Баркашова. Мы откликнулись на страшные

юбилеи “1937 года” и “Освенцима”, и опубликовали отрывок из пьесы Йонеско “Носороги”, где воспроизведены различные самоправдания своего оносороживания. Мы опубликовали несколько документов КГБ относительно прошедших через Институт судебной психиатрии им. Сербского Владимире Буковском и Наталье Горбаневской и “неправильном поведении” ее адвоката Софьи Калистратовой, а также воспоминания Горбаневской о пребывании в Институте им. Сербского. Мы воздали должное памяти Рауля Валленберга и его посмертному вкладу в отечественную психиатрию (НПЖ, 2008, 2).

Пожары этого лета — емкая модель состояния страны в самых различных сферах. Развалена не толь-

ко служба лесничих, не только в этом проигнорировано мнение независимых экспертов, машина голосования в Думе проштемпелевала не только эту экономию средств, не только здесь все выходит боком.

В современных условиях мы возлагали наибольшие надежды на ту постоянно обновляющуюся профессиональную правозащитную сеть, которая существует уже по всей стране, которая толерантна к государственной демагогии, не нуждается в руководстве, способна к самоорганизации. Наша профессия такова, что сама содержит в себе все необходимые потенции, как энергетические, так и в отношении своей гуманистической направленности.

## Латентные формы антипсихиатрии как главная опасность

Ю. С. Савенко

На основе анализа основных положений антипсихиатрического движения показано, что прямые непосредственные формы антипсихиатрии не разрушают, а развивают и укрепляют психиатрию. Выполняя санитарские функции, они позволяют сформировать идеальные типы психиатрической науки, профессии и службы.

Опасными для психиатрии являются косвенные и латентные (маскированные) формы антипсихиатрии. Они исходят от самих психиатров, незаметно разлагают предмет, релятивизируя его основу, и реализуют негативную программу антипсихиатрии. Дается типология различных видов редукционизма.

**Ключевые слова:** антипсихиатрия латентная, релятивизм, редукционизм.

Проблемное заседание съезда мы посвятили теме, относительно которой подняли тревогу еще в 1999 и 2001 гг., опубликовав в НПЖ анализ кризиса мировой и отечественной психиатрии, а в этом году материалы дискуссии с Форума ВПА — угрожает ли психиатрии опасность?

Речь идет уже о том, “выживет ли психиатрия во второй половине XXI столетия”, “не будет ли психиатрия поглощена другой медицинской специальностью”, либо “лишится статуса медицинской науки”, т.е. по существу то, что составляет содержание антипсихиатрии.

Антипсихиатрия — общий радикал многих, очень разных и вышедших из разных источников настроений и убеждений (обывательских и научных, социально-политических и социологических и даже философских) и самого духа времени, начиная с 60-х годов 20-го века. Это решительный протест против претензии психиатрии квалифицировать людей как психически ненормальных и психически больных, что фактически делает их бесправными или ограничивает в правах с санкции науки, вплоть до ниспровержения такой науки — психиатрии.

Антипсихиатрия постоянно подпитывалась общественно-политической практикой использования психиатрии в немедицинских целях, личных, экономиче-

ских и политических и реакции на недобровольную госпитализацию и условия содержания психически больных, их последующую стигматизацию и ущемление в правах.

Советский период наложил характерный отпечаток на отношение к антипсихиатрии: протест против использования психиатрии в политических целях придавал антипсихиатрическому движению антисоветский характер.

40 лет назад по горячим следам студенческой революции 1968 г. во Франции руководство НИИ психиатрии предложило мне сделать доклад об антипсихиатрии. Это значило в тогдашних условиях отрицать психиатрические репрессии, которые нашему кругу были очевидны. Сохранить достоинство удалось, повторив пафос и логику знаменитой статьи Анри Эйя “Почему я анти-антипсихиатр?” С публикации этого доклада 20 лет назад мы начали с 1991 г. выпуск “Независимого психиатрического журнала”, чтобы отмежеваться не только от репрессивной психиатрии, но и от радикалистской антипсихиатрии.

Уже из этого следует, что под антипсихиатрией нами понимается **контрреакция на политизацию психиатрии, но контрреакция в той же самой плоскости тотальной политизации и социологизации.**

Антипсихиатрия — это еще и **контрреакция на психиатризацию действительности, то есть расширительную диагностику, сопровождающуюся стигматизацией в обществе и фактической дискриминацией.**

*Реконструкция манифеста антипсихиатрии ясно показывает, что половина его положений — протест против:*

- “тюремного режима” психиатрических больниц;
- сегрегации больных в специализированных больницах;

- лишения психически больных прав человека;
- вмешательства психиатров в общественную жизнь в роли полицейских;

- и расширительной диагностики

*представляют совершенно справедливую программу действий в отношении прав и свобод лиц с психическими расстройствами, в отличие от другой половины, касающейся научных и философских оснований психиатрии:*

- отсутствие удовлетворительных критериев психической болезни;

- отсутствие объективных методов установления психического расстройства;

- произвольность нозологической классификации;

- фармакотерапия — не столько лечение, сколько “цепи, наложенные изнутри”;

- отрицание понятия психической болезни и самой психиатрии как формы социального контроля и политического насилия.

Реализация первой части программы показывает, что реальное антипсихиатрическое движение сыграло высоко позитивную роль в гуманизации психиатрической службы и в развитии научной психиатрии, что не соответствует обозначению “антипсихиатрия”, за которым поэтому адекватно оставить негативную часть манифеста.

Итак, **прямые непосредственные формы антипсихиатрии (даже в своей негативной части) не разрушают, а развивают и укрепляют психиатрию. Это то же самое измерение, полюсы одной шкалы. Проблема антипсихиатрии фундаментальна для психиатрии, она охватывает свои антитезы, оппозиции, полярности, все то, что конституирует психиатрию, как автономную науку, особую профессию и самостоятельную организационную структуру. Антипсихиатрия позволяет сформировать идеальные типы психиатрической науки, профессии и службы.**

Игнорирование антипсихиатрии и борьба с ее гротескно-негативными декларациями — контрпродуктивны. Сильный оппонент — удача для сути дела.

**В теоретических основаниях антипсихиатрии можно выделить два течения: социально-политическое, представленное, прежде всего, лидером новых левых из Франкфуртской социологической школы**

Гербертом Маркузе, который в качестве движущей силы революции видел не пролетариат, а молодежь и девиантов, и итальянским психиатром Франко Базаля, инициатором закрытия психиатрических стационаров в 1980 г., и философское, представленное Мишелем Фуко, Томасом Сассом и Рональдом Лэингом. Их труды в последние годы переведены на русский язык.

**Эмпирическим основанием** антипсихиатрии послужили еще в 50-х годах идеи английского реформатора психиатрии Максвелла Джонса о преобразовании психиатрических больниц в терапевтические коммуны, разнообразные формы которых были организованы Р. Лэингом, Д. Купером и их последователями с начала 60-х годов. Они были подобны коммуна хиппи, некоторые из них существовали годами. Здесь Лэинг начал свои эксперименты с терапевтическим использованием ЛСД.

Другим направлением антипсихиатрических социальных экспериментов послужили с 1972 г. опыты, начатые Д. Розенханом, который вместе с семьей добровольцами, симулируя слуховые галлюцинации, стационарировался в ПБ, где они сразу прекратили симуляцию. После трехнедельной фармакотерапии их выписали с диагнозом “шизофрения в состоянии ремиссии”. В другом эксперименте персоналу сообщали, что в течение трех месяцев несколько псевдопациентов попытаются попасть в их больницу. В итоге 23 из 193 были признаны псевдопациентами хотя бы одним психиатром. На самом деле их за это время вообще не было. Это дало повод говорить о необоснованности психиатрических диагнозов.

Сложилась ситуация, красноречиво выраженная в монографии О. А. Власовой “Антипсихиатрия, становление и развитие” (2006 г.). Психиатрия предстала, вопреки ремаркам автора, отслеживающего эту проблему по философской литературе, как не сумевшая “доказать и обосновать объективность выделяемых ею симптомов и синдромов и основанных на них психиатрических диагнозов” (стр. 11).

Утверждение в монографии О. А. Власовой, что “в настоящее время термин “антипсихиатрия” употребляется как правило в отношении правозащитных организаций, ... основной задачей которых является защита прав психически больных людей”, основывается на действительно широко распространенных антипсихиатрических настроениях и убеждениях в среде этих организаций, которые постоянно имеют дело только с негативными примерами деятельности психиатров. Не будучи психиатрами, они некритически воспринимают информацию от психически больных людей. Работая в контакте со многими из этих организаций, мы начали проводить семинары для руководителей их общественных приемных, вводя их в курс элементарных психиатрических знаний и создавая установку на необходимость сотрудничества с психиатрами.



Мы часто сталкиваемся с проявлениями антипсихиатрии, представленными в обывательском сознании, в триллерах и в многочисленных публикациях, выпускаемых обществом Рона Хаббарда в следующем стиле: “Гипнотизеры насилуют школьников и грабят банки”, “ЭСТ вызывает в мозгу дырки”, “Терроризм — это плод усилий сумасшедших, а сумасшедшие — результат применения психиатрических методов”. Это создает одностороннее и неоправданно пренебрежительное отношение к антипсихиатрии.

Насколько прочно до сих пор влияние антипсихиатрических идей на Западе, мы смогли убедиться на собственном опыте. Наш доклад во Флоренции в 2005 году о латентных формах антипсихиатрии, хотя и удостоился похвалы Вольфганга Бланкенбурга, не стал предметом дискуссии, от которой все участники уклонились в преддверии юбилея Лэинга.

Следовало бы начать с того, что и Крепелин, и Ясперс, и Курт Шнайдер — три основные вершины нашего предмета и примеры редкой интеллектуальной честности, с полной определенностью говорили все то, действительно сущностное, что идеологи антипсихиатрии повторяют в изолированно концентрированном и чисто негативном духе.

С другой стороны, все идеологи и центральные фигуры антипсихиатрического движения, за исключением Купера, отказались от наименования себя антипсихиатрами, включая Лэинга и Сасса, хотя их наиболее громкие монографии именовались: “Миф психической болезни” и “Антипсихиатрия” как подзаголовки к “Расколотому Я”.

Ни Карл Ясперс, занимавший подчеркнута научную позицию в психиатрии, но философский уровень которого не мог не сказаться на тонкой артикуляции его терминологии и клинических дифференциаций, ни Курт Шнайдер, доктор медицинских, психологических, философских, теологических и юридических наук, опирающийся на критическую онтологию Николая Гартмана, ни Артур Кронфельд, представлявший суперкритическую неоприфскую школу неокантианства Леонарда Нельсона, и автор до сих пор самой фундаментальной книги по философии психиатрии “Сущность психиатрического познания” (1920 г., 485 с.), тщательная проработка которой позволила Эриху Яковлевичу Штернбергу выступать в своих обзорах с содержательной критикой экзистенциальной психиатрии, — взгляды всех троих, не обсуждаются теоретиками антипсихиатрии. Ясперс неоднократно предупреждал о недопустимости смешивать философские и научные аспекты рассмотрения, буквально переносить их идеи и отождествлять соответствующую терминологию и проблематику. При этом междисциплинарное взаимодействие необходимо.

В монографиях Лэинга немало совершенно естественных и отнюдь не антипсихиатрических идей. Конечно, есть положения, с которыми нельзя согласиться. Например, возможности всегда найти способ

понять логику психически больного, утверждение, что Фрейд самый великий психопатолог и т.п. Не только Лэинг, но и Сасс, и Фуко переболели Фрейдом, и это, пожалуй, более сильное противоядие, чем изначальное неприятие. Иначе обстоит с их философским основанием. — И Фуко, и Сасс и Лэинг вовлеклись в экзистенциальную психиатрию или, точнее, Dasein анализ Людвига Бинсвангера и черед него в фундаментальную онтологию Мартина Хайдеггера. Благодаря необыкновенному художественному таланту этот философ буквально зачаровал несколько поколений. Отождествив бытие с языком и отказавшись от понятия истины, он достиг совершенства в своих герменевтических упражнениях, но приложение его идей к психиатрии Л. Бинсвангером нереалистично для широкого использования<sup>1</sup>. В отличие от Л. Бинсвангера идеологи антипсихиатрии, опираясь на него, никогда не занимались клиникой как он. Их популярность была всегда за пределами клинической психиатрии, как своего рода писаревщина.

Их критика психиатрического знания осуществляется с позиций устаревших представлений о науке и научной истине как абсолютно достоверного знания, но это идол старого научного идеала — эпистемы (знания), который оставлен даже физикой. “Каждое научное высказывание должно всегда оставаться временным... Оно никогда не может претендовать на достижение истины или вероятности... Это всегда только стремление к знанию и поиск истины”. Современную науку, действительно, можно описать как состоящую из “предрассудков”. Но научный метод состоит не в том, чтобы защищать их, доказывая их правоту, а напротив, в постоянных попытках всеми доступными средствами опровергнуть. Эмпирическая основа научных теорий должна критиковаться и пересматриваться, а сами теории — только временные строительные леса (Карл Поппер).

Реформа Франко Базальи, которая началась с организации в Италии движения “Демократическая психиатрия”, не отрицавшего ни реальности психических заболеваний, ни необходимости их медикаментозного лечения, и боровшегося только с сегрегацией психически больных, оказалась намного более радикальной: она была реализована. Этому помогло изначально намного более бедственное, чуть ли не допинелевское положение больных в итальянских психиатрических больницах по сравнению с британскими. Реформа началась в 1973 году в Триесте, а в 1978 г. был принят соответствующий закон. Больные передавались в общественные центры психического здо-

<sup>1</sup> Привлекательность герменевтического направления Хайдеггера и Гадамера связана также с очень легкой трансформацией их вопрошающего разума в оправдательное мышление политических идеологий всякого толка (Ханс Альбрехт “Трактат о критическом разуме” — М., 2010, с. 178).



ровья, лечение осуществлялось амбулаторно, для тяжелых психически больных выделялось 15 коек в каждой общесоматической больнице. Базалья был противником терапевтических коммун. По итальянскому примеру во многих странах Европы и в США количество мест в психиатрических больницах было значительно уменьшено. Реформа Базалья докатилась и до России и была широковещательно объявлена в расчете на экономию средств. Когда же выяснилось, что средств надо даже больше, она захлебнулась, как и реформа армии и многое другое.

В настоящее время сложилась ситуация, когда самые разнородные факты, каким-либо образом компрометирующие психиатрию, любые ошибки психиатрии, разнообразные жалобы и претензии психически больных, записываются в пользу антипсихиатрии, что объективизирует, овеществляет и демонизирует это собирательное понятие, превращая его в виртуального монстра, который, при сохранении критической рефлексии, оказывается полезным.

**Намного опаснее для психиатрии неясные, косвенные, скрытые формы антипсихиатрии. Они исходят от самих психиатров, они незаметны, и тем вернее реализуют негативную программу антипсихиатрии.** Действие явных прямых форм антипсихиатрии вызывает ту или иную защитную или компенсаторную реакцию, тогда как неясные формы ведут свою разлагающую работу подчас незаметно, либо не внушающим опасения образом, на самом деле подтачивая основы.

Существенным источником недоразумений является неправомерное отождествление содержания понятий “латентный”, “скрытый”, “косвенный” — с одной стороны, и “легкий”, “мягкий”, “редуцированный” — с другой, а также “неустойчивый”, “преходящий”, “неглубокий” — с третьей. Это три разных измерения: внешнее выражение, степень и глубина.

**Смешение терминов, приводящее к недоразумениям**

Внешнее выражение	Степень	Глубина
латентный	легкий	неустойчивый
скрытый	мягкий	преходящий
аморфный	неполный	транзиторный
косвенный	редуцированный	неглубокий
маскированный	абортивный	субклинический

Источником недоразумений является неясное отождествление различной эмпирической основы **антипсихиатрии**, которая избирательно собирает наиболее грубые ошибки и недостатки психиатрии, и **научной психиатрии**, которая, наоборот, часто исходит из идеально возможного образа психиатрии, из должно-го. В результате, реальное положение вещей в конкретной жизни оказывается изученным в большей мере в социологическом аспекте. Как хорошо видно, эти позиции дополняют друг друга.

**Эмпирическая основа**

психиатрии	социологии психиатрии	антипсихиатрии
должное и лучшее	реальное положение	ошибки и несовершенства
лучшие образцы	рутинные образцы	худшие образцы

Итак, помимо непосредственных откровенно агрессивных форм антипсихиатрии существует огромное разнообразие латентных, косвенных ее форм, выступающих в различных сферах неочевидным образом, так что нередко психиатрами обличается то, что ими же и порождается. Это различные формы редуционизма, т.е., либо одномерное рассмотрение в рамках отдельных слоев и уровней, либо результат очень общего подхода.

**Формы редуционизма или косвенные формы антипсихиатрии**

1. **СОЦИОЛОГИЗАЦИЯ** научного знания вплоть до изменения ICD и DSM в угоду различным лобби. В 1960 – 1970 гг. в силу обструкции и даже избиений вынуждены были переименоваться евгенические журналы и общества.

2. **ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕДУЦИОНИЗМ** — лишение психически больных государственных гарантий достойного уровня оказания помощи, а психиатров — фактически всех льгот.

3. **ПОЛИТИЗАЦИЯ** — использование психиатрии для подавления диссидентов в 1960 – 1980-е годы и новых религиозных движений с 1995 г. до настоящего времени; это цензура госнаркоконтроля<sup>2</sup> и др.

4. **ПСИХОЛОГИЗАЦИЯ** — размывание границ здоровья и болезни и градаций нормы и патологии

5. **БИОЛОГИЗАЦИЯ** — “утрата личности, т.е. гуманитарных и этических основ понимания больного” в результате резкого преобладания фармакотерапии; это редуция клинической беседы и подмена ее шкалами и формализованной историей болезни.

6. **ПСИХИАТРИЗАЦИЯ**, т.е. гипердиагностика различных психических расстройств. Проф. А. Б. Смулевич, автор монографий “Проблема паранойи” (1972) и “Малопрогрессирующая шизофрения” (1987), содействовавших гипердиагностике “вялотекущей шизофрении”, снова выступил в той же роли. В последнее время не без его влияния терапевты начали широко применять антидепрессанты и нейролептики, но часто в неадекватных случаях и в неадекватных дозах, не обращаясь к психиатрам. Но то, что в руках тонкого клинициста хорошо, в руках новичка чревато опасностями, так как пограничная психиатрия сложнее “большой” и требует долгой выучки. Эта ситуа-

<sup>2</sup> “Неволя”, 2010, 21, 122 – 137 (приложение к журналу “Индекс. Досье на цензуру”).

ция открыла новый огромный рынок для фармацевт-фирм с их неограниченными возможностями, и перетекание психически больных к интернистам.

**7. МЕТАТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РЕДУКЦИОНИЗМ:** информационный, кибернетический, системный, семиотический, математический, с потерей специфики предмета собственного исследования (напр., информационная теория эмоций, информационная теория психотерапии)

**8. ФИЛОСОФСКИЙ СКЕПТИЦИЗМ И РЕЛЯТИВИЗМ** — это общая основа различных форм редукционизма. Психиатр, заявляющий, что психиатрия не располагает объективным методом исследования, предает свой предмет, уравнивает его с любыми досужими мнениями.

**Кризис**, который переживает психиатрия, мировая и отечественная, является глобальным. Он касается фактически всех разделов психиатрии, но проявляется очень по-разному.

Это касается **философских основ** психиатрии, где царят разнობой, дилеттантизм, синкретизм и растерянность, и — в связи с этим — фигура умолчания. Мы видим надежную философскую основу для психиатрии в критической онтологии Николая Гартмана и критическом реализме Карла Поппера и Ханса Альберта.

Это касается **общей психопатологии**, что обнаруживается в каждом учебнике психиатрии и в МКБ-10, в частности в ее отказе от синдромологии, в неинтегрированности феноменологического метода, в сохранении многих представлений устаревшей общенаучной парадигмы, но, прежде всего, в утрате специфики предмета психиатрии. Феноменологическая установка и феноменологический метод в психиатрической клинике, различные формы клинической беседы, клинического наблюдения, описания, анализа и интерпретации также неисчерпаемы, как и всевозможные параклинические новации, они даже более сложны и делают нас, как профессионалов, интересными, ценными и незаменимыми для всех других специалистов.

Это **диагностический разнობой**, с которым мы постоянно встречаемся на клинических разборах, связанный, в числе прочего, с несоблюдением даже основного порядка приоритетов при клиническом анализе. Между тем, развернутый клинический диагноз, включающий квалификацию синдрома, типа течения заболевания, наличия прогрессивности и дефекта, а также нозологии и этапа заболевания в траектории его болезни, типа личности, умственного уровня и, наконец, слабых и сильных компенсаторных систем организма, остается центральной категорией, определяющей терапевтическую тактику.

Это **экономический кризис** с грубым недофинансированием психиатрической помощи.

Это **институциональный кризис**, выразившийся в скандально провалившихся планах национальных проектов и реформы психиатрической службы, в не-

эффективной системе управления психиатрией, в лишении автономии профессионального сообщества.

Это откат от демократических завоеваний начала 1990-х гг. в **правовой и правоприменительной практике**.

Это падения уровня **экспертной практики** в силу уничтожения состязательности экспертов разных сторон в суде, монополизме и коррупции.

Это кризис **обучения**, которое уклоняется от острых теоретических и практических проблем, не использует современные технологии, а введение в этом году нищенской стипендии ординаторам и интернам прерывает передачу опыта и высоких традиций отечественной психиатрии уходящим поколением.

Этот **ценностный кризис** связан с релятивизацией и девальвацией трех основных ценностей медицины, их триединства — благоговение перед Жизнью и борьба за нее, стремление к Истине, что обеспечивает научность, и Свобода и независимость от других влияний. Это составляет основу автономной научной медицины.

Не в наших интересах уподобляться не требующему комментариев примеру, который представил в этом году выпуск “Новой газеты” (№ 32), половина разворота которого отражала неприглядную картину ситуации в Минздраве (аналогичное мнение высказал месяц назад проф. Л. М. Рошаль), а другая половина выглядела лакированным пряником этой же ситуации. С одной стороны на нас смотрит скорбно озабоченное лицо первого министра здравоохранения начала 1990-х академика РАН и РАМН Андрея Ивановича Воробьева, а с другой стороны — лучшее лицо довольством лицо председателя оргкомитета нынешнего съезда психиатров России В. И. Скворцовой.

Из всего этого многообразия кризисных явлений естественным образом и произрастает антипсихиатрия, представление которой целостным антиподом психиатрии является наивным непрофессиональным взглядом на вещи.

Есть реальные трудности: неблагоприятная социально-историческая обстановка, период смены общенаучной парадигмы, глобальные процессы социологизации научного знания, формализация, юридизация, коррупция. Критическое проблемное осмысление этих процессов — первый необходимый шаг наших усилий.

Системный характер этих процессов не делает их фатальными, не освобождает нас от непрестанных усилий придания этим процессам другого направления, мы тот материал, то связующее звено, преобразование устремлений которого в состоянии многое изменить.

Можно сказать, что антипсихиатрия — это **кризис идентичности трудностей, переживаемых психиатрией**, который выражается в приписывании внешним посторонним силам и обстоятельствам того, что в значительной мере связано с собственным поведением и что проявляется в неочевидной форме, а на деле закрывает перспективу собственными руками.

# Позиция Гражданской комиссии по правам человека

Роман Чорный (Санкт-Петербург)

Как указано в программе 13-го съезда НПА, я являюсь президентом Санкт-Петербургской Гражданской комиссии по правам человека. Я окончил Ленинградский Педиатрический медицинский институт в прошлом, получил дополнительное образование в области прав человека в Московской школе прав человека.

Гражданская комиссия по правам человека Санкт-Петербурга является частью международной сети аналогичных организаций. Международная Гражданская комиссия по правам человека была создана в 1969 году Церковью Саентологии и почетным профессором психиатрии, Томасом Сасом. Уставной целью Петербургской Гражданской комиссии по правам человека является содействие в защите прав граждан в области психического здоровья.

Антипсихиатрия определяется как широкое социальное и культурное движение, выступившее в начале 60-х годов 20-го века с критикой понятий и практик традиционной психиатрии, против использования психиатрии в интересах власти и за права психически больных людей или права людей, бесосновательно объявленных таковыми.

Антипсихиатрическое движение поставило два принципиальных вопроса:

- классификации и критерии психических расстройств являются нечёткими и произвольными, допуская множество толкований и мнений о том, насколько они соответствуют основным медицинским стандартам;

- широко распространенные психиатрические методы лечения приносят пациентам гораздо больше вреда, чем пользы.

Антипсихиатрическое движение способствовало появлению критики в адрес психиатрии. В частности, критике подвергались:

- неправомерное использование медицинских категорий и методов в отношении социальных и психических явлений;

- недостаточная теоретическая и клиническая обоснованность распределения данных категорий по рубрикам в составленных классификациях;

- широкое применение недобровольного лечения;
- игнорирование других подходов к психическим расстройствам;

- компрометирующие связи с фармацевтическими компаниями;

- жестокое обращение с пациентами и жесткий контроль за ними и многое другое.

Санкт-Петербургская Гражданская комиссия по правам человека, однако, не считает себя частью антипсихиатрического движения, мы являемся некоммерческой организацией, содействующей защите прав граждан в психиатрии в соответствии со Всеобщей декларацией прав человека.

Об организации можно судить по ее работе. Мы документируем случаи злоупотреблений в психиатрии, помогаем обратиться пострадавшим в правоохранительные органы, прокуратуру, органы здравоохранения и социальной защиты для защиты их прав.

Мною подготовлен обзор нарушений прав человека в психиатрии за последние годы на основании информации, собранной нами из публикаций в СМИ, а также задокументированных случаев, когда граждане были согласны на разглашение информации о них.

Основные права пациентов психиатрической системы здравоохранения гарантированы Всеобщей декларацией прав человека, Резолюцией ООН № 46/119 “Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи”, Европейской конвенцией о защите прав человека и свобод, Международным пактом о гражданских и политических правах, Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и др.

Основные моменты нарушений в психиатрии в Санкт-Петербурге и Ленобласти, на наш взгляд, следующие:

- необоснованная недобровольная госпитализация граждан;

- ущерб здоровью пациентов из-за высоких дозировок препаратов и длительного применения;

- жестокое обращение в психиатрических учреждениях, в том числе необоснованно длительное содержание в психиатрических учреждениях;

- принуждение проживающих в психоневрологических интернатах женщин к абортам;

- отказ в предоставлении точной информации об основаниях госпитализации, проведенном лечении, либо предоставление формальных отписок;

- неинформирование о правах пациента.

Перейду к конкретным случаям.

**Серина Нина** (фамилия и имя изменены), 1979 г.р., проживает в одном из психоневрологических интернатов (ПНИ) Санкт-Петербурга. 21.08.96 она родила дочь. 20.04.98 была госпитализирована в психбольницу (ПБ) № 1 имени Кащенко. 7.05.98 прокуратура обратилась в суд с заявлением о признании ее недееспособной (кто обратился в прокуратуру с такой просьбой — неизвестно). 1.12.98 ребенок был помещен в психоневрологический дом ребенка. 28.12.98



ребенка удочерили. 13.04.99 вынесено решение суда о недееспособности Сериной.

Серина Нина в возрасте 3 лет была помещена в детский дом № 29 (обычный детский дом, не специализированный). Она получила 8-летнее образование, в 1995 г. из детского дома была выписана. Ей была предоставлена комната в трехкомнатной коммунальной квартире в г. Пушкине.

Ее родители жили также в Пушкине. Нина ходила к ним в гости. В 1996 г. отец умер. Мать предлагала Нине прописать к ней старшую сестру Валерию (имя изменено), но Нина категорически отказалась. 13 апреля 1998 г., когда Нина была у матери в гостях, мать вызвала машину “скорой помощи” и отправила Нину в психиатрическую больницу № 1 им. Кащенко, которая расположена в Ленинградской области. Согласия на госпитализацию Серина Нина не подписывала. Нина была помещена в 18-е отделение и в течение года находилась в больнице. Мать написала заявление в ПБ им. Кащенко, что Серина Н. не может себя обслуживать, готовить, стирать. Кто именно обратился в суд с заявлением о признании Сериной Н. недееспособной, она не знает. Случайно Нина увидела под стеклом в ординаторской извещение о рассмотрении дела в суде по поводу ее недееспособности. Она обратилась к заведующей отделением с просьбой дать ей возможность участвовать в судебных слушаниях. Заведующая отделением ответила ей, что она “даун” и делать ей на суде нечего. 13 апреля 1999 г. состоялся суд в г. Гатчине, и Серина Н. В. была признана недееспособной.

В психиатрической больнице № 1 Серина Н. находилась 8 (!) лет. Из 18-го ее перевели в 16-е отделение. Там вши ползали по полу. От вшей избавились с большим трудом. Вши появляются из-за того, что в больницу привозят бомжей. Поступают они из приемного покоя сразу в отделение. Периодически в отделении возникают вспышки дизентерии. В 18-м отделении Нина дежурила по ночам на посту вместо медсестры и санитарки. Сериной и другим пациенткам постоянно приходилось мыть палаты, туалеты, коридор.

В отделении работал психолог К., мужчина в возрасте. Когда однажды Нина гуляла по территории больницы, К. предложил ей “прогуляться” с ним в кусты за территорию за 100 руб. Нина пожаловалась на К. начмеду больницы. Начмед выгнала Серину из кабинета, после этой жалобы Сериной закрыли свободный выход из отделения.

В 16-м отделении она вместе с другими пациентами больницы по приказу главного врача ходила на уборку территории медицинского городка в пос. Никольском. Пациенты мыли подъезды домов, где проживает персонал больницы, убирали траву с газонов (мужчины косили, женщины складывали в мешки и носили на помойку), мусор, подметали тротуары. В больнице имеются мастерские, где делают папки. Нина работала и там. Точно так же, как и в 18-м отде-

лении, в 16-м мыла полы. Если полы были плохо вымыты, то заставляли перемыть. Расплачивались с ней сигаретами, а если сигарет не было — окурками! 16-е отделение находится на 3-м этаже. Бидоны с едой должны поднимать в отделение кухонные рабочие, но делать это приходилось самим пациенткам. Буфетчица расплачивалась за работу 2 сигаретами каждому.

На данный момент Серина Нина живет в психоневрологическом интернате в СПб, ведет себя нормально, никаких странностей у нее нет. Она желает жить в своей комнате, чтобы иметь возможность общаться с людьми, что-то себе покупать, работать, как все нормальные люди.

Гражданская комиссия по правам человека СПб обратилась в прокуратуру г. Пушкина по поводу жилья Сериной Н. Из прокуратуры был получен ответ, что Серина выписана из своей комнаты, но комната за ней закреплена с тем чтобы, если Серина выпишется, она могла вернуться к себе. Однако в ПНИ Сериной не разрешают вернуться в свою квартиру. Во время проживания в ПНИ Серину принудили сделать аборт. В недавнем прошлом она родила ребенка, у нее есть муж, но ребенка у нее отняли. Они с мужем, также жителем ПНИ, регулярно посещают свою дочь, которая живет в институциональном учреждении для малолетних сирот и социальных сирот.

Сообщение составлено с ее слов, подтверждено ее мужем, К. В. М., дееспособным человеком. Осенью 2010 года гезате “МК в Питере” опубликовала подробную статью об этом случае.

*Е. Лидия Александровна*, 1946 г.р., уроженка Оренбургской области, проживает в г. Кингисепп Ленинградской области. Лидия Александровна переехала в Кингисепп из Оренбургской области в августе 1987 г. У нее имелось не выявленное на тот период заболевание почек, появились головные боли и бессонница. Е. обратилась по этому поводу к психоневрологу Кингисеппской больницы Д. Р. Та направила Е. на обследование в городской эпилептологический центр г. Санкт-Петербурга (ГЭЦ). По результатам обследования Е. был поставлен диагноз “истерический невроз”. Однако направление Д. Р., с которым Е. ознакомилась непосредственно перед приемом врачом ГЭЦ, содержало ложную информацию. В нем было написано, что якобы Лидия Александровна страдает ночными припадками и направляется на обследование в ГЭЦ из психиатрического стационара. Ни в каких психиатрических больницах Е. никогда не лежала. Врачи ГЭЦ, не обнаружив у Е. эпилепсии, поставили единственно возможный диагноз “истерический невроз” на основании информации Д. Р. о том, что у Е. якобы имеются ночные припадки.

После обследования Е. обратилась за разъяснениями к врачу Д. Р. по поводу ложных сведений. Д. Р. объяснила, что сделала это из наилучших побуждений, чтобы к Е. “внимательнее отнеслись при обследовании”. Е. никогда больше к психоневрологу Д. Р.

не обращалась. По заключению института в Санкт-Петербурге, где Е. с 15.12.97 по 27.01.98 проходила полное обследование при установлении инвалидности по общему заболеванию в связи с болезнью почек, ей был поставлен диагноз “выраженный невротоподобный синдром на фоне значительного астенического состояния”. В 1996 г. домой к Е. пришла медсестра из поликлиники, помощница психиатра Д. Р. Дочь Е., прежде чем открыть дверь, спросила, кто это. Медсестра громко закричала: “Откройте! Я медсестра, меня послал психиатр”. Войдя в квартиру, медсестра потребовала, чтобы Е. явилась на психиатрический осмотр. На вопросы Лидии Александровны медсестра сообщила, что Е. состоит у психиатра на диспансерном учете. Е. пошла в поликлинику и стала выяснять, на каком основании она поставлена на диспансерный психиатрический учет. Вразумительного ответа она не получила. Е. написала несколько запросов, обращалась за разъяснениями к главному врачу лечебного комплекса по этому поводу. С таким же вопросом обращалась за разъяснениями и адвокат Е. Однако никакой информации им не предоставили, ссылаясь на врачебную тайну и должностные инструкции.

После появления дома у Е. медсестры ее соседи стали распространять сплетни, что она ненормальная и стоит на психиатрическом учете. (Позднее Е. выяснила, что из-за плохой звукоизоляции соседи смежной квартиры слышат происходящее в квартире Е. Соседка была связана с криминальным элементом, человеком, отбывавшим уголовное наказание в связи с квартирными кражами). Е. несколько раз обнаруживала дома кражи вещей. По этому поводу она обращалась в милицию. Заявления Е. о кражах были переправлены психиатру Д. Р. Д. Р. направила в отдел милиции сведения, что у Е. якобы “психопатия параноидального круга”, “паранойя”; что Е. стоит на консультативном учете; ее жалобы имеют “параноидальный, необоснованный и явно болезненный характер”; Е. имеет “склонность к конфликтам, кверулянтству, сутяжничеству”. В результате Е. была лишена защиты со стороны правоохранительных органов, ее жалобы оставались без ответа. Е. обратилась в суд с жалобой на незаконные действия врача-психиатра Д. Решением Кингисеппского городского суда от 18.09.2000 г. в удовлетворении жалобы было отказано. Е. обжаловала это решение в Ленинградский областной суд. Судебная коллегия Ленинградского областного суда отменила решение Кингисеппского городского суда и направила дело на новое рассмотрение. 19 марта 2001 г. решением Кингисеппского суда жалоба Е. была признана обоснованной, действия врача-психиатра незаконными. 13 августа 2001 г. Е. обратилась в суд с иском о возмещении морального вреда. Решением Кингисеппского районного суда иск Е. о возмещении морального вреда был частично удовлетворен. В пользу Е. была присуждена компенсация в размере 5000 руб.

По этому делу представители Гражданской комиссии по правам человека СПб участвовали в судах по отмене первого решения Кингисеппского суда об отказе в удовлетворении жалобы Е., в рассмотрении жалобы в первой инстанции в новом составе судей, в рассмотрении жалобы о компенсации морального вреда. Фактически по этому делу было выиграно три процесса.

*Котовский Андрей*, 1969 г.р., в ПНИ в СПб с 12 апреля 2000 г. Попал туда из психбольницы № 1 им. Кашенко, где провел в общей сложности два с половиной года. Один год Котовский находился на принудительном лечении. Принудительное лечение было назначено за попытку угона милицейской машины в состоянии алкогольного опьянения. Диагноз вялотекущей шизофрении у него уже имелся. Котовский получил его в армии за то, что подрался с замполитом полка. На наблюдении в психоневрологическом диспансере никогда не состоял, к психиатрам не обращался. Принудление в ПБ им. Кашенко длилось один год.

Находился Котовский в 6-м отделении. Процесс лечения заключался в том, что пичкали таблетками и делали капельницы. Один раз назначали внутривенно, капельно аминазин с галоперидолом. Лечащий психиатр Андрея ходила по отделению с медицинским дипломом в рамке под мышкой и на все вопросы демонстрировала пациентам диплом. Она тыкала пальцем в диплом со словами: “Видите, я — дипломированный психиатр”. Через полгода она куда-то исчезла. Лечение Котовскому она назначала следующим образом: “Что-то ты веселый, надо тебя поколоть”. Через некоторое время: “Что-то ты грустный, надо тебя поколоть”. В ПБ им. Кашенко были запрещены кофе, чай, сигареты, спички. Однако у Котовского все это было в тайнике. У него все отобрали и насильно сделали укол. Санитаров взяли из другого отделения. Через две недели уколов по три раза в день Котовский не мог сидеть и вставать. Ходил с трудом, хромя. Котовский обратился к врачу с просьбой отменить уколы. Ему сказали, что отменят. На следующий день пришла медсестра с капельницей, сказала, что вместо уколов назначили аминазин с галоперидолом капельно. Примерно неделю делали капельницы. Было состояние полной апатии. От препаратов всех пациентов мучила жажда. Но пить давали три раза в день по маленькой кружке слабого чая, какао или компота с червями (червяки из сухофруктов плавали прямо в компоте).

Все остальное питье — сырая вода из-под крана в туалете. Прогулки бывали не каждый день, выгоняли всех сразу в прогулочный дворик — загон с двумя-тремя корявыми дикими яблонями, обтянутый сеткой. Травы никакой нет, тени нет. В загоне было человек семьдесят, трех-четыре лавок на всех не хватало. Персонал брал воду для себя, пациентам, конечно, воды никто не давал. Поэтому многие старались

на прогулки не ходить. Выгоняли на прогулку часов в 10 после завтрака и приема таблеток, “гулять” пациенты должны были до обеда. Если кому-то тяжело было находиться такое время на ногах на жаре, то никто в отделение его не отводил. Как-то санитар взял Котовского в помощники, чтобы что-то отнести в 4-е отделение. Это отделение для слабых пациентов. Многие больные лежали примотанные к кровати простынями, в отделении тусклый свет, духота, очень тяжелый запах.

По прошествии года Котовский продолжал находиться в больнице. Случайно узнал, что уже четыре месяца, как снято принудительное лечение. Когда обратился по этому поводу к заведующей отделением, она сказала, что не может его выписать, так как ему негде жить. Она предложила Котовскому написать заявление, чтобы его направили в психоневрологический интернат. Он согласился, так как выбора не было. Интернат лучше, чем психбольница. Места в ПНИ Котовский ждал еще год. 12 апреля 2000 г. поступил в ПНИ.

Сообщение по этому случаю составлено со слов Котовского А.

*На наш взгляд, ситуация с правами человека в психиатрических учреждениях Ленинградской области требует немедленного вмешательства органов государственной власти и правоохранительных структур. По нашему глубокому убеждению, прокуратурой должны быть проведены расследования и приняты меры прокурорского реагирования в связи с выявленными фактами нарушений. Министерство здравоохранения РФ должно предпринять немедленные действия по изменению ситуации с правами человека в психиатрических учреждениях Ленобласти.*

Большой проблемой является тот факт, что значительное число людей получивших свой **ярлык-диагноз** от психиатров в советское время за участие в диссидентском движении, так и остается недореабилитированным.

*Анатолия Дмитриевича Пономарева* еще в советское время помещали в психиатрические больницы за его взгляды и диссидентскую деятельность. Он, к примеру, писал частушки, рассылал по различным изданиям. Но, видимо, содержание частушек кому-то не понравилось. Диссидент был госпитализирован в “психушку”. В 2008 г. Анатолий Дмитриевич обратился в Санкт-Петербургскую Гражданскую комиссию по правам человека. В качестве первого шага Анатолий Пономарев хотел получить информацию о своих госпитализациях.

Гражданская комиссия по правам человека совместно с Пономаревым составила запрос, он был направлен психиатрам от имени и по желанию Анатолия Дмитриевича. И каково же было его изумление, когда он получил ответ от психиатров психоневрологического диспансера (ПНД) № 2 Блинова А. С., Николаева Д. Г. от 5 сентября 2008 г., где говорится, что

для получения ответа на запрос Пономарева он должен лично посетить участкового психиатра Николаева Д. Г. Оказывается, по характеру заявления у психиатров есть основания предполагать наличие психического расстройства у Пономарева А. Д. Психиатры пишут, что информация Анатолию Пономареву будет предоставлена только после психиатрического освидетельствования! Но это прямое нарушение Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, который не предполагает необходимого обязательного психиатрического освидетельствования для получения информации о состоянии здоровья человека, о проведенном ему лечении и причинах госпитализации.

Похоже, в случае пожилого петербуржца Пономарева А. Д. следует говорить не об обострении у него “психического состояния” (именно так и написано в ответе психиатров: не обострение психического расстройства, а “обострение психического состояния”, но как может обостриться психическое состояние?), а о рецидиве карательной психиатрии у врачей-психиатров.

Продолжает существовать такое **жестокое обращение с пожилыми людьми**, которое сравнимо с пытками. Эти случаи, в частности, показывают, почему, несмотря на усилия правительства Санкт-Петербурга, добросовестных, заботливых работников социальных служб, для каждого пожилого и престарелого человека существует реальная угроза быть подвергнутым физическому насилию, пыткам голодом и жаждой, разрушению здоровья опасными токсичными веществами. А происходит все это в стационарных психиатрических учреждениях, больницах и интернатах. Одним из первых вопиющих случаев злоупотреблений в отношении пожилых людей, ставших известным Гражданской комиссии, был случай Шилова Виктора Ивановича, умершего в ГПБ № 3 в 1994 г. Нам эта история стала известна в 2000 г. Шилов Виктор Иванович был художником, несмотря на возраст, это был физически крепкий человек. Он жил один в двухкомнатной квартире, сам себя обслуживал, никогда не болел. В дверях его квартиры на него было совершено нападение, Виктор Иванович получил ножевую рану и был госпитализирован в городскую больницу № 3. Дня через два его перевели в психиатрическую больницу № 3, где через два месяца он умер. Его сын заявлял: “Я считаю, что мой отец умер из-за того, что за ним не было соответствующего ухода, так как он лежал в палате, где было 25 – 30 коек, а у отца было ножевое ранение. Реабилитация по его ранению не проводилась. Его увезли (в психиатрическую больницу) с ранением живота, более-менее здоровым и бодрым, но за полтора месяца, когда к нему не пускали (из-за карантина), его сделали дряхлым и смертельно больным и возвратили его мне мертвым”.



Изменилось ли что-то в этих учреждениях за прошедшие годы? Например, в той же 3-й психиатрической больнице?

Вот *история 70-летнего Семенова Ивана Николаевича* (имя изменено по просьбе родственников). Иван Николаевич три года жил в доме престарелых на ул. Афонская около метро “Удельная”. Он был инвалидом по зрению, никаких проблем с психикой никогда не имел. Сын навещал его по 2 – 3 раза в неделю, отец нормально с ним общался. В начале ноября 2007 г. по жалобе соседа по комнате Семенова госпитализировали в ГПБ № 3. Навестив Семенова в 6-м отделении, сын обратил внимание на условия, в которые он попал. “Простыни, на которых спали пациенты, были грязными. Одежда была без пододеяльников. В помещении стоял отвратительный запах человеческих испражнений”.

Семенов жаловался родственникам, что в отделении у него отобрали ингалятор и не оказывают должную медицинскую помощь по поводу хронической бронхиальной астмы. При обращении с просьбой о медицинской помощи к медсестре, он получал ответ, что это делается по назначению врача. А т.к. врач в данный момент отсутствует, то ему в этом отказывали. Семенов испытывал постоянное чувство беспокойства, что при очередном приступе астмы он не получит необходимых лекарств. На просьбы родственников выписать отца по их адресу проживания зав. отделения после консультации с начмедом больницы ответила отказом. Хотя перед этим говорила, что состояние Семенова позволяет лечить его амбулаторно. При поступлении в больницу Иван Николаевич отказался подписывать согласие на госпитализацию и лечение. Больница обратилась в суд, получила нужное решение, после чего Ивану Николаевичу были назначены препараты. Физическое состояние Ивана Николаевича сильно ухудшилось.

Ухудшение здоровья Иван Николаевич связывал с тем, что ему стали давать “горстями” психотропные препараты. Он жаловался сыну, что плохо их переносит. Движения Ивана Николаевича стали заторможенными, речь сбивчивой, он испытывал постоянный озноб, правая рука перестала слушаться, возникли проблемы с приемом пищи. Через две недели после начала “лечения” Иван Николаевич в тяжелом состоянии был переведен в отделение реанимации психиатрической больницы, затем в больницу общего профиля, где скончался.

Показателен также случай *Стародумовой Анны Ионовны*. Он показателен как раз тем, что наглядно демонстрирует — человек может иметь множество заслуг перед обществом, сам иметь в прошлом непосредственное отношение к медицине и тем не менее состарившись, быть подвергнут насильственному помещению в психиатрическую больницу. Анна Ионовна — бывший врач-терапевт, награждена медалью “За доблестный труд в Великой Отечественной вой-

не”, огромный стаж работы, 10 лет работы на “скорой помощи”, занимала и руководящие должности. Когда Анна Ионовна состарилась, отношения с дочерью стали конфликтными. В конце апреля 2003 года ночью Стародумова была госпитализирована в городскую психиатрическую больницу № 3 бригадой “Скорой помощи”, вызванной дочерью.

Подверглась грубому обращению со стороны сотрудников “Скорой помощи”. В приемном покое больницы медсестра заставила ее переодеться в грязную мужскую одежду. В результате Анна Ионовна заразилась чесоткой. По требованию сына Стародумова была выписана через несколько дней. В 2007 г. дочь снова поместила Анну Ионовну в ту же больницу, ей стали давать препараты. Согласие на лечение у нее получили своеобразным способом, предложив подписать бумагу якобы на диетическое питание. Прочитать, что подписывает, Анна Ионовна не могла, так как очки у нее забрали при поступлении в больницу. История Анны Ионовны закончилась благополучно, так как получила публичную огласку и сын Анны Ионовны опять добился ее выписки.

Для жительницы психоневрологического интерната № 4 *Евсеевой Надежды Алексеевны* трехмесячное лечение в психиатрической больнице № 1 им. Кащенко закончилось смертью. По утверждению дочери, к моменту выписки Евсеева сильно похудела и совсем обессилела. При осмотре в интернате после выписки дочь обнаружила у Надежды Алексеевны огромный пролежень на левом бедре, мягкие ткани отсутствовали, на поясице отсутствовал кожный покров. 13 марта 2006 г. Евсеева Н. А. Скончалась.

Еще два случая дурного обращения с пожилыми людьми. *Хмелевы Маргарита Николаевна и Михаил Петрович* — инвалиды-сердечники, обоим за 60 лет. У них были конфликты с соседями. Михаил Петрович обратился с жалобой в отдел милиции. На следующий день участковый милиционер пришел в квартиру Хмелевых с санитарями. Сотрудники психиатрической “скорой помощи” ворвались в квартиру, связали Хмелева М. П. Освидетельствование Хмелевым не проводили. Сотрудники “Скорой помощи” забрали супругов и госпитализировали в ГПБ № 3. В больнице Хмелевым не была предоставлена информация о причинах госпитализации, был нарушен ряд статей закона о психиатрической помощи. В ПБ № 3 у обоих Хмелевых произошли ухудшения соматических заболеваний. Хмелеву М. Н. с инфарктом перевели в больницу им. Вавиловых, Хмелева М. П. с воспалением легких перевели в Александровскую больницу. После лечения оба были выписаны домой.

*Иткин Станислав Борисович* осенью 2006 г. поступил на лечение в ГПБ № 3, самостоятельно поднялся в 20-е отделение. Родственники навестили его через неделю и обнаружили, что он не может встать. При попытках подняться у него тряслись ноги и руки. Иткин был переведен в 18-е отделение для ослаблен-



ных пациентов, где у него образовались пролежни. Он был помещен в отделение реанимации. В этот период доступа к нему родственников не было. Через две недели Иткина вернули назад в 18 отделение. Он был в беспомощном состоянии, к пролежням добавилась пневмония. Сотрудники отделения заявили его жене и дочери, что ухаживать за ним некому. При этом родственников пускали к Иткину только на два часа. Родственники забрали его, понимая, что ухода в больнице не будет. Они отвезли Иткина С. Б. в больницу Святого Георгия. Когда хирурги вскрыли пролежни, то увидели глубокие раны, заполненные гноем. Врачи обучили жену и дочь Иткина С. Б. обработке пролежней. На протяжении 2-х месяцев после выписки близкие родственники ежедневно обрабатывали раны, приобретая все необходимые медикаменты за свой счет. Прогнозы врачей были неблагоприятными. Несмотря на интенсивный уход со стороны родственников и врачебную помощь специалистов, Иткин С. Б. Умер.

Пример возможного использования карательной психиатрии в недавнее время — это случай молодого петербуржца, спортсмена-волейболиста **Сотника Сергея Александровича**. Недавно он направил жалобу в Европейский суд по правам человека.

В ноябре 2006 г. против Сотника было возбуждено, по его убеждению, абсолютно несправедливо уголовное дело районной прокуратурой Санкт-Петербурга по статьям 318 (часть 1) и 319 Уголовного кодекса РФ. Мерой пресечения была выбрана подписка о невыезде. Когда судебное следствие по возбужденному против него уголовному делу зашло в тупик, судья своим постановлением в апреле 2007 г. назначила ему стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Сотник никогда ранее не имел судимостей, не состоял на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах, к врачам-психиатрам, в том числе психиатрам-наркологам, за помощью не обращался. Сергей обжаловал постановление о назначении ему судебно-психиатрической экспертизы в кассационном порядке, но судья отказалась принимать его жалобу и воспрепятствовала в подаче жалобы.

Тогда Сотник стал собирать необходимые документы, чтобы подать жалобу на соответствующее постановление в порядке надзора, но не успел этого сделать, так как был задержан и против своей воли помещен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в городскую психиатрическую больницу № 6 Санкт-Петербурга в конце мая 2006 г. В течение 5 минут (!) ему провели психиатрическое освидетельствование, на котором Сотнику, в частности, задавали вопросы о его политических убеждениях, а также о том, для чего он слушает “запрещенные” радиостанции “Голос Америки” и “Эхо Москвы”. Через 10 минут после освидетельствования четыре санитары привязали Сотника к кровати и стали делать

ему инъекцию сильнодействующего нейролептика галоперидола.

Так началось недобровольное лечение Сотника от его политических взглядов. Ему делали инъекции препаратов, названий которых не сообщали. Сергей Сотник сопротивлялся инъекциям препаратов, пока у него оставались силы. 1 июня 2007 г. в городской психиатрической больнице № 6 Санкт-Петербурга состоялось выездное заседание районного суда, где по инициативе врачей-психиатров было вынесено решение о его “недобровольной госпитализации”. О дате заседания суда Сотник не был предварительно уведомлен, поэтому не имел возможности связаться с родственниками и самостоятельно выбрать себе адвоката. Все время, проведенное в ГПБ № 6, Сотник находился под сильным воздействием психотропных препаратов и из-за этого не мог осознавать происходящие события.

Однако ни судья, ни другие участники процесса не сочли нужным обратить на это внимание. По сути, судебные слушания о недобровольной госпитализации Сергея Сотника были проведены для него под “психотропным” наркозом. Сотник не смог участвовать в судебных прениях, так как судья приказала вывести его из зала суда (залом суда являлся кабинет врачей-психиатров) обратно в палату. Решение суда Сотнику никто не объявил, ему не вручили текст решения о его недобровольной госпитализации. По этим причинам он не имел возможности самостоятельно составить текст кассационной жалобы на решение суда первой инстанции о его недобровольной госпитализации. Во время судебного слушания по вопросу о недобровольной госпитализации ему была навязана адвокат С. До и после судебного заседания С. с Сотником не беседовала, выступая в судебном заседании, ничего не сделала, чтобы отстоять позицию Сотника. Адвокат С. не обжаловала решение суда первой инстанции о недобровольной госпитализации Сотника в кассационном порядке.

Сотник обжаловал некавалифицированную работу адвоката С. по его делу в квалификационную коллегию палаты адвокатов Санкт-Петербурга, но получил ответ, что С. “в полном объеме выполнила свои профессиональные обязанности”. После заседания суда психиатры продолжили делать Сотнику инъекции психотропных препаратов. Сотник находился в ГПБ № 6 три недели, и в течение этого времени психиатры несколько раз допрашивали его после инъекций психотропных средств. Допросы проводились по уголовному делу, по которому он не признавал себя виновным. Врачи-психиатры пытались внушить Сотнику признать себя виновным.

Через несколько месяцев Сотник узнал, что врачи-психиатры во время заседания суда о его недобровольной госпитализации ссылались на материалы его уголовного дела, по которому он еще не был признан виновным. На основании этих данных было вынесено

решение Смольнинского суда Санкт-Петербурга о недобровольной госпитализации Сотника в ГПБ № 6 Санкт-Петербурга. Сергея подвергали избиению санитары ГПБ № 6 и вспомогательный персонал из числа пациентов, сотрудничающих с администрацией больницы. Но никакие средства не могли сломить Сотника. Не получив желаемого результата от “лечения”, психиатры ГПБ № 6 решили переправить его 14 июня 2007 г. из ГПБ № 6 в ГПБ № 1 им. Кащенко, которая находится в Гатчинском районе Ленинградской области. То есть психиатры решили отправить его дальше от города и от родственников.

Перед дорогой Сотника сильно “накачали” психотропными препаратами, привязали руки сзади к спине простыней, потом привязали к койке в машине “скорой помощи” и в таком состоянии везли около двух часов. В ГПБ № 1 Сергея недобровольно “лечили” психотропными препаратами 8 дней. Ему удалось узнать, что в ГПБ № 1 к нему применяли нейролептик галоперидол и транквилизатор седуксен. Вскоре совершенно случайно, но на законных основаниях, Сотнику удалось соскочить с “психиатрической иглы”. Но еще долгие месяцы он восстанавливал свое здоровье, подорванное применением психотропных препаратов. У Сотника С. А. было тяжелое состояние, спяточечение, ухудшилось зрение, он был заторможен, у него были потеря сна, аппетита, эрекции, ухудшение памяти, повышенное кровяное давление и другие нарушения здоровья и, особенно, кошмарные воспоми-

нания, продолжающиеся до настоящего времени. Недавно судом первой инстанции было признано, что Сергей Сотник якобы совершил вменяемые ему деяния, но он был освобожден от уголовной ответственности и был направлен на принудительное стационарное “лечение” в психиатрическом стационаре через несколько лет после якобы совершения им преступления. Есть ли здравый смысл в психиатрическом лечении через несколько лет после совершения преступления в состоянии невменяемости, известно, наверно, одному лишь Богу.

Сообщение о С. А. Сотнике написано на основании данных, полученных от него СПб Гражданской комиссией по правам человека. Сергей дал Гражданской комиссии письменное разрешение на разглашение информации о своем случае.

Один из психиатров написал в предисловии к книге историка-архивиста А. С. Прокопенко “Безумная психиатрия”: “Прощание с прошлым, признание своей вины перед согражданами является основой будущего, фундаментом психического здоровья нового поколения людей, освободившихся от рабства. За примером далеко ходить не надо. В Германии открыто заявлено об ответственности психиатров за злоупотребления психиатрией при фашистском режиме. От этого никто не пострадал. А в выигрыше оказались больные...” Осознают ли это бывшие советские психиатры и их современные российские коллеги?

*От редактора. Автор избрал наилучшую форму доказательства — непосредственный фактический материал. Вот только насколько эти истории подтверждены независимыми источниками информации? Может быть это картины глазами только одной стороны? В этом неискоренимая трудность и существо нашей профессии, что наши пациенты живут не просто в субъективном мире, который как-то соотнобразует с действительностью, как у всех других людей, а в чем-то совершенно в другом и видят все иначе, но при этом далеко не всегда нелепым образом. Эта правдоподобность их историй и обычно очень эмоциональных и настойчивых апелляций к помощи легко находит отклик, стремление помочь, минуя психиатров, уже очень возмутительным видится сообщаемая история, а в нашем социуме можно поверить слишком во многое.*

*Важно иметь в виду, что в условиях противостояния, частного или политического, дивиденды автоматически получает одна из сторон и поэтому информация сгущается и искажается, даже невольно, то же с обеих сторон. Соблюсти непредвзятость в психиатрии и важнее всего и труднее всего. Поэтому невозможно обойтись без психиатра, которому доверяешь и который реально независим.*

*Но все же, даже независимо от выверенности приводимых данных, они полезны и во многих других отношениях.*

# Профессиональная самостоятельность врача-психиатра и проблема недоверия к психиатрической службе в России

Д. Г. Бартнев<sup>1</sup> (Санкт-Петербург)

На основе международных актов и положений российского законодательства сформулированы этические и правовые гарантии профессиональной независимости врача-психиатра при оказании психиатрической помощи. Снижение профессиональной автономии врача-психиатра, понимаемой автором не только как свободы от внешнего административного давления, но и как внутренней самостоятельности, продемонстрировано на примере конкретных юридических решений в практике психиатра. Подчеркивается связь между ограничением профессиональной независимости врача, отсутствием механизмов защиты в виде этических комитетов и растущим недоверием к психиатрической службе в современной России.

**Ключевые слова:** профессиональная независимость, право и этика в психиатрии.

Основные принципы профессиональной независимости врача при оказании медицинской помощи закреплены в международных документах, принятых Всемирной медицинской ассоциацией, среди которых необходимо упомянуть Декларацию о правах человека и свободе личности практикующих врачей<sup>2</sup>, Декларацию Всемирной медицинской ассоциации о независимости и профессиональной свободе врача<sup>3</sup>, а также Мадридскую декларацию о профессиональной автономии и самоуправлении врачей<sup>4</sup>. В соответствии с этими этическими нормами главной целью профессиональной автономии является обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании медицинской помощи, как неперемennого условия оказания высококачественной медицинской помощи.

В развитие данных принципов Кодекс профессиональной этики психиатра<sup>5</sup> устанавливает, что моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость, в связи с чем, оказывая медицинскую помощь, участвуя в комиссиях и консультациях, выступая в роли эксперта, психиатр обязан открыто заявлять о своей позиции, защищать свою точку зрения, а при попытках давления на него — требовать юридической и общественной защиты.

Возможность упомянутой юридической защиты выражается в том, что профессиональная самостоятельность врача-психиатра при оказании психиатрической помощи — в отличие от других медицин-

ских специальностей — возведена в ранг гарантии, предусмотренной законом. В соответствии с частью 1 статьи 20 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” при оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Важность законодательного закрепления данной гарантии очевидна, учитывая печальный исторический опыт отечественной психиатрии, однако ее значение актуально и в современных условиях.

Как видно из указанной нормы, независимость врача-психиатра не является абсолютной, поскольку помимо необходимости руководствоваться медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом, врач-психиатр обязан также применять в диагностике психических расстройств общепризнанные международные стандарты (ст. 10 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”).

Профессиональная автономия врача является фундаментальной гарантией, защищающей не только медицинских работников, но и, возможно, даже в большей степени пациентов, поскольку позволяет обеспечить, в конечном счете, оказание медицинской помощи, отвечающей потребностям пациента и обеспечить реализацию права каждого на наивысший достижимый уровень здоровья.

Традиционно профессиональная независимость врача-психиатра понимается как свобода от внешних вмешательств, прежде всего — от административного давления. Однако не менее важной представляется свобода от необоснованных самоограничений профессиональной самостоятельности, которые, по нашему мнению, оказывают значительное влияние на профессиональное самосознание врачей-психиатров в современной российской практике. Речь идет именно о внутренних ограничениях, внутренних представлениях о профессиональной свободе, о собственной

<sup>1</sup> Канд. юрид. наук, адвокат, преподаватель кафедры международного права юридического факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

<sup>2</sup> Принята 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Брюссель, Бельгия, 1985 г.

<sup>3</sup> Принята 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Калифорния, США, 1986 г.

<sup>4</sup> Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, 1987 г.

<sup>5</sup> Принят на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.

самостоятельности врача-психиатра, примерами которых могут служить следующие ситуации.

- Автоматическое установление диспансерного наблюдения на основании выписки из психиатрического стационара, без фактического освидетельствования пациентов или на основании формального решения врачебной комиссии, без собственной клинической оценки;

- убежденность в том, что любые ранее установленные диагнозы, в особенности послужившие основанием для освобождения от военной службы, должны быть автоматически подтверждены при решении иных вопросов, например, при определении отсутствия противопоказаний к профессиональной деятельности;

- убежденность в том, что судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться только в специализированных государственных экспертных учреждениях и порождаемая этим боязнь в принятии врачами-психиатрами, не являющимися экспертами по должности, полномочий эксперта по определению суда;

- принятие диагноза, установленного по результатам судебно-психиатрической экспертизы в качестве непреложной истины, за счет необоснованного умаления собственного профессионального авторитета врача-клинициста, и, как следствие, выделение судебных психиатров в особую касту “врачей-экспертов”;

- назначение и продление принудительного лечения нередко уравнивается с уголовно-правовой санкцией, что приводит к слепому, автоматическому исполнению постановлений судов о принудительном лечении на основании проведенной экспертизы. Нередки ситуации, когда пациент поступает в психиатрический стационар для прохождения принудительного лечения спустя значительное время после экспертной оценки его психического состояния, которое на момент госпитализации не требует стационарного лечения в связи с отсутствием опасности пациента по смыслу ст. 97 Уголовного кодекса РФ. В такой ситуации психиатрический стационар обязан поставить перед судом вопрос о немедленном изменении или прекращении принудительного лечения, не дожидаясь истечения шестимесячного срока, установленного ст. 102 Уголовного кодекса РФ.

Вышеперечисленные проявления снижения профессиональной самостоятельности врача-психиатра

во многом связаны с тем общественно-политическим контекстом, в котором существует психиатрическая служба в современной России, и пренебрежительным отношением власти к основным правам и свободам личности. Однако причины кроются также и во внутренних ограничениях, необоснованно воспитываемых самим психиатрическим сообществом и не имеющих никаких оснований в законе или в Кодексе профессиональной этики психиатра. Напротив, в законе заложены достаточные гарантии самостоятельности и независимости врача-психиатра, ведь часть 2 ст. 21 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” предоставляет врачу-психиатру, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, право дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Самостоятельность врача-психиатра в своей повседневной клинической практике должна основываться на высочайшем профессионализме и понимании того, что укрепление авторитета психиатрической службы за счет доверия к ней со стороны общества должно быть основано на правильном понимании ее предназначения: психиатрическая служба стоит на защите, прежде всего, психического здоровья граждан, а не государственных интересов.

Важная роль в повышении независимости врачей-психиатров при оказании психиатрической помощи могла бы принадлежать этическим комитетам, как органам внутреннего профессионального контроля, в том числе и в ситуациях конфликта профессиональных точек зрения в отношении сложных этических ситуаций. По нашему мнению, комитеты по этике должны функционировать при каждой крупной психиатрической больнице.

По нашему мнению низкий уровень профессиональной самостоятельности врачей-психиатров и отсутствие повседневной полемики внутри психиатрического сообщества является одной из основных причин растущего недоверия к психиатрии как в обществе в целом, так и в профессиональном адвокатском сообществе, к которому принадлежит автор данного сообщения. Недовольство адвокатов отсутствием критики судебно-психиатрических экспертных заключений, отсутствием возможности получения объективной консультации врача-психиатра и конкуренции мнений в судебном процессе порождают, к сожалению, предвзятое отношение к этой благородной профессии.



# Добросовестность в научных исследованиях

Б. Г. Юдин<sup>1</sup>

Обсуждаются виды недобросовестности научных исследований — плагиат, фабрикация (подлог) и фальсификация. Эта проблема, ставшая особенно актуальной с начала 1980-х годов, стремительно нарастает в последнее десятилетие. В США и европейских странах созданы независимые комитеты, штат информаторов и их защита. Налажено международное сотрудничество, прошло две всемирные конференции.

**Ключевые слова:** добросовестность в исследованиях, плагиат, фабрикация, фальсификация.

Для меня стало несколько неожиданным предложение выступить на конференции, посвященной антипсихиатрии, с докладом по такой проблеме, как добросовестность в исследованиях, которой я начал интересоваться несколько лет назад. Получив это предложение, я стал думать о том, как можно было бы соотнести между собой две эти темы: антипсихиатрию и добросовестное поведение исследователей.

Что касается антипсихиатрии, то я вижу в ней один из примеров такого довольно-таки распространенного явления, как контрнаучные движения. Подобные движения возникают обычно в качестве альтернативы некоторой институционализированной области научного знания. В нашем случае — это психиатрия, которая, разумеется, сама по себе вовсе не является каким-то идейным монолитом, а включает множество разнообразных концепций, подходов и т.п. Так вот, движение антипсихиатрии, как правило, не особенно задается вопросом об этих различиях, а выступает против всей психиатрии в целом. И это — движение общественное, в том смысле, что его представители адресуют свои аргументы не столько профессиональной, институционализированной психиатрии, сколько поверх нее, апеллируя к широкому общественному мнению. Суть же аргументации — в том, что психиатрия вся, в целом, несет угрозы человеку и обществу. Естественно, один из основных элементов этой аргументации заключается в том, что под вопрос ставится научная обоснованность практик, используемых в профессиональной психиатрии.

Другой, в каком-то отношении сходный пример — это те дискуссии, которые происходят уже не одно десятилетие вокруг генетически модифицированных пищевых продуктов. Сторонники генетически модифицированной пищи утверждают, что ее использование может спасти человечество, тогда как их оппоненты говорят о потенциальном вреде, с которым связано ее производство и потребление. При этом обе противоборствующие стороны ссылаются на результаты многочисленных исследований: одни — тех, которые демонстрируют безвредность генетически мо-

дифицированных продуктов, другие же — тех, в которых была показана их опасность.

В обоих случаях рядовой обыватель, как и общество в целом, оказывается в неведении: чьи же аргументы и данные заслуживают доверия? Оказывается, таким образом, что проблема добросовестности научных исследований чрезвычайно значима не только для научного сообщества, но и для общества в целом.

## К истории вопроса

Есть такой американский историк науки, один из активистов в этой области Nicholas H. Steneck, который в 2003 году написал следующее<sup>2</sup>: “Озабоченность общественности нарушениями этических норм при проведении исследований впервые проявилась в начале 1980-х годов в результате появления в печати нескольких докладов о фактах вопиющих нарушений. Один исследователь напечатал под своим именем десятки статей, ранее опубликованных другими. Другие исследователи в той или иной форме фальсифицировали результаты проведенных исследований. Усугубило ситуацию то, что создавалось впечатление, будто в ряде случаев исследовательские учреждения старались игнорировать или намеренно покрывали такие факты, а не расследовали их.

В конечном счете вмешался Конгресс и потребовал, чтобы федеральные министерства и агентства и научно-исследовательские институты разработали документы, регламентирующие меры на случай нарушения этических норм.”

Дело в том, что на протяжении десятилетий, столетий считалось, что наука это такая самокорректирующаяся система. Если какое-то исследование является недобросовестным, то коллеги это обнаружат, и если это исследование и останется в архивах науки, то только как некий курьез. Поэтому обществу не нужно беспокоиться. Ученые сами разберутся между собой и то, что доходит до общества, это то, что удостоверено научным сообществом.

<sup>1</sup> Докт. филос. наук, проф., чл.-корр. РАН, Институт философии РАН.

<sup>2</sup> ORI introduction to the responsible conduct of research. Washington D. C.: Dept. of Health and Human Services, Office of the Secretary, Office of Public Health and Science, Office of Research Integrity, 2003, p. 12.

Сейчас ситуация меняется. Очень часто результаты научных исследований не ждут, пока все научное сообщество на протяжении многих лет будет их подтверждать и совершенствовать, они сразу идут в новые технологии, сразу идут к потребителю, и это создает ситуацию совершенно иную.

Комиссия Европейского сообщества тоже обеспокоена сложившейся ситуацией. Она подготовила доклад “Добросовестность в исследованиях. Обоснование действий Европейского сообщества” (2007), в котором выделяют, какой вред приносится недобросовестными исследованиями и кто является жертвой недобросовестных исследований. В докладе говорится: “... ненадлежащее поведение исследователей вызывает много жертв. В их числе:

- пациенты, которые участвуют в мошенническом исследовании или пользуются его результатами;
- общественность, доверие которой ко всем вообще исследованиям подрывается;
- лица, принимающие решения, которые начинают сомневаться в надежности данных, на которые они опираются;
- налогоплательщики или компании, деньги которых тратятся напрасну;
- в глазах всех страдает репутация исследований как таковых;
- страдают и исследовательские архивы, в которых оказываются трудно устранимые искаженные данные”.

С особой остротой эта проблема добросовестности стоит перед биомедицинскими исследованиями, поскольку они быстрее всего доходят до людей и поражают тех, кто участвует в исследованиях. Доверие общественности ко всем исследованиям подрывается. Рядовой обыватель оказывается в растерянности. В России надо двигать нанотехнологии. Тот, кто принимал это решение полагался на мнение экспертов, которые опирались предположительно на результаты исследования. А решения очень ответственны не только для российской науки, но и для всего общества. Получается, что то, что я говорил о самокорректирующемся характере науки, не срабатывает, и в исследовательских архивах оказываются трудно устранимые искаженные данные.

### Масштабы проблемы

Вот несколько иллюстраций масштаба этой проблемы.

Один из опросов, проведенных в США в 2002 г., в котором участвовало 3600 ученых среднего возраста и 4160 исследователей, недавно защитивших диссертации, чьи проекты были поддержаны NIH, дал такие результаты: 33 % респондентов (38 % находящихся на пике карьеры и 28 % молодых исследователей) признали, что за предыдущие три года у них бывали достаточно серьезные случаи ненадлежащего поведения.

Согласно оценкам, цитируемым в докладе экспертов Еврокомиссии, недобросовестными оказываются от 0,1 до 0,3 % исследований. Таким образом, по оценке европейских экспертов, учитывая, что в странах Евросоюза 1,2 млн. исследователей, то даже при 0,1 % получается, что набирается около 1200 нечестных исследователей.

Несколько иллюстраций из Китая, где в последние годы наука развивается чрезвычайно бурными темпами.

В 2009 г. Китайская ассоциация науки и технологий провела опрос, который показал, что почти половина исследователей в Китае считает ненадлежащее поведение в науке общераспространенной практикой. Когда респондентов попросили оценить серьезность таких явлений, как плагиат, мошенничество и автоплагиат, оценки “серьезное” и “очень серьезное” дали соответственно 43,4 %, 45,2 % и 51,2 %. Автоплагиат это такая форма исследовательского поведения, когда исследователь из одной статьи в другую воспроизводит то, что написал раньше, или разрешает кому-то публиковать свои данные. Так, например, в Китае жена одного известного уважаемого профессора была уличена в том, что в своих публикациях использовала материалы, ранее опубликованные ее мужем. Это не такое предосудительное поведение. А какова распространенность плагиата?

При анализе на плагиат, проведенном в 2007 г., в выборке китайских данных в 72 % статей был обнаружен плагиат, в 24 % — частичный плагиат, только 4 % статей не содержали плагиата.

В 2009 г. агентство Синьхуа провело on-line опрос, показавший, что 44,25 % считают мошенничество “распространенным явлением”. При этом 24,28 % респондентов отметили, что, поскольку так поступает большинство исследователей, отказываться от этого было бы, возможно, “достойно уважения, но глупо”.

Anthony L. Spek из Утрехтского университета, Голландия, редактор журнала “Crystalis”, обнаружил 70 мошеннических статей, написанных в течение 2007 – 2008 гг. двумя профессорами одного из китайских университетов.

### Индустрия производства статей

Наверное, вам приходилось слышать о том, что диссертации пишутся за деньги. Теперь такая практика приобрела широкие масштабы, и пишутся статьи. Есть люди, которые профессионально этим занимаются и на этом зарабатывают. Им дают какие-то исследовательские данные, а они их соответствующим образом оформляют для престижных журналов. Есть фирмы, которые этим занимаются у них есть связь с теми, кто рецензирует эти статьи и т.п. Выстраиваются целые цепочки.

В 2008 г. не менее 4700 человек в Китае покупали статьи, написанные на английском кем-то другим. В 2007 г. общий объем покупаемых статей в Китае оце-

нивался в размере 1,8 млрд юаней (270 млн долл. США). В 2009 г. он возрос в 5,5 раз.

В одной компании по торговле статьями в г. Ухань работает на полной ставке более 80 фабрикаторов статей. Она имеет прямой контакт с редакторами 200 журналов.

### **Органы и структуры, призванные обеспечивать добросовестное проведение исследований**

Как пытаются с этим бороться? Создаются органы и структуры, призванные обеспечивать добросовестное проведение исследований. Так, в США при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения создан Office of Research Integrity, который осуществляет мониторинг проводимых в различных научных учреждениях расследований о ненадлежащем поведении исследователей, а также посредством образовательной, превентивной и регуляторной деятельности способствует ответственному проведению исследований. Сами они проведением расследований не занимаются, это делается на местах, а они вмешиваются, если есть какие-то жалобы.

В Великобритании по опыту США тоже создали соответствующий орган, призванный обеспечивать добросовестное проведение исследований. Это UKRIO (UK research integrity office) — независимый консультативный орган, поддерживающий исследовательские организации и отдельных исследователей в деле обеспечения добросовестности и качественной практики в борьбе с ненадлежащим исследовательским поведением. UKRIO поддерживается правительством и основными структурами, которые обеспечивают регулирование и финансирование исследований в области медицины и здравоохранения.

В ФРГ Совет по научным исследованиям создал независимый комитет омбудсмена по научным исследованиям, а также службу национального омбудсмена, призванную оказывать содействие в разрешении вопросов, возникающих в связи с ненадлежащим поведением. При этом получение поддержки со стороны общественных фондов обусловлено согласием исследователя с осуществлением в отношении проекта функций, возлагаемых на омбудсмена. Откуда берется информация о том, что исследование выполнено недобросовестно? Для этого нужны специальные информаторы. И вот одно из важных направлений работы омбудсмена — защита таких информаторов.

По данным, приводимым в уже упоминавшемся докладе экспертов Европейской комиссии, аналогичные структуры существуют также в Дании, Франции, Голландии, Финляндии, Португалии, Швеции.

### **Основные формы**

#### **недобросовестного проведения исследований**

**Плагиат** — присвоение идей, процессов, результатов или слов другого лица без указания соответствующих заслуг этого лица. (По определению ORI).

Несанкционированное использование или близкое к тексту воспроизведение языка и мыслей другого автора и представление их в качестве собственной оригинальной работы. (По определению Еврокомиссии).

Пример: при создании телескопа и открытии пятен на солнце Галилей утверждал, что работы, сделанные другими, принадлежат ему.

**Фабрикация (подлог)** — выдумывание данных или результатов и запись или сообщение их. (По определению ORI).

Умышленная фальсификация исследовательских данных и результатов в записях и сообщении о них в журнальной статье. (По определению Еврокомиссии).

Пример — казус, произошедший с норвежским исследователем Йоном Судбё (Jon Sudbø). В 2004 г. онколог из радиевой больницы в Осло, выполнявший исследование по гранту американского Национального ракового института (National Cancer Institute), опубликовал в одном из ведущих медицинских журналов *Lancet* статью, согласно которой соединение ибупрофен снижает риск рака гортани. Выводы Судбё и соавторов основывались на данных, касающихся 908 испытуемых, часть из которых страдала раком гортани, часть принадлежала к контрольной группе. Исследование вызвало большой интерес, о нем сообщало даже такое солидное издание, как американский журнал *Forbes*. Вскоре, однако, выяснилось, что база данных, на которых основывалось исследование, была сфабрикованной. Как оказалось, у 250 из зафиксированных в ней пациентов была одна и та же дата рождения.

**Казус Хвана.** В эпицентре скандала оказался профессор Хван У Сук (Hwang Woo Suk) из Южной Кореи. В феврале 2004 г. руководимая им группа исследователей опубликовала в журнале *Science* новаторскую статью, в которой объявлялось об успешном получении единой линии стволовых клеток из клонированного человеческого эмбриона. На следующий год Хван сообщил о еще более ошеломляющем открытии — о получении 11 “специфических в отношении пациента” линий стволовых клеток, что свидетельствовало об удивительном повышении эффективности использования человеческих яйцеклеток. Однако то, что провозглашалось триумфом южнокорейской научной мысли, скоро было развенчано обвинениями в этической недобросовестности, а затем — и в научном мошенничестве.

**Фальсификация** — манипулирование исследовательскими материалами, оборудованием или процессами либо изменение или невключение данных или



результатов, вследствие чего искажаются материалы исследования. (По определению ORI).

Манипулирование данными исследований или невключение критических данных и результатов. (По определению Еврокомиссии).

Пример — Г. Мендель манипулировал своими данными, показывая менее существенные вариации, чем он мог наблюдать в действительности, как это показал английский статистик Р. Фишер.

**Сомнительные исследовательские практики.**

Примеры:

– ошибки;

– неправильное указание авторства (существует целая система правил: каковы основания для того, чтобы включать кого-либо в число соавторов; для того, чтобы выражать в тексте статьи благодарность; каковы распространенные нарушения, например, когда в число соавторов включают для того, чтобы статью было легче опубликовать, чтобы публикация привлекла больше внимания и т.п.);

– дублирование публикаций — одно исследование расчленяется на более мелкие части с тем, чтобы увеличить число публикаций;

– неяршливые или небрежные публикации.

Эти нарушения не вызывают столь далеко идущих последствий, как фабрикация, фальсификация и пла-

гиат, а потому в целом реакция на них бывает менее жесткой.

**Основные направления деятельности по обеспечению добросовестного проведения исследований**

– Проведение расследований по случаям недобросовестного поведения исследований.

– Защита “свистунов” (whistleblowers) — информаторов, сообщающих о недобросовестном проведении исследований.

– Создание учебных программ по ответственному проведению исследований.

– Проведение тренингов.

**Международное сотрудничество в обеспечении добросовестности в исследованиях**

1-ая Всемирная конференция по добросовестности в исследованиях (Лиссабон, 2007).

2-ая Всемирная конференция по добросовестности в исследованиях (Сингапур, 2010). — Принятие Сингапурского заявления по добросовестности в исследованиях.

**XVI Всемирный конгресс  
Всемирной ассоциации динамической психиатрии**

*21 – 25 марта 2011 г., Мюнхен, Германия*

**Lauraschreier@yahoo.de; www.wadp-congress.de**

**Тематическая конференция ВПА  
совместно с Психиатрической ассоциацией Турции  
и Турецкой нейропсихиатрической ассоциацией**

**ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ КАЧЕСТВА В ПСИХИАТРИИ:  
ОБУЧЕНИЕ, ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА,  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*9 – 12 июня 2011 г., Стамбул, Турция*

**kueyl@superonline.com**

# Этико-правовые проблемы правдивости в отечественной психиатрии

А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)

Обсуждаются различные казусы столкновения права на тайну и права на информацию, доступ психически больного к информации о своей болезни. Показан догматический характер шаблонных решений этих проблем.

**Ключевые слова:** врачебная тайна, право на информацию.

Казалось бы, относительно узкая проблема правдивости в психиатрии принимает гротескные формы, является отражением нашего отношения к закону, показывает, живем мы по закону или по понятиям.

Начнем с того, что такое этика. Этот термин впервые употребил древнегреческий философ Аристотель (384 – 322 гг. до н.э.). **Этика** (греч. *ethika* от *ethos* обычай, нрав, характер) обозначает философскую дисциплину, изучающую вопросы морали и нравственности. Её составной частью является “этика медицинская” как совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников.

Известна также этика Гиппократов (460 – 370 гг. до н.э.), который разработал первый этический кодекс. Среди его принципов:

- Уважение к жизни;
- Запрет на причинение вреда больному;
- Уважение к личности больного;
- Врачебная тайна;
- Уважение к профессии, — следует особо выделить уважение к личности больного, о котором мы будем говорить дальше.

Есть четыре уровня этических воззрений. Это этические теории; этические принципы; этические нормы и этические стандарты поведения. Остановимся коротко на этических теориях.

Есть 2 основных этических теории: деонтологическая и утилитаристская. Деонтологическая говорит о том, что основой нравственной жизни является долг, выполнение которого связывается с внутренним повелением. Нравственность находится вне всякой целесообразности, не служит удовлетворению потребностей человека (И. Кант). Согласно утилитаристской теории, критерием оценки поступков человека является полезность.

Единственная цель моральной деятельности — достижение наибольшего количества счастья для наибольшего числа людей.

В медицине принята деонтологическая этика, однако это касается общей медицины. А в психиатрии? Психиатрия — это очень социализированная медицинская деятельность, и в нашей стране среди наших психиатров очень часто преобладает утилитаристская этическая теория. “Какое мне дело до этого наркомана? Зато всем будет лучше”.

Вот вчера прошел съезд РОП, и никто из психиатров не говорил о поразительной ситуации с делом Егора Бычкова, которого вне всякого правового поля фактически освободили от ответственности. Это человек, который проявлял колоссальное насилие в рамках бандитской организации вместе с мракобесными священниками, когда наркоманов без их желания избивали, заковывали в цепи, издевались, насильно “лечили”. И после возмущения общественности при непосредственном вмешательстве нашего Президента-юриста этому человеку заменили реальный 14 летний срок, который он должен был получить за свои преступления, на три года. Кто говорил об этом? Какая это теория? Утилитаристская. Логика такая: наркология деградировала, наркоманы лечиться не хотят. Наркоманов сколько? Сотня тысяч в стране. Давайте будем их лечить недобровольно. Для общества же лучше.

Проф. Гофман опубликовал статью о возрождении ЛТП. Пусть часть больных пострадает, зато обществу и родственникам будет лучше. Ради светлого будущего миллион в ГУЛАГе — это хорошо. У нас голосуют за эту теорию. Лицо страны — это Сталин. Только в самый последний момент первый канал спохватился, и выдвинул Александра Невского, а то перед западом неудобно. Сталин — классический представитель утилитаристской теории.

Психиатрия за счет социализации, к сожалению, часто забывает, что есть отдельный конкретный человек — больной. Мы с этим столкнулись, когда начали заниматься серийными сексуальными преступниками. Мы оказались перед серьезной проблемой. Например, он педофил, его ищет милиция, а он приходит к нам за помощью. Вы не представляете, как было тяжело. Однажды я участвовал в передаче, которую вел Листьев. И мне Бухановский велел сказать так: “Мы будем лечить анонимно даже убийц”. Что там творилось! Это было в 1994 году, передачу прервали, потому, что многих людей, сидящих в зале, охватило желание физической расправы с нашей научной группой: “Вы негодяи, вы сволочи, вас надо убивать”. К счастью, вскоре выяснилось, благодаря нашим психологам, что никто из серийных убийц никогда не приходит за помощью. Они переступают какой-то порог, и уже к врачам не обращаются. А педофилов и экзи-

биционистов было много. И мы говорили своим сотрудникам: “Если ты не можешь терпеть, не можешь помогать, иди работать в другую структуру, где решается пытаться, где это считается этичным”. Когда идет борьба с терроризмом, даже американское законодательство разрешило пытки.

Конкретных этических норм очень много, это:

приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность, правдивость, и т.д.

Я остановлюсь на правдивости. Каковы **нормы правдивости**? Это:

1. Обязанность говорить правду есть проявление нашего уважения к другим.

2. Пациент имеет особое право на правдивые сведения о диагнозе, прогнозе, процедурах и т.п.

3. Правдивость в отношениях — залог успешного терапевтического взаимодействия и сотрудничества.

Правдивость является основой информированно-согласия.

Конечно, могут быть и исключения.

#### **Исключения:**

- при сознательном отказе пациента от информации (Мы должны уважать это право. А то может получиться так. Вы знаете, какой у Вас диагноз? — Не говорите, доктор, я не хочу — Нет, я Вам скажу...)

- при высокой вероятности того, что информирование причинит пациенту вред (подчеркиваю, слово “высокой”, но как это определить?)

- при необходимости оказывать экстренную помощь (например, у больного кататонно-галлюцинтормный приступ шизофрении)

Как **отечественные психиатры относятся к норме правдивости**?

Их позиция такова: больному не следует сообщать диагноз болезни, сообщать ему названия лекарств, говорить о трудностях лечения, возможных осложнениях. Так думали 82 % психиатров в советское время (Телешевская М. Э., 1983); 70 % в переходный период (Евтушенко В. Я., 1994) и 56 % в последнее время (Перехов А. Я., 2007). Так, сейчас больше половины психиатров считают, что не нужно сообщать пациенту диагноз. Мы провели опрос 500 врачей. Это наши данные, но я думаю, что их можно экстраполировать на всю страну, Ростовская область это 5,5 миллионов населения. Конечно, мы говорим о большой психиатрии.

Что это означает на практике?

Несмотря на уменьшение количества психиатров, отрицающих необходимость сообщения правдивой информации:

- 90 – 95 % больных при выписке из стационара не получают выписной эпикриз. Обоснование — эпикриз придет по почте районному психиатру в диспансер (“узнаете там”);

- Укоренившаяся практика — выдача “извещения-справки” о выписанном пациенте с указаниями шифра диагноза по МКБ-10, сроков пребывания, рекомендованного амбулаторного лечения. (Нелепо: любой пациент открывает интернет и смотрит, что означает выставленный ему шифр). Но даже этого “извещения” не получают до 20 % пациентов;

- 9 из 10 пациентов получают отказ от районного психиатра при просьбе выдать на руки копию эпикриза или же выписки из всей истории болезни;

- На прямые вопросы о своем диагнозе 60 – 70 % больных получают ответы о “душевном страдании”, “эндогенной болезни”, “нервном срыве” и т.п. Родственники получают правдивую информацию в 80 – 85 % (а между тем родственники порой могут использовать эту информацию против больного);

- Только 20 – 25 % пациентов знают, какое лечение они получали в стационаре, 60 – 65 % имеют неполную и неточную информацию, а 10 – 20 % больных не имеют НИКАКОЙ (!) информации.

А теперь об опыте, полученном в процессе собственной консультативно-лечебной практики.

Выписки из историй болезни и эпикризы из стационаров на руках у пациентов — исключение. В некоторых случаях эти документы хранятся у родственников пациентов, которые, по рекомендации психиатров, больному не показывают. При официальном запросе по почте — на половину запросов ответа не поступает. В других же случаях ответы иногда приходят спустя несколько месяцев (!). При личной просьбе консультанта выдать пациенту необходимую документацию (по телефону, по письму и т.п.) отказов нет, но в 3/4 случаев документация передается в запечатанном конверте.

При этом практически всегда на руках у пациентов или их родственников есть судебно-психиатрические акты, которые получали их адвокаты по закону.

Врачей совершенно не смущает прямое уличение во лжи, когда пациент, получивший уверение, что у него “не шизофрения”, покупает рекомендованные этим врачом психотропные лекарства (нейролептики), где в графе “показания для применения” указывается либо только шизофрения, либо шизофрения + биполярное аффективное расстройство.

Как врачи объясняют **сокрытие информации**?

1. Некоторые ссылаются на ст. 9 о сохранении врачебной тайны Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, что явно нелепо, т.к. статья 9 касается выдачи информации другим людям.

2. Руководители психиатрических учреждений указывают на оговорку в Законе: “предоставление информации предоставляется с учетом психического состояния лица”. При этом речь не идет о недееспособных и несовершеннолетних.

При этом широчайшим образом, практически волюнтаристски, трактуется “ограничение в целях пре-

дотрачивания серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц”. Действительно в ст. 18 и 19 “Основ прав пациента в Европе” (1994), которые являются международными стандартами ООН, это ограничение предусмотрено. Но далее там указывается, что это ограничение строго контролируется внутригосударственным законодательством. Указывается, в каких случаях информация может быть предоставлена законному представителю или адвокату. У нас такая регламентация отсутствует, нигде не сказано, что такое “серьезный вред для здоровья”.

Психиатрические учреждения в России **совершенно не заботятся о надлежащей аргументации мотивов отказа, которые носят, в основном, надуманный характер** (Ю. Н. Аргунова, 2007)

3. Часто врачи-психиатры ссылаются на “тяжелую психическую травму” вследствие сообщения диагноза “Шизофрения”, которая может привести к суицидальной попытке. (Когда просишь привести хотя бы один пример, назвать конкретного больного, который покончил с собой, никто не отвечает. Что это: атавистический страх, незнание психопатологии? Больные шизофренией кончают с собой и без диагноза шизофрении, они совершают самоубийства по совершенно другим причинам, в основном в связи с депрессией, а не самим диагнозом. Больные шизофренией — это люди с интеллектом, и они знают, чем они больны. И их это не сильно беспокоит).

4. Другое обоснование — “узнает, по чьей инициативе был госпитализирован...” (Можем навредить третьему лицу. Мать вызвала скорую помощь. А то больной так не знает, кто вызвал скорую помощь?).

5. Пациент узнает, что его лечили, например, галоперидолом, хотя он настойчиво просил другие лекарства (Может, его и нужно было лечить галоперидолом, но следовало сообщить ему об этом).

6. Пациент узнает, что “лечился добровольно”, хотя на самом деле его согласие было “вынуждено” фальсифицировано. (В самой большой ростовской больнице процент людей, которые проходят через недобровольную госпитализацию, колеблется от 3 до 6. Все остальные подписывают “добровольное” согласие).

Мы попытались выяснить **истинные мотивы сокрытия правды**. Некоторые из них являются гипотетическими, это наша совместная работа с психологами.

1. Сокрытие своего непрофессионализма (некомпетентности)
2. Патерналистский подход с абсолютным оправданием принципа “ложь во благо”.
3. Незнание законов в области психиатрии.
4. Атавистический страх “как бы чего не вышло...”.

5. Низкое качество документации.
  6. Убежденность в безнаказанности и бесконтрольности.
  7. Использование утилитаристской этической теории, а не деонтологической.
  8. Обычная лень.
- и др.

Нарушение психиатрами этических норм правдивости приносит **выраженный вред**:

а) доставляя моральные страдания больному в связи с унижением его человеческого достоинства (Представьте, что вы выписались из соматического стационара, и не получили выписку. А в психиатрии это обычная вещь. При всех разговорах о том, как мы уважаем наших больных, мы их обманываем. А больше всего ранит обман);

б) потворствуя ксенофобическим настроениям в отношении лиц с психическими расстройствами, закрепляя их отчуждение в обществе (мы их унижаем и другим говорим: “это не люди”);

в) выделяя психиатрию (может быть наряду с онкологией) в дегуманизованную часть медицины (Онкология продолжает скрывать диагнозы. На одной из конференций доктор-онколог говорил мне: “Поставьте себя на место больного. Вы бы хотели узнать, что у Вас неоперабельный рак, и Вы через четыре месяца умрете?” — “А Вы — виднейший мудрец и Вы знаете, как нужно жить этому человеку? Может он за эти 4 месяца продаст все и в Германии вылечится от этого рака, а может он к Богу обратится, а может о детях вспомнит? Все, что угодно, он может сделать.” Почему врач решает? В психиатрии есть некоторые больные, за которых решаем мы, но это небольшая часть);

г) усиливая антипсихиатрические настроения в обществе (“Психиатры врут”, — говорят представители ГКПЧ. И попробуйте поспорьте с ними).

#### **Что может помочь исправить ситуацию?**

##### В настоящее время:

1. Информированность врачей о проблеме, дополнительные этико-правовые знания.
2. Административный контроль (поговорить с главным врачом, приказать. Контролировать).
3. Информирование пациентов и их родственников о праве на правдивую информацию
4. Компьютеризация бумажной работы врача.

##### В перспективе:

1. Строгий контроль со стороны профессионального сообщества (если оно будет создано).
2. Изменение законодательства.
3. Создание служб защиты прав пациентов, причем не только в стационарах, но и во всей психиатрической службе.



# Резолюция Съезда Независимой психиатрической ассоциации России

12 ноября 2010 г., Москва

Кризис, переживаемый психиатрией, связан, прежде всего, с общими тенденциями, возобладавшими во всем мире, — социологизацией научного знания и антисциентистским движением, которое в нашем предмете проявляется в гротескной форме антипсихиатрии.

Российская психиатрия, сумевшая сохранить свои выдающиеся традиции трезвого клиницизма, тонкого клинико-психопатологического анализа, нозологического подхода и гуманной основы, стоит на пороге — с уходом поколения последних носителей этих традиций — смены их на совершенно формальный, чисто прагматический подход.

Мы обращаемся ко всем отечественным психиатрам с призывом не ограничиваться в истории болезни диагнозом по МКБ, а ставить максимально развернутый многомерный диагноз психического расстройства, а также основных контекстуальных характеристик и компенсаторных ресурсов личности.

Последипломное образование должно использовать новые технические возможности и включать, прежде всего, углубленную пропедевтику психиатрии: клинико-феноменологический метод, тренаж эмпатии, ведение беседы, различные виды описания, анализа и интерпретации, существо новой общенаучной парадигмы и новые возможности математической обработки данных.

Сокращение коек в психиатрических стационарах и закрытие психиатрических больниц должно сопровождаться развитием внестационарных форм помощи, амбулаторной психиатрической помощи и социальных служб, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами. Средства, освобождающиеся от сокращения стационарной помощи, должны быть перенаправлены в амбулаторную службу.

Мы призываем все ветви власти восстановить институт гласной независимой экспертизы, что означает — состязательной экспертизы, в сфере нашей профессиональной компетенции в качестве экспертов, специалистов, дискуссионщиков, разработчиков основных или альтернативных предложений.

**Делегаты съезда считают необходимым рекомендовать** в сфере своей компетенции в области психиатрии и права:

**Совету при Президенте РФ по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства** — включить вопросы совершенствования законодательства о недееспособности и опеке в Концепцию развития гражданского законодательства Российской Федерации, разработанную во исполнение Указа Президента РФ от 18 июля 2008 г. № 1108.

**Федеральному собранию** — принять ряд законодательных мер по обеспечению и защите прав граждан, страдающих психическими расстройствами:

1. С целью приведения российского законодательства в соответствие с общепризнанными принципами и нормами международного права, а также с учетом решений Европейского суда по правам человека и рекомендаций Комитета по правам человека ООН:

1.1. создать рабочую группу по разработке концепции реформы института недееспособности и опеки, направленной на недопущение полного, тотального и бессрочного лишения недееспособных граждан возможности реализации ими своих прав и свобод

1.2. внести изменения в Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и ГПК РФ, направленные на устранение пробелов и противоречий в вопросе о порядке недобровольного помещения граждан в психиатрический стационар, обеспечение права недобровольно госпитализированного лица самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за недобровольной госпитализацией

1.3. ввести судебную процедуру рассмотрения вопроса о помещении недееспособных граждан без их согласия в психоневрологические интернаты на постоянное жительство

2. В целях приведения российского законодательства в соответствие с требованиями Конституционного Суда РФ:

2.1. внести изменения в УПК РФ, позволяющие лицам, в отношении которых осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, лично участвовать в судебном заседании, заявлять ходатайства, инициировать рассмотрение вопроса об изменении и прекращении применения указанных мер и обжаловать принятые по делу процессуальные решения;

2.2. внести изменения в ГПК РФ, касающиеся порядка признания гражданина недееспособным: ввести, в частности нормы, предоставляющие гражданину возможность лично изложить суду свою позицию;

2.3. предусмотреть в законодательстве судебный контроль за помещением недееспособного лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

3. В целях обеспечения реализации принципов состязательности и равноправия сторон в гражданском процессе внести в ГПК РФ нормы, касающиеся вопросов привлечения к участию в деле специалиста по заявлению лица, участвующего в деле, исследования консультаций и пояснений специалиста в судебном заседании в качестве доказательств по делу. Необходимо ввести в ГПК РФ статью о правах специалиста, предусмотреть правило, в соответствии с которым суд не вправе отказать в допросе специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон (такая норма содержится в УПК РФ).

4. При разработке законопроекта “О нотариате” в целях противодействия совершению в отношении граждан с психическими расстройствами противоправных действий учесть необходимость расширения полномочий нотариуса в плане защиты имущественных и жилищных прав указанной категории граждан: наделить нотариуса правом привлечения специалиста-психиатра для оказания квалифицированной помощи при проверке дееспособности клиента с его согласия

5. В целях упорядочения оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке лицам, обладающим неприкосновенностью, и исключения случаев необоснованного привлечения врачей-психиатров к ответственности за незаконную госпитализацию таких лиц, ускорить доработку законопроекта “О внесении изменений в закон РФ “О статусе судей в Российской Федерации” и закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

6. В целях недопущения ущемления прав пациентов, в т.ч. недееспособных, а также прав профессиональных общественных объединений, имеющего место в законопроекте “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, обеспечить гласность и широкое обсуждение данного законопроекта при его доработке и принятии. Ускорить принятие законопроекта “О правах пациента”.

#### **Правительству Российской Федерации:**

1. Обеспечить механизм реализации ст. 38 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” о создании государством независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, в части разработки и утверждения положения об этой службе.

2. Обеспечить механизм реализации ФЗ “Об опеке и попечительстве” в части применения норм, касающихся вопросов опеки над недееспособными гражданами.

3. Обеспечить механизм применения Конвенции государств СНГ о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения в части определения порядка участия федеральных органов исполнительной власти в ее применении.

#### **Верховному Суду Российской Федерации:**

1. В целях совершенствования правоприменительной практики по вопросам привлечения к участию в деле лиц, обладающих специальными знаниями, принять постановление Пленума Верховного Суда РФ “О судебной экспертизе по гражданским делам”.

2. Провести обобщение судебной практики по делам о признании гражданина недееспособным и принять по данному вопросу постановление Пленума Верховного Суда РФ, в котором были бы отражены вопросы, возникающие на всех стадиях рассмотрения дел данной категории.

3. Дать разъяснение о порядке пересмотра основанных на неконституционных актах решений о признании недееспособным гражданина, являющегося участником конституционного судопроизводства.

4. Провести обобщение судебной практики по делам о госпитализации в психиатрический стационар в недоб-

ровольном порядке и принять по данному вопросу постановление Пленума Верховного Суда РФ.

Делегаты съезда считают необходимым:

1. Обратиться к **Генеральному прокурору РФ** с официальным запросом о проведении прокурорской проверки исполнения Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании” в части исполнения ст.38 Закона, а также поручения Президента РФ от 2005 г. о создании государственной независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, которая является гарантией исполнения Закона для этих больных.

2. Потребовать от **Минздравсоцразвития России и Минфина России:**

– прекратить централизацию и “оптимизацию” психиатрической службы, осуществляемую преимущественно за счет сокращения младшего медперсонала психиатрических учреждений и таким образом снижающую эффективность наблюдения за психически больными, что в частности, повсеместно сопровождается увеличением количества совершаемых ими в стационарах общественно-опасных деяний;

– довести уровень заработной платы врачей-психиатров до уровня зарплаты участковых терапевтов и далее индексировать, соответственно уровню инфляции, а также не допустить сокращения дополнительного отпуска, учитывая опасный и вредный характер профессии.

**Мы выражаем протест против приказов Минздравсоцразвития России последнего времени, фактически отменяющих все льготы для специалистов нашей социально важной и опасной профессии и вводящих нищенскую оплату обучающихся в ординатуре, интернатуре и аспирантуре (менее 3 тыс. рублей в месяц в течение 2 – 3 лет). Такие решения разрушают психиатрическую службу,** препятствуя притоку молодых кадров и возможности повышения своего образовательного уровня специалистам со стажем, содержащим семью; они ущемляют в правах и социальном обеспечении работающие кадры. Установленные министерством нормы времени и нагрузки на врача-психиатра ухудшают качество оказания психиатрической помощи больным, а закрытие районных отделений в ЦРБ и кабинетов на низовом уровне разрушают важнейшее звено психиатрической помощи, приближающее ее к населению в противовес с мировым опытом курса на децентрализацию.

**Мы выражаем недоверие такого рода руководству.**

Созданная по инициативе д-ра Л. М. Рошаля Национальная медицинская палата должна — как повсюду в мире — осуществлять саморегулирование профессионального медицинского сообщества; сертификация специалистов и распределение средств — ее прерогатива. С момента создания НПА среди трех приоритетов ее деятельности значится разгосударствление психиатрической службы. Поэтому мы поддерживаем создание Национальной медицинской палаты и готовы вступить в ее члены.

## Когда больной молчит...

Семинар ведет проф. А. Г. Гофман (21 октября 2010 г.)  
Врач-докладчик Н. В. Правдина

Вашему вниманию представляется больной Александр Б., 1985 г. рождения, проживающий в Воронежской области, г. Павловске. В нашу больницу поступил 15 октября по путевке из НИИ психиатрии, как иногородний пациент, с жалобами на страхи, головные боли, слабость в ногах.

**Анамнестические сведения** (со слов матери и по данным врача-психиатра из поликлиники города Павловска). Мать сообщает, что наш пациент — единственный ребенок в семье, родился в Павловске Воронежской области. Мать — учитель начальных классов, сейчас временно находится в отпуске без сохранения содержания для решения вопросов с ее сыном. Отец — водитель, всю жизнь проработал на горно-обогатительном комбинате, умер в ноябре 1985 года от травмы сразу после рождения сына. Наследственность психопатологически отягощена. Мать больного страдает душевным заболеванием. После родов она в течение нескольких месяцев находилась на лечении в психиатрической больнице города Воронежа с послеродовым психозом. Постоянно принимает поддерживающую терапию седалитом, карбонатом лития и аналогами. Беременность протекала с угрозой выкидыша. Родовая деятельность была слабая, отмечался длительный безводный период. На пятые сутки пациент был выписан из роддома и первые три месяца, пока мать находилась в больнице, ребенком занимались бабушка и дедушка. В раннем возрасте развитие в соответствии с возрастной нормой, наличие детских страхов, снохождения, сноговорения мать отрицает. Она считает, что он был благополучным ребенком, посещал детский сад, был общительным. В школу пошел с 6 лет. Отмечалась повышенная утомляемость, часто хотел спать после уроков. В школьном возрасте он уже наблюдался неврологом в поликлинике с диагнозом вегето-сосудистая дистония, однако мать эту информацию отрицает. В школе учился хорошо. Успевал по всем предметам, 4 года учился в художественной школе. Имел много друзей, охотно и много общался со сверстниками, был коммуникабельным, душой компании. Играл на гитаре, участвовал в ансамбле при доме детского творчества, хорошо пел. В более зрелом возрасте часто ездил с ансамблем на гастроли. Его часто приглашали петь песни под гитару на какие-то праздники, на проводы в армию, дни рождения. Был склонен к гуманитарным и художест-

венным дисциплинам, по ним успевал лучше. Учился хорошо, писал поэмы, в том числе “про любовь”. Дружил с девочками, однако постоянной девушки у него никогда не было. Закончил 9 классов, поступил в Павловский лицей и закончил его по специальности техник-механик. После окончания лицея проходил военно-врачебную комиссию, признан годным к службе в армии. Был отправлен в Воронеж вместе с другими ребятами его возраста, которые тоже попали в этот призыв, но потом его вернули домой, якобы была дана отсрочка в связи с вегето-сосудистой дистонией. Утром 30 ноября 2004 года больной поехал в Воронеж провожать друзей, которых забирали в армию, и не вернулся домой. Мать подала заявление о пропаже сына в милицию. Искала его на протяжении 6 лет, обращалась в различные инстанции. В июне 2010 года матери сообщили, что якобы ее сын найден и находится в Москве. Но это оказалось ошибкой. В июле 2010 года она обратилась в передачу “Жди меня”, где просила о помощи в розыске сына. Через 2 месяца в сентябре 2010 года он был найден на автовокзале города Белая Калитва Ростовской области, где его около недели подкармливали. Он был найден грязным, лохматым, без обуви. Местные жители сообщили о нем в организацию “Красный крест” города Белая Калитва, и он проходил обследование в их больнице. Из больницы “Красного креста” его забрала женщина, у которой он жил в течение недели. Затем удалось сообщить о нем матери, и она приехала за ним. Увидела его спящим, разбудила. Сын сразу узнал ее и сказал “мама”. Затем стал закрываться с головой простыней, одеялом. Испытывал страх, когда ему предлагали поехать домой, говорил, что куда не поедет. Хитростью его собрали, сказали: “Ты же хотел кока-колы, давай собирайся, мы сейчас спустимся вниз и купим кока-колу”. Он спустился вниз, и милиция отвезла его в город Павловск. Первое время, по словам матери, он был недоступен словесному контакту, что-то шептал. Пока они ехали в машине, он говорил: “Меня везут назад, меня везут опять туда”. Испытывал страх, в контакт не вступал. В машине постоянно озирался, все время спрашивал: “Куда мы едем?”. Стал обращаться к матери на “Вы”. Дома он постепенно освоился, узнал свою квартиру. Постоянно просил мать купить ему чай листовой, называл его “Лисма”, “Добрыня Никитич”. Заваривал себе крепкий чай. Очень



плохо спал ночами, пил много кофе. Периодически начинал стереотипно говорить, что надо на работу. Часто смотрел на православные иконы. Читал какие-то молитвы, как говорит мать, мусульманские. Потом сообщил, что он мусульманин, что ему было сделано обрезание. Начал сообщать о себе сведения. Сказал, что он находился в течение 6 лет в плену, в Дагестане, в районе Махачкалы. Информацию из него надо было вытягивать клещами, задавать наводящие вопросы. Он в основном только давал ответы “да”, “нет”, или махал головой. Удалось выяснить, что он находился в Дагестане в рабстве, работал на заводе по изготовлению чугунных плит вместе с другими рабами. Через какое-то время он был перекуплен новыми хозяевами, у которых пас овец. Сообщил, что ему постоянно давали жевать какие-то коричневые мякиши. Дома он находился около месяца, все это время не ходил самостоятельно, передвигался, облакачиваясь на стену или с поддержкой матери. К нему приходили друзья, он понемногу с ними общался, больше кратко отвечал на вопросы. На ночь клал под подушку нож. Несколько раз просыпался ночью и ходил по квартире с ножом, искал бандитов по шкафам, рвался из дома, хотел куда-то уехать, говорил, что все вокруг его обманывают. Говорил, что это не его дом, что это не мать, а террористка, что она хочет отвезти его обратно в рабство. Был осмотрен районным психиатром и дано направление на обследование и лечение в психиатрическую больницу Воронежа, однако мать не повезла его туда. Она говорит, что все время запирала сына на ключ, передвигала мебель к двери, что бы он никуда не ушел, когда она спит. Один раз пришла с работы и обнаружила, что его нет дома. Дверь была открыта, он сполз по лестнице на несколько этажей. Мать нашла его в подвале, где он сидел с выражением страха на лице. Не мог объяснить, почему он туда ушел, домой идти отказывался. Потом, когда мать вывела его из подвала, он сидел на скамеечке и смотрел на прохожих пристально и с подозрением. Через некоторое время успокоился и согласился вернуться домой. По назначению врача мать при таких состояниях давала ему фенибут и феназепам, после чего он постепенно успокаивался и засыпал. Иногда по несколько дней дома отказывался от еды, не объясняя почему. Просто говорил, что ему нельзя есть. 14 октября они поехали с матерью на машине на выставку, где договорились встретиться со священнослужителем, который помогал в его розыске. Якобы ему было обещано место в реабилитационном центре, в Москве где-то на Кропоткинской. Она привезла туда больного, но он отказался заходить. Тогда доктор вышел на улицу, осмотрел его и дал направление в нашу больницу с диагнозом “посттравматическое стрессовое депрессивное расстройство”. Направление это из НИИ психиатрии, улица Потешная, дом 3, хотя больной говорит, что они там не были.

У нас имеется направление в консультативный отдел областного клинического психоневрологического диспансера города Воронежа, где сообщается,

что больной “осматривался на дому, диагноз: посттравматическое стрессовое расстройство на фоне органического поражения ЦНС, перинатальная энцефалопатия со стойким интеллектуально-мнестическим снижением. Осматривался он с жалобами на головную боль, страх, бессонницу, навязчивые мысли, раздражительность и агрессивность. Из анамнеза сообщается, что наследственность психопатологически отягощена, мать страдает душевным заболеванием, инвалид III группы по психическому заболеванию бессрочно. Беременность на фоне высокого артериального давления, нефропатия I степени, угроза выкидыша, лежала на сохранении всю вторую половину беременности, роды в срок с длительным безводным периодом. Родовая деятельность слабая. С одномосячного возраста состоит на учете с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Он родился в 1985 году в октябре, а с 20 ноября 1985 по 30 ноября 1985 лечился по поводу перинатальной энцефалопатии в Павловской центральной районной больнице, неоднократно лечился в детском санатории и центральной районной больнице по поводу астено-невротического гипертензионного синдрома с вегето-сосудистой дисфункцией на фоне перинатальной энцефалопатии. Лечился стационарно 03.04.2000 года, 26.05.2000 года. Пошел в школу в 6 лет, закончил 9 классов на 4 и 5. Из школьной характеристики: “показал себя хорошим учеником, выступал на фестивалях авторской песни, сам сочиняет стихи. Пропускал занятия по болезням: ВСД, гастрит. Общителен, уважителен, пользовался у одноклассников авторитетом”. В 2002 закончил Павловский лицей № 52. Из характеристики лица: “добросовестный, успевал по всем предметам, учился средне, вел себя тихо, спокойно”. В лицее освобождался от физкультуры и сельхозработ по решению ВКК с диагнозом: последствия перинатальной энцефалопатии, гипертензионно-гидроцефальный синдром, ВСД по смешанному типу. Периодически получал необходимое лечение. Жаловался на головную боль, головокружение, мушки в глазах, плохую переносимость жары и духоты. С июня 2004 по июль 2004 года находился на стационарном обследовании с диагнозом органическое поражение ЦНС, последствия перинатальной энцефалопатии со стойкими и выраженными церебралестическими расстройствами. В армии не служил по статье 1 пункт “б”. 30 ноября 2004 года поехал в г. Воронеж провожать друга в армию и не вернулся домой. В течении 6 лет мать пыталась искать его, обращалась в разные инстанции. В 2010 году после программы “Жди меня” мать получила сведения, что сын находится в г. Белая Калитва Ростовской области, в больнице Красного креста. Мать забрала его домой. При осмотре на дому 23 сентября 2010 имеются вышеуказанные жалобы. Больной сообщает, что находился в плену, в районе Дагестана в поселке около города Махачкалы. Перенес тяжелый стресс, на этом фоне имеются интеллектуально-мнестические расстройства. Приехал с матерью, из дома не выходит, начал общаться с друзьями.

**Психическое состояние:** двигательльно спокоен, в контакт вступает, эмоционально лабилен, раздражителен, легко возбуждается, дает неадекватные реакции на раздражители. Тревожен, напряжен, испытывает страх. Жалуется на головные боли, слабость и боли в ногах, бессонницу, страх. Во времени не ориентирован, не знает текущую дату, месяц, год. Знает, что находится дома, считает, что за ним следят. Для уточнения диагноза и решения социальных вопросов направляется в г. Воронеж.”

В нашу больницу он поступил 15 октября. Психический статус в приемном покое: внешне несколько напряжен, контакт крайне формальный, чаще отвечает кивком головы, не знает даты, не может назвать свой день рождения и время года. Фон настроения снижен, эмоции, мимика вялые. Испытывает страх, подозрителен. Обманы восприятия и бредовые идеи выявить не удается. Свое состояние критически не оценивает. Д-з: “посттравматическое стрессовое расстройство”. Лечение: амитриптилин, реланиум. Больной был госпитализирован в гериатрическое отделение, в связи с тем, что не мог самостоятельно передвигаться. Жалуется, что ноги его не держат. В отделении при осмотре: в сознании, насторожен, недоверчив, лежит, отвернувшись к стене. С недоверием дает осмотреть себя, затем отталкивает руки, контакту практически не доступен, на вопросы не отвечает, только временами кивает головой. Попросил горячего чая. Сведений о себе никаких не сообщает, удалось уговорить поесть: съел обед с рук персонала. Сидел на постели. Спонтанно спросил, есть ли мать, отец, увидит ли он мать, отца. Выразил отношение к госпитализации не может. Последующие дни оставался напряженным, подозрительным, сообщил, что у него “страхи”, со стороны окружающих больных ожидает нападения, угрожает расправой подходящим к нему больным. Считает, что его могут загипнотизировать, отказывается от инъекций. Злобно и цинично угрожает персоналу, считает, что ему могут ввести “воздух”, могут его убить. Отказывается от еды, не называет своих ФИО и имени матери, с принуждением приходит в процедурный кабинет для сдачи анализов. Через несколько дней был переведен во 2-е отделение.

**Психический статус:** больной осматривается в кровати, в беседу вступает неохотно, лежит, накрывшись с головой одеялом, простыней. При попытке снять с него одеяло, накрывается вновь. Негативистичен, на просьбу открыть глаза долго их не открывает и не отвечает на вопросы, которые приходится повторять по несколько раз. Затем начинает отвечать на вопрос либо кратко “да”, “нет”, либо кивком головы. Потом на очередной вопрос резко начинает материться, кричать: “Оставь меня, уходи!”. Больной ориентирован в собственной личности, понимает, что находится в больнице. Степень ориентировки во времени выяснить не удается. На вопросы, какой сейчас год, время года, какой месяц, не отвечает, начинает материться, махать руками. Напряжен, тревожен, мимика галлюцинаторная, то без причины улыбается, то хму-

рится, шевелит губами. На вопросы о голосах отвечает утвердительно, говорит, что слышит и мужские и женские голоса, бывают разные. Неожиданно заявляет с неадекватной улыбкой: “Моего дядю убили”. На вопрос, болит ли у него что-то, говорит, что болят ноги, на вопрос болит ли еще что-то, отвечает, что все болит. Спонтанно заявляет: “У меня органы забрали”, -смотрит на врача с неадекватной улыбкой и говорит: “У тебя тоже органы забрали”. Больной негативистичен. Невропатологу удалось осмотреть больного только с третьего раза, потому что он не выполняет инструкции. При осмотре начинает размахивать руками, может ударить. С сегодняшнего дня начал в ответ на обращения плевать на персонал. Считает, что уколота хотят ему навредить, “убивают меня”.

**Невропатолог:** Зрачки: D=S. Фотореакции сохранены, за молоточком следит плохо. Сухожильные рефлексы: D=S. Психовегетативный синдром. Дообследование: ЭХО и ЭЭГ, глазное дно.

**Терапевт:** вегето-сосудистая дистония по анамнезу. По органам патологии не найдено. В соматическом статусе: больной среднего роста, правильного телосложения, волосы грязные, длинные, не брит. Удовлетворительное питание, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на ногах небольшие шрамы, тоны сердца приглушены, давление 120/80, живот мягкий, безболезненный, небольшая пастозность стоп и голеней. Больше никаких обследований не проходил.

**Психолог:** больной астенизирован, контакту недоступен, насторожен, крайне негативистичен, агрессивен, на вопросы не отвечает, нецензурно бранится, злобно отмахивается, пытается ударить. Периодически всматривается в психолога крайне подозрительным взглядом, требует оставить его в покое, спрашивает: “Что вам всем от меня надо?” Таким образом ввиду невозможности установления с больным продуктивного контакта вследствие его крайней негативистичности, параноидной настороженности, подозрительности наряду с астенизацией, проведение психологического исследования не представляется возможным.

При поступлении 15 октября больному в приемном покое было назначено следующее лечение: реланиум, амитриптилин 25 мг на ночь, супрастин 2 мл на ночь. На следующий день он был осмотрен в отделении и ему назначили амитриптилина 25 мг утром и вечером, альпрозолам 1 мг утром, вечером, глюкоза, пираретам, витамины группы В, аскорбиновая кислота и реланиум 0,5 % 2 мл в/м на ночь. После перевода во 2-е отделение с 18 октября он получал зипрексу по 20 мг в сутки и с 19 октября галоперидол 20 мг в сутки, аминазин 150 мг в сутки. Первые сутки в нашем отделении больной не мочился, была задержка мочи. Он сказал маме, что боялся. Сейчас мочится в постель под себя. — *Кишечник работает? Он ходит в туалет?* — Да он ходил, однократно был стул. — *С 15 числа?* — Я могу сказать только с 18.

Привозят на кресле-каталке больного. Лечащий врач сообщает, что за 40 минут до разбора больному ввели 10 мг галоперидола, т.к. когда его пытались подготовить, переодеть к беседе, он стал более возбужденным, негативистичным, плевался. Пришлось усилить терапию, чтобы можно было его осмотреть.

Ведущий садится рядом с больным. Больной сидит в кресле-каталке. Одна нога стоит на приступке кресла, другая — волочится по полу. Голова набок, глаза закрыты.

Что случилось с Вами? Почему Вы здесь оказались? Что-то произошло? *Не отвечает и внешне никак не реагирует.*

Я врач, и все, кто здесь присутствует, тоже врачи. Мы хотим посоветоваться и сделать так, чтобы Вам было лучше. Согласны? *Беззвучно шевелит губами.*

Что сейчас Вас беспокоит? Может, что-то болит? *Не отвечает.*

Боли какие-то есть? Рука, нога? Ничего не болит? *Не отвечает.*

Бывает так, что становится страшно? *Беззвучно кивает головой.*

Почему? Здесь вокруг люди, которые хотят Вам помочь. Почему Вы их боитесь? Вы не верите людям? Вот врачи, медсестры, Вы им тоже не верите? *Что-то шепчет.*

Что Вы хотите, чтобы для Вас было сделано? Просьбы у Вас какие-нибудь есть? *Молчит.*

Вы хотите, чтобы Вас лечили? Или Вы хотите уехать домой? *Беззвучно кивает головой.*

Домой хотите? Но ведь сейчас такое состояние, Вы ничего не говорите. *Молчит.*

Вам не хочется говорить? Или страшно говорить? *Молча кивает головой.*

Откройте рот, пожалуйста. Покажите язык. Может там что-то болит? Не хочется? Просто покажите язык. Это конференц-зал. Здесь собрались врачи, чтобы обсудить, как Вас лучше лечить. Вы хотите, чтобы Вас лечили или нет? *Язык не высовывает. Не отвечает.*

Мне рассказывали, что Вы в течение длительного времени были в Дагестане. Это верно? Вы там жили и даже пасли там животных каких-то. Овец? Было это? *Молча кивает головой.*

А что Вы делали в Дагестане? Кем работали там? На заводе работали или где? *Молчит.*

Как Вы оказались в Дагестане помните? Как будто Вы провожали своих друзей и потом оказались в Дагестане. Что произошло, помните или не помните? *Беззвучно шевелит губами.*

Вот когда Вы были дома, к Вам приходили друзья, Вы с ними разговаривали, а почему с нами не хотите поговорить? Вы боитесь чего-то? *Слегка шевелит губами.*

Руку можете вытянуть вперед? *Не реагирует.*

Спать хочется? Хотите спать или нет? Дайте я пульс посчитаю. Откройте глаза. Я хочу с Вами побеседовать, а Вы закрываете глаза. *Ведущий берет руку больного и пытается сосчитать пульс. Больной внезапно широко открывает глаза и резко выдергивает*

*руку, после чего принимает прежнее положение и становится внешне таким же безучастным, как прежде.*

Как Вы себя чувствуете? Ну, не хотите говорить, не надо. До свидания. *Никак не реагирует, не меняет позы.* Больного увозят.

#### Вопросы к врачу-докладчику:

— *Какие есть сведения о его пребывании в Дагестане?* — У нас есть статья, написанная журналистом. Я не знаю, каким образом получены эти сведения. Статья очень эмоциональная. Там говорится, что их было 8 человек, 6 мальчиков и две девочки. Девочек насиловали, аборт делали в соседнем помещении. Работали они в одном месте, их били, им давали мякиши коричневые — насвай, заставляли это обязательно жевать. Чтобы не унижали и не били, нужно было работать. Потом что-то произошло. Они поняли, что разгромлено руководство, им удалось по одному сбежать.

— *Что он сам рассказывал?* — Он рассказывал маме, что сначала он работал у одного хозяина, потом его перекупил другой, который к нему хорошо относился. Он пас у него овец, у хозяина была дочь, с которой он был в близких отношениях, она стала его женой, и у них родился ребенок.

— *Что случилось на проводах, когда он пропал? Там что-то произошло?* — Как он рассказал, он поехал в Воронеж провожать друга, там они с какими-то знакомыми зашли в квартиру, их угостили чаем и после этого они очнулись в Дагестане в каком-то ауле.

*А мать искала у друзей, у знакомых?* — Не понятно, т.к. сведения очень противоречивы. Пропал он один, хотя здесь пишут, что пропало 8 человек.

**Врач-докладчик:** нужно проводить дифференциальную диагностику между посттравматическим стрессовым расстройством и эндогенным заболеванием. Если все было так, как здесь представлено, то посттравматическое расстройство может быть, но сейчас мы видим у больного острое психотическое состояние, и с учетом того, что это состояние наблюдается с сентября, можно поставить диагноз “острое полиморфное расстройство”. — *Какой диагноз у его матери?* — Мать инвалид III группы после одиножды перенесенного психоза, который длился в течение трех месяцев. Она о нем ничего не рассказывает, говорит, что ничего не помнит. Очнулась через три месяца. Якобы врачи говорили, что у нее была интоксикация, заражение крови. Мама настаивает своей манерностью, лживостью, преувеличениями, не совсем адекватным отношением к ситуации, в которой оказался сын. Старается это все сгладить. Я понимаю, что там есть материнские чувства, но она не совсем все правильно оценивает, старается какие-то вещи скрыть, не рассказывает, что с ним происходило.

**А. В. Павличенко:** Это можно уложить в понятие “посттравматическое стрессовое расстройство” и это будет правильно. Однако сказав так, мы не скажем ничего. Как говорит проф. Краснов, посттравматиче-



ским стрессовым расстройством считается сейчас даже переживание матери по поводу сына, который женится. Это такая большая группа, где есть и психозы, и неврозы. Что по статусу? Не сиюминутному, а более широкому, учитывая его последнее состояние в этой больнице. Здесь много всего. Его двигательные нарушения можно расценить как истерические, истерическую астазию-абазию. И его дезориентировка, и его неузнавание родных — это некие симптомы, которые в классическом описании можно рассматривать как истерический психоз, даже по типу псевдодеменции. Это те состояния, которых формально в МКБ нет, истерических психозов там нет. У него есть элементы псевдодеменции, элементы истерических конверсионных расстройств, всего понемногу. Для квалификации истерического психоза недостаточно. Второе — реактивный психоз, широкое понимание реактивного психоза, давно известное. Реактивный параноид. Есть бред, есть галлюциноз. Какой бред? Мне кажется, реактивный. Я не совсем понял, почему острое полиморфное психотическое расстройство. Острое полиморфное — это рубрика F 23, рубрика расстройств шизофренического спектра. Это тоже некая выгребная яма, как и ПТСР. Сказали, что это психоз. Какой психоз? Реактивный психоз. В этом психозе элементы псевдодеменции, элементы реактивного параноида, элементы реактивного бреда, полиморфный психоз. Психоз не эндогенный. Говорить о том, что это эндогенный психоз можно только через какое-то время, по выходе из этого психотического состояния. Что известно по анамнезу? Какой-то психопатологии, кроме вегето-сосудистой дистонии, я не нашел. Не служил он по неврологическим заболеваниям. Ничего в анамнезе подозрительного, кроме наследственной отягощенности по линии матери, я не заметил. Попадает человек в длительную стрессовую ситуацию. Мы должны отметить, что состояние это длительное, продолжалось несколько лет. Это не острый стресс, он длился 6 лет, происходило некоторое развитие, реактивное развитие личности, которое имело место в течение длительного пребывания в рабстве. Когда он освобождается, оказывается на воле, его жизнь последние месяцы.... У меня вообще сомнения по поводу психотического состояния. Все-таки человек находился 6 лет в рабстве. Может он не нуждается в психиатрической больнице, лечении галоперидолом, а нуждается в пребывании в социальном учреждении, в социальной длительной реабилитации. Он должен научиться жить заново, у него некий синдром маугли. Я не могу однозначно ответить, это развитие личности или психотическое состояние. В любом случае, он нуждается в длительной ресоциализации, адаптации к новой жизни. Все, что было до 20 лет, было забыто. Здесь социальные работники, психологи должны помочь ему научиться жить заново. — *Если бы Вы не знали анамнез, какой диагноз Вы бы поставили?* — Я бы поставил истерический психоз.

— Достоверность его рассказов или матери весьма сомнительна. На рабство обратили внимание, а на то, что он был женат на дочке хозяина, нет. Это либо рассказы его попутчиков, в компании, либо сформировавшаяся устойчивая фантазия. Учился хорошо, пошел в техникум. В техникуме учился плохо. Не так все было благополучно. Единственная достоверная информация, это характеристика из лица.

— Я работаю в организации по противодействию торговле людьми, использованию рабского труда. К нам очень часто обращались родители таких людей, которые проходили через Дагестан. Только там были кирпичные заводы. Типичные рассказы: сидели в компании, кто-то подошел, подсыпал что-то, проснулись, оказались на предприятии. Если идентифицировать его как пострадавшего от торговли людьми, он подходит. Интересно, было ли заведено уголовное дело? — *Вы видели такое состояние?* — Я работаю на горячей линии по телефону и поэтому такое состояние я не видела. Я только слышала.

**М. Е. Бурно:** Для меня это сложный случай лишь в том отношении, что сведения о больном противоречивы и о движении болезни мало знаем. Судить могут только по статусу. А статус — люцидно-кататонический. Мне этот больной напоминает многих душевнобольных в психиатрическом отделении моей молодости, когда ещё по-настоящему не развернулась психофармакотерапия. Это был 1956 год. Много тогда было кататоников в отделении. Я работал санитаром в 7-ом отделении Больницы Кашенко. Кататоники были разные: одни стояли, как статуи, в вычурных позах, другие находились в кататоническом возбуждении. А были кататоники вялые, как наш пациент, тихо лежали в кровати, закрывшись одеялом. Подходишь к нему из миски его покормить и ждёшь, когда сам поест каши или разрешит ложку с кашей положить ему в рот. А он вдруг на тебя замахивается. Вышибет миску и опять сидит или лежит с отсутствующим взглядом. Какая-то совершается в нём потаённая жизнь внутренняя, как бы и не связан с окружающим, и до меня ему дела нет, замахнулся и опять ушёл в себя. Эта внутренняя жизнь — без помрачения сознания, с особенным, кататоническим, расстройством сознания, но не помрачением, — и в этом смысле “пустая” (люцидная). Иногда с всплеском острой душевной боли. Так больные, бывает, потом уже, без кататонии, вспоминают. То есть это не онейроидная кататония. Вот таких больных мне напоминает Александр. Кататоническое расстройство — это есть глубинное расстройство воли, высшей человеческой функции, способности осознанно совершать или не совершать какие-то движения, поступки. В кататоническом состоянии воля разлажена. И возникает то мимовольное возбуждение, то мимовольное заторможенное (ступорозное) состояние, то всякие другие элементарные движения или остановки. Выскочит из кровати, побьёт нянечку кулаками по спине и снова юркнет в кровать под одеяло. И не виноват он в этом, потому что всё это мимовольное, всё это происходит само по себе, кататони-



чески. Помню ещё с тех времён, что в некоторых случаях кататонические расстройства провоцировались душевными травмами тяжёлыми. Вот и Александр почти недоступен для беседы, не отвечает на вопросы Александра Генриховича, вдруг нелепо замахнулся на него. Замахивание это механическое, “пустое”, не несёт в себе чувства. Он не то, чтобы не хочет говорить с профессором, а просто живёт сейчас “мимо” профессора. Замахивается как бы в мешающую ему пустоту, мимо своей воли. То Александр негативистически сопротивляется всему, обращённому к нему, то пустой, отсутствующий взгляд, глаза закрывает, когда его спрашивают, то вдруг кивает, что, да, бывает страшно. Потом молчит и молчит при всём врачебно-доброжелательном отношении к нему Александра Генриховича. Александр Генрихович серьёзно, искренне желает ему помочь и с добротой говорит об этом. Конечно, это психоз с нелепым поведением, кататония без помрачения сознания, но, возможно, с неведомым нам страданием. Такой больной, при всей внешней безучастности, вдруг может сказать: “Как же мне тяжело!” Вот и Александр в отделении то без причины улыбается, то хмурится и шевелит губами, то вдруг говорит, что его дядю убили. Тут можно исключать психогенное тяжёлое расстройство, органику. Но об этом нет оснований думать. Для меня это эндогенно-процессуальный больной. Я не чувствую какой-то психогенной психологической понятности в его поступках, поведении. Эта психологическая понятность есть даже в тяжёлых истерических случаях, здесь её нет. Да и клиника шизофренически-кататоническая: с мутизмом, негативизмом, импульсивностью (мимовольностью) движений. Это старинная кататоническая шизофрения, которой сейчас мало. Семён Исидорович Консторум, когда ещё учился в Германии, кстати, защитил там диссертацию о соотношении кататонических и галлюцинаторных расстройств. Тут могут быть и есть у Александра рудиментарные нестойкие и нелепо-бредовые расстройства. Спасибо!

— Мне кажется, что наследственность отягощена. И независимо от этого, есть эндогенный фактор. Сейчас трудно говорить о диагнозе, но после окончания острого психотического состояния будет более понятно. По анамнезу есть личностные изменения в позднем подростковом возрасте, т.е. есть преморбид. Мне кажется, что это эндогенный процесс.

**И. С. Павлов:** Высказывания немецких авторов: после этого не значит из-за этого. Да, был плен и все такое, но это не укладывается в рамки посттравматических стрессовых расстройств. Все-таки звучала бы психотравма, какие-то впечатления от этого. А здесь возможно психотравма и наложила впечатление, но она упала на такую почву. Здесь звучит эндогенный радикал, и я бы лечил так, как лечит отделение. Крепелин говорил: “Когда много истерии, это не истерия”. Где у него рентная установка? Какую он преследует цель? При истерическом, даже психотиче-

ском состоянии, есть какая-то подспудная рентная установка.

**А. В. Павличенко:** Он отказывается от еды, его отравили. Он замахнулся на Александра Генриховича. Его поведение дома представляется мне вполне объяснимым, если мы попытаемся не теоретизировать, а взять критерий психологической понятности.

**И. П. Лещинская:** Какой у него психоз? Если бы анамнеза не знали, мы бы сказали, что это кататонно-галлюцинаторный статус с импульсивностью, мутизмом, негативизмом.

**А. Г. Гофман:** Давайте начнем с оценки психического статуса. Это называется галлюцинаторно-параноидный синдром с кататоническими включениями или кататонический статус с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Иначе квалифицировать чем кататонно-параноидное состояние нельзя. Есть все, что нужно для той кататонии, которая не люцидная, не пустая, а где за кататонической симптоматикой стоят галлюцинаторно-параноидные расстройства. Есть бред преследования, причем довольно нелепый: внутренние органы у него хотят отнять. Утверждения, что это касается не только его, но и окружающих. И у врача внутренние органы хотят отнять. Никакой тематической связи с психической травмой нет.

Теперь по поводу психогенных психозов. Есть психогенные психозы, которые возникают, по двум закономерностям. Когда угрожает смертельная опасность. Во время “рабства” психоза не было, иначе его бы немедленно вернули или уничтожили. Психоз начался тогда, когда ситуация разрешилась. В той форме, где никакой связи переживаний с психогенно травмирующей ситуацией нет. Он оказался дома, в психотическом состоянии. А дальше начинается бредовая трактовка поведения окружающих, где никакой связи и той психологической понятности переживаний, о которой писал Ясперс, Вы никак не можете уловить. Какая связь с тем, что мать это не его мать, это подставной человек? Какая связь в том, что его в его городе преследуют и хотят уничтожить? Нелепее поведение: пошел прятаться в подвал. И поведение здесь неадекватное. Вы видели истерика, который мочится под себя? Это бывает только в тех случаях, когда надо симулировать. Поэтому здесь, когда он мочится под себя, это не надо трактовать психологически. Иначе мы должны признать, что это очень опытный симулянт, который стремится таким поведением чего-то избежать. А избежать нечего, это нелепо. Когда могут мочиться? Могут мочиться, чтобы не призвали в армию и когда угрожает смертельная опасность. Ничего этого реально нет. Есть бредовая трактовка того, что происходит. Помимо этого, есть еще и галлюцинаторные расстройства. Говорит, что он слышит голоса. Что касается всей остальной кататонической симптоматики, есть полный набор: и негативизм, и мутизм, и стремление любыми путями уйти от ответа с такими негативистическими проявле-

ниями. Это ступор или субступор с негативизмом. Конечно, теперь такие состояния не очень часто бывают. Вообще кататония, когда началась эра психофармакологии, стала редкостью. Однажды у нас на Ученом Совете один профессор сказал: “Какая кататония? За весь год в остром отделении двух больных видел, у которых это немедленно исчезло после начала терапии”. Это редкость. А вот так, если ничего не знать, то это как раз то, что соответствует описанию кататонической шизофрении, одного из ее вариантов. Конечно, по Снежневскому, есть два основных варианта. Один — это исход длительно текущей шизофрении в кататоническое состояние, а другой — это острые психозы, часто в виде онейроидной кататонии или другой. Это, конечно, ближе к эндогенному психозу, который сопровождается кататоническими расстройствами. Что было у матери? Что это такое, послеродовой психоз, после которого человек становится манерным и имеет группу инвалидности? И он повторяет этот психоз. То же самое. Возник психоз, что будет дальше? Не исключаю, что будет более тяжелое состояние. И там было тяжелое. Несколько месяцев болезни, потом группа инвалидности. Все это подтверждает, что у больного эндогенное заболевание. Вообще, в постстрессовых расстройствах никогда не описывалась такая симптоматика. После травмы мозга может быть все, что угодно: может быть депрессия, может быть мания, а может быть галлюцинаторно-параноидный психоз. Но это после травмы. Постстрессовое расстройство по МКБ-10 выглядит совершенно иначе. Где соответствующие переживания, где возвращения к прошлому? И вообще это другой уровень расстройства. Постстрессовые расстройства — это реактивные состояния, то, что раньше называлось психотравмой с последующим реактивным состоянием, с пониженным настроением. С некоторыми особенностями: постоянное возвращение к прежним переживаниям и некоторые другие детали. Ничего похожего здесь нет.

Теперь по поводу лечения. Я был очень удивлен. Он поступает в остром кататоническом состоянии, полный страха, а ему назначают amitriptilin. Я думаю, что когда у человека есть страх и есть основания квалифицировать это как бредовую симптоматику, amitriptilin ничего не может дать. Я считаю, что адекватная терапия началась с того момента, когда начали вводить zipreksu по 20 мг, а дальше галоперидол в сочетании с аминазином. Конечно, такая терапия через некоторое время приведет к тому, что от психотической симптоматики он избавится. Что будет тогда? Есть два варианта: полный выход из психоза, или Вы обнаружите некоторые проявления дефекта. Думаю, что дефект будет, учитывая то, что было с матерью, и учитывая затяжной характер этого психоза. Всегда очень трудно высказаться о прогнозе, когда Вы видите больного в таком остром психотическом состоянии. Как делали раньше, до психофармакологической эры? Для того, чтобы больной не представ-

лял трудностей с кормлением и всем остальным, внутривенно вводили amitriptilin с кофеином. Если был отказ от еды, кормили через зонд или растормаживали больного и получали объективные сведения: больной рассказывал, что ему голоса запрещают есть или угрожают: если поешь, тебя убьют. Или рассказывал что-то иное. Теперь amitriptilin никто не даст. Это наркотик, его и в аптеке нет. А антипсихотическую терапию, конечно, нужно проводить, проводить постоянно, и на этом пути будет успех. Когда оценивается эффективность современных антипсихотических препаратов, есть точка зрения, что эталонным препаратом остается галоперидол. Все остальное по антипсихотическому потенциалу или приближается к галоперидолу, или не превышает его эффективности. Но может быть 15 мг окажется недостаточным и придется увеличить эту дозировку. Если будут какие-то побочные явления, желателен циклодол. Не знаю только, будет ли он принимать лекарства. При таком негативизме, хорошо, что удастся накормить. По существующим правилам вы должны выдерживать некоторое время, чтобы поставить диагноз шизофрении. Если не придерживаться этого принципа МКБ-10, где надо ждать определенное количество времени, то диагноз шизофрении кататонической можно ставить уже сейчас. Осторожности ради можно ограничиться диагнозом, который был поставлен: “полиморфное психотическое расстройство”. Скажу по этому поводу следующее: если человек выйдет из психотического состояния и будет нуждаться в поддерживающей терапии, то с этим диагнозом ему никто бесплатно лекарств не даст. Придется диагноз менять. Надо это иметь в виду. Если будет картина психического состояния, которое позволит считать, что надо длительно лечить, лучше выписывать с тем диагнозом, который позволяет больных лечить бесплатно, т.е. с диагнозом приступообразная шизофрения или бредовая с эпизодическим течением, или кататоническими как в МКБ-10, но чтобы был диагноз шизофрении.

Этот больной интересен тем, что теперь таких больных нечасто можно увидеть, но время от времени они будут встречаться. Теперь, наверное, чаще, т.к. ликвидирована 7-я больница, и можно будут увидеть больных в остром состоянии.

— *6 лет пребывания в рабстве и как бы их нет?* — 6 лет есть, но 6 лет рабства не могут вести к шизофрении. Они могут спровоцировать эндогенный процесс, но если они провоцируют, то не тогда, когда кончается рабство. — *Но посттравматические расстройства в виде психотических состояний развиваются через год, через два, через 6 месяцев после психотравмы* — Те, которые развиваются при посттравматическом стрессовом расстройстве в такой форме, это ошибка диагностики. Нельзя ставить диагноз посттравматического расстройства, если возникает кататония. — *Кататония есть при биполярных расстройствах, кататония это классический сим-*

птом Бонгеффера. Почему у нас, раз кататония, значит сразу шизофрения? — Сколько Вы видели кататоний, где не было шизофрении, за свою психиатрическую жизнь? Конечно, бывают кататонии при органических поражениях, даже при алкогольной эн-

цефалопатии. Но когда в этом возрасте возникают кататоно-бредовые состояния и нет никаких вредных последствий, кроме психической травмы, это не психогенный психоз. Бонгеффер, кстати, среди экзогенных типов реакции кататонию не рассматривал.

## Учитывая психологическую травму

Елена Черепанова (Бостон, США)

С большим интересом я прочитала клинический разбор в 3 номере за 2010 год представленный В. В. Калининим и Н. В. Правдиной в рамках дискуссии о противоречиях традиционного и современного подходов в диагностике. Я клинический психолог. Я преподаю в Кембридж Колледже (Бостон) и работаю клиническим координатором в Community Mental Health, система частично аналогичная диспансерам, но предлагающая больше различных сервисов. Моя специализация — психологическая травма.

Проблематизация и глубина предложенного качественного анализа случая Сергея Г. произвела на меня большое впечатление, и я ни в коем случае не хочу обсуждать диагностические соображения уважаемых коллег, тем более что я не видела пациента. Я просто хотела бы предложить ряд дополнительных соображений, основанных на протоколах, которые применяются в моей работе, а также на моем опыте специалиста по травме.

Пациент Сергей Г., 21 летний одинокий мужчина, который живет со своей серьезно больной матерью, и много раз был госпитализирован (11 раз!) по поводу суицидальных попыток и настроений. Из его истории видно, что хотя у него сниженный интеллект, и серьезная неуверенность в себе и в своей внешности, он в основном как-то справлялся с требованиями жизни до 2006 года, когда он присоединился к группе потенциальных самоубийц.

С одной стороны, не каждый должен быть доволен своей внешностью, да и внешности бывают разные... Но можно смело предположить, что уже в школе у него были депрессивные настроения, и отношения с противоположным полом не складывались. Возникает вопрос: что произошло в его жизни в это время, достаточно ли социальных стрессов, чтобы объяснить такие серьезные изменения в его личности?

В целом, презентация Сергея Г. напоминает описание диагноза из DSM-IV-R “Пограничное расстройство личности” (Borderline Personality Disorder): хронические и эмоциональные проблемы во взаимоотношениях, серьезные колебания настроения, тенденции повредить себе, зависимость от мнения окружающих, суицидальные попытки, носящие оттенок драматичности, и некоторые другие характеристики.

В этом случае депрессия выступает как коморбидный фактор.

Чаше эта патология проявляется во время пубертата, и она более характерна для женщин. Она проявилась у Сергея Г. позже, но это может быть также результатом позднего созревания в связи с его конституцией.

Пограничное расстройство личности может быть наследственным, развиваться в результате повреждения мозга, но чаще оно тесно связано с историей ранней психологической травмы. Это может быть межперсональная травма, когда родители не заботятся о ребенке или избивают его, или, что еще чаще, когда ребенок является жертвой сексуального насилия. Все эти вопросы я должна была бы прояснить, если бы я работала с Сергеем Г., прежде чем переходить к другим объяснениям. Тем более, что его суицидальные попытки похожи на инфантильное желание отомстить матери и привлечь ее внимание, когда она оставляет его, уходя на лечение.

Я согласна с коллегами, что его тенденции повредить себе, как и его суицидальные попытки оставляют ощущение, что их цель не свести счеты с жизнью, а наоборот- почувствовать себя живым, как это бывает у людей с таким нарушением личности. Тем не менее, он остается в группе высокого риска завершить попытку.

Если бы я работала с Сергеем Г., я должна была бы проверить еще одну линию. Пограничные расстройства личности, как я уже упомянула, более распространены среди женщин. У мужчин я чаще нахожу их среди гомосексуалистов. Хронические проблемы с противоположным полом могут быть одним из индикаторов, вместе с возможностью истории сексуального насилия. Было бы интересно узнать, есть ли в его облике и поведении черты феминности.

Если определено, что Сергей Г. действительно страдает от тяжелой формы пограничного расстройства личности, у нас обычно рекомендуют медикаментозное лечение, чтобы стабилизировать депрессию, но это обязательно должно дополняться психотерапией. Особенно эффективны когнитивно-бихевиоральные методы (Cognitive-behavioral therapy) и диалектическая-бихевиоральная терапия (DBT).

## Психология шизофрении<sup>1</sup>

Йозеф Берце<sup>2</sup> (Вена)

### III. ВЫЧЛЕНЕНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ПЕРВИЧНЫХ СИМПТОМОВ

Мы не знаем, сколько первичных шизофренических симптомов существует, т.е. сколько симптомов шизофрении возникает непосредственно из основного психического нарушения. Единственный признак первичной природы психотического симптома — это невозможность его психологической выводимости из чего-то другого, что было бы само непосредственным выражением основного нарушения. Однако, наше суждение относительно этой выводимости зависит от уровня нашей осведомленности в этой области, от глубины нашего проникновения в данные обстоятельства. Возможно, у нас на сегодняшний день слишком много первичных симптомов; может быть, удастся когда-нибудь два или несколько из них, а то и все свести к одному-единственному, еще нами не понятому. Но, быть может, мы выделяем слишком мало первичных симптомов. Так, нам кажется, что перед нами одна из сторон первичного симптома, в то время, как это самостоятельный первичный симптом.

Прежде всего, первичный симптом должен являться дескриптивно-феноменологической данностью — в противоположность психотическому основному нарушению. Поэтому “ассоциативные нарушения” Блейлера, которые он считает главными среди первичных симптомов шизофрении, не могут быть признаны таковыми. Блейлер называет “симптомом” эти “ассоциативные нарушения”, которые с его ассоциативно-психологических позиций видятся ему психотической основой шизофренического мыслительного нарушения, хотя они — что Блейлер не признает

— только открыты, еще не рассмотрены феноменологически, да и вообще не могут быть полностью охвачены. Для Блейлера шизофреническое нарушение мышления отходит на второй план, он называет его *вторичным* симптомом. И это происходит не только с шизофреническим нарушением мышления, а и с некоторыми другими симптомами, первичную природу которых следует, по меньшей мере, заметить.

Вовсе не следует оценивать одинаково все встречающиеся при шизофрении нарушения мышления. Определенно лишь одно: среди мыслительных нарушений активной процессуальной шизофрении следует выделить *первичное* шизофреническое нарушение мышления. Этому и посвящена глава IV настоящей работы.

Кроме “ассоциативных нарушений”, согласно Блейлеру, чувство первичности дают “состояния помрачения сознания”, во время которых больные стараются придать своим мыслям и движениям определенную целесообразность, и это им не удается. Однако, неизвестно, относится ли “мозговое нарушение, лежащее в основе этих состояний, собственно к шизофреническому процессу или ко вторичным его моментам”. При меланхолических состояниях имеется, якобы, “кроме того, частый вторичный (т.е. психический) генез”.

Груле по праву указывает на то, что при шизофрении нередко “имеет место увеличение или уменьшение не каких-то определенных импульсов, а импульсов вообще, причем (как и при других психозах) плюс или минус может затрагивать более сферу моторики или сферу мышления, или обе эти сферы”. Клейст тоже, по-видимому, это имеет в виду, говоря об усилении-ослаблении активности (Aktivierungssteigerung, Aktivierungshemmung). Следует согласиться с Груле, рассматривающего эти “гипо- и гиперфазы” как психологически ни из чего не выводимый первичный симптом, психологические причины которого “возможно, когда-нибудь удастся вскрыть”<sup>3</sup>. В одном наблюдавшемся автором случае эти шизофрениче-

<sup>1</sup> Psychologie der Schizophrenie von Dr. Josef Berze und Dr. Hans W. Gruhle, Verlag von Julius Springer, 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 Берце и инициативу по ее переводу. Начало — см. НПЖ, 2010, 3.

<sup>2</sup> Проф. психиатрии Венского универ., автор монографии “Первоначальная слабость психиатрической активности” (1914).

<sup>3</sup> Груле заблуждается, ставя на одну доску “гиперфункцию” в “гиперфазе” с недостаточной активностью (Aktivitätsinsuffizienz) в понимании Берце. Он стремится на примере гиперфаз показать, что невозможно “рассматривать только с негативной стороны” момент активности, как



ские гипо- и гиперфазы в течение многих лет менялись ежедневно. У больного регулярно наблюдалось такое состояние: один день, с самого утра, он был почти в ступоре, на другой день, тоже с утра, он был обуреваем импульсами, что придавало его поведению в такие дни резко выраженный маниакальный характер.

Далее **Блейлер**, как и **Ярмеркер** (Jahrmaerker), предполагает, что *предрасположенность к галлюцинациям* следует искать среди первичных симптомов. Но всё же “нельзя исключить, что предрасположенность к галлюцинациям наличествует в психике каждого человека, а шизофрения, подобно многим другим обстоятельствам, предрасположенность эту лишь манифестирует. Несмотря на то, что нет оснований особо подчеркивать эту возможность в отношении галлюцинаций, нам якобы следует считать галлюцинации первичным симптомом, если речь идет о манифестации имеющейся с самого начала предрасположенности, поскольку манифестация эта следует непосредственно из шизофренического основного нарушения. Существует и другая точка зрения, очень важная для нас. При большом феноменологическом разнообразии обманов чувств, встречающихся при шизофрениях, невозможно принципиально решить вопрос о первичной или вторичной природе шизофренических галлюцинаций. **Шредер (Schroeder)** только недавно снова выступил против “единой оценки всех явлений, называемых галлюцинациями” и против их выделения их группы “симптомокомплексов, где они встречаются”. Различными будут и шизофренические симптомокомплексы, частью которых являются галлюцинации. Прежде всего, здесь следует различать между активными процессуальными шизофрениями, с одной стороны, неактивными шизофрениями и реактивными шизофрениями, с другой. Кроме того, среди каждой из этих подгрупп встречаются галлюцинации различного генеза и проявления. *Первичные* галлюцинации бывают, видимо, при *активной* процессуальной шизофрении. Здесь галлюцинирование по природе своей является непосредственным выражением основного нарушения (нельзя также недооценивать возможность реактивного момента). Эти галлюцинации близки к галлюцинациям в состоянии делирия, похожим, по словам Шредера, на “состояния сновидений наяву” и “состояния бредовых картинок”

это делает Берце. Активность в понимании Берце и “импульсы” — это разные вещи. Может обнаруживаться значительное увеличение импульсов при недостаточной активности. И это потому, что существуют не только импульсы, обнаруживающиеся вследствие активности в понимании Берце (собственная активность — *Eigenaktivität*), но и импульсы, порождаемые психологическими причинами (ср. Груле), которые не способны к одновременному усилению и собственной активности. Недостаточная активность дает возможность стать импульсом даже тому, что не может стать импульсом в обычном бодрствующем состоянии. Она благоприятствует становлению импульсов из таких побуждений, которые не исходят от *актуальной* личности.

(Tag- oder Wahntraeume). Таким образом, это состояние, “при которых понижено внимание к внешнему миру, что роднит их с делирием”. В противоположность этим состояниям, большое количество галлюцинаций при *неактивной* шизофрении нельзя считать первичными. Большинство их находится в видимой связи со *вторичными* нарушениями мыслительной сферы, прежде всего, с образованием второстепенных мыслительных цепочек наряду с основной. Поскольку такие второстепенные цепочки могут обладать определенной законченностью, то в содержании галлюцинаций, возникших на их основе, проглядывается более или менее законченная мыслительная картина. То, что эти галлюцинации переживаются как обманы чувств, основано не на выражено чувственном качестве их, как это бывает в случае первичных галлюцинаций активной процессуальной шизофрении. “Не то, чтобы у них отсутствовало какое бы то ни было качество чувственности, но их следует всё же отличать от прочих восприятий. На это указывают и многочисленные сравнения, приводимые больными”. Эти замечания **Карла Шнейдера** не относятся, как он полагает, ко “всем шизофреническим галлюцинациям” без исключения. Но это, определенно, касается большей части галлюцинаций при неактивных шизофрениях и, тем самым, большей части шизофренических галлюцинаций вообще. Уже тот факт, что больные, как правило, точно знают, что имеется в виду, когда их спрашивают о “голосах”, свидетельствует о том, что они проводят четкое разграничение среди этих галлюцинаций и акустических восприятий. То, что придает “голосам” подобие восприятия, происходит в большей степени оттого, что они осознаются именно так, как осознаются именно восприятия. Содержание второстепенных мыслительных рядов “проникает” в основной мыслительный ряд. Эти мысли “прорываются в основную мыслительную цепочку, мешают думать, замещают основные мысли” (Карл Шнейдер). “Я” больного должно терпеть эти “голоса” подобно прочим акустическим впечатлениям, это “Я” находится в одинаковом положении по отношению к “голосам” и уличному шуму. **Шредер** развивает мысль о вербальных галлюцинациях, о которых давно уже принято считать, что это явления того же порядка, что и “мысли вслух”. Он пишет, что, по сообщениям самих больных, “они сами точно не знают, они слышат что-то или сами это думают”. Шредер пишет далее: “То, что, несмотря на это, больные при поверхностной беседе с врачом охотно рассказывают о “звучании своих мыслей”, о *слышании*, и им понятно выражение “голоса” — это лишь объяснение, указывающее на главное: чужеродность этих мыслей по отношению к больному. Этот термин — первое, что приходит на ум, поскольку, если мы сами не продумываем и не произносим какие-то слова, то, значит, мы их “слышим” — иное нам неизвестно”. Что касается “симптомокомплексов с элементами галлюцинаций” Шредера, то следует

упомануть тип, которому, прежде всего, соответствуют многочисленные реактивные шизофрении. Это тип “аффективных комплексов с симптомами болезненно разросшегося чувства собственной включенности в ситуацию (бред отношения)”. Здесь тоже речь идет, большей частью, о голосах, о фонах. В отличие от “вербального галлюциноза” больные “никогда не могут точно определить, что говорится, а только догадываются об общем смысле”. Никогда там не бывает элемента мыслей вслух. К услышанному больше всего подходят слова “вроде”, “будто бы”. “Генетически здесь налицо значительная связь с симптомами бреда отношения”. Особое положение, согласно Шредеру, занимают состояния, обозначенные им как *hallucinosus phantastica*. Они соответствуют, прежде всего, Крепелиновской *paraphrenia phantastica*, а также многим близким к этому случаям *dementia praecox*. На передний план выступает разросшаяся фантастическая бредовая концепция. Помимо речевых слуховых галлюцинаций, здесь большое внимание уделяется общим соматическим ощущениям (сенсациям). Для большого числа обмана чувств является спорным вопрос, обладают ли они для больного чувственным характером. На высказывания больных относительно их сенсаций большое влияние оказывают конфабуляции и парамнезии. Генез этих обманов чувств еще не может быть “сведен к простой формулировке”. Галлюцинирование этого рода ни в коем случае нельзя считать первичным. Оно встречается лишь среди неактивных шизофрений, включая большую часть парафрений.

Следовательно, при шизофрениях бывают галлюцинации различного генеза: 1. преимущественно первичные — при активных шизофрениях, 2. вторичные — типа вербального галлюциноза и фантастического галлюциноза Шредера при неактивных шизофрениях, 3. вторичные, описанные Шредером, в основном, при реактивных шизофрениях и, частично, при осложненных — это галлюцинации, сопровождающиеся аффективным симптомокомплексом с бредом отношения. Еще следует заметить, что только *первичные* шизофренические галлюцинации можно назвать *истинными* галлюцинациями. *Вторичные* же галлюцинации почти всегда оказываются псевдогаллюцинациями различного рода, более или менее близкими истинным галлюцинациям. Ни один другой психоз не дает такое множество разнообразнейших переходов среди псевдогаллюцинаций, как шизофрения.

Следующим первичным симптомом шизофрении следует назвать предрасположенность к *изменению активного сознания*. Кронфельд (Kronfeld) тщательно проанализировал симптомы, вытекающие из этой предрасположенности, относительно их генеза и выражения. Согласно Кронфельду, следует различать, с одной стороны, *качественные модификации* активного сознания, и, с другой стороны, *отсутствие* этого сознания. Первые суть *вторичные* феномены. Они не

содержат ничего характерного для симптоматики процессуального психоза. Они часто встречаются при шизофрении, но и при других психозах тоже. Если существуют генетические предпосылки к “изменению настроения” активного сознания в первичных процессуальных факторах шизофренического типа (шизофренические чувства, “магически”-шизофреническое переживание **Шторха (Storch)** и бредовые переживания), то налицо *специфически*-шизофренические модификации активного сознания. В противном случае они неотличимы от тех, что встречаются и при других психозах, например, при определенных меланхолиях. Следовательно, для этой группы характерно, “что они (эти модификации — Е. С.) не при всех обстоятельствах могут четко указать на свою принадлежность к шизофрении”. Что же касается отсутствия активного сознания, то, согласно Кронфельду, оно характеризуется как *первичное*, психологически не из чего не выводимое отсутствие сознания активного “Я”-переживания”. Подобные “переживания первичного отсутствия активного сознания” мы находим только “при единичных особых мыслительных переживаниях”. В остальном же больной мыслит самостоятельно, при этом у него “сознание соответствует ощущению активности собственного переживания”. Нельзя забывать и о том, что между разнообразными шизофреническими изменениями активного сознания Кронфельда существует генетическое различие. Однако, верно ли утверждение, что в случаях качественных модификаций “Я-переживания” “никогда не наблюдается отсутствие непосредственного “Я-осознания” при внутренних процессах”, и следует ли воспринимать слова больного о том, что у них нет этого осознания как метафору, как “будто бы”. Определенно, следует признать, что в подавляющем большинстве случаев налицо лишь переживания “пониженной собственной активности”, отнесенных Кронфельдом к “качественным”. Непонятно, почему он исключает, что при определенных обстоятельствах может наблюдаться полное отсутствие этого сознания в силу нарушения внутреннего обращения на “Я-переживание”, нарушения внутреннего восприятия”, лежащего, согласно Кронфельду, в основе снижения сознания. Возможность этого не исключает и другую причину отсутствия активного сознания. Но вызывает сомнение утверждение, является ли отсутствие активного сознания — единственное, что принимает Кронфельд — первичным психотическим симптомом. Против этого говорит, прежде всего, тот факт, что это нарушение ограничено “отдельными нечетко описанными действиями или, скорее, психомоторными воздействиями”, “совершенно особыми единичными умозаключениями”. Именно, исходя из этого, следует заключить, что определенные психические воздействия, например, комплексные влияния, полностью лишают эти специфические умозаключения чувства активности собственного сознания. Никаким дру-

гим психическим процессом нельзя в настоящее время объяснить отсутствие активности сознания. Тем не менее, оно *может* и не быть первичным симптомом.

Мы лучше поймем проблему, если уясним, для каких форм шизофрении, которые следует различать с генетической точки зрения, являются типичными переживания *пониженного* активного сознания, с одной стороны, и переживания *отсутствующего* активного сознания (по Кронфельду, это первично), с другой. Переживания пониженного активного сознания — пониженного почти до (полного?) отсутствия — наблюдаются исключительно при *активных* шизофрениях, включая “шубы”. При неактивных шизофрениях, т.е. при остаточных состояниях (Restzustaende), при надстроенных (aufgebaut) реактивных шизофрениях и при так называемых состояниях исхода ничего подобного не обнаруживается. Этим вовсе не сказано, что подобные переживания являются первичными, но они могут быть таковыми. Во всяком случае, вторичность их не доказана. Если Кронфельд полагает, что они происходят “частично из комплексных влияний, частично из модификаций внутреннего “поворота” к внутренней жизни”, то это поистине убедительное теоретическое объяснение; однако, здесь нет психологического указания на какое-то переживание, к которому восходит данное явление. Точно так же, когда **Шильдер (Schilder)** видит причину в том, что “центральное Я не включается, как прежде, в переживания личности”. Есть и другие объяснения. Вот одно из них: “Я” переживается только в действии, оно “проявляется” в поступках. Каждое изменение в поступках влечет за собой изменение в Я-сознании. *Шизофреническое* нарушение интенции<sup>4</sup> проявляется в соответствующем изменении осознания собственной деятельности. Тем самым это нарушение приближается к шизофреническому интенциональному нарушению, рассматриваемому как первичному при шизофрении; оно становится частью этого симптома. Полное отсутствие активного сознания, что Кронфельд считает первичным, обнаруживается, если и не исключительно, то преимущественно при активных шизофрениях. Таким образом, они редко<sup>5</sup> являются процессуальными симптомами; это, как правило, симптомы дефекта. В чем же состоит этот дефект? Примечательно, что Кронфельд вспоминает при описании этого симптома

концепцию сеньюнкции **Вернике (Wernicke)**. Как он верно отмечает, этот симптом объясняет, что “в основе процессов, протекающих при dementia praecox, лежит принцип психомоторной диссоциации”. Вернике тоже говорит, прежде всего, о “дефекте” — хотя и не только о нём, — об “ослаблении” (“в жесткой цепочке ассоциаций”), которое наблюдается в резидуальных параноических состояниях; оно вызвано прежним острым психическим заболеванием, “патологическим процессом”, когда он был “в силе” (“florid”). Этот дефект выражается психически, согласно Вернике, “распадом индивидуальности”. Мы не будем обсуждать патологически-анатомические взгляды Вернике и его мысли относительно связи между соматикой и психическим дефектом, остановимся лишь на Верниковском описании последнего. “Распад личности” означает, согласно Вернике, что “прекращается слияние всех высших связей в единое целое”. Освобождение от жестких оков ассоциаций означает, что определенные мысли, получившие свою репрезентацию в сознании, тенденции, появляющиеся наряду с основной мыслью, приобретают огромное влияние на личность, влияние, выходящее за рамки нормы настолько, что могут пробить себе дорогу в противовес основному мыслительному ряду.

Стоит “сделанные”, “навеянные” мысли шизофреников сравнить с “озарениями” здоровых людей. Общее этих явлений состоит в том, что они появляются внезапно, не в связи с какой-то осознанной Я-тенденцией личности. Поэтому оба эти явления представляются личности субъекта не результатом собственной активности; “Я” по отношению к этим явлениям пассивно. Отличие между этими явлениями состоит, прежде всего, в том, что шизофреник при “сделанных” мыслях чувствует себя не просто пассивным, как здоровый в случае озарения, нет, у шизофреника появляется ощущение насилия со стороны *чужой* воли. Это объясняется тем, что озарения появляются у здоровых людей лишь тогда, когда на общий ход мыслей не направлено специально внимание, необходимое для поддержания (гетерогенных) озарений или когда вообще отсутствует какая-то одна господствующая мысль, т.е. когда налицо внутренняя ситуация *отсутствия сопротивления*. В противоположность этому, больной активно преследует какую-то мысль, а “сде-

<sup>4</sup> Это нарушение интенциональных переживаний может рассматриваться, по Берце, как выражение динамической недостаточности отдельной интенции. Кронфельд полагает, что “в таком случае, интенциональные акты, делающие умозаключения осознанными, не могли бы осуществиться”. Но Берце не это имеет в виду. Акты осуществляются, но их осуществление ущербно, и эта ущербность сказывается в шизофреническом изменении умозаключений. Главный масштаб нарушений определяется, прежде всего, степенью основного нарушения. Комплексные влияния и проч. могут усиливать нарушения, касающиеся каких-то *особых* мыслительных актов. Так, при соответствующих мыслительных процессах, вместо тотального суживания (generelles Verblasstsein) осознания собственной активности, полностью пропадает “сознание активного “Я”, интенциональность”.

<sup>5</sup> Но и это редкое явление сомнительно. Определенно, встречаются при активных процессуальных шизофрениях “искусственно сделанные” мысли, представления, чувства, действия. Но имеют ли они такую же основу, как и при неактивных шизофрениях? Разве здесь не может быть иного основания для *отсутствия* активного сознания, например, того, которое мы квалифицируем как экстремальный случай “снижения”?



ланные” мысли, всё же, “проскакивают”, хотя налицо внутренняя ситуация *присутствия сопротивления*. “Сделанные” мысли внедряются в собственно-активный ход мысли больного и подавляют активную мысль<sup>6</sup>. Многие больные также говорят, что лишь путем величайшего напряжения внимания, предельной концентрации на какой-то одной мысли возможно противостоять “сделанным” мыслям. Многие выражают опасение, что такое напряжение они смогут выдержать недолго и тогда полностью попадут во власть чужим влияниям. Другие уже отказались от этой борьбы, смирились с этим явлением. Хотя после этого внутренняя ситуация больного изменилась, эти сделанные мысли, чувства и пр. сохраняют свой чужеродный характер, видимо, вследствие дальнейшего действия определенной весильной объяснительной мысли.

В соответствии с вышеизложенным, это отсутствие активного сознания никак нельзя назвать первичным. Конечно, его нельзя объяснить каким-то другим психическим переживанием, происходящим в то самое время. Но нельзя отрицать, что за ним стоят тенденции, ставшие самостоятельными вследствие “диссоциаций”. Часто даже можно с легкостью и без особого искусства психоанализа вскрыть содержание этих тенденций. Изучая проблему первичности/вторичности касательно изменения активного сознания, мы столкнулись с феноменом, не вписывающимся в рамки концепции Кронфельда, скорее, противоречащим ей. Переживания пониженной собственной активности, квалифицируемые Кронфельдом как вторичные качественные модификации, являются частичными или сопутствующими явлениями первичного нарушения интенциональных переживаний. Определенное Кронфельдом как первичное отсутствие активного сознания является вторичным феноменом, поскольку в его основе лежат влияния незаметных самих по себе тенденций. Переживания первого типа характерны для активных шизофрений, последнего типа — для определенных неактивных шизофрений, однако, они встречаются и при активных. Первые симптомы являются процессуальными, последние — симптомами дефекта.

Спорной является также первичность так называемого *отчуждения мыслей*. **Бюргер (Buerger)** попытался недавно особо выделить тип отчуждения мыслей, обозначенный им как “блокировка”. Речь идет о том, что “внезапно обрывается нить мысли, словно ее

<sup>6</sup> Кажется, что и прочие моменты могут способствовать этому. Одна больная говорит мне следующее: “Лицевые подергивания, которые у меня сейчас, они не мои”. Почему, спрашиваю. “Я же помню себя настоящую — это не моё”. Точнее, “сделанные” переживания “принадлежат” *изменной личности*. Это то, что, по субъективным оценкам больной, изменилось по отношению к прежней “настоящей личности”.

оборвала чужеродная сила”. Наступает “переструктуризация” сознания, масштаб ее может быть различен, от потери понимания значимых организуемых взаимосвязей элементов действительности до полной потери сознания. При этом возникают нарушения схемы тела. Феномен, при определенных обстоятельствах “неотличимый от переживаний после эпилептического абсанса”, является здесь не в виде “потери” нити по субъективным причинам, а как “объективное и противоестественное” переживание (Генигсвальд — Hoenigswald), вызванное “внепсихическим органическим бессмысленно вступающим в действие моментом”. Кажется, что это, бесспорно, первичный симптом. Как полагает Бюргер, комплексы, определенно, не играют никакой роли в этих “блокировках”, которые следует рассматривать как “органические нарушения мышления”. “Их действие бессмысленно, органично и независимо от сознания и общей психической структуры больного”. Прав ли он? Согласно Бюргеру, нельзя оспаривать тот факт, что при шизофрении бывают блокировки, поводом к которым служат комплексы (Блейлер). Кроме того, нельзя забывать, что при шизофреническом изменении сознания действие комплексов, проявляющееся как блокировка, *можно выявить* частично из общей психической структуры больного; при нормальных обстоятельствах эти комплексы не раскрылись бы. А то, что помимо этого бывают и первичные блокировки в узком смысле, вряд ли можно доказать. С другой стороны, этого нельзя и с уверенностью и опровергнуть. Во всяком случае, возможно, что шизофренический процесс, помимо изменений, лежащих в основе шизофренического нарушения мышления, привносит порой “бессмысленно включающийся момент” органического рода, лежащий, по Бюргеру, в основе отчуждения мыслей. Согласно **Карлу Шнейдеру**, отчуждение мыслей нельзя рассматривать как *изолированное* патологическое переживание. Больные, видимо, осознанно ощущают его как “очень *общее формальное* нарушение переживаний”, специфически шизофреническое. Типичное развитие, начинающееся с нервозности, беспокойства ведет, по Шнейдеру, при органических сопутствующих симптомах через стадию некоей невозможности концентрации и невнимательности, в конце концов, к часто неожиданно наступающему отчуждению мыслей. Это нарушение “касается исключительно мыслей”, при этом под “мыслями” понимаются ненаглядные (нечувственные) переживания предметов, а не “мысли” в значении интенциональной структуры психики. В основе этого нарушения лежит, как и при усталом мышлении, “нарушение, касающееся переживания осуществления, а также переменчивость и темнота мыслей”. Название “отчуждение мыслей” — это как раз результат психологической переработки первичного переживания, переработки, “которая происходит быстро и за короткий период”. Шнейдер в своем



стремлении доказать, что отчуждение мыслей — это проявление общего нарушения переживаний, слишком мало значения придает тому, что отчуждение мыслей как *описательное* явление, выделяющееся из обычного проявления этого нарушения переживаний, имеет, видимо, еще какую-то предпосылку, в результате которой *в определенный момент времени* возникает феномен отчуждения мыслей или изменения, способствующие возникновению этого феномена. Этот момент следует искать в общей психической структуре больного. От нее, видимо, зависит проявление отчуждения мыслей, и этим, по всей видимости, можно объяснить, что у одного больного могут встречаться разные формы отчуждения мыслей (например, “блокировки” в понимании Бюргера и отчуждения мыслей в понимании Шнейдера)<sup>7</sup>. Во всяком случае, ясно, что, с одной стороны, отчуждение мыслей, как мы его обычно наблюдаем, не может быть с уверенностью названо первичным симптомом. С другой стороны, с уверенностью можно сказать, что этот симптом в своем обычном выражении находится в теснейшей связи с, определенно, первичным шизофреническим нарушением мышления. С этим связан тот факт, что истинное отчуждение мыслей наблюдается только при активных процессуальных и при осложнированных шизофрениях<sup>8</sup>.

Крайне трудным является вопрос, касающийся первичных элементов шизофренического *основного настроения*<sup>9</sup>. А у тех, кто не признает первичности шизофренической изменчивости настроения, вообще нет сомнения в существовании шизофренического основного настроения. Элементы его несут в себе трудно поддающееся описанию своеобразие и чужеродность, не говоря уже о том, что различнейшие вторичные компоненты основного настроения, модифицируя и скрывая первичные, присовокупляются к первичным. Во всяком случае, еще никому не удалось

описать исчерпывающе шизофреническое основное настроение. Именно о нем идет речь в высказывании **Ясперса (Jaspers)**: “Мы интуитивно воспринимаем то, что называется шизофренией, но мы не охватываем ее суть, а перечисляем огромное количество ее свойств или мало понятно формулируем её. Каждый из нас постигает эту суть только на собственном опыте общения с такими больными”. Главная трудность состоим в том, что мы собственно первичное, непосредственно данное, лишенное наглядности не сами воспринимаем, а пытаемся делать выводы о его сути на основании высказываний пациентов об их переживаниях, а ведь здесь непосредственно данное претерпевает изменения на пути интенционального осуществления<sup>10</sup>. К тому же, эти переживания сами относятся к таким, которые, даже в своем нормальном виде не имеют адекватного вербального выражения. Дело в том, что они не принадлежат той сфере переживаний, для тонкой характеристики которых в нашем языке существуют точные выражения. И, наконец, когда больные шизофренией имеют переживания, более всего приближающиеся к первичным моментам, то эти больные находятся как раз в той стадии психоза, когда у них особенно нарушена контактность и способность к выражению своих переживаний. Наступило субъективное *изменение*; мы не можем дать ему определение, это неопределимо *жуткое превращение*, которое приписывается то “Я” больному, то миру, то связи между “Я” и миром.

В осознании этого участвуют разные моменты. Без сомнения, один из существенных — это “отрыв от действительности”. Мир представляется больному *чужим*. **Швеннингер (Schwenninger)** справедливо указывает, что “чужой” означает здесь не незнакомый или порождающий чувство “неузнаваемости”. Здесь отсутствует чувство интимной близости, “единения” (**Пфендер — Pfaender**), которое при нормальных об-

<sup>7</sup> Мы согласны с Бюргером, что между этими типами существуют различия не только по степени интенсивности, но и качественные. Но эти качественные различия не объясняют позиции Бюргера, предполагающего, что эти типы “следует рассматривать как *специфически* различные”. Один из моих пациентов страдает “слишком долгим сильным *отнятием* мыслей”. Кроме того, у него бывает “уход” мыслей, это “не отнятие”. Первое происходит, “несмотря на сопротивление” больного, второе возникает “незаметно”, мысль “вдруг пропадает”.

<sup>8</sup> При шизофрениях, ставших неактивными, часто встречается симптом, который нередко смешивают с истинным отчуждением мыслей. Этот симптом имеет мало общего в генетическом плане с отчуждением мыслей. Это *вытеснение* “собственных” мыслей больного “чужими”, “сделанными” мыслями. Некоторые больные “определяют отчуждение мыслей как помеху, характеризующуюся возникновением мешающих побочных мыслей с полной потерей цели мышления” (Карл Шнейдер). В то время, как истинное отчуждение мыслей находится в непосредственной связи с первичным нарушением переживаний, это явление есть выражение существующей деструкции личности или диссоциации, способствующей возникновению побочных мыслительных рядов — словом, это симптом дефекта. Не всегда эти побочные мысли окончательно вытесняют основную, они часто лишь изменяют ее содержание, они “искажают” мысль, заменяя чужеродным вытесненные части собственной мысли больного. Больной вынужден сопротивляться “искусственному извращению” его мыслей. Одна больная жалуется на “искаженность” собственных мыслей вследствие гипноза и объясняет: “Это так утомляет, когда приходится защищаться от этого искажения величайшей бдительностью”.

<sup>9</sup> Под основным *настроением* здесь понимается не расположение духа, настроение в узком смысле слова, а психическое состояние, возникшее вследствие всей совокупности нарушений сознания.

<sup>10</sup> Кронфельд так пишет об этом: “темный, запутанный, неорганизованный и для чувственных переживаний действительно элементарный материал”; он называет это *быть настроенным*. Только интенциональная обработка превращает его в чувственное переживание.

стоятельствах “длительно связывает, более или менее тесно, людей с окружающим миром: окружением, семьей, профессией и т.п.”, в отличие от “разобщенности”, которая относится ко всему, что не является близким. Прекращение единения высокой степени обуславливает отсутствие душевного проникновения в жизнь других людей, постижения живого и психического”.

Следующим существенным нарушением является *переживание своей неполноценности* (Insuffizienz-erlebnis), которое, как правильно полагает О. Кант (O. Kant), может проявляться не только в душевной сфере, но и затрагивать глубочайшие “витальные слои”, так что “доминирует чувство физической измененности”. Переживание неполноценности, “чувство утраты своего Я” или “чувство угрозы” (**Гинрихзен — Hinrichsen**) для “Я” во многих случаях полностью овладевает основным настроением. Из этого непосредственно проистекает гнетущее или пугающее ощущение “душевного *потрясения* и *расшатанности* (Geloestheit)” и, если усиливается чувство неполноценности, то и чувство гибели, и “*желание умереть*” (Ср. Ясперс). Последнее трансформируется при определенных обстоятельствах в известную шизофреническую бредовую концепцию конца света. С другой стороны, на пути гипертрофированного “стремления к самоутверждению”, чрезмерной “тенденции к самозащите” легко впасть в другую крайность и получить завышенную самооценку как “оборотную сторону чувства неуверенности”.

Кроме отчуждения действительности, “воспринимаемого мира” нарушаются и собственные интенциональные переживания, внутренняя деятельность (**Груле**). Она, прежде всего, тесно связана с нарушениями активного сознания — о них уже шла речь, — но имеет и другие последствия. Одна большая рассказывает, например, следующее: “Я работаю теперь по другим *категориям*. Из-за этого я не могу правильно общаться с людьми и довольно плохо понимаю реальность”. Один больной утверждает: “Мои мысли сейчас так изменены, что я сам себя не понимаю. Мои воспоминания извращены”. Таким образом, шизофреник непонятен не только нам, но и себе самому. И насколько часто мы его “не понимаем”, настолько же и он не понимает нас. В нас тоже для него много “непонятного” (“другие категории”!).

Следующим существенным моментом субъективного изменения является *чувство подверженности влиянию со стороны*. Кажется, что вначале это чувство связано с наступающим (в некоторых случаях) отсутствием сознания собственного побуждения. Позже это связывается, прежде всего, “с новым мироощущением шизофреника, в которое он быстро вживается, рефлектируя более или менее, и корни которого лежат в формальной дискретности (Diskontinuitaet) хода мысли больного и его галлюцинаторных переживаний” (**Карл Шнейдер**).

Описанное психическое изменение привлекает внимание, подобно физическому ощущению, когда болезненное изменение какого-либо органа становится заметным и приковывает внимание больного к этому органу. Такой настрой выступает в качестве тенденции к самонаблюдению или, поскольку это возникает и продолжается как навязчивое явление, то как *навязчивое самонаблюдение*. Оно лежит в основе шизофренической *интроверсии*<sup>11</sup>. Она (интроверсия — E. C.) становится тем полнее, чем больший интерес перетягивает на себя самонаблюдение. Интроверсия порождает два значительных последствия. 1. С интроверсией связано нарушение обращенности к внешнему миру вплоть до полного его игнорирования. Отсюда сильный недостаток побуждений, поскольку какие бы то ни было побуждения связаны с внешним миром. Следствием этого является определенная монотонность душевной жизни, которая представлена теперь всё более суживающимся кругом реминисценций. Кроме того, недостаток внимания к внешнему миру приводит к тому, что этот внешний мир воспринимается побочным сознанием. Это, в свою очередь, — основа того, что “все вещи оставляют не то впечатление, что раньше”, что они “не так правдоподобны”, что действительность “не такая уж действительная”, что “к ней надо еще что-то прибавить”, чтобы она стала истинной действительностью”. Восприятие действительности нарушено в том плане, что она потеряла для больного свою значимость. К тому же, все вещи, словно пеленой покрыты или воспринимаются будто издали<sup>12</sup>. 2. Второе важное действие интроверсии состоит в том, что, когда внимание обращается на процессы сознания, на психические процессы — а они нарушены, — то и переживания искажаются. Происходит ли самонаблюдение по доброй воле больного или, как это бывает при шизофрении, в виде патологической навязчивости — в любом случае, оно изменяет наступление и протекание психических процессов (**Юм, Вундт**). Эта закономерность распространяется на все виды переживаний. “Отдаление воспринимаемого мира” значительно акцентировано тем, что процесс восприятия под влиянием самонаблюдения нарушается еще больше той меры, которая вызвана первичным нарушением интенционального переживания. Нарушается и “Я” как

<sup>11</sup> Другие ее основы: страх перед трудностью новой продукции, аффективный настрой на отрицание, негативизм, бредовые концепции и т.д.

<sup>12</sup> Ясперс особенно подчеркивает следующее: более легкие больные “вовсе не утверждают, что изменился мир, просто у них такое чувство, *как будто* всё стало по-другому. При этом видно, что эти больные хорошо ориентируются в действительности, её остро и отчетливо видят, слышат и осязают”. Но это в том случае, когда они, преодолевая интроверсию, обращают свое внимание на мир. А пока продолжается интроверсия, восприятие мира, действительно, искажено.

отражение измененных переживаний” (Шильдер). Совершенно особым образом нарушение затрагивает чувства. Навязчивое самонаблюдение препятствует растворению “Я” в чувствах. Более того, “существуют две тенденции: тенденция к наблюдению и тенденция к переживанию под наблюдением” (Кронфельд). В чувствах мы переживаем — в норме — *только их самих*. Как только “Я” делает чувства объектом наблюдения, чувства перестают быть *истинными*. Тогда “Я” перестает “полноценно переживать” чувства (Шильдер)<sup>13</sup>. Отмирание чувств симпатии, как это описано Куртом Шнейдером, является, действительно, “первично не чем иным, как самонаблюдением, мешающим этим чувствам (Бюргер). Этим неполноценным переживаниям, определенно, соответствует качественное изменение, суть которого особенно трудно постичь; оно может быть охарактеризовано пока лишь как своеобразное, странное, неестественное, зловещее, жуткое и крайне ущербное в своем индивидуальном выражении.

Осознание своей измененности, возникшей в результате первичного отдаления от мира и собственных чувств (Akte), потери единения с миром и разобщения с ним, из первичного переживания собственной неполноценности и — видимо — первичного чувства подверженности чужому воздействию — всё это встречается при активных процессуальных шизофрениях, а именно: пока больной занимается сравнением своих нынешних переживаний с предпсихотическими. В каждом отдельном случае на передний план выступает то один, то другой момент основного настроения. В каких-то случаях это будут *холодность* и *пустота*. Эти черты не имеют ничего общего с равнодушием, яркими чертами многих неактивных шизофрений. Напротив, именно потому, что больной неравнодушен, он замечает, что события не находят отклика в его душе не только в плане чувственного резонанса, но и в смысле интеллектуальной заинтересованности. (СНОСКА: Ничто “не связано с внешними впечатлениями” — ср. Шильдер). В других случаях основное настроение определяет более всего, как уже говорилось, *чувство неполноценности*. Оно является источником внутренней неуверенности, она становится порой мучительной, когда, при определен-

ных обстоятельствах, наступает “скептическая противоречивость” (Ясперс), приносящая вместо живого творчества “вечное” разрушение. Нередко это приводит к тому, что шизофреник сам для себя превращается в проблему. И эта проблема зачастую бывает единственной, занимающей больного. Больной, в своей неясности мышления, обозначает эту проблему как неразрешимую. Она становится “нескончаемой мелодией”, соответственно, “единственным на все времена серьезным переживанием” (Гинрихсен). “Тем самым неполноценность становится источником неуверенности, включая неспособность разрешить “соревнование мотивов” активной позицией. Во многих случаях невозможность такого разрешения объясняется уже тем, что не происходит одновременного представления мотивов (волевых движений, ценностных представлений), их слияния в едином интенциональном акте, так что вопроса борьбы мотивов в обычном смысле просто не происходит. Оторванный от других, равно обособленный, звучит то один мотив, то другой и определяет, независимо от относительной степени своей мотивационной силы, какое-то чувство или побуждение. Смена действующих мотивов часто имеет своим следствием тот факт, что одно и то же переживание вызывает, непосредственно друг за другом противоположные чувства и волевые движения (амбивалентность, амбигенность). Порой кажется, что разные движения души почти сосуществуют, не соединяясь, несмотря на одновременность протекания, и каждое из них имеет свое обособленное действие. И только при определенных обстоятельствах, где важным моментом будет незначительность основного нарушения, допускающая определенную долю рассудительности, только здесь это нарушение мотивации вызовет (или усилит) субъективное чувство неуверенности. В других случаях эта неуверенность просто воспринимается как данность, как одно из непостоянных явлений шизофрении. Прочие истоки чувства неполноценности коренятся в шизофреническом нарушении мышления (IV глава).

Осознание всего вышесказанного порождает массу *неблагоприятных* оттенков настроения, из которых преобладает в разное время то один, то другой. Прежде всего это боязливое напряжение, тревожное ожидание, подавленность, ужас, чувство грозящей опасности, мучительные сомнения, безысходность. Тенденция постоянно защищаться от чувства неуверенности и неполноценности, “потери себя”, “стремление к самоутверждению” (Гинрихсен) могут дать гиперкомпенсацию в настроении. В этом случае приподнятое настроение имеет поверхностный и искусственный характер. Порой здесь имеет место веселье напоказ, игра в веселье, за которой скрывается подавленность. “Часто шизофреник бывает именно подавленно-приподнятым, при этом и то, и другое ярко выражено” (Гинрихсен). Одна большая Гинрихсена говорит, что хорошо одевается, “чтобы компенсировать

<sup>13</sup> По праву Шильдер пишет, в таком случае были бы “реализованы две различные возможности”. “Казалось бы, что, либо чувства неистинны, либо “Я” неистинно чувствует”. С неистинностью чувств Шильдер может согласиться, когда он, ссылаясь на рассуждения Гуссерля, объясняет очевидное: “Истинное чувство кажется мне не чем иным, как очевидное чувство, переживаемое в согласии со всеми тенденциями”. Неистинное чувство “не происходит из глубин “Я”, оно переживается “не в соответствии с чувственным фоном”. А неистинное чувство “Я” основывается на том, что “интенциональное переживание, направленное на собственные чувства, ... не является цельным и завершенным”.



внешней уверенностью внутреннюю неуверенность”. С этим состоянием приподнятости не следует смешивать состояния блаженного просветления, эйфорического экстаза, которые являются фазами или эпизодами при некоторых активных процессуальных шизофрениях. Об этих состояниях мы судим на основании осознания больным “расширения” их “Я” вследствие уничтожения их торможений и ограничений (ср. Гинрихсен). Это “расширение Я” наступает под действием определенных пока еще непонятных причин, вытекающих непосредственно из основного нарушения.

Кроме первичных моментов и близких к ним в образовании основного настроения участвуют и разнообразнейшие вторичные, как-то: негативизм, “аффективный настрой на отрицание”. Далее следуют установки, вытекающие из взаимопроникновения психоза и личности или связанные с бредовыми концепциями.

Совсем по-другому организовано основное настроение при неактивных или ставших неактивными процессуальных шизофрениях. Трудно все их охватить целиком. Осознание своей измененности отступает на задний план. Чем более утверждается новая, “психотическая” личность, тем менее интересна больному его прежняя пре-психотическая. Объективному изменению личности мало-помалу перестает соответствовать субъективное осознание этого. Это осознание сопровождало изменение, становление нового, а когда становление завершилось, динамика превратилась в статику, осознание пропало. Не осознается теперь и внутренняя холодность и пустота. Зато всё более проступают *твердолобость* и *примитивизм* психотической личности. Вместо интроверсии, обусловленной навязчивым самонаблюдением, выступает *вторично* появившийся, соответствующий этой стадии “*аутизм*”. Духовный горизонт сузился, духовная жизнь стала *беднее*. Это оскудение часто доходит до ограниченности одной-единственной идеей, которая, не получая развития, односторонне “прокручивается в голове”, всё время возвращаясь. Из “изолированного существования господствующих отдельных интенций (Eizelakte) (Майер-Гросс) возникли психические *стереотипии*. Остаются только какие-то определенные душевные установки, которые являются единственной формой, при помощи которой больной вступает во взаимоотношения с действительностью (Минковский). Совершенно исчезла скептическая противоречивость, внутренняя неуверенность. Всё поменялось на противоположное. Больной более не сомневается в правильности своего мышления, каждая его мысль с самого начала верна, там нечего исправлять, разумные доводы больной отвергает, он стал неспособен к дискуссии, и аутизм этому способствует. Так, больной остается наедине со своими идеями, он отделился от окружающих, он *одинок*. И в этом ничего не меняет его подчас бурная деятельность в области изобразительного искусства, устного или письменного слова. Потому что больному это

нужно не для того (или не в первую очередь для того), чтобы сообщить что-то миру, а просто из побуждения выплеснуть наружу то, что происходит внутри, а также сформулировать то, что еще не было сформулировано в акте мышления.

Очень по-разному предстает основное настроение при реактивных шизофрениях. Также и при неактивных шизофрениях в основное настроение вносятся различные черты, поскольку они получают реактивную перестройку, а это произойдет быстро или не очень; мы не рассматриваем собственно состояния исхода. Имеются в виду, как уже указывалось, не случаи, где “параноид” выступает на передний план уже в самом начале процессуальной стадии и сопровождается с самого начала весь процесс, где быстро формируются многочисленные и уже изначально запутанные бредовые концепции, т.е. не *dementia paranoides* в обычном понимании этого слова, а имеются в виду формы, названные Блейлером “параноид” и к которым, по мнению этого ученого, относится большинство типичных случаев прежней “паранойи”. По существу, это реактивные психозы, образовавшиеся на базе вялотекущих активных или легких неактивных форм шизофрении. Среди них есть большое число случаев с медленным развитием бреда отношения или значения, или преследования. Развитие этого бреда может остановиться на любой фазе. Обычно это сопровождается галлюцинациями, иногда многочисленными; реже галлюцинации отсутствуют. Даже в случаях, когда бредовые идеи возникают, “как гром среди ясного неба”, мы не должны считать этот момент началом психоза. Там, как правило, был период более или менее выраженного “продрома” (Блейлер). К этой группе относятся, по-видимому, большинство кверулянтов-шизофреников, а также шизофреники-эротоманы и мегаломаны в понимании Блейлера (“пророки, философы и борцы за переустройство мира”). Собственно первичные симптомы всех этих реактивных шизофрений видны лишь тогда, когда под прикрытием вторичных бредовых концепций процесс и далее теплится. Там, где это происходит, может довольно быстро наступить шизофреническая “деменция”. В общем, эти формы оказываются в большой мере “стационарными”. Именно шизофреники-кверулянты, а также параноиды обычного типа, далее, мегаломаны, меньше — эротоманы могут десятилетиями держаться. Но и по истечении долгого срока здесь остается опасность “шуба”, быстро приводящего к слабоумию.

При чисто реактивной шизофрении отсутствует субъективное осознание измененности. Также не чувствуется понижения собственной активности и почти полного отсутствия активного сознания. Больной может оставаться в контакте с окружением. Однако, этот контакт будет измененным в соответствии с содержанием бредовой концепции больного — как правило, духовная жизнь пациента почти совсем ею и ограни-



чивается. Это параноид с настроением оппозиции, защиты. Это шизофренический кверулянт, неуклонно и беспощадно, зачастую агрессивно преследующий свои интересы. Это эротоманы, готовые умереть ради соединения с персоной, вокруг которой вертится их бред. Это мегаломаны, борющиеся за признание со стороны общества<sup>14</sup>.

Уже эта тезисная, несовершенная, вызывающая по многим пунктам нарекания попытка выделить “первичные симптомы шизофрении” и отличить их от внешне сходных, но генетически отличных, показывает, что нам нельзя довольствоваться тем, чтобы в общих чертах дать описание симптоматики “шизофрении”, а затем, занявшись частностями, определить, какую долю в этой общей симптоматологии шизофрении имеют гебефрения, кататония, простая шизофрения, параноид и т.д. Станет ясно, что привести действительную ясность и порядок в симптоматику шизофрении только тогда будет возможно, когда, вместо — чисто внешне — клинической позиции, определяющей классификацию так называемых подгрупп шизофрении, появится позиция диф-

ференциации симптомов. Эта дифференциация будет основываться на различиях между симптомами, относящимися непосредственно к функциональным нарушениям процесса, и симптомами дефекта, возникшими в результате этого процесса или образовавшимися на основе этого дефекта на окольных путях психического развития. Предметом будущих исследований будет следующее: вместо общей симптоматики шизофрений создать 1. симптоматику активных процессуальных шизофрений, 2. симптоматику неактивных процессуальных шизофрений, 3. симптоматику реактивных шизофрений и, наконец, 4. симптоматику осложненных шизофрений. Видимо, возникнет возможность, даже необходимость дальнейшего подразделения — для реактивных шизофрений. Многочисленные противоречия сегодняшней общей симптоматики “шизофрении” получат разрешение, если станет ясно, что между шизофренической процессуальной симптоматикой и симптоматикой дефекта существует — даже должна существовать, — в некотором отношении, противоположность.

<sup>14</sup> Читатель скажет, что в этом тезисном описании шизофренического “основного настроения” нет упоминания известных шизофренических “аффективных нарушений”. Но, как показывает более тщательное наблюдение, их можно правильно оценить только вместе с шизофреническим нарушением мышления. Поэтому краткое описание аффективных нарушений будет дано после описания мыслительных нарушений.

**Региональный конгресс  
Всемирной психиатрической ассоциации**

**КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ  
И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*26 – 28 января 2011 г., Каир, Египет*

**servo@servoegypt.com; www.wpacairo2011.com**

## Почему не требуется получение согласия на госпитализацию лица, не способного по своему психическому состоянию выразить свою волю?

Ю. Н. Аргунова

Закон о психиатрической помощи не содержит прямого регулирования данного вопроса, однако, очевидно, что подпись лица о его согласии на госпитализацию теряет в этом случае свою юридическую силу. Такое согласие не будет соответствовать требованиям о его информированности и добровольности, не будет являться осознанным.

Госпитализация в этих случаях должна оформляться как недобровольная в порядке ст. 29 Закона. Такая необходимость возникает в ситуации, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии измененного сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями, или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию).<sup>1</sup>

Игнорирование указанных обстоятельств может на практике привести к далеко идущим негативным для пациента последствиям. В качестве примера приведем случай из практики НПА России.

Пациент Н. с диагнозом “шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения, нарастающий дефект в эмоционально-волевой сфере” по направлению врача-психиатра районной больницы был госпитализирован в Тульскую областную психиатрическую больницу им. Каменева. Как указано в материалах дела, при поступлении в стационар Н. “лично поставил подпись в истории болезни в графе о согласии на госпитализацию”.

После выписки из больницы Н. счел свою госпитализацию неправомерной и обратился в ОВД с заявлением о возбуждении уголовного дела по ст. 128 УК

РФ — незаконное помещение в психиатрический стационар путем фальсификации его подписи в истории болезни о согласии на госпитализацию.

Из заключения судебно-почерковедческой экспертизы, однако, следовало, что подпись от имени Н. была выполнена им самим, что свидетельствовало о добровольном помещении Н. в психиатрический стационар. Н. был привлечен к уголовной ответственности по ст. 306 УК РФ за заведомо ложный донос о совершении преступления. Врачи больницы были признаны “потерпевшими” по делу. В отношении Н. была назначена СПЭ. Эксперты-психиатры пришли к заключению, что хроническое психическое расстройство, степень выраженности изменений психики лишили Н. в период совершения инкриминируемого ему деяния возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время, как указывалось в заключении, Н. “уголовно-процессуально недееспособен”. Учитывая тяжесть деяния, имеющуюся вероятность повторения противоправных действий, в случае оставления Н. без психиатрической помощи, связь психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя, необходимостью проведения лечебных мероприятий, комиссия сочла, что Н. нуждается в применении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. Суд согласился с заключением экспертов и вынес постановление о применении к Н. принудительных мер медицинского характера.

Анализ обстоятельств дела, изложенных в постановлении суда, позволяет, однако, увидеть совершенно иную картину произошедшего.

Во-первых, в своих показаниях в суде врачи больницы пояснили, что пациенту “было предложено расписаться” в соответствующей графе “непосредственно во время его помещения”. В это время, по их словам, у Н. “наблюдалась дезориентировка и психомоторное возбуждение, в связи с чем имеется запись в журнале регистрации *применения физического стеснения*”.

Во-вторых, судебно-почерковедческой экспертизой было установлено, что “подписи Н. выполнены

<sup>1</sup> Методические рекомендации по организации работы бригад скорой психиатрической помощи, утвержденные приказом Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108.

под влиянием “сбивающих” факторов внутреннего характера (болезненного состояния пишущего лица)”.

Ни врачи, ни сотрудники ОВД, возбудившие дело, ни суд не дали оценку данным фактам, прямо указывающим на нахождение Н. при его помещении в стационар в состоянии, при котором он: 1) не был способен к свободному волеизъявлению и поэтому предложение врачей “расписаться в истории болезни” является в подобной ситуации профанацией, а такое “согласие” пациента не может быть признано юридически значимым, т.к. противоречит духу Закона о психиатрической помощи, 2) не мог сохранить в памяти факт подписания согласия на госпитализацию. Именно на это и указывает последовавшее обращение Н. в ОВД.

На приеме в НПА России Н. продолжал утверждать, что не подписывал никаких документов, что подпись не его, что он отказывался от лечения и требовал выписки из больницы, но его, тем не менее, без решения суда продолжали удерживать в стационаре. Для Н. было полной неожиданностью получить от юриста НПА иное объяснение развития событий: о том, что подпись в истории болезни действительно подлинная, но взята она была у него в момент, когда он не был способен осознавать своих действий и их юридически значимых последствий.

Таким образом, обращение Н. в ОВД с заявлением о возбуждении уголовного дела против врачей больницы являлось следствием добросовестного заблуждения Н. в отношении обстоятельств своей госпитализации. Его действия не содержали состава преступления, предусмотренного ст. 306 УК РФ. Заведомо ложный донос заключается в передаче *сознательно*

искаженной информации о событии преступления. Лицо совершает эти действия умышленно, причем умысел в такого рода преступлении возможен лишь прямой. Заявитель должен сознавать, что сделанное им сообщение о преступлении является ложным, и желать сделать его в соответствующий орган.

В отношении Н. речь может идти не о его невменяемости в момент обращения в ОВД, на чем настаивало следствие (в тот момент он вполне осознавал, что хочет привлечь к ответственности врачей, которые его недобровольно поместили в больницу), а именно об отсутствии в его действиях состава преступления — признака заведомости ложного доноса. Н. был уверен в виновности врачей.

При производстве по делу права Н. были многократно нарушены. СПЭ проводилась в той же самой больнице, в которую Н. ранее госпитализировался и чьи действия оспаривал, что не обеспечивало в полной мере объективности исследования и независимости экспертов. В заключении СПЭ не приводились обоснования необходимости применения принудительных мер медицинского характера, т.е. возможности причинения Н. *иного существенного* вреда, а также его опасности для себя самого. С заключением экспертов Н. ознакомлен не был. Судебное заседание по применению к нему принудительных мер медицинского характера было заочным, несмотря на то, что вопрос о возможности присутствия в судебном заседании перед экспертами не ставился и соответственно не исследовался. Н. был лишен права заявлять ходатайства, лично участвовать в исследовании доказательств.

**Международный конгресс  
Всемирной психиатрической ассоциации**

**ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

*17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия*

**Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org**

## Вправе ли администрация стационара изымать паспорта у пациентов?

Ю. Н. Аргунова

Согласно п. 22 *Положения о паспорте гражданина Российской Федерации*, утвержденного постановлением Правительства РФ от 8 июля 1997 г. № 828, изъятие у гражданина паспорта запрещается, кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ, например, применительно к лицам, заключенным под стражу или осужденным к лишению свободы. Законодательство о здравоохранении таких случаев не предусматривает. Следовательно, паспорта пациентов изыматься администрацией психиатрических стационаров не могут.

Пунктом 83 ныне утратившего силу Административного регламента Федеральной миграционной службы по предоставлению государственной услуги по выдаче, замене и по исполнению государственной функции по учету паспортов гражданина Российской Федерации, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, утвержденного приказом МВД России от 28 декабря 2006 г. № 1105, предусматривалось, что *паспорта могут находиться на временном хранении у администрации лечебных учреждений при поступлении граждан на лечение в психиатрические стационары. Администрация лечебного учреждения была обязана обеспечить хранение паспортов указанных граждан.*

В ныне действующем Административном регламенте, утвержденным приказом ФМС России от 7 декабря 2009 г. № 339<sup>1</sup>, данная норма отсутствует. Статья 39 Закона о психиатрической помощи также не предусматривает обязанности администрации стационара обеспечивать сохранность документов пациента. Таким образом, вопрос о том, вправе ли пациент для выполнения требований о бережном хранении своего паспорта передать его на временное хранение администрации стационара, остается неурегулированным.

В законодательстве не определены также действия администрации в ситуациях, когда пациент не способен выразить свою волю, находится в остром состоянии, грозящем потерей или повреждением документа. Часть 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи допускает ограничение лишь некоторых прав пациента. Они касаются отправления и получения корреспонденции, приобретения товаров, приема посетителей, пользования телефоном, собственной одеждой. При этом ограничение этих прав возможно исключительно в интересах здоровья и безопасности пациентов и других лиц. Интересы сохранности документов пациента, требующие их передачи администрации стационара, в ч. 3 ст. 37 не обозначены, что, возможно, является пробелом в Законе.

На практике главные врачи (зав. отделениями) психиатрических учреждений по представлению лечащих врачей все же принимают решение о временном хранении паспортов таких пациентов администрацией.

С нашей точки зрения, такие действия, хотя и не предусмотрены законом, но могут быть оправданы тем обстоятельством, что они совершаются в ситуации, так называемой крайней необходимости, т.е. при условии, если опасность потери (порчи) паспорта пациентом была реальной и не могла быть устранена иными средствами.

Если все же паспорт, продолжая оставаться у пациента, стал непригодным для дальнейшего использования вследствие повреждения, а также был утрачен (похищен) должностные лица этого учреждения в соответствии с п. 60 Административного регламента вправе обратиться в ФМС России по месту расположения учреждения и представить необходимые документы для замены паспорта гражданину, находящемуся на длительной госпитализации в психиатрическом учреждении.

<sup>1</sup> Российская газета, 2010, 5 марта.



# ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

## Опять религиозный процесс, опять принуждение к нелепому заключению

На наших глазах за последние 15 лет происходит и уже произошло стремительное изменение общественных институтов и самих профессиональных корпораций.

Уже не редкость, когда ученые оказываются фальсификаторами, а эксперты конформными и заранее подобранными людьми. Еще недавно экспертный совет по религии при Минюсте составляли ученые-религоведы, сейчас — ангажированные антикультисты во главе с одиозным Дворкиным, который недавно лично выбрасывал из Храма Христа Спасителя фрукты и виноград, принесенные для благотворительной раздачи детям кришнаитами и представителями других религиозных организаций, с криком “еретические!”. Но это — “цветочки”. Отдел “Э” МВД пытается в числе прочего искоренять так наз. “религиозный экстремизм”, даже если эти организации и эта литература явно полезны в борьбе с алкоголизмом и наркоманиями и т.п. Впрочем, все наименования, попавшие в черный список, тотчас появляются в Интернете, получая тем большую аудиторию. За последние 15 лет психиатрам стало не зазорно, вопреки нашим усилиям, вторгаться в сферу религиозной жизни, религиозных чувств, решать, какие организации вредны, а какие нет. Уже появились соответствующие монографии (Пашковский, Сидоров и др.), на которые можно ссылаться на судебных заседаниях.

Мы приводим полный текст экспертного заключения 2010 г. не как редкий, а заурядный пример политики в области религиозной свободы, так как не за горами очередь атеистов.

### ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ по результатам психолого-психиатрического анализа видеопродукции церкви “Новое поколение”

Для проведения экспертизы было представлено 6 DVD-дисков с записями проповедей Михаила Дарбиняна — пастора протестантской церкви “Новое поколение” в городе Благовещенске Амурской области:

1. Цикл телевизионных программ “Основы успеха” № 1, 2;
2. Пасхальная программа “Исход”;
3. Фильм презентация церкви “Новое поколение города Благовещенска”;
4. Телевизионная программа “Обратить сердца отцов к детям”;
5. Телевизионная программа “Каков грядущий род?”

Перед экспертами было поставлено три вопроса:

1. Реализуются ли в видеоматериалах информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” техники, используемые в психотерапии и относящиеся к прямой или косвенной суггестии (внушению)?
2. Включают ли видеоматериалы информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” различные приемы гипноза, а также приемы нейролингвистического программирования?
3. Оказывают ли используемые техники и приемы психотерапии направленное влияние на психику, в т.ч. на подсознание лиц, участвующих в восприятии деятельности в представленных материалах (если оказывают, указать — какое)?

Ответы на поставленные вопросы:

1. В видеоматериалах информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” реализуются техники, используемые в психотерапии, в том числе и относящиеся к прямой или косвенной суггестии. В качестве примера можно привести использование убеждающих приемов (многократное повторение той информации, которую необходимо внушить слушателем). Применяется также наведение трансовых состояний, при которых прихожане становятся более внушаемыми (уровень внимания сужается) и информация от пастора фиксируется сознанием и в особенности подсознанием, минуя сопротивление и не подвергаясь критическому осмыслению, в результате торможения процесса мышления. Этому также, в значительной степени, способствует и музыкальное сопровождение.

Во всех проповедях пастор часто говорит об очевидных вещах, с которыми нельзя не согласиться любому человеку. Задает вопросы, на которые можно ответить только “да”, что означает еще больший контакт с аудиторией. А затем внушает ту информацию, которая необходима пастору и она уже легко воспринимается, так как не подвергается критике и осмыслению.

2. Видеоматериалы информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” включают

приемы нейролингвистического программирования, в том числе гипнотическое воздействие как его структурный компонент. Контакт с аудиторией создается и поддерживается с помощью вербального и невербального компонентов, являющихся приемами нейролингвистического программирования.

**Вербальный уровень** (лингвистика по всем репрезентативным системам: визуальная, аудиальная, кинестическая, полимодальная), то есть для любого восприятия. Речевые шаблоны влияния: много мотивирующих формулировок на участие прихожан в программах церкви Новое Поколение с использованием различных приемов, например метафор и т.д.

**Невербальный уровень:** высокоамплитудные жесты во всех репрезентативных системах, на всех логических уровнях, но преимущественно на высоких — уровень убеждений, ценностей, идентичности, что создает более сильный контакт с аудиторией. Очень грамотно проводится жестами маркировка информации и т.д.

3. Используемые техники и приемы психотерапии оказывают направленное влияние на психику, в т.ч. на подсознание лиц, участвующих в восприятии деятельности церкви в представленных материалах. Находясь длительное время в состоянии суженного сознания, которое достигается различными методами, прихожанами могут быть приняты неадекватные решения в области финансовых, семейных и других отношений. Музыкальное сопровождение способствует вышеперечисленным эффектам, в связи с дополнительной перегрузкой сознания. Данные условия квалифицируются как стрессовые. В результате нервная система и психическая деятельность истощаются, снижаются резервные силы организма, следствием чего являются психические и физические расстройства.

Зав. кафедрой психиатрии, наркологии  
и клинической психологии АГМА,  
д.м.н. Дудин И. И.  
Врач психотерапевт высшей категории  
АОПБ Оксендлер С. Г.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

### на экспертное заключение по результатам психолого-психиатрического анализа видеопроодукции церкви “Новое поколение” и психолого-психиатрический анализ аудио-видео дисков Церкви “Новое поколение”

Настоящее заключение составлено 2 ноября 2010 г. по запросу Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Владимира Петровича Лукина

на основании следующих материалов:

1) ксерокопии Экспертного заключения по результатам психолого-психиатрического анализа видеопроодукции церкви “Новое поколение”, проведенного д.м.н. Дудиным И. И. и Оксендлером С. Г.;

2) ксерокопии искового заявления прокурора города Благовещенска № 847 от 17.08.2010;

3) ксерокопии определения Благовещенского городского суда Амурской области от 27.09.2010 г. о назначении судебной экспертизы;

4) аудио-видео дисков:

4.1. “Открытие Библейской школы 2009 (семинары)”;

4.2. Фильм — презентация церкви “Новое поколение” города Благовещенска “15 лет успеха”;

4.3. Пасхальная программа “Исход”;

4.4. Музыкальный проект “Силуэты”;

4.5. Работа. Счастье;

4.6. Отношения. Позитив. Здоровье. Деньги.

4.7. Телеверсия проповеди “Обратить сердца отцов к детям”;

4.8. Телеверсия проповеди “Богач и Лазарь”;

4.9. Телеверсия проповеди “Каков грядущий род”;

4.10. Телеверсия проповеди “Любите их, или вы их потеряете”;

4.11. Телеверсия проповеди “Пшеница и плевела”;

4.12. Телеверсия проповеди “Способность и характер”;

4.13. Телеверсия проповеди “Команда победителей”;

4.14. Документальный фильм “Лекарство от рака”;

4.15. Ток-шоу “Мужчины с Марса, женщины с Венеры”;

4.16. Проект “Почитая родителей”;

4.17. Дневник соревнований “Амурский Самсон”;

4.18. Фильм “Армения Нового поколения”

для ответа на следующие вопросы:

1. Содержат ли DVD информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” признаки использования психотерапевтических методов: внушения, гипноза, нейро-лингвистического программирования?

2. Представляет ли просмотр DVD информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” угрозу психическому и физическому здоровью?

3. Являются ли научно обоснованными ответы экспертов на заданные им вопросы?

Экспертное заключение “Психолого-психиатрического анализа пяти DVD информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” дано на трех страницах, из которых только две неполных страницы,

напечатанные через два интервала, посвящены ответам на заданные вопросы.

Заключение грубо нарушает Инструкцию Минздрава 12 августа 2003 г. “Заключение СПЭ”, так как не содержит необходимой рубрикации, лишено предписываемой структуры, носит крайне небрежный общий среднеарифметический характер, не содержит никаких конкретных примеров, его объем мал настолько, что сам обнаруживает поверхностный характер заключения, не указана даже дата составления экспертного заключения. Из пяти перечисленных аудио-видео-дисков диск презентации церкви “Новое поколение” явно не рассматривался, так как эксперты игнорируют ряд важных обстоятельств, в частности, видеодокументацию трансов.

Эксперты, отвечая на заданные вопросы, сами продемонстрировали их внушающее действие на себя, не встречающее критической рефлексии, необходимой экспертам. Все три вопроса, заданные экспертам, сформулированы некорректно, и эксперты были вправе указать на это обстоятельство и не отвечать на них, либо объяснить суду, как их следует переформулировать, и ответить только при этом условии.

Свои ответы эксперты должны были соотносить с общим смыслом гражданского иска прокурора — “незаконным осуществлением медицинской деятельности посредством использования психотерапевтических методов (внушения, гипноза, нейро-лингвистического программирования), не имея на это ни лицензии, ни дипломированных специалистов, имеющих сертификаты”, что якобы представляет “угрозу здоровью людей”. Поэтому во всех вопросах речь идет о психотерапии как медицинской технике, о медицинском использовании психотерапии.

Но как хорошо известно и зафиксировано в “Психотерапевтической энциклопедии” под редакцией проф. Б. Д. Карвасарского, психотерапия “в настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов, а представляет собой всего лишь их сочетание и частично взаимодействие... с чрезвычайно широким спектром применения... как особый вид межличностного взаимодействия”. Психотерапия используется как метод лечения, как метод влияния в процессе обучения, как метод манипуляции с целью социального контроля и как “комплекс явлений, происходящих в ходе естественного взаимодействия и общения людей”.

Между тем, во всех вопросах к экспертам имплицитно присутствует убеждение в чисто медицинском характере психотерапевтических методов, тогда как в простом общении, а тем более в деятельности любого педагога, лектора, священника, в любом спектакле, фильме, телепередаче прямая и косвенная суггестия — самая обычная вещь. Любое общение связано с воздействием на подсознательном уровне и суггестией. Внушение — это такое психологическое воздействие,

которое вызывает непосредственный эмоциональный отклик, резонируя, притягивая или отталкивая, побуждая к определенным действиям. Это делает неуместным первый вопрос, который придает обвинительный смысл повседневному естественным процессам. Однако прокурор вкуче с сотрудниками Центра по противодействию экстремизму демонизировали эти явления, так же как гипноз и нейролингвистическое программирование или НЛП (наименование, блефующее своими возможностями, что естественно для усиления воздействия). НЛП — отработанная стереотипная 6-шаговая последовательность определенных приемов, которая с самого начала использовалась не только в психотерапии, но и педагогике, менеджменте и т.д. Гипноз — это сужение сознания за счет полного сосредоточения внимания на содержании внушения и его послушное доверчивое исполнение в промежуточном состоянии на грани сна и бодрствования, которое достигает одного из трех уровней — сонливости, каталепсии, сомнамбулизма. Ничего этого мы не обнаружили на дисках. Мы также не встретили описания такого воздействия на кого-либо в имеющихся документах. Возможно, такое воздействие испытали прокурор и эксперты, однако они наверняка не сделали благотворительное пожертвование в пользу церкви “Новое поколение”.

Что касается трансовых состояний, возникающих, в частности, при наложении рук пастора, сопровождающихся падением и длящихся секунды, то это процедура просветляющего, очищающего, освобождающего и целительного характера, что подтверждается психотерапевтами и всеми, кто испытал такое воздействие. Трансовые методы позаимствованы психотерапией из религиозных практик, для которых они являются традиционными. Поэтому оспаривать в судебном порядке их применение религиозными организациями, обвиняя последние в медицинской деятельности без лицензий и сертификатов, нелепо. Эти методы по преимуществу осуществляются наедине с собой, поэтому какие-либо запреты в этой области еще более нелепы. Наконец, эти техники рассчитаны, прежде всего, на психически здоровых людей и людей с неглубокими психическими расстройствами невротического круга и применяются как альтернатива алкоголя и наркотиков. Они не рекомендуются в большой психиатрии. Непрофессионалы узнают об этих методах из психотерапевтических и психиатрических словарей и на этом основании наивно заключают об их медицинском происхождении и характере. Между тем, самый высокий уровень этих техник — прерогатива монахов мистических направлений, которые есть во всех религиях, включая православие.

На самом деле, проблема лежит вне медицины. Когда речь идет о возможных злоупотреблениях, необходимо доказательство того, имело ли место злоупотребление доверием, так как можно заслужить доверие, а можно втереться в доверие.

Пытаясь обосновать ответ на второй вопрос, эксперты нагромождают иноязычные термины явно для наукоподобия, так как налицо их полная бессодержательность в качестве обвинения при переводе на общедоступный язык: действие на все органы чувств на словесном и несловесном уровнях, мотивирующие формулировки, использование метафор, жесты, обращение к высоким ценностям — все это не является доказательством ни гипноза, ни нейролингвистического программирования.

Третий вопрос недопустимым образом содержит утверждение, которое еще не доказано: *“оказывают ли используемые техники и приемы психотерапии направленное влияние на психику, в том числе на подсознание?”*. Конечно, оказывают, но не как медицинские психотерапевтические техники, а как проповедь любого священнослужителя, выступление чтеца-декламатора эмоционального текста, воздействие воспитателя и т.д., в том числе и на подсознание, в чем нет ничего запретного и что совершенно банально. Любая информация проходит через подсознание, но направленное влияние оказывает лишь та, которая обнаруживает себя в поведении людей. А это всегда их свободный выбор, в который никто не вправе вмешиваться. Высокая общественная полезность деятельности церкви зафиксирована на DVD презентации церкви “Новое поколение” г. Благовещенска устами представителей администрации и Думы города, их благодарностью за сотни возвращенных к нормальной жизни наркоманов и отбывших срок заключенных. В деле социальной реабилитации наркоманов религиозные и общественные организации часто добиваются больших успехов чем врачи. В этих случаях используются термины “социотерапия” или “психокоррекция”, а не собственно медицинские — “лечение” или “психотерапия”.

О “суженном сознании” можно говорить при любой целенаправленной деятельности. И это опять-таки дело свободного выбора. Эксперты стирают грань психологического и психиатрического использования этого термина, совершенно бездоказательно придавая ему клиническое значение. На вопрос: *“Какое влияние?”* эксперты отвечают, что *“используемые техники и приемы психотерапии оказывают направленное влияние на психику, в т.ч. на подсознание лиц, участвующих в восприятии деятельности церкви в представленных материалах. Находясь, длительное время, в состоянии суженного сознания, которое достигается различными методами, прихожанами могут быть приняты неадекватные решения в об-*

*ласти финансовых, семейных и других отношений. Музыкальное сопровождение способствует вышеперечисленным эффектам, в связи с дополнительной перегрузкой сознания. Данные условия квалифицируются как стрессовые. В результате нервная система и психическая деятельность истощаются, снижаются резервные силы организма, следствием чего являются психические и физические расстройства”*.

Это анекдотическое заявление вызывает, учитывая профессиональный уровень экспертов, убеждение, что они посмеялись над оказанным на них давлением, которое просматривается нам в манере иска прокурора. Можно подумать, что люди будут только и делать, что постоянно смотреть представленные аудио-видео-диски, и что их воздействие настолько мощно, что люди будут принимать “неадекватные решения в области финансовых, семейных и других отношений”. Даже в состоянии действительного гипноза и даже его самого глубокого сомнамбулического уровня человек не совершает действия, противоречащие его внутренним установкам и ценностям.

Итак, на основании изучения представленных DVD, заключения экспертов и других указанных материалов можно, корректируя вопросы, заданные экспертам, ответить на них следующим образом:

1. Никаких признаков, позволяющих говорить о медицинском и немедицинском использовании каких-либо специальных суггестивных техник, гипноза и нейролингвистического программирования, ничего, что имело бы отношение к психиатрии и медицинской деятельности, не имеется.

2. Все проанализированные тексты и видеосюжеты информационного агентства “Телевидение Нового Поколения” не содержат никаких деструктивных внушений, ничего, что вредно влияло бы на психическое и физическое здоровье или было чревато такой угрозой. Наоборот, выступает их позитивное действие на настроение и социальные установки присутствующих, что видно по полным залам и реакции присутствующих, по 17-летней деятельности церкви “Новое Поколение”, которая была у всех на виду и заслужила благодарность населения и властей города Благовещенска.

3. Ответы экспертов носят крайне обобщенный оценочный характер, нарушают установленные правила Инструкции Минздрава 2003 г., а обоснование ими своих ответов научно несостоятельно.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова



## Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права, 2010, № 2

В. В. Мотов (Тамбов)

Журнал открывается редакционной статьей, подготовленной судебными психиатрами из Канады Dominique Bourget, MD и Gary Chaimowitz, MD.: “Судебная психиатрия в Канаде. Путь к признанию профессии” (Forensic Psychiatry in Canada: A Journey on the Road to Specialty).

Канадские врачи стали выступать в судах по уголовным делам в качестве экспертов в области психиатрии с 1880-х гг. Как отмечают авторы, с созданием в 1969 г. профессиональной организации американских судебных психиатров — Американской академии психиатрии и права (ААПП), занимающиеся судебной психиатрией канадские психиатры получили возможность оформить членство в ней (некоторые избирались президентами ААПП). В 1989 г. была основана ассоциация канадских судебных психиатров — Канадская академия психиатрии и права, как отделения ААПП для Канады. В 1995 г. она получила самостоятельность. В 2009 г. судебная психиатрия стала третьей официально признанной в Канаде субспециальностью психиатрии (после детской и геронтопсихиатрии).

Обратим внимание, что и в США, и в Канаде разработка стандартов для программ специализации и усовершенствования по судебной психиатрии (как, впрочем, и по другим медицинским специальностям), а также и аккредитация таких программ находятся в руках медицинского сообщества, государство практически не вмешивается в этот процесс. С 2011 г. чтобы стать судебным психиатром в Канаде начинающему врачу понадобится не менее 6 лет напряженной профессиональной учебы — стажировки (5 лет — резидентура по общей психиатрии, заканчивающаяся экзаменом и 1 год — чисто судебно-психиатрическая подготовка и также экзамен). Авторы не указывают нагрузку канадского резидента-психиатра, однако, учитывая схожесть американской и канадской программ и зная, что на третьем-четвертом году резидентуры будущий американский психиатр трудится 70 – 80 часов в неделю, можно получить представление об интенсивности работы его канадского коллеги. Сравним с тем, что имеем в России..

Авторы признают, что формальное выделение судебной психиатрии в качестве отдельной специальности встречено в Канаде не без критики. Высказываются опасения в отношении возможности “разлома”, фрагментации психиатрии; в качестве примера приводится тот

факт, что многие детские психиатры уже отказываются посещать конференции по общей психиатрии, не находя в них какой-либо пользы для себя. Критики утверждают также, что лишь небольшое число психиатров желает специализироваться в судебной психиатрии. Анализ информации, касающейся функционирования программ по судебной психиатрии в США, показывает, что большинству из них, как правило, не удается заполнить все имеющиеся у них места. Тем не менее, авторы смотрят в будущее с оптимизмом и оценивают перспективы развития канадской судебной психиатрии как “захватывающие”.

Вторая редакционная статья называется: “Ветераны [военной службы] и система правосудия: следующий судебный рубеж” (Veterans and the Justice System: The Next Forensic Frontier). Автор — Debra A. Pinals, MD., директор программы судебного образования, права и психиатрии в медицинской школе Массачусетского университета.

Судебно-психиатрическая подготовка в США, как отмечает автор, обычно не включает в себя специальные темы, касающиеся ветеранов. Между тем в опубликованном Rand Corporation в 2008 г. докладе отмечается, что начиная с октября 2001 г. в военных операциях в Афганистане и Ираке участвовали более 1,6 млн. американских солдат. Многие из них страдают от “невидимых ран войны” — ПТСР и травматического поражения головного мозга (часто сочетающихся), осложненных злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Сформировавшаяся в период участия в боевых действиях “боевая ментальность” может препятствовать адаптации к гражданской жизни и приводить к арестам и лишению свободы.

В 2004 г. ветераны составляли примерно 10 % заключенных в тюрьмах США. 90 тыс. освобождающихся ежегодно из американских тюрем — ветераны.

Обеспокоенность большим количеством американских ветеранов военной службы в местах лишения свободы приобрела общенациональное звучание и стимулировала поиск мер для решения проблемы. Одна из них — создание специализированных “судов для лечения ветеранов” (Veteran’s Treatment Courts) — по примеру существующих уже два десятка лет наркологических судов и чуть более десяти лет — психиатрических судов. Первый “ветеранский” суд появился в США в 2008 г. Общая схема следующая: если психическое расстройство (чаще комбинация психического расстройства и зависимости

от алкоголя или наркотиков) является фактором в совершении преступления (как правило, преступление не должно быть тяжким и связанным с применением насилия), суд предлагает ветерану выбор: признать себя виновным и, оставаясь на свободе, подвергнуться обязательному лечению (обычно в амбулаторных условиях по месту жительства) в рамках контролируемой судом лечебной программы, либо отбывать наказания в тюремных условиях. Предварительные результаты такой работы суда (на сайте: [www.nadcp.org](http://www.nadcp.org)) выглядят оптимистично.

Первое, что можно сказать о помещенной в разделе “Специальные статьи” публикации Clarence Watson, JD, MD, Kenneth J. Weiss, MD, and Claire Pouncey, MD, PhD “Ложные признания, экспертное свидетельство и его допустимость в качестве доказательства в суде” (False Confession, Expert Testimony, and Admissibility) это то, что она большая.

Второе — ее вряд ли можно назвать образцом последовательности и ясности изложения. Возможно, впрочем, авторы следовали “правилу Перкинса”. Доктор Перкинс — преподаватель психиатрии в медицинской школе Университета Джорджа Вашингтона, сформулировал его *ex tempore* на моих глазах. Стажируясь под руководством Перкинса, я первое время слегка комплексовал по поводу “славянского” акцента в английском: казалось, некоторые пациенты (в особенности, чернокожие американцы) понимают меня недостаточно хорошо. Перкинс, сам афроамериканец, с которым я заговорил об этом, спросил: “Когда Вы говорите с ними, Вы себя понимаете?”. Я ответил: “Вполне”. “Так что же беспокоиться! — воскликнул он, — не понимают — их проблема”.

Обратимся, однако, к тексту статьи. Многие подозреваемые, указывают авторы, по различным причинам дают ложные или не заслуживающие доверия признательные показания и позже оспаривают их допустимость в качестве доказательства в суде. В некоторых юрисдикциях обвиняемому разрешается предъявлять суду заключение эксперта — психиатра или психолога в отношении того, как психическое состояние обвиняемого может объяснить появление ложных признаний.

По мнению авторов, подобного рода экспертное заключение должно основываться на (1) знании научной литературы из области социальных наук относительно того, как следователь и подозреваемый взаимодействуют друг с другом в процессе допроса, и как воля и мотивация подозреваемого направляются в нужное следствию русло, а также на (2) клинических данных, результатах психометрических тестов, медицинской документации, характеристиках. Как полагают авторы, внимательный анализ всей этой информации позволит эксперту “с достаточной научной определенностью” сообщить суду, как и почему в данном конкретном случае подозреваемый поступал вопреки своим собственным интересам. При этом “от эксперта не ожидается, что он будет высказывать мнение относительно истинности или ложности признательных показаний, но лишь имеются ли научные доказательства, поддерживающие утверждение обвиняемого о ложности его показаний”. Например, эксперт может свидетельствовать, что “имеющиеся научные данные из области социальной психологии показывают,

что в ситуации стресса человек может проявлять реакции адаптации, которые причиняют ему вред, и что обвиняемый с пограничным расстройством личности, находясь в состоянии тревоги, сформировал нереалистичное представление, что ложное признание вины приведет к отмене содержания под стражей”.

По мнению авторов, вопрос о полезности эксперта для суда сводится к двум пунктам: (1) если показания эксперта помогают присяжным в оценке достоверности признаний, они допустимы в качестве доказательства; (2) если ничего не добавляет к имеющимся у присяжных “общим знаниям”, они избыточны и потому недопустимы в качестве доказательства. Что касается “общих знаний”, авторы ссылаются на недавнее исследование 502 потенциальных присяжных в 38 штатах, показавшее, что многие из присяжных не знают основных прав подозреваемых и обвиняемых, не знают, способен ли следователь распознавать ложь лучше, чем обычный средний человек, недооценивают количество подозреваемых, дающих признательные показания и считают, что помощь эксперта была бы им полезна.

Авторы обращают внимание, что хотя исследования индивидуальной восприимчивости и податливости психологическому давлению в группах несовершеннолетних и лиц с задержкой умственного развития показали, что определенные психические характеристики и качества личности могут способствовать даже ложных признаний, эти исследования не смогли доказать ни наличия причинной связи этих качеств с ложными признаниями, ни того, что несовершеннолетние и лица с задержкой психического развития не способны давать надежные показания.

Авторы допускают, что при определенных обстоятельствах подозреваемый с активным психозом, неспособный провести границу между реальностью и бредом, может добровольно предоставить ненадежную информацию. Однако, утверждают они, нет научных исследований, которые бы установили причинную связь между психозом и ложными признаниями. Отсутствие такой связи, как указывают авторы, имеет место и при других психических расстройствах.

В чем же тогда ценность психиатрического или психологического заключения в подобных случаях? Во-первых, утверждают авторы, эксперт может снабдить присяжных и суд знаниями относительно причин ложных признаний и рассеять широко распространенное представление, что люди, если они не больны психически или не подвергаются пыткам, не станут ложно обвинять самих себя. Второе, эксперт может свидетельствовать о наличии или отсутствии психического расстройства и о психическом состоянии подозреваемого в период дачи признательных показаний. Хотя проведенные научные исследования не смогли доказать наличие причинной связи между определенным психиатрическим диагнозом и ложным признанием, эксперт может предоставить информацию присяжным об особенностях имеющегося у подозреваемого психического расстройства и помочь *присяжным* установить, является ли данное психическое расстройство причиной заявления обвиняемого о

даче им ложных признаний или согласуется ли оно с ними.

Таким образом, позиция авторов заключается, в сущности, в следующем: поскольку эмпирические доказательства связи психиатрического диагноза и ложных признаний отсутствуют, вопрос установления причинности, а также соответствия выявленных экспертом психических или психологических нарушений заявлению обвиняемого о ложных признаниях должен быть оставлен на усмотрение присяжных.

Следующая статья, на которой хочу остановиться, называется “Влияние программы специализации по судебной психиатрии на результаты экзамена для психиатров, проходящих резидентуру по общей психиатрии” (The Effect of a Forensic Psychiatry Fellowship Program on General Psychiatry Residents’ In-training Examination Outcomes). Авторы: Stacy M. McBain, MD, Jeremy A. Hilton, MD, Carol. R. Thrush, EdD, D. Keith Williams, PhD, и J. Benjamin Guise, MD. Первый из авторов — начинающий психиатр, проходящая годичную первичную специализацию по судебной психиатрии в рамках программы по судебной психиатрии университета штата Арканзас, последний — директор этой программы, остальные — преподаватели психиатрии и биостатистики того же университета.

Как отмечают авторы, Совет по аккредитации программ последипломного профессионального образования врачей начал аккредитацию программ подготовки американских судебных психиатров в 1996 г. К настоящему времени аккредитовано около 40 таких программ. От себя добавлю, что в США государство, хотя и финансирует большинство программ специализации и усовершенствования врачей через систему Medicare, напрямую не занимается контролем их качества. Так, упомянутый Совет по аккредитации является частной некоммерческой организацией, образованной в 1981 г. Американской медицинской ассоциацией, Американским советом по медицинским специальностям, Ассоциацией американских госпиталей, Ассоциацией американских медицинских колледжей, Советом обществ по медицинским специальностям. В 2008 – 2009 академическом году количество аккредитованных Советом программ резидентуры по 130 специальностям и субспециальностям приближалось к 9 тысячам ([www.acgme.org](http://www.acgme.org)). Замечу также, что лет 40 назад будущие американские психиатры получали первичную общепсихиатрическую подготовку так же, как это происходит сейчас в России — в годичной интернатуре. Одного года обучения считалось достаточно. По мере развития общества повышались требования к качеству врачебных знаний и навыков: первичная профессиональная подготовка врача становилась все продолжительнее и насыщеннее, сменила название, превратилась в резидентуру, и на сегодняшний день длится от 4 лет (для общих психиатров) до 6 – 10 лет (для кардиохирургов).

Одним из условий аккредитации программы субспециальности является необходимость показать, каким образом она намерена взаимодействовать с программой базовой специальности (например, обучение судебной

психиатрии с обучением общей психиатрии) и в частности, достаточно ли клинического материала и преподавателей для поддержки обеих программ.

Как отмечают авторы, до того, как в университете штата Арканзас начала функционировать программа по судебной психиатрии (с 2005 г., выпускает 2-х судебных психиатров в год), в общепсихиатрической резидентуре рассматривалось очень ограниченное количество вопросов судебной психиатрии. Например, резиденту первого года обучения предлагались лекции по оценке риска насильственных действий и технике дачи экспертных показаний в суде, резиденту второго года — по праву на психиатрическое лечение и на отказ от лечения, третьего — по субстандартному лечению и профессиональной небрежности, дееспособности и конфиденциальности. Всего: 4 – 7 часов за четыре года резидентуры.

После введения программы количество часов возросло до 12, появились дополнительные занятия по введению в судебную психиатрию, основам права, способности предстать перед судом, невменяемости, симулятивному поведению, анализу отдельных экспертных случаев. Интересующиеся судебной психиатрией психиатры-резиденты четвертого года обучения получили возможность посещать лекции для судебных психиатров, проводить под наблюдением преподавателей по судебной психиатрии обследование испытуемых для решения вопросов, касающихся вменяемости и способности предстать перед судом.

Авторы сравнили результаты экзамена для резидентов-психиатров за 2 года непосредственно предшествовавших запуску судебно-психиатрической программы (2004 – 2005) и последующие 2 года (2006 – 2007).

Полученные ими данные свидетельствуют о некотором улучшении (с пограничной статистической достоверностью) результатов по теме “детская психиатрия” и статистически достоверном значительном улучшении результатов, как по общей оценке психиатрических знаний, так и по таким темам, как “соматические методы лечения”, “алкоголизм и злоупотребление контролируемые веществами”, и, в особенности, по судебной психиатрии.

Авторы с осторожностью отмечают, что дизайн исследования ограничивался сравнением экзаменационных результатов и не включал в себя специальное исследование вопроса, является ли связь между улучшением экзаменационных оценок общепсихиатрического экзамена и введением программы по судебной психиатрии причинной. Они также обращают внимание, что исследование ограничивалось рамками одного университета и данными за относительно короткий период времени.

“Ритуал и “подпись” в серийном сексуальном убийстве” (Ritual and Signature in Serial Sexual Homicide) — статья под таким названием помещена в разделе “Регулярные статьи”. Авторы — Louis B. Schleisinger, PhD, Martin Kassen, MA, V. Blair Mesa, MA, и Anthony J. Pinizzotto, PhD. Первый из них — профессор судебной психологии в городском университете Нью-Йорка, второй и третий — аспиранты программы судебной психологии того же университета, последний — старший на-



учный сотрудник отдела поведенческих наук ФБР, Квинтико, штат Вирджиния.

Авторы обращают внимание на “поразительный контраст” между “невероятным интересом” публики к фильмам, газетным статьям, телепрограммам о серийных сексуальных убийствах и скудностью научных исследований по теме. Krafft-Ebing сообщал о сексуальных убийцах, которые убивая жертву, заполняли ее рот грязью, вытаскивали из волос шпильки, и часто забирали с собой какую-нибудь принадлежащую ей вещь или безделушку, как правило, не имеющую материальной ценности. Подобные (обычно повторяющиеся) действия, которые представляются не имеющими значения с точки зрения “успешности” завершения преступления, описывались позже и другими авторами.

Отделом поведенческих наук ФБР идентифицированы два основных компонента поведения серийных сексуальных убийц на месте преступления: *modus operandi* (сознательно используемая преступником техника совершения преступления) и повторяющееся поведение, не являющееся необходимым для “успешного” завершения преступления. Было также показано, что поведение сексуальных преступников очень часто вырастает из их девиантных сексуальных фантазий, в которых убийство и определенные “ритуальные” действия являются элементами, необходимыми для достижения состояния сексуального возбуждения (более чем в 80 % случаев содержание мастурбаторных фантазий серийных сексуальных убийц имело прямое отношение к характеру совершенных ими преступлений и поведению на месте преступления). Поскольку повторяющиеся и напоминающие ритуал действия проистекают из фантазий преступника, фантазий сугубо индивидуальных, специфичных, предполагалось, что направляемые фантазиями ритуалы являются такими же уникальными и специфичными, как, к примеру, подпись человека, и могут рассматриваться в качестве своеобразной “визитной карточки”. В то же время, как указывает ряд авторов, “визитная карточка” может обнаруживаться не в каждом из серии преступлений (например, из-за отсутствия у преступника достаточного времени, различных внешних обстоятельств, мешающих выполнению ритуалистических действий).

Собственное исследование авторов показало, что из 38 серийных сексуальных убийц 37 (97,4 %) демонстрировали ритуалистическое поведение в отношении, по крайней мере, двух жертв в серии. Из этих 37 преступников 33 (89,2 %) совершали ритуалистические действия в отношении всех своих жертв. Авторы разделили ритуалистические действия на “обычные” и “необычные”. К обычным они отнесли 14 разновидностей (например, связывание, нанесение гораздо большего числа ран, чем необходимо для наступления смерти жертвы и др.), к “необычным” (13 разновидностей) — например, принуждение еще живых жертв поедать уже убитых, принуждение жертвы к совершению полового акта с собакой преступника и др. Как указывают авторы, 70,3 % лиц в их исследовании совершали как минимум, одно из “обычных” ритуалистических действий и одно из “необычных”.

Авторы также анализируют вопросы, касающиеся тем ритуалов, эволюции ритуалистического поведения во времени, взаимоотношения ритуала и “подписи”, “экспериментирования” преступника на месте преступления и ряд других. Не стану на них останавливаться, отмечу лишь, что коллеги, занимающиеся темой профессионально, не зря потратят время, прочитав соответствующие разделы рассматриваемой статьи.

В завершении обзора — “Псевдокоммандос” — убийца: Часть 2. Язык мести” (The “Pseudocommando” Mass Murderer: Part II, The Language of Revenge). Автор — James L. Knoll, IV, MD — директор программы судебной психиатрии в SUNY Upstate Medical University, Сиракузы, штат Нью-Йорк. Статья является продолжением опубликованной в предыдущем номере Журнала.

В статье автор главным образом анализирует обращения, записанные двумя лицами перед совершением ими массового убийства типа “псевдокоммандос” (подробнее о “псевдокоммандос” — убийстве см. НПЖ, 2010, 2, с. 79). Он начинает с предположения, что преступник не стал бы утруждать себя подготовкой, видеозаписью и доставкой своего обращения в программу теленовостей, если бы оно не имело для него большого значения и если бы он не считал, что это обращение несет важную информацию для других.

Как полагает автор, внимательный судебно-психолингвистический анализ обращения может позволить выявить личностные характеристики преступника, его когнитивный стиль, наличие у него психических расстройств, получить представление об уровне его образования, религиозной ориентации и принадлежности к определенной культуре. Автор, в частности, ссылается на ряд исследований, указывающих на наличие связи между частотой употребления в тексте местоимений, метафор, метонимий и уровнем дистресса, характером мотивации, этническими особенностями и рядом других параметров. Он также обращает внимание на публикацию Back, et al. (2008), в которой показано, что email адрес человека может нести определенную информацию о структуре его личности.

Вместе с тем, автор предупреждает, что предлагаемые им объяснения не являются экспертным заключением, но лишь рабочей гипотезой, т.к. изначально ограничены невозможностью обследования испытуемого, недоступностью коллатеральной информации и рядом других обстоятельств. Ссылаясь на параграф 7.3 Принципов медицинской этики АПА с комментариями, специально применимыми к психиатрии (психиатр может поделиться с публикой своими знаниями психиатрических вопросов, однако, его формулировки должны носить общий характер), автор отмечает, что в его намерения не входит обнародование своего профессионального мнения о специфических диагнозах в данных двух случаях, но лишь высказывание общих гипотез о мотивах и психопатологии.

Несколько примеров авторского анализа видео-обращения Seung-Hui Cho, студента Вирджинского технического университета, который в 2007 г. убил 33 и ранил 24 человека в университетском кампусе, после чего за-



стрелился. Пакет, посланный Cho в американскую телекомпанию NBC, содержал записанное на CD обращение из 1800 слов и 43 фотографии (Cho в военной куртке с двумя пистолетами и большим охотничьим ножом, в угрожающих позах, наводит пистолеты на видеокамеру, приставляет пистолет к своему виску и нож к своей шее).

Автор начинает анализ “манифеста” Cho с фразы: “*У вас были сотни миллиардов возможностей и способов избежать сегодняшнего*”. Фраза эта, по мнению автора, предполагает, что до дня стрельбы Cho смотрел на себя, как на человека, ведущего список примеров дурного обращения с ним и упущенных окружающими возможностей избежать трагедии. Выраженный элемент экстернализации вины, замечает автор, самоочевиден и имеет продолжение в следующем предложении: “*Но вы решили пролить мою кровь. Вы зажали меня в угол. Решение было ваше. Сейчас на ваших руках кровь, которая никогда не будет смыта*”. Cho, обращает внимание автор, не просто “назначает” жертвам определенную меру вины, но всю вину, целиком и без остатка. Изображает себя не только полностью свободным от какой-либо вины, но великодушным, давшим своим жертвам “бесчисленные” возможности избежать трагедии. Патологичность его “я-концепции” находит выражение в том, что для него недостаточно представить себя невиновным. Его “эго” настолько “расшатано”, что требует большего — стать “героической” жертвой во имя “спасения” слабых, стать не просто “хорошим”, но богоподобным: “*Из-за вас я умираю как Иисус Христос, чтобы вдохновить поколения слабых и незащищенных людей... Если не для себя, для моих детей и моих братьев и сестер, которых вы ругательство. Я делал это для них*”. Как замечает автор, выражение “моих детей” представляет интерес в том смысле, что у Cho, насколько известно, не было детей (также как не было и доказательств наличия у него бредовых расстройств). Это заявление может свидетельствовать, что он еще дальше и еще претенциозней продвигает метафору Христа и зловеще признает свое желание “вдохновить” других (автор ссылается на недавнее исследование Mullen, показавшее, что те из “псевдокоммандос”, кого удавалось захватить живыми, ссылались на предшествующие, оставившие по себе дурную славу, примеры массовых убийств). В противоположность его фантазиям о себе как добром герое, “другие” изображаются им гнусными садистами: “*Вы варварски разрушили мое сердце, изнасиловали мою душу, подвергали пыткам мою совесть. Вы думали, что уничтожали жизнь одного жалкого парня*”. Как пишет автор, метафоры, используемые здесь, чрезвычайно мощны и изображают “других” разрушителями наиболее интимных сторон его внутреннего “я”, что свидетельствует о выраженности его персекуторных переживаний. “Жалкий парень” — по мнению автора, свидетельство низкой самооценки Cho (можно возразить автору, что в данном контексте фраза может выражать не самооценку Cho, а, скорее, его восприятие оценки его “другими”, оценки, с которой он вряд ли согласен). По мнению автора, для Cho не было необходимости включать в текст это ключевое выражение, однако он сделал это. И это единственное место в

его манифесте, где он, с точки зрения автора, возможно невольно, открывает другим свою собственную хрупкость и страх в отношении собственной малоценности.

Подобным же образом автор исследует обращение другого “псевдокоммандос” — убийцы — Jiverly Wong — 41 летнего вьетнамского иммигранта (этнического китайца), приехавшего в Америку в 1990 г., а в апреле 2009 г. убившего в г. Бингхэмптон, штат Нью-Йорк 13 человек и покончившего с собой. В отличие от первого случая, здесь речь идет о психически больном человеке с активными бредовыми идеями преследования, отмечавшимися со времени переезда в Америку.

Заканчивая анализ этих двух случаев массового “псевдокоммандос” — убийства, автор замечает: “Неприятная правда состоит в том, что такие события чрезвычайно трудно предотвратить”, однако иногда ретроспективный анализ может обнаружить “окно возможностей”, дававшее шанс остановить ведущее к трагедии развитие событий.

Одна возможность предотвращения трагедии, по мнению автора, может находиться в руках третьих лиц: члены семьи, друзья, знакомые, работодатели, коллеги могут быть свидетелями высказываемых угроз, беспокоящего поведения, могут знать, или догадываться о намерении совершить преступление, и могут информировать власти.

Другая — средства массовой информации. На СМИ, пишет автор, лежит обязанность сообщать о подобных преступлениях таким образом, чтобы преступнику не удалось достичь своей цели — добиться сенсационной дурной славы, способной влиять на других. СМИ не должны героизировать преступника, не должны описывать методы его действий или количество жертв. Им, как полагает автор, следует перенести внимание с преступника на жертв, на усилия общества по оказанию помощи пострадавшим.

Следующая возможность — законодательство. Более высокий риск совершения массовых убийств существует в странах с менее строгими законами относительно контроля оружия. Как отмечает автор, в Австралии после широко освещавшегося в прессе массового убийства на Тасмании в 1996 г. были быстро внесены изменения в закон об оружии и введен запрет на владение гражданскими лицами полуавтоматическим, помповым оружием и винтовками. И если в течение 18 лет до запрета было зафиксировано 13 случаев применения огнестрельного оружия с массовыми жертвами, в течение 10,5 лет после запрета — ни одного.

Наконец, внимание к культуральным проблемам. Испытываемый иммигрантами стресс, связанный с адаптацией к новой культуре, у ранимых личностей может протекать особенно тяжело, сопровождаться чувством отверженности, ощущением социальной изоляции. Ответом может стать враждебность и агрессия. В некоторых случаях превентивной мерой может оказаться облегчение иммигрантам доступа к психиатрической помощи, оказываемой профессионалами, имеющими подготовку в области транскультуральной психиатрии.

## Роль различных факторов в развитии рецидивов при хроническом алкоголизме

А. С. Меликсетян<sup>1</sup>

В статье приводятся сведения о характере и особенностях течения длительных и коротких ремиссий при хроническом алкоголизме, факторах, актуализирующих влечение и провоцирующих возникновение рецидива. Приводится краткая характеристика обследованных больных, особенности формирования алкоголизма и его течения, развития патологической симптоматики.

**Ключевые слова:** хронический алкоголизм, ремиссия, рецидив.

Рецидивам алкоголизма посвящен ряд работ отечественных и зарубежных исследователей [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Однако многие вопросы остались недостаточно изученными. Так, мало освещены вопросы о связи рецидивов с типом течения алкоголизма, со временем возникновения (возрастом) и последовательностью появления основных проявлений заболевания. Не подвергались строгому анализу сочетания обстоятельств, способствующих возникновению рецидива, не учитывались закономерности течения алкоголизма при использовании широко применяемых методов опосредованной психотерапии.

С целью выявления закономерностей наступления рецидивов при длительных и кратковременных ремиссиях и установления роли различных обстоятельств в возобновлении злоупотребления алкоголем обследовано 100 больных алкоголизмом с ремиссионным течением заболевания.

В работе использовалось понятие “срыв” ремиссии [1, 2], под которым понималось употребление алкоголя во время ремиссии без появления утраты количественного контроля и похмельного синдрома. Под рецидивом понималось возобновление злоупотребления алкоголем в форме многодневного пьянства с обязательным вынужденным опохмелением [1, 2].

С целью установления причины возникновения рецидивов алкоголизма и особенностей их клиники в 2007 – 2009 гг. проводилось исследование в отделении психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, МНИИП Росздрава. Одна из задач исследования — выявить роль различных факторов в возникновении рецидивов хронического алкоголизма.

Всего обследовано 100 человек (все мужчины). Во всех наблюдениях диагностирована “алкогольная за-

висимость средней степени”. Все обследуемые находились на стационарном лечении и принимали участие в исследовании на добровольной основе. Во всех случаях установлен диагноз “алкогольная зависимость средней степени”. При установлении диагноза использовались критерии И. В. Стрельчука (1940), А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1973), А. Г. Гофмана (1985). Диагноз заболевания соответствовал шифрам по МКБ-10 — F10.24 (синдром активной зависимости — употребление в настоящее время); F10.30 (синдром зависимости, ААС без осложнений). Для обследования были отобраны пациенты, у которых возник рецидив заболевания (многодневное пьянство с опохмелением) после воздержания от приема спиртных напитков в течение трех месяцев и более. Были обследованы больные как с короткими ремиссиями (не более 6 месяцев), так и с длительными (один год и более).

Лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями /шизофрения, заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства эндогенной природы, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями, больные хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, больные алкоголизмом 3 стадии, а также больные в возрасте моложе 25 лет и старше 60, в исследование не вошли. Из исследования исключались те пациенты, у которых злоупотребление алкоголем сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ.

В соответствии с поставленными задачами были использованы следующие методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический. Анализ полученных данных проводился с использованием методов математической статистики.

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии Росздрава.

Для выявления и анализа факторов, способствующих наступлению рецидивов, анализировались многие показатели: уделялось внимание семейной отягощенности алкоголизмом и психическим заболеваниям, преморбидным характерологическим особенностям; образовательному уровню; устанавливалось, когда возникали первоначальные изменения реактивности организма в отношении алкоголя (повышение выносливости, эпизоды амнезии состояния опьянения), когда наступала утрата количественного и ситуационного контроля за потреблением спиртного, в какие сроки возникало изменение отношения к употреблению спиртных напитков и появлялась психическая зависимость от алкоголя. Регистрировались возраст начала употребления, злоупотребления спиртными напитками, возраст появления патологического влечения к опьянению (психическая зависимость от алкоголя), возраст утраты количественного контроля и появления похмельного синдрома, когда формировался абстинентный синдром, стадия болезни, выяснялись мотивы и обстоятельства, способствовавшие злоупотреблению алкоголем, как в преморбидном периоде, так и на этапах становления и развития алкогольной болезни, уточнялись длительность ремиссий, их характер, глубина, особенности течения; влияние активных методов терапии, обратная динамика симптомов, характерных для алкоголизма; особенности реадaptации и реабилитации больных в зависимости от сроков полного воздержания, устанавливались причины рецидивов болезни, их особенности, выявлялась роль различных факторов в возникновении рецидивов. Уточнялся социальный статус больного, его динамика в зависимости от формы течения болезни, регистрировалось отношение больного к потреблению алкоголя и алкогольным проблемам в различные периоды жизни; частота и характер сопутствующих соматических и неврологических заболеваний.

Использовался Глоссарий (1991 год) — методическое пособие, составленное в Московском НИИ психиатрии, включающее наиболее часто используемые обозначения основных проявлений алкоголизма, с целью диагностики и оценки динамики состояния под влиянием изучаемого метода терапии.

Для подсчета и обработки полученных данных использовались программы “Microsoft Excel”, “Statistica 6”.

### КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ

Для статистической обработки полученных данных использовались программа Statistica 6.0 Copyright Stat-soft, Inc. 1984 – 2001. Экспериментальный материал по количественным признакам анализировался с помощью непараметрических методов статистики. Использование непараметрических методов обуславливалось полученными формами распределения (ненормальное распределение) и нелинейной связью ме-

жду количественными признаками. Для анализа связи был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмана. Выбор статистического метода определялся задачей исследования и характером полученных данных. В тех случаях, когда данные имели количественные значения или путем ранжирования переводились в качественные признаки, использовался непараметрический коэффициент корреляции Спирмена  $R$ . В работе применялся уровень значимости  $p < 0,05$ . Для анализа роли факторов, влияющих на возникновение рецидива, проводился факторный анализ.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Алкоголизм отмечался у родственников 49 % больных, психические заболевания — у 3 %, в 48 % наблюдений ни психическими заболеваниями, ни алкоголизмом родственники не страдали. У больных отсутствовало сочетание семейной отягощенности алкоголизмом и психическими заболеваниями. Установлена статистически значимая связь между длительностью ремиссии и семейной отягощенностью алкоголизмом ( $R = 0,45; p = 0,03$ ). Это можно объяснить тем, что ряд пациентов с отягощенной алкоголизмом наследственностью могли брать пример с близких родственников, у которых возникали длительные ремиссии. Эти больные были лучше информированы о последствиях заболевания на примерах родственников.

По преморбидным особенностям и видам акцентуации характера больные распределились так: гипертимный тип — 16, циклоидный тип — 2, лабильный тип — 0, астеноневротический тип — 1, сензитивный тип — 5, психастенический тип — 5, шизоидный тип — 5, эпилептоидный тип — 10, истероидный тип — 6, неустойчивый тип — 0, конформный тип — 3, смешанный — 21, не установленный (слабовыраженный) — 26.

Поводом для начального эпизодического употребления спиртных напитков в большинстве случаев являлся “ритуальный” мотив (50 %). Употребление алкоголя было также связано с желанием испытать опьянение, эйфорию (30 %), повысить настроение (20 %). Алкоголизация чаще происходила в компании сверстников (68 %) и старших по возрасту товарищей (29 %).

Уровень образования был достаточно высок, 51 % больных получили высшее образование.

Установлена статистически значимая связь между временем первого употребления и возрастом возникновения алкогольных палимпсестов ( $R = 0,46; p = 0,03$ ). Также удалось выявить статистически значимую связь между временем первого употребления и возрастом возникновения патологического влечения к алкоголю ( $R = 0,46; p = 0,03$ ). Эти признаки являются одними из первых симптомов начальной стадии алкоголизма, в силу чего установленная связь логически объяснима: чем раньше у пациентов происходит

Таблица 1. **Возраст возникновения основных симптомов заболевания**

Симптомы заболевания	Средний возраст
Возраст больных при обследовании	44,7 ± 10,8
Возраст начала употребления алкоголя	15,9 ± 2,6
Возраст начала употребления алкоголя в дозе свыше 300 мл крепкого спиртного с частотой 2 – 3 раза неделю	25 ± 6,9
Возраст возникновения первичного патологического влечения к опьянению	23,7 ± 7,3
Возраст утраты количественного контроля	26 ± 9,6
Возраст утраты ситуационного контроля	31 ± 15,6
Возраст утраты рвотного рефлекса	16 ± 14,3
Возраст возникновения алкогольных палимпсестов	26,7 ± 8,1
Возраст возникновения амнестических форм опьянения	29,2 ± 11,0
Возраст возникновения начальных проявлений абстинентного синдрома	25,9 ± 8,0
Возраст возникновения развернутого абстинентного синдрома	28,9 ± 8,4
Возраст начала опохмеления	30,5 ± 9,6
Длительность заболевания к моменту обследования	19,6 ± 9,4

знакомство с алкоголем, тем раньше возникают начальные проявления хронического алкоголизма.

Между возрастом появления патологического влечения и возрастом возникновения ряда симптомов отмечается статистически значимая связь. Данные представлены в таблице 2.

Установленную связь можно объяснить следующим образом: появление патологического влечения является определяющим фактором в развитии разнобразной симптоматики хронического алкоголизма. В силу этого закономерно, что чем раньше появляется первичное патологическое влечение, тем раньше формируется вышеперечисленная симптоматика. Таким образом, раннее развитие первичного патологического влечения закономерно приводит к более раннему развитию первой стадии алкоголизма и более быстрому переходу заболевания ко второй стадии.

Была выявлена статистически значимая связь между возрастом утраты количественного контроля и возрастом начала злоупотребления алкоголем (таблица 2). Чем раньше у пациента возникает утрата количественного контроля, тем раньше он переходит к злоупотреблению алкоголем, так как организм “путем регулярных тренировок” адаптируется к более высоким дозам. Это, в свою очередь, способствует утрате насыщения прежними дозировками и больные быстрее переходят к злоупотреблению спиртным в больших дозах (700 мл и более крепких спиртных напитков). В дальнейшем это ведет к более раннему началу опохмеления, более раннему возникновению начальных проявлений ААС, а затем развернутого ААС, и более раннему переходу к запойному пьянству (таблица 2).

Установлена статистически значимая связь между возрастом начала употребления 300 мл водки более 2 – 3 раза в неделю и возрастом возникновения харак-

терных проявлений начальной и средней стадии алкоголизма (таблица 3).

Отсутствует статистически значимая связь между возрастом утраты ситуационного контроля и возрастом возникновения ранее описанных симптомов хронического алкоголизма, а также возрастом утраты рвотного рефлекса и возрастом возникновения описанной симптоматики. Это свидетельствует о том, что, несмотря на длительное течение алкоголизма и закономерное возникновение определенных стадий заболевания, утрата рвотного рефлекса наблюдалась не у всех пациентов. Этот характерный признак изначально отсутствовал у определенного количества больных и не обнаруживался в ходе течения заболевания. Несмотря на значительное увеличение дозирок потреблявшегося алкоголя, защитный рвотный рефлекс не возникал. Утрата ситуационного контроля не является обязательным признаком алкоголизма. Необязательную утрату ситуационного контроля можно объяснить следующим образом: формирование ситуационного контроля во многом определено отношением общества к употреблению спиртных напитков. Поэтому ситуационный контроль определяется в значительной степени социальными факторами, а не только биологическими, и направлен на активное подавление влечения к алкоголю. При формировании хронического алкоголизма, когда утрачивается количественный контроль и пациенты осознают, что не смогут остановиться и в опьянении поведение окажется непристойным, они стараются избегать соответствующих ситуаций, контролируя количество принятого алкоголя и стараясь не превышать “критической” дозы. Превышать критическую дозу больные позволяют себе в условиях, где это позволительно. С момента прогрессирования заболевания утрата ситуационного контроля объясняется актуализацией вто-



Таблица 2. Взаимосвязь появления первичного патологического влечения, возраста утраты количественного контроля, возраста начала злоупотребления со временем появления иной симптоматики

	Появление патологического влечения		Возраст утраты количественного контроля		Возраст начала злоупотребления	
	R	p	R	p	R	p
Возраст первого употребления алкоголя	R = 0,46	p = 0,03	–	–	R = 0,94	p = 0,00
Возраст начала употребления более 300 мл водки 2 – 3 раза в неделю	R = 0,94	p = 0,00	R = 0,90	p = 0,00	–	–
Возраст появления патологического влечения	–	–	R = 0,93	p = 0,00		
Возраст начала утраты количественного контроля	R = 0,93	p = 0,00			R = 0,90	p = 0,00
Возраст возникновения алкогольных палимпсестов	R = 0,91	p = 0,00	R = 0,87	p = 0,00	R = 0,89	p = 0,00
Возраст возникновения амнестических форм опьянения	R = 0,76	p = 0,00	R = 0,79	p = 0,00	R = 0,83	p = 0,00
Возраст возникновения начальных проявлений абстинентного синдрома	R = 0,76	p = 0,00	R = 0,74	p = 0,00	R = 0,79	p = 0,00
Возраст возникновения развернутого абстинентного синдрома	R = 0,77	p = 0,00	R = 0,77	p = 0,00	R = 0,84	p = 0,00
Возраст повышения толерантности до 700 мл и более крепкого алкоголя	R = 0,80	p = 0,00	R = 0,74	p = 0,00	R = 0,80	p = 0,00
Возраст начала опохмеления	R = 0,78	p = 0,00	R = 0,80	p = 0,00	R = 0,87	p = 0,00
Возраст возникновения запойного пьянства	R = 0,76	p = 0,00	R = 0,82	p = 0,00	R = 0,85	p = 0,00

Таблица 3. Взаимосвязь возраста начала опохмеления, появления алкогольных палимпсестов, амнестических форм опьянения со временем появления иной симптоматики

	Возраст начала опохмеления		Возраст появления алкогольных палимпсестов		Амнестические формы опьянения	
	R	p	R	p	R	p
Возраст возникновения алкогольных палимпсестов	R = 0,88	p = 0,00	–	–	R = 0,87	p = 0,00
Возраст возникновения амнестических форм опьянения	R = 0,93	p = 0,00	R = 0,87	p = 0,00	R = 0,87	p = 0,00
Возраст возникновения начальных проявлений абстинентного синдрома	R = 0,88	p = 0,00	R = 0,82	p = 0,00	R = 0,79	p = 0,00
Возраст возникновения развернутого абстинентного синдрома	R = 0,97	p = 0,00	R = 0,86	p = 0,00	R = 0,90	p = 0,00
Возраст повышения толерантности до 700 мл и более крепкого алкоголя	R = 0,88	p = 0,00	R = 0,85	p = 0,00	R = 0,86	p = 0,00
Возраст возникновения запойного пьянства	R = 0,98	p = 0,00	R = 0,87	p = 0,00	R = 0,94	p = 0,00

ричного влечения. Больной рассчитывает, что выпьет немного и остановится, однако при превышении “критической” дозы он с трудом удерживается в социальных рамках. В результате возникает средняя степень опьянения. Обследованные больные — это пациенты с высокой социальной адаптацией, возможно благодаря этому у некоторых из них сохранен ситуационный контроль.

Чаще пациенты злоупотребляли алкоголем в форме псевдозапоев (55 %).

Также стоит отметить отсутствие связи между возрастом возникновения симптомов алкоголизма и длительностью заболевания. Это можно объяснить, во-первых, ремиссионным течением алкоголизма, а, во-вторых, тем, что пациенты находятся во второй стадии алкоголизма, длительность которой варьирует от 5 до 25 лет и более.

По длительности заболевания, исчисляемой со времени употребления опьяняющих доз алкоголя 2 – 3 раза в неделю, больные распределялись так: 12 больных страдали алкоголизмом в течение 3 – 5 лет, 10 больных — в течение 6 – 10 лет, 17 больных — от 11 до 15 лет, 29 больных — от 16 до 20 лет, 15 больных — от 21 до 25 лет, 17 больных — более 25 лет.

Статистический анализ связи между временем возникновения различных симптомов алкоголизма подтверждает, что существует закономерное течение этого заболевания: чем раньше появляются первые симптомы, тем раньше пациент приходит ко второй стадии заболевания.

Чаще пьянство прекращалось по инициативе родственников (82 %), в 17 % из-за ухудшения соматического состояния, в 17 % — в связи с конфликтными

ситуациями дома и на работе (возможно, было сочетание этих обстоятельств).

Обнаружена статистически значимая связь между длительностью заболевания и длительностью ремиссии ( $R = 0,58, p = 0,00$ ). Эту связь можно объяснить тем, что алкоголизм протекает ремиссионно, и больше, чем у половины больных длительность ремиссии составляет более 2 лет (сюда же входят пациенты с длительностью воздержания по 5, 10, 20 лет);

При более длительном заболевании пациенты становятся более “опытными”, осознают необходимость воздержания от потребления спиртных напитков, учатся адаптироваться к трезвому образу жизни (у них появляются новые интересы, увлечения, меняются приоритеты, находятся другие способы борьбы со стрессом), осознают размеры своей “критической” дозы спиртного, стараются не превышать ее и не допускать возникновения запоя.

У 50 % больных длительность ремиссии превышала один год. Все ремиссии являлись терапевтическими и возникали после проведенного лечения, которое было завершено одним из методов опосредованной психотерапии (“Торпедо”, Эспераль, “Пролонг”, “Кодирование”). У каждого пациента имелось свое понимание терапии и свои мотивы, в результате которых они давали согласие на проведение той или иной процедуры. У 52 больных ремиссия длилась 1 год и более, они воздерживались от употребления алкоголя на протяжении всего оговоренного срока воздержания, чему способствовало проведение “завершающего” метода. Часть больных продолжала отказываться от алкоголя и после окончания оговоренного периода воздержания. Наблюдается взаимосвязь между длительностью ремиссии и отношением к заключительной процедуре. Чем короче ремиссия, тем у большего количества больных наступал рецидив, несмотря на проведенную “радикальную” методику ( $R = -0,69, p = 0,00$ ).

По свидетельству ряда больных, влечение к алкоголю сохранялось, особенно тяжело было справиться с влечением в первые 2 – 4 месяца после окончания лечения, так как тяга была выраженной. В дальнейшем влечение постепенно угасало. У 12 % больных отмечалось отсутствие патологического влечения, то есть не было поведенческих признаков влечения и желания привести себя в состояние опьянения.

Легкая выраженность влечения к алкоголю отмечалась у 81 %, выраженное влечение — у 7 % больных. Влечение появлялось на короткие отрезки времени, легко подавлялось любым занятием. Оно могло выражаться в разговорах об алкогольных напитках, собутыльниках, обстоятельствах потребления спиртного, последнем алкогольном эксцессе. Всегда имела борьба мотивов — “выпить или не пить”. Это могло продолжаться от нескольких десятков минут до нескольких дней. Влечение подавлялось чаще самостоятельно или внешними обстоятельствами. Оно возникало спонтанно у 3 %, без видимых причин появля-

лись воспоминания о прошлых выпивках, об алкогольных напитках. Возникало состояние физического или психического дискомфорта с ощущением, что “чего-то не хватает”. Влечение не исчезало несколько часов, самостоятельно подавить его удавалось редко. Внешние обстоятельства также редко подавляли влечение. Установлена взаимосвязь между длительностью ремиссии и выраженностью влечения во время ремиссии ( $R = -0,47, p = 0,02$ ). Это можно объяснить тем, что чем менее выражено влечение, тем более продолжительной становится ремиссия.

Больные утверждали, что “легче было не начинать”, то есть преодоление первичного влечения менее затруднительно, чем вторичного. Подавить вторичное влечение удавалось лишь в 16 % случаях и только тогда, когда был сохранен ситуационный контроль. Таким образом, фактором, помогавшим преодолеть тягу к спиртному при возникновении вторичного влечения, был ситуационный контроль. Когда ситуация не предполагала необходимости контроля, даже эти 16 % больных продолжали злоупотреблять алкоголем и приводили себя в состояние, характерное для второй степени опьянения.

Несмотря на длительность заболевания и неоднократное возникновение ремиссий, у 96 % больных перед употреблением первой порции спиртного была уверенность в возможности контроля и своевременного прекращения потребления алкоголя.

Из 100 больных у 87 в период отсутствия влечения сохранялось ровное, спокойное настроение. У 13 пациентов преобладала в течение всей ремиссии повышенная раздражительность. Описание настроения, характера поведения в состоянии ремиссии со слов больных (субъективная оценка) во многом различается с описанием и сведениями (объективная оценка), полученными со слов родственников и близкого окружения. У больных с дисфорическими расстройствами, как правило, полных ремиссий практически не наблюдалось, что, видимо, связано с их личностными особенностями. Любые конфликтные ситуации, мелкие неприятности способны были оживить влечение к алкоголю. Влечение появлялось внезапно, носило интенсивный характер. Основным сдерживающим фактором служило опасение осложнений, о которых говорилось при проведении опосредованной психотерапии, или переключение на эмоционально значимую для больного ситуацию. Установлена связь между длительностью ремиссии и состоянием аффективной сферы во время ремиссии ( $R = -0,39, p = 0,04$ ). Чем спокойнее и уравновешеннее больные во время ремиссии, тем продолжительней воздержание от потребления спиртного. У пациентов с возникновением периодической раздражительности, дисфории в периоды воздержания от алкоголя длительность ремиссии гораздо короче.

У 17 пациентов превышение потребления более чем 25 мл крепкого алкоголя провоцировало актуализацию вторичного влечения и возникновение рециди-

ва. У 64 критическая доза составляла 50 мл крепкого алкоголя. У 15 пациентов прием 100 мл водки не вызывал влечения к опьянению. У двух пациентов прием 200 мл крепкого алкоголя мог привести к резкой актуализации влечения, еще у двух это наблюдалось после употребления 300 мл водки. У большинства больных сразу же после срыва начинался рецидив. Последнее подтверждается наличием статистически достоверной связи между количеством срывов в ремиссии и длительностью заболевания ( $R = 0,47$ ,  $p = 0,03$ ). Чем длительнее заболевание, тем больше срывов в ремиссии. При длительном воздержании от спиртного пациенты могут в течение длительного времени контролировать прием алкоголя, не превышая “критической” дозы.

У 51 % пациентов длительность контролируемого пьянства равна нулю, непродолжительный период (до 2 недель) контролируемого потребления отмечался в 22 % случаев, а 13 больным удавалось контролировать прием до трех недель. В 3 % наблюдений этот период растягивался от 1 до 3 месяцев. В эту группу в основном входят пациенты с короткими ремиссиями, но также один пациент с десятилетним воздержанием от приема спиртного. Случайный или преднамеренный прием алкоголя в условиях короткой ремиссии приводит к быстрому появлению компульсивного влечения и физической зависимости. Употребление алкоголя после годового воздержания не у всех провоцировало возникновение физической зависимости. Этому предшествовал более или менее длительный период (от нескольких суток до нескольких месяцев) “умеренного” пьянства или неврозоподобное состояние, сопровождавшееся чувством тревоги, вины за содеянное, опасениями за будущее, нарушением сна, аппетита, возникновением нейровегетативных расстройств. Последующее появление неудержимого влечения к алкоголю приводило к рецидиву болезни. Чаще всего, при длительности воздержания более двух лет, отмечалось повышение толерантности к алкоголю. Употребление небольших доз спиртного (от 50 до 100 мл крепкого алкоголя) на первых порах обычно не вызывало появления компульсивного влечения. Однако появившаяся уверенность в возможности умеренного потребления алкоголя приводила к повторным его приемам. Больные начинали думать, что с болезнью покончено раз и навсегда; приобретая эту уверенность, переставали чаще всего ограничивать себя эпизодическим употреблением незначительных доз алкоголя. Это, в свою очередь, провоцировало появление компульсивного влечения и утраты самоконтроля — возникал рецидив. Стоило больному выпить чуть больше своей условной “нормы”, то есть привести себя в состояние опьянения, тут же актуализировалось вторичное влечение, с которым, со слов больных, справляться было тяжело, и наступал рецидив.

У 52 больных суточные дозы потреблявшегося алкоголя во время последнего рецидива не изменились относительно потребления во время предшествовав-

шего рецидива, в 18 % наблюдений даже уменьшились. Более выраженное пьянство во время последнего рецидива отмечалось в 30 % наблюдений. У 30 больных суточные дозы алкоголя увеличивались. У этих больных запой после ремиссии стали более продолжительными. Не было выявлено ни одного пациента, у которого отмечался лишь 1 провоцирующий фактор, способствовавший наступлению рецидива. В большинстве случаев удавалось установить две и более причины, способствовавшие наступлению рецидива. Оказалось, что одни больные “настраивались” на воздержание от приема алкоголя только на определенный срок и в соответствии с этим выбирали тот или иной “радикальный” метод лечения. Другие были убеждены, что после длительного периода трезвости они смогут употреблять спиртные напитки в умеренных количествах, контролируя дозировку.

Причины рецидива могли быть различными: повышенная внушаемость, нередко сочетавшаяся с недостаточной критикой к заболеванию; неспособность противостоять предложению принять участие в употреблении спиртного; стремление проверить эффективность проводившегося лечения; чувство неполноценности, связанное с необходимостью полного воздержания от алкоголя; усиление чувства неполноценности в ситуации застолья; спонтанно возникавшие или психогенно обусловленные нарушения настроения (субдепрессии, тревожно-депрессивные, тоскливо-злобные состояния), актуализировавшие влечение к алкоголю; не исчезающее в периоде воздержания или периодически возникавшее влечение к опьянению.

На разных этапах формирования очередной ремиссии одни и те же пациенты указывали на разные причины, способствовавшие возникновению рецидива. Непосредственно при поступлении в стационар и во время абстинентного синдрома чаще всего звучали следующие причины: “не знаю, сам не знаю”, “особой тяги не было”, “хотел выпить немного и остановиться”, “не смог отказаться”. В ходе обследования, проведения лечения и психотерапевтических бесед пациенты приходили к мнению, что в большинстве случаев рецидиву способствовало влечение к опьянению, стремление ощутить эйфорию. В большинстве случаев влечение было легким по интенсивности. Однако, несмотря на слабую выраженность влечения, пациенты возобновляли алкоголизацию, потому что более половины были уверены в возможности контроля. Это в значительной мере объясняется анозогнозией. Так, появление полной критики к заболеванию в процессе рациональной психотерапии отмечалось у 24 % больных, отчетливая критика к заболеванию под влиянием психотерапии в сочетании с эпизодическим вытеснением из сознания болезни, особенно в алкогольных ситуациях — у 57 %, отсутствие критики к заболеванию, использование формул “пью как все”, “могу не пить”, признание болезни (подчас формальное) лишь в остром периоде алкогольного абстинент-

Таблица 4. Факторы, влияющие на возникновение рецидива

Фактор	Переменные и их значение
F1	Количество срывов во время ремиссии (0,92) Длительность контролируемого пьянства после начала рецидива (0,77) ОААС (0,94)
F2	Настроение во время ремиссии (0,90) Беспричинные изменения психического состояния во время ремиссии (0,90)
F3	Возобновление приема алкоголя, несмотря на проведенную психотерапевтическую процедуру (0,87) Возвращение в мыслях к потреблению алкоголя (0,66)
F4	Критическая доза (-0,89) Влечение ситуационное (0,79) Влечение ассоциативное (0,90)
F5	Возвращение в мыслях к периоду потребления алкоголя (0,86) Выраженность влечения в ремиссии (0,60)
F6	Влечение осознанное (0,66) Влечение после психогенной травмы (0,65) Первичное влечение при рецидиве (0,83) Влечение спонтанное (0,69)
F7	Влечение при усталости (0,86) Влечение при голоде (0,72)
F8	Возобновление приема алкоголя после истечения срока психотерапевтической методики (0,90)
F9	Алкогольная анозогнозия (0,92)

ного синдрома — у 19 %. К числу самых существенных факторов, которые вели к рецидиву, следует отнести следующие: недооценка некоторыми больными роли лечения и переоценка ими своих сил и возможностей, недостаточно критическая оценка своего болезненного состояния. Пациенты не осознавали, что страдают хроническим заболеванием, проявления которого быстро обнаруживаются при нарушении режима трезвости, не осознавали тяжесть и характер последствий болезни. Большая часть была не согласна с тем, что они являются больными, страдающими хроническим алкоголизмом. По их мнению, “алкоголиками” можно называть только тех, кто снизился в социальном статусе, потерял семью, от кого отвернулись родственники, в частности лица без определенного места жительства.

У большинства больных (63 пациента) отмечалась вторая степень тяжести рецидива. Небольшой процент больных с третьей степенью тяжести рецидива можно объяснить ремиссионным течением заболевания. У некоторых больных тяжесть рецидивов в течение жизни могла меняться. Это зависело от давности алкоголизма, особенностей его течения, суточных дозировок алкоголя, длительности ремиссии, предшествовавшей рецидиву, длительности запоя и других причин (соматический статус, сопутствующие нарушения настроения). После длительных ремиссий менялось отношение к потреблению алкоголя. Это ска-

зывалось и на отношении больного к возобновлению пьянства. Часть больных немедленно обращалась за помощью в то учреждение, которое помогло им длительно воздерживаться от алкоголя. При этом отмечалось достаточно полное понимание необходимости повторного лечения. Другие знали, что им помогут прекратить пить, что снова можно будет рассчитывать на длительную ремиссию и не торопились обращаться за медицинской помощью. Установлена взаимосвязь между длительностью ремиссии и длительностью рецидива ( $R = 0,41, p = 0,04$ ). Это можно объяснить тем, что чем продолжительнее ремиссия, тем больше времени пациенты могут контролировать прием алкоголя.

В ходе математической обработки полученных данных установлены факторы, влияющие на возникновение рецидива (табл. 4).

F1. При сочетании вышеуказанных признаков возникает рецидив. Чаще эта совокупность воздействий приходится на период окончания оговоренного срока воздержания от алкоголя. При сохранении неосознанного влечения, когда больной видит сны на алкогольную тематику, он позволяет себе “немного выпить”. Чем больше срывов во время ремиссии, тем больше пациент уверяется в том, что теперь он сможет контролировать прием спиртного. Эта уверенность способствует в одной из ситуаций потере контроля над количеством выпитого. В результате больному не удается избежать наступления рецидива.

F2. Спокойное, ровное настроение в ремиссии способствует ее удлинению, а возникновение беспричинных изменений настроения подразумевает наличие скрытого влечения к опьянению. Нарушения настроения, особенно в форме дисфорий, способствуют возникновению рецидива. В этом состоянии больные часто без борьбы мотивов стремятся к потреблению спиртного.

F3. Не удерживает многих больных от возобновления алкоголизации проведение “радикальной” психотерапевтической процедуры, так как часто возникающая раздражительность провоцирует возникновение желания “выпить и успокоиться”.

F4. Развитие рецидива наблюдается в условиях застоя, в “алкогольных ситуациях”, но особенно при сочетании влечения с утратой контроля и превышением критической дозы. Многие пациенты уверяют, что если бы они не оказались в компании пьющих, возобновления пьянства удалось бы избежать.

F5. Эта совокупность признаков означает, что у группы пациентов, несмотря на полноценно проведенное лечение, сохраняется влечение к алкоголю. Они часто в мыслях возвращаются к периоду алкоголизации, говорят об этом времени с упоением, радостной улыбкой, приподнятым настроением. Утверждают, что именно в это время являлись “здоровыми” людьми. Влечение сохраняется на всем протяжении ремиссии, изменяясь лишь по интенсивности, значительно усиливаясь при наличии провоцирующих фак-



торов. Период ремиссии — это время, когда они ограничивают себя в контактах с окружающими, чтобы не провоцировать наступление рецидива. По описанию больных, это “черный” период, который многие из них стараются “перетерпеть”.

F6. При возникновении неприятных эмоций, после психотравм актуализируется четко осознаваемое первичное влечение к опьянению, возникает стремление избавиться от тягостного ощущения грусти, тоски, тревоги. Рецидив часто наступает спонтанно, влечение также спонтанное. Субъективно тягостное внутреннее состояние побуждает пациентов к быстрым действиям, а самый быстрый, действенный и проверенный ими способ улучшения самочувствия — употребление алкоголя.

F7. Желание “снять усталость”, “отдохнуть”, “расслабиться” побуждает пациентов возвращаться к потреблению алкоголя. Чаще это происходит в конце рабочего дня (недели), после длительного эмоционального и физического напряжения. Эмоциональным нарушением пациенты чаще не придают значения, ощущая лишь физическую усталость. Для “улучшения” состояния прибегают к алкоголю.

Факторы F8, F9 включают одиночные переменные: алкогольную анозогнозию, возобновление алкоголизации после окончания оговоренного срока воздержания от употребления спиртного. Несмотря на окончание оговоренного срока воздержания, для возникновения рецидива необходима еще и алкогольная ситуация, которая способствует актуализации первичного влечения (желание испытать эйфорию, опьянение). На эту ситуацию наслаивается отсутствие критики к заболеванию, полная уверенность в возможности контролировать дозу алкоголя.

Таким образом, удалось установить наличие множества факторов, способствующих наступлению рецидива алкоголизма.

С сожалением, чувством вины и раскаянием говорили о рецидиве 43 обследованных. Оправдывали возобновление потребления алкоголя 20 больных — “ну, так получилось”, “такие обстоятельства”, “не было выхода”, “проверить хотел, могу ли пить”. С безразличием отнеслись к рецидиву 37 больных, общая при этом, что “ничего страшного, снова не буду пить”, “ничего не случилось, я себя чувствую хорошо”.

## ВЫВОДЫ

1. Раннее развитие первичного патологического влечения закономерно приводит к более раннему формированию первой стадии алкоголизма и более быстрому переходу заболевания во вторую стадию.

2. Существует взаимосвязь между временем возникновения различных симптомов алкоголизма, что отражает закономерности течения заболевания.

3. Несмотря на слабую выраженность влечения, пациенты возобновляют алкоголизацию, потому что

более половины уверены в возможности контроля. Это объясняется частичной или полной анозогнозией.

4. Причины рецидива могут быть различными: повышенная внушаемость, нередко сочетающаяся с недостаточной критикой к заболеванию; неспособность противостоять предложению принять участие в употреблении спиртного; стремление проверить эффективность проводившегося лечения; чувство неполноценности, связанное с необходимостью полного воздержания от алкоголя; усиление чувства неполноценности в ситуации застолья; спонтанно возникающие или психогенно обусловленные нарушения настроения (субдепрессии, тревожно-депрессивные, тоскливо-злобные состояния), актуализирующие влечение к алкоголю; не исчезающее в периоде воздержания или периодически возникающее влечение к опьянению. При возникновении рецидива ни один из факторов сам по себе не влияет на длительность ремиссии, они имеют значение лишь в совокупности.

5. На разных этапах формирования очередной ремиссии, у одних и тех же больных отмечаются разные причины, способствующие возникновению рецидива.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Авербах Я. К.* К вопросу профилактики рецидивов алкоголизма. Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. М., 1964. Вып. 2. С. 5.
2. *Авербах Я. К.* К вопросу о рецидивах алкогольной болезни. Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний. Тезисы. М., 1960. С. 57 – 58.
3. *Александрова Н. В.* Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1985. С. 10 – 12.
4. *Гребеник В. С.* Причины рецидивов алкоголизма и организационные системы коллективной терапии: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973. 12 с.
5. *Куприянов А. Т.* Профилактика и купирование рецидивов хронического алкоголизма в условиях диспансера: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1975. 10 с.
6. *Лукомский И. И.* Лечение хронического алкоголизма. М., 1960. С. 3 – 95.
7. *Липинский Э. И.* К патогенезу влечения и механизмов рецидивов хронического алкоголизма // Алкоголизм и некоторые другие инток. заболевания нервной системы и псих.сферы. Ташкент, 1972. 3 – 5 с.
8. *Либих С. С.* Актуальные вопросы профилактики рецидивов алкоголизма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1963. 5 – 7 с.
9. *Энтин Г. М.* Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. 416 с.
10. *Foster J. H., Marshall E. J., Hooper R., Peters T. J.* Quality of Life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. // *Addict Biol.* 1998. Vol. 3.
11. *Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker T.* (High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients?) // *Psychiatr Prax.* 2002. Vol. 29. № 7. P. 364 – 368.
12. *Tivis L. J., Branst E. N. Jr.* Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths. *J Okla State Med Ass* 2000. Vol. 93. № 7. P. 275 – 284.
13. *Wetterling T., Veltrup C., John U., Driessen M.* Late onset alcoholism. *Eur Psychiat.* 2003. Vol. 18. № 3. P. 112 – 118.
14. *Zimberg S.* Diagnosis and treatment of the elderly alcoholic. *Alcohol Clin Exp Res.* 1978. № 2. P. 27 – 29.

## Проблема деинституционализации

**Виктор Каган:** деинституционализация — это сложная и неоднозначная проблема. Стоит обсудить как деинституционализация связана с финансовой и социальной политикой и культурой, каковы риски, связанные с её проведением. Отдельно подчеркнуты необходимость проведения чётких границ между психиатрией и названными (хотя бы только ними) сферами, а также ответственности каждой из них в проведении деинституционализации. Деинституционализация ставит также немало вопросов из области биоэтики. И т.д. Не думаю, что здесь, на форуме мы в состоянии развернуть и полноценно решить все эти проблемы. Но это не основание отказываться от попыток. Мы уже догоняли США по производству кукурузы на душу населения и голову скотины, вырубали виноградники, тракторами снимали тонкий слой плодородных почв при освоении целины... — да что там говорить, за 10 дней потрясли мир так, что он до сих пор трясётся, — как бы с деинституционализацией не наломать дров больше, чем та же карательная психиатрия.

**Валерий Сергеев:** В чем необходимость деинституционализация в России? На мой взгляд, она нужна для того, чтобы:

1. Исключить возможность использования психиатрии в немедицинских целях.
2. Вернуть доверие и уважение к ней.
3. Вернуть свободу и все права психически больным.
4. Повысить их социальную интеграцию и толерантность к ним.
5. Освободить врачей-психиатров от сложного морального выбора, перед которым они оказываются постоянно, и от ответственности за него, за поведение и жизнь психически больных.
6. Дать врачам-психиатрам возможность покидать свои кабинеты и оказывать сопровождение и помощь психически больным за пределами больницы, например в семье, если больные этого пожелают.
7. Обеспечить доступ врачей-психиатров к техническим средствам диагностики путём переноса психиатрических коек в соматические больницы (поскольку мутизм, эмоциональную уплощённость и в конечном счёте шизофрению нередко обнаруживают у тех, у кого пропадает или становится дезорганизованной, обеднённой и монотонной речью в результате опухоли мозга, микроинсульта, повреждения голосовых связок и т.п.).
8. Обеспечить более тесную интеграцию психиатрического и соматического лечения в тех случаях, когда она необходима.

9. Обеспечить естественную саморегуляцию спроса и предложения в отношении психиатрической помощи для достижения их наиболее оптимального баланса (при решении вопроса о том, сколько нужно психиатрических коек и врачей-психиатров, должно учитываться количество реальных обращений за психиатрической помощью, а не мнение чиновников, ведь психиатрических больниц может быть построено слишком много, быстро и незаметно).

10. Полностью перейти на правовую основу.

11. Признать роль социума в формировании представления о психических отклонениях, признать их социальный характер.

12. Признать право личности на психическое устройство и инаковость.

13. Признать ведущую роль инаковости в культуре.

**Михаил:** думаю, от деинституционализации пострададут прежде всего больные, а психиатры безусловно приобретут (пациенты и их родственники будут вынуждены платить за всё про всё, за каждый шаг и каждый чих врача-психиатра). Что же мы, врачи-психиатры, дураки такие, не соглашаемся? Видал я канадских психиатров: сытые, довольные люди, очень занятые, день расписан по минутам, консультации в клинике, стационаре, частные консультации, денег хватает, машины новые, живут вполне прилично, пенсию себе зарабатывают хорошую. Видал, правда и пациентов, которые по три года не могут попасть в стационар или реабилитационную программу, так как нет мест, видал и камеры 3 × 4 метра в приемных отделениях городских больниц, где есть психиатрические отделения, там содержат в наручниках, под присмотром полиции пациентов, которые опасны, но места в отделении для них нет (заняты все места). Видал и родственников пациентов, которые не знают куда кинуться, когда их любимый сын или дочь реально сходят с ума, а всем пофигу (все заняты, у всех дни расписаны, все койки также заняты, претензий ни к кому не предъявишь).

**Валерий Сергеев:** Деинституционализация не требует, чтобы психиатрическую помощь оплачивали родственники пациентов. Психиатрическую помощь будет оплачивать государство. В соматических больницах будет ровно столько психиатрических коек, сколько будет добровольных обращений за психиатрической помощью. А в психиатрических больницах специального типа и специальных отделениях будет ровно столько психиатрических коек, сколько психически больных совершат противоправные действия. Принудительная госпитализация будет осуществляться только после того, как суд докажет факт, что они имели место. Поня-

тие “непосредственная опасность для себя и окружающих” не является таким доказательством.

**Михаил:** “Жаль только жить в эту пору прекрасную уж не придётся ни мне ни тебе”. ХА-ХА-ХА! Платить придётся именно тем, кого назвал я, у государства никто с ума не сходит и душа не болит, если бы было по иному, темы такой не было бы. Вы теоретик, уважаемый, теоретизируйте на здоровье, практику делают другие люди.

**Валерий Сергеев:** Во всех странах после деинституционализации психиатрическую помощь на практике продолжает оплачивать государство. С удовольствием посмеялся бы вместе с Вами над обязанностью государства оплачивать психиатрическую помощь, но ничего смешного, к сожалению, в этой обязанности не вижу. Периодически живу в разных странах, могу сравнивать и делать выводы. В России положение дел в психиатрии хуже всего. Помогать тому, чтобы оно всегда оставалось плохим, — довольная плохая идея. Коек в российских психиатрических больницах так много, что это создаёт вполне осознаваемый дефицит свободы в России.

**Виктор Каган:** По порядку:

1. Исключить возможность использования психиатрии в немедицинских целях. — *Исключается только возможность содержания по немедицинским показаниям, и то не полностью.*

2. Вернуть доверие и уважение к ней. — *Как приятно ставить цели, достижение которых невозможно и неконтролируемо, правда?*

3. Вернуть свободу и все права психически больным. — *Свободу жить на улице? Свободу послать дальше поддерживающую терапию? Свободу покончить с собой в накате депрессии или под давлением галлюцинаций?... Хорошо бы перечислить эти самые ВСЕ права. Право водить машину при наличии галлюцинаций? Думаете, они заменят навигатор ГЛОНАСС?*

4. Повысить их социальную интеграцию и толерантность к ним. — *Так сказать, народная толерантность от того, что получивший все права и свободы нездоровый человек сутками напролёт догоняет по децибелам взлетающий авиалайнер, извещая мир о содержании своих переживаний, и с регулярностью раз в три месяца заливают этажи под ним кипятком.*

5. Освободить врачей-психиатров от сложного морального выбора, перед которым они оказываются постоянно, и от ответственности за него, за поведение и жизнь психически больных. — *Вы знаете, я как раз врач-психиатр. Может быть, ещё и клятву Гиппократ отменить? Ну её, тяжело бедным психиатрам следовать ей. Если меня от этого освободить, место мне будет на 101 км от профессии. Вот уж, минуй нас плуце всех печалей “правозащитников” любовь..*

6. Дать врачам-психиатрам возможность покидать свои кабинеты и оказывать сопровождение и помощь психически больным за пределами больницы, например в семье, если больные этого пожелают. — *А что, деинституционализация и амбулаторную психиатрию*

*отменит? Оказание помощи “в семье” даже врачами-соматологами со времени кончины бесплатной медицины регулируется отнюдь не желанием пациентов.*

7. Обеспечить доступ врачей-психиатров к техническим средствам диагностики путём переноса психиатрических коек в соматические больницы (поскольку мутизм, эмоциональную уплощённость и в конечном счёте шизофрению нередко обнаруживают у тех, у кого пропадает или становится дезорганизованной, обеднённой и монотонной речь в результате опухоли мозга, микроинсульта, повреждения голосовых связок и т.п.). — *Хорошие психиатрические учреждения многим оснащены и связаны с общей медициной на случай необходимости.*

8. Обеспечить более тесную интеграцию психиатрического и соматического лечения в тех случаях, когда она необходима. — *Она необходима всегда и входит в задачи психиатрии.*

9. Обеспечить естественную саморегуляцию спроса и предложения в отношении психиатрической помощи для достижения их наиболее оптимального баланса (при решении вопроса о том, сколько нужно психиатрических коек и врачей-психиатров, должно учитываться количество реальных обращений за психиатрической помощью, а не мнение чиновников, ведь психиатрических больниц может быть построено слишком много, быстро и незаметно). — *“Обеспечение естественных саморегуляций” — оксюморон с сильным большевистским душком.*

10. Полностью перейти на правовую основу. — *Бессспорно. Это ведущее направление работы НПА.*

11. Признать роль социума в формировании представлений о психических отклонениях, признать их социальный характер. — *В чём специальном признании нуждается роль социума? Зачем с такой страшной силой ломиться в открытые ворота?*

12. Признать право личности на психическое расстройство и инаковость. — *Не хотите выступить с инициативой признания права личности на геморрой или эпифизарный нанизм?*

13. Признать ведущую роль инаковости в культуре. — *Деинституционализация, руководимая такой её целью, есть нонсенс уже потому, что подчинит интересы ОТДЕЛЬНОГО человека, которым психиатрия как часть медицины призвана служить, интересам культуры, что ничем не лучше подчинения интересам партии и правительства. Бездумный романтизм экстремизма приводит Вас в точку, из которой Вы отправились в путь.*

*Ни один из Ваших пунктов не объясняет необходимости деинституционализации. Теперь по делу... Необходимость деинституционализации определяется, ИМНО:*

1) интересами душевнобольных людей, обсуждаемыми в диалоге психиатрии с конкретным человеком и культурой,

2) финансовыми соображениями.



*Шаг прогресса должен быть таким, чтобы он был реально возможен и успешен в это время и в этом месте. Ссылки на Италию в качестве идеала не учитывают ни противоречивости оценок деинституционализации в самой Италии, ни социо-культурного фактора. Скандинавские премьеры могут ездить на работу на велосипеде, но подите-ка пересадите на велик российского премьера..*

**Валерий Сергеев:** Мы возвращаемся к теме, которая вызывает много вопросов. Почему Вы считаете, что у человека не должно быть права жить на улице, если он не хочет жить в психиатрической больнице? На мой взгляд, сгонять людей с психиатрических коек не нужно, загонять на них — тоже. Почему Вы считаете, что у человека не должно быть права водить машину, которую он сам купил, чтобы ездить на работу, а не жить за счёт государства на пенсию по инвалидности? Почему Вы считаете, что недобровольная госпитализация спасает от самоубийств людей с депрессиями и галлюцинациями? Во-первых, намерение покончить с собой чаще всего не высказывают вслух и не обсуждают с другими, а попытка самоубийства всегда предпринимается до недобровольной госпитализации. Во-вторых, где гарантия того, что суицидальная попытка не будет предпринята после недобровольной госпитализации? В обоих случаях на врача-психиатра ляжет ответственность, которую, на мой взгляд, он нести не должен.

**Михаил Т.:** Ну с чего вы взяли, что предотвращение суицида — это ответственность психиатрии. Не тяжела ли шапка, доктор'а? Можно пробовать рассматривать вопрос о необходимости деинституционализации в России с т.зр. во-первых финансовой эффективности и во-вторых — организации помощи по месту жительства. И все. Прошу простить за возможное упрощение ситуации.

**Виктор Каган:** Так именно об этих двух основаниях я и говорил. Что до суицидов, то, конечно, психиатрия не может взять всю ответственность на себя и, конечно, изрядная их часть вообще вне епархии психиатрии — человек вправе распоряжаться своей жизнью. Ответственность психиатрии в том, чтобы елико возможно минимизировать риск совершаемых по болезненным мотивам/причинам суицидов, а делать это стационарной или амбулаторной психиатрии определяется в каждом конкретном случае здесь-и-сейчас. Помню семью пациента с депрессивной болезнью, повесившегося на второй день после выписки на батарее парового отопления на глазах у 4-летнего сына. И помню своего пациента, злившегося на меня по-чёрному за “задержку” в больнице, а спустя пару лет при случайной встрече (он был на литиевой поддержке) сказавшего мне, что благодарен за ту “задержку”, потому что тогда главной его целью было выйти из больницы, чтобы покончить с собой.

**Михаил Т.:** Ваши примеры понятны, и все ж увлечься легко в эту сторону. Я имею виду ответственность за судьбу больного. Я глубоко понимаю Вас: как врач Вы несете ответственность за больного, но по-человечески трудно постоянно находиться в неопределённости, ведь в психиатрии диагностика все ж больше

субъективна. Так можно и “сгореть”. К слову, если по месту жительства будут работать группы, то и не надо будет так переживать за возможные врачебные ошибки. И это будет шагом к деинституционализации.

**Виктор Каган:** “Меньше переживать за свои врачебные ошибки” — шагом к деинституционализации, по определению, быть не может. Ну, будут группы по месту жительства (кстати, они ведь не заменяют стационар, а продолжают начатую в нём работу)... так первый упомянутый мной пациент до них не дойдёт. А если кто дойдёт, то ответственность за минимизацию риска суицида будет на проводящем группу амбулаторном психиатре/психологе. Никуда от неё не уйти — вопрос лишь в том, на ком она лежит, и может/хочет ли тот, на чьи плечи она ложится, нести её.

**Михаил Т.:** Вы немного искажаете мою мысль, или, возможно, я был не достаточно внятен. Я не считаю, что равнодушные к пациенту — шаг к деинституционализации. Я считаю, что ответственность можно разделять между специалистами. Наверное, мы придем к теме профессионального доверия. Ну не может психиатр всецело отвечать за пациента. Невозможно!

**Виктор Каган:** Страшная тайна: даже батальон специалистов не может отвечать за пациента **всецело** (У семи нянек дитя без глаза). Но это не освобождает психиатра от ответственности делать то, что в его силах. И при разделении ответственности с другими специалистами эта **его** ответственность остаётся той же, а не уменьшается путём деления на количество специалистов.

**Валерий Сергеев:** С моей точки зрения, полностью освободить душевнобольного из-под власти врача-психиатра можно только в том случае, если полностью освободить самого врача-психиатра от ответственности за душевнобольного. Думаю, такое “освобождение” является обоюдным и выгодным для обеих сторон — как для душевнобольного, так и для врача-психиатра. Оно не означает, что врач-психиатр должен относиться к душевнобольному равнодушно. Задача врача-психиатра — предложить душевнобольному психиатрическую помощь, когда возникают показания к ней, а право душевнобольного — отказаться от неё. По моему мнению, это его право не должно нарушаться до тех пор, пока душевнобольной не нарушает уголовный закон. На данном принципе построен итальянский закон о психиатрической помощи. После его принятия отношение к врачам-психиатрам изменилось в лучшую сторону, к ним вернулось доверие и уважение.

Если вспомнить Саса, у которого одна книга называется “Психиатрия: Наука лжи”, а вторая — “Антипсихиатрия: Шарлатанство в квадрате”, то приведу только одно мнение Саса, что весь процесс деинституционализации стал лишь дополнительным шагом к учреждению психиатрии как “инквизиторского устройства”, которое отражает глубокие антилиберальные тенденции современных Штатов. Это мнение я не поддерживаю.

**Виктор Каган:** В 1970-х гг. в “Хронике ВОЗ” видел статью о том, как лечатся острые психозы в какой-то из африканских стран, над которыми тогда ещё не распростёрлись крылья цивилизации. По описанию речь



шла о шизофрении, которая, естественно, понималась в парадигме существовавших там религиозных воззрений, а не западной медицины. Человек с острым психозом помещался в специальную клетку типа палатки на территории племени, устроенную так, чтобы он не мог ни уйти из неё, ни нанести себе повреждений, но мог быть в связи с миром, семьёй, родственниками — свободно видеть всё вокруг, общаться, получать приносимую пищу. Таким образом, его связь с жизнью не прерывалась. За 2 – 3 месяца (срок, аналогичный среднему сроку тогдашней западной госпитализации в таких случаях) психоз без всякой западной психофармакологии проходил. Но обострения психоза после такого лечения были во много раз реже, чем в европейской психиатрии. У меня в ту пору уже было много вопросов к своей профессии и себе в ней — статья вылила тогда много воды на эту мельницу.

Казалось бы, это очень сильный довод в пользу деинституционализации, которой и Сас был бы удовлетворён... если бы она была возможна. А для того, чтобы она в таком идеальном виде была возможна, человечеству пришлось бы: а) вернуться в состояние “повторяющихся культур” и б) пройти очень долгий период реадaptации, чтобы вернуться не просто в те условия жизни, но и в то состояние ментальности и культуры. Нынешняя, и тем более — будущая, жизнь организованы и заорганизованы при постоянно нарастающем ускорении цивилизационного развития. Я, например, не думаю, что людей с “расстройствами дефицита внимания” раньше было меньше, просто такие люди не выпадали из общей массы. Когда-то обратил внимание на то, что ребята с РДВ выявляет его по мере прихода в организованное обучение, а летом в деревне у дедушек-бабушек они обычные дети. “Бык на арене тоже неврастеник. А на лугу он здоровый парень” (Э. Хемингуэй). Так вот, современный человек — бык на арене. Требования к нему, ожидания к нему, а, соответственно, и критерии нормы-патологии совсем иные. Деинституционализация психиатрии — то есть, лишение психиатрии статуса института — сегодня, по определению, невозможна. Речь, по существу, идёт лишь о дестационализации психиатрии.

Потребность в ней стала возникать во второй половине прошлого века, когда: а) появились психотропные средства, б) появилась императивная потребность “очеловечивания” быта психиатрических стационаров (в 1990-м в американском госпитале после наших больниц я чувствовал себя, как житель деревни Гадюкино в Париже) и оказалось, что стационарная психиатрия — безумно дорогая штукавина, на которую ни у какого государства никаких денег не хватит. Это подтолкнуло развитие внестационарной помощи (тогда “экспансия психиатрии за пределы психиатрических больниц” была мечтой и лозунгом).

Но как бы она ни была хороша, в ней тоже сохраняется проблема добровольности. Если человек не хочет её — остаётся без неё, пока не столкнётся с законом так, что судом будет приговорён к недобровольной. А до та-

кого приговора будет в тюрьме, на улице... В большинстве западных стран с развитой сетью ночлежек, пунктами бесплатного питания и более толерантным отношением к душевнобольным как-то ещё выживет. В России — нет. Самый гуманный, самый добросовестный психиатр оказывается в двойном зажиме, когда что он ни сделает — всё плохо: “Чёрный, белый не бери, да и нет не говори”. А тут приходите Вы и говорите, что он “по желанию больных”, “имеющих право на психоз”, должен выходить к ним на дом, потому что это нужно для “признания инаковости в культуре”. Встаньте на минуту на его место — и вы без труда поймёте, куда он захочет Вас послать.

Короче говоря, дестационализация психиатрии будет — никуда нам от неё не деться. Но, дай нам всем Бог, происходить она будет эволюционно, а не революционно, и так, как это возможно в существующей российской реальности, в свою очередь, изменяя эту реальность. Изменения должны происходить в тех дозах, которые общество способно переварить (во всех смыслах этого слова — культурном, финансовом и др.). Существующую систему придётся менять на ходу так, чтобы от перемены она вообще не обрушилась, хороня под собой жизни. Резкие телодвижения чреватые, как любая аутистическая, пусть и благая по намерениям, романтика (каковая и представлена в Ваших 13-ти пунктах). А от демонизации психиатрии в глазах тех, кто пользуется её помощью, они же и страдают.

**Валерий Сергеев:** На данную тему имеются более современные исследования, проведённые в цивилизованном мире и опубликованные в научных журналах “Всемирная психиатрия” и “Бюллетень по шизофрении”. Вот соответствующие статьи:

Calton T., Ferriter M., Huband N., Spandler H. (January 2008). “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”. *Schizophrenia Bulletin* 34(1): 181 – 192. Ciompi L., Hoffmann H. (October 2004). “Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic”. *World Psychiatry* 3(3): 140 – 146. Все эти исследования проводились в рамках проекта “Сотерия”, ныне активно развивающегося во многих странах, и продемонстрировали, что результаты лечения шизофрении без применения антипсихотических препаратов или с их минимальным применением лучше результатов, получаемых при лечении антипсихотиками. Вспоминая слова Виктора Кагана о помещении людей в клетки, скажу, что в Сотериях в клетки никого не сажают и двери на замок не запирают. Другие рассуждения Виктора Кагана — о происхождении слова “деинституционализация” и т.п., — мягко скажем, неверны и привели его к неверным выводам. Но выяснением этимологии иностранных слов и словотворчеством я бы не стал здесь заниматься.

**Виктор Каган:** Да, безусловно, очень красивая система, хотя думаю, что и у неё есть свои границы возможностей, а ответ на вопрос о том, может ли она вы-

теснить психиатрию как институт, дело будущего. В ней работать не довелось, но и прошлый опыт минимизации лекарственных нагрузок у так наз. хроников, и нынешний опыт работы с “психотиками” в интернатной системе говорят в её пользу. Я не пытаюсь замазывать чёрной краской идеалы и горизонты, но пытаюсь обратить внимание на реальность — на то, что сегодня под ногами. Иначе российская помощь душевнобольным вместе со всеми реформами рискует свалиться в яму очередной ноздревщины. Хочу также обратить внимание на то, что система, на которую Вы ссылаетесь, в корне изменяет институт психиатрии, но никак не отменяет его. — Происходит дестационаризация и переакцентировка с психотропного лечения на гуманитарный подход к помощи.

**Валерий Сергеев:** Теперь подумаем, чего не происходит и почему не происходит. Не происходит самого главного — общей реформы психиатрической службы по типу деинституционализации. Но посмотрим ещё раз на приоритеты НПА: *(разгосударствление, демонополизация и децентрализация психиатрической службы;*

*реальное укоренение правовой основы психиатрии; утверждение новой научной парадигмы с учетом примата клиницизма и феноменологического метода)...*: ни одной мысли о подобной реформе в них не отражено. А вот с какими приоритетами оказалась возможной итальянская психиатрическая реформа — вот положения Устава до сих пор существующего итальянского союза “Демократичная психиатрия” (организации, очень похожей на НПА):

1. продолжение борьбы против социального отвержения и исключения в психиатрии, работа над восприятием безумия в контексте культуры;
2. борьба с психиатрической больницей как с наиболее мощной парадигмой исключения;
3. противостояние репродукции подобных механизмов в обществе;
4. установление чёткой связи между здоровьем и его поддержанием через реформирование системы психического здоровья в Италии. (Источник: Власова О. А. Антипсихиатрия: становление и развитие (Монография). — М.: Изд-во РГСУ “Союз”, 2006. — С. 149.)

Это всё было достигнуто, потому что прежде всего было запланировано. А у вас, в НПА, этого даже не запланировано. Но почему? Неужели нельзя было догадаться, что находится взаперти в психиатрических больницах никто не хочет?

**Любовь Виноградова:** Уважаемый Валерий, в наших приоритетах нет деинституционализации, поскольку мы не считаем, что это должно быть самостоятельной целью. Мы выступаем за гуманизацию психиатрической помощи в целом, однако вовсе не считаем, что для этого нужно закрыть все психиатрические больницы. В больницах находится огромное количество пациентов, которые считают себя больными и хотят лечиться, а поскольку амбулаторная служба не может обеспечить им необходимый уровень лечения, то они

сами идут в больницу. Кроме того, во многих случаях они спасаются в больнице от постоянных контактов с родственниками. Деинституционализация должна сопровождаться развитием амбулаторной помощи и социальных служб, которые могли бы оказывать помощь людям с психическими расстройствами. Последние у нас попросту отсутствуют. А общество у нас совсем не такое, как в Италии, где забота о душевнобольном родственнике, является проблемой всей семьи.

**Валерий Сергеев:** за деинституционализацию необходимо упорно бороться. Любовь Николаевна, в чём заключается гуманизация и сколько усилий было в неё вложено — каждый пациент перестаёт замечать, как только обнаруживает, что дверь в психиатрическом отделении, где он оказался, заперта на замок. Это очень большой вопрос. Я не отрицаю, что лечиться хотят многие, но введения режима открытых дверей хотят ВСЕ. Уверен, что этот режим совершенно не помешает лечиться никому из тех, кто хочет лечиться или спасаться в больнице от постоянных контактов с родственниками, как Вы выразились. Не секрет, что деинституционализация должна сопровождаться развитием амбулаторной помощи и социальных служб, но отсутствуют они из-за того, что никто не прилагает усилий в этом направлении. Наше общество отличается от общества в Италии непониманием, что за деинституционализацию необходимо упорно бороться, а не надеяться, что врачи-психиатры предложат провести и проведут её сами. О том, что этого не будет, могут свидетельствовать 20 лет работы НПА, за которые не было никаких подобных инициатив.

**Виктор Каган:** Прежде, чем ставить вопрос о деинституционализации психиатрии, нужно бы:

- 1) иметь Общество психиатров наподобие Американской Психиатрической Ассоциации, а не аппендикс МЗ с половиной совещательного голоса. Оно, в частности, должно определять требования к подготовке, сертификации и лицензированию психиатров — так, чтобы прохождение 3-месячной специализации по психиатрии врачом-гинекологом не превращало его в психиатра;
- 2) вывести условия в психиатрических больницах на средневропейский уровень;
- 3) провести разгосударствление внебольничной психиатрической помощи, оставив государству психиатрическую помощь в ряде специальных областей (например, тюремная психиатрия) — так, чтобы частнопрактикующему психиатру его лицензия и репутация были дороже и важнее соблюдения телефонного права. Тогда, глядишь, и Закон о психиатрической помощи начнёт соблюдаться.

Список, разумеется, не полный — лишь *minima minima*, без которого все разговоры о деинституционализации будут митинговой маниловщиной.

Дестационаризация без обеспечения условий/ базы для неё и готовности самой психиатрии к ней, если она будет диктоваться только тошестью психиатрической части бюджета МЗ, угробит деинституционализацию

на корню — это будет нежизнеспособный выкидыш. То же касается требовательных мечтаний об изменении культуры и псевдозадач типа “менять установки общества” — общество и культура будут адекватно отвечать (насколько это вообще возможно) на доступные “перевариванию” изменения самой системы психиатрии.

Так мне кажется, если говорить о деинституционализации как о стратегической задаче реалистически-конкретно, а не на уровне blah blah blah подать-всё-много-и-сразу. Обсуждению конкретики, а не “рас-теканию мыслью по древу” я бы и предложил посвятить дальнейшие обсуждения.

**Джюльермо Марикото:** Уважаемый Виктор Ефимович! В российских условиях, чтобы усилиями государственного механизма осуществить деинституционализацию психиатрической службы, необходим общественный импульс. Чтобы деинституционализация была максимально эффективной, реформирование психиатрической службы должно вызреть в обществе хотя бы потому, что социально дезадаптированным лицам, страдающим психическими расстройствами, придется вступать в многочисленные общественные связи, и в обществе должны быть созданы условия для такого взаимодействия.

Как Вы знаете, деинституционализация началась в США и Западной Европе не просто так сверху, т.е. усилиями государства, а на фоне мощного антипсихиатрического движения, которое вскрыло проблему злоупотреблений правами человека при оказании стационарной психиатрической помощи. Таким образом, реформе был дан общественный импульс. “Опыт учит нас: Мир не детская комната”. (З. Фрейд). В Вашем сообщении очень тонко прозвучало обвинение в идеализме тех, кто уповает на решающую роль общества в аспекте деинституционализации.

Реформаторские настроения должны быть внизу, в обществе, а донести их до государства можно посредством непосредственной и репрезентативной форм демократии. Само государство этим заниматься не будет, пока не осознает, что реформирование психиатрической службы назрело. Политический волонтаризм на голой общественной почве здесь недопустим.

Я рад, что в моей стране существуют и функционируют НПА России, ГКПЧ и ряд других правозащитных организаций, которые подняли эту тему.

Что делать? Исконный русский вопрос. Стучать в дверь... государственную, пока наверху не осознают, что оказание психиатрической помощи на основе принципа наименее ограничительной альтернативы отвечает не только позиции международного сообщества, но и может быть эффективнее психиатрической помощи в условиях стационара.

В стране не хватает общежитий, предприятий, где мог бы использоваться труд психически больных, чтобы общество не присваивало им ярлык дармоедов.

Всё это эффективные звенья деинституционализации психиатрической службы.

Медицина — самая консервативная наука. Нововведения там пробить крайне сложно. Это подтвердит любой врач. Так и должно быть, ведь речь идет о человеческой жизни. Это та сфера, где применима поговорка: “Семь раз отмерь, один раз отрежь”.

Не ушел ли я от темы? Конечно, нет. Одним из значимых факторов деинституционализации является изменение образа мышления врача-психиатра. Без этого будет торможение реформы.

Смотрите, сколько уровней деинституционализации мы затронули: общественный, государственный, личностный, профессиональный.

И через эти уровни необходимо будет протаскивать деинституционализацию. И на каждом из этих уровней должна быть отдача от реформы.

Я сам был бы рад, если бы государство без окрика снизу начало этот процесс, но это вряд ли случится. Необходимо пинок от общества. Государство до сих пор не может создать Службу защиты прав пациентов. Сколько можно телиться?! А Вы рассуждаете о деинституционализации сверху...

Вы за океаном, а я здесь, в душевной Москве. Не считаете ли Вы, что точка зрения зависит от точки сидения?

Всё же, эволюционный путь деинституционализации психиатрической службы (вызревание реформы в обществе и ее санкционирование государством сверху) я считаю более эффективным, чем революционный, осуществляемый государством без учета интересов общества. Единственный существенный минус эволюционного пути в его длительности.

Полагаю, что Запад показал нам эволюционный путь. К вопросу об экономических аспектах деинституционализации. Полагаю, что уменьшение количества коек в психиатрических стационарах приведет к сокращению расходов и высвобождению денежных ресурсов, которые должны быть перенаправлены на финансирование внестационарной психиатрической помощи, что будет одним из способов повышения ее качества. Улучшится качество психиатрической помощи и в стационарах, ведь на одного врача-психиатра будет приходиться меньше пациентов... Я считаю, что пока общество и государство к этому не готовы, а надо бы...

Здесь, в России, мы пока не выносим тело Ленина из Мавзолея, потому что общество не готово, мы пока не вводим институт эвтаназии, потому что общество не готово, мы пока не выдаем разрешение на ношение огнестрельного оружия гражданам, потому что общество не готово. Важно учитывать общественный барометр...

**Виктор Каган:** Мне кажется, мы говорим об одном и том же. Полистав предыдущую дискуссию, Вы без труда убедитесь, что я не раз говорил о необходимости эволюции, а не революции в психиатрии. Я не юрист, не общественный деятель, не правозащитник и не чиновник — я психиатр. Поэтому вопрос для меня состоит в том, что может и должна делать сама психиатрия, за что она должна бороться, чтобы от неё не шарахались, как чёрт от ладана, и чтобы было её движение навстречу



## Проблема деинституционализации

всем остальным сторонам — Вы правы — очень многогранного процесса. Ни сном, ни духом не имел в виду и не сказал, что нужно милостей от государства. Не иронизировал насчёт инициатив снизу. Разница наша в подходах зависит не от географического положения наших кресел. Да и проекты книги о вкусной и здоровой пище меня интересуют неизмеримо меньше реального обеда.

**Сергей А.:** Будучи в Братиславе в 1991 году на совещании психиатров Восточной Европы и стран СНГ, организованном Женевской Инициативой в психиатрии, слушал доклад американского психиатра Геллера “Управляемая психиатрия”. Он говорил о развитии в Америке страховой психиатрии в следующем направлении. Там давно, как известно, есть страховые компании, медицинские психиатрические учреждения, которые лечат застрахованных психиатрических пациентов. Т.е. — три субъекта (объекта) системы. Так вот, введен четвертый субъект — такой врач (специалист) психиатр, который при необходимости говорит пациенту, куда ему обратиться — в какую психиатрическую клинику или к какому врачу- психиатру, в какую страховую компанию пойти при заболевании или застраховаться и как это правильно сделать — и т.д. — т.е. Вы понимаете о чем идет речь — и все это называется “управляемая психиатрия”. Уверен, что все это очень хорошо знают наши высшие руководители психиатрии — и высшие руководители в Минздраве. И у меня есть риторический вопрос: А почему у нас (в России) не введено ОМС в психиатрии? О какой деинституционализации или о реформах (“с опорой на сообщество”) Вы ведете речь и все сетуете на незрелость общества и нехватку денег в бюджете, когда наша психиатрия (тоже “управляемая”) на 90 % остается государственной (бюджетной, национальной административно- бюрократической), когда сам исполнитель — министерство-главный врач больницы сам заказывает себе деньги и план работы, потом сам же оценивает свои результаты — и сам же рассказывает обществу, что наша психиатрия самая лучшая в мире?

**Виктор Каган:** Вот Вы возмущаетесь и я готов разделить Ваше возмущение, и будем мы возмущаться “то вместе, то поврозь, а то попеременно”, а то и спор затеем не на жизнь, а на смерть по поводу того, тем ли и как каждый возмущается... и что? Между тем, первым пунктом в сказанном мной стоит создание независимой профессиональной ассоциации с функциями и сферой деятельности наподобие АПА. Без этого ничего не двинется — так и будем шуметь на кухнях. Между прочим, НПА — первый росток такой ассоциации, который государство пока не затоптало.

При этом я не думаю, что американская система психиатрической помощи идеальна. В частности, если Вы обратитесь к данным о распределении распространённости душевных расстройств по социально-экономическим стратам, Вы без труда увидите, что чем ниже уровень обеспеченности, чем беднее люди, тем больше среди них душевнобольных (и болезнь не даёт

продвигаться, и бедность — сильный стрессор, катализатор и триггер), а медицинская страховка бьёт даже по не пустому карману весьма ощутимо и потому далеко не у всех есть. Да и вся система организована иначе. В 1990-ых был на занятии моего друга со студентами в госпитале Св. Екатерины в Вашингтоне. Пациентка с шизофренией, в госпитале четвёртый месяц, вся в бреде и галлюцинациях. Доходит до обсуждения лечения. Тут я подвскиваю, мол, вот этот препарат явно ей показан. Нет, говорят, её страховка его не оплачивает. Спрашиваю, сколько стоит просто день пребывания в госпитале. 500 долларов. Ну, говорю, коллеги, посчитаем: при лечении этим препаратом она бы максимум через полтора месяца была дома, что сэкономило бы минимум 50 дней по 500 баксов каждый — много больше, чем разница в стоимости препаратов. По арифметике, говорят, мне так, но деньги идут из разных источников по разным каналам. Поэтому на круг американская система и оказывается такой головокружительно дорогой: в переводной книге “Шизофрения” (автора точно не помню, вроде на Ф. — Вы наверняка знаете) приводится стоимость только госпитального лечения шизофрении за, по-моему, 1989 год — то ли 69, то ли 89 миллиардов долларов, больше внешнего долга США на то время.

Совершенных систем здравоохранения и образования вообще нет. Российская система здравоохранения и психиатрической помощи, в частности, удручающа. Речь идёт о том, как этого бегемота вытянуть из болота. А мы тут друг с дружкой что-то делим... Я говорил в исходной записи о **практически** необходимых вещах, без которых изменения едва ли возможны. И первая из них — независимое профессиональное сообщество, а не РОП на поводке у МЗ.

**Джюльермо Марикото:** Нам не стоит экстраполировать американскую модель здравоохранения. США тратят на здравоохранение примерно 16 % ВВП (в абсолютных цифрах это больше, чем весь ВВП России), но, несмотря на это, у них крайне затратная и малоэффективная система здравоохранения. По показателям эффективности здравоохранения США отстают от других менее развитых стран. Кроме того, в США государство не обязано лечить своих граждан, в отличие от России.

**Сергей А.:** Я же говорю не об американской психиатрии — а о том, почему наша психиатрия не организована по общемировым принципам организации медицинской помощи — у нас только государственная психиатрия, нет частной и нет страховой. На мой взгляд — именно в этом существо вопроса. Организация — всегда первое. — Государственные, бюрократические по существу психиатрические ЛПУ по определению и по своей “врожденной” организации не способны приспособиться к изменяющимся внешним условиям, они затратны — и в их основе лежит принцип “субоптимизации” — т.е. в них получают преимущества и улучшают свое благосостояние небольшая группа — главный врач и несколько приближенных — вот они, да, достигают своих целей, а вся организация — никогда.



## Первая Всероссийская конференция Национальной медицинской палаты

С 1 по 3 октября 2010 года в Камерном зале Московского международного дома музыки прошла Первая Всероссийская конференция “Саморегулирование профессиональной медицинской деятельности. Улучшение качества оказания медицинской помощи населению России. Защита интересов медицинских работников”.

Свыше 500 представителей медицинской общности из 68 регионов России, профессионального союза отрасли, властных структур и “Лиги защиты пациентов” России приняли участие в работе конференции, организованной Национальной медицинской палатой (НМП) и Профсоюзом работников здравоохранения РФ. В обсуждении заявленных на конференции вопросов приняли участие представители зарубежных медицинских ассоциаций и врачебных палат из США, Франции, Германии, Швеции, Нидерландов, Польши, Бельгии и Японии. Присутствовали несколько депутатов Госдумы, с докладом по проблеме саморегулирования выступил В. С. Плескачевский — председатель Комитета Государственной Думы ФС РФ по собственности. Формировать стандарты и контролировать их выполнение должно профессиональное сообщество, а “у нас везде слишком много государства”, — отметил он, выделяя наметившиеся проблемы в связи с передачей части государственных функций саморегулируемым организациям. “Саморегулирование в тех областях, куда вмешивается государство, столкнулось с серьезными проблемами”, — признал он. Реформирование здравоохранения по версии Минздравсоцразвития в виде отмены лицензирования с 2013 года и будущий уведомительный характер работы медорганизаций вызывают много вопросов”. Председатель комитета Госдумы обратил внимание на “кадровый” и “человеческий” факторы, являющиеся ключевыми в модернизации здравоохранения. “Никакое качество оборудования не гарантирует качества услуг, оказываемых населению в клинике. В здравоохранении России осталось 100 – 200 – 300 светил-энтузиастов, и разница их квалификации с подготовкой остальных врачей огромна”, — сославшись на личный опыт, заявил “пациент со стажем” Виктор Плескачевский. Тем не менее, в его большом докладе опять прозвучала ныне популярная идея, что Россия не будет брать пример с западных стран, а пойдет своим, явно запутанным путем. Минздравсоцразвития России традиционно не принял участия в

крупнейшем профессиональном врачебном саммите, тем самым подчеркнув позицию нынешней власти (правительства) в отношении саморегуляции, независимости врачебных корпораций, либерализации законодательства в области здравоохранения. При этом президент НМП Л. М. Рошаль выразил сожаление, что Минздравсоцразвития России проигнорировал конференцию. “Такая позиция министерства была не понятна участникам конференции. Может быть, представители ведомства не пришли потому, что мы работали в субботу и воскресенье?”, — предположил директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Наверное, директору крупного НИИ именно его должность не позволила высказаться в адрес чиновников министерства более жестко, что неоднократно делали выступающие. При открытии конференции д-р Рошаль отметил, что менее трети населения России довольны здравоохранением и качеством обслуживания. Между тем в других странах, включая США, Францию, Германию, Швецию, Польшу и Нидерланды, эта цифра составляет более 80 процентов. В ходе работы конференции ее участники имели возможность познакомиться с зарубежным опытом работы аналогичных ассоциаций, гильдий, орденов и палат, решающих вопросы медицинского сообщества, его взаимоотношений с пациентами и государством. “Национальный совет коллегии врачей Франции обладает по законодательству специальным статусом. Врачи обязаны записываться в национальный совет коллегии, чтобы получить возможность заниматься медицинской практикой на французской территории”, — рассказал на конференции Ксавье До, вице-президент Национального совета коллегии врачей (Орден врачей) и генеральный секретарь Французской медицинской ассоциации. Национальный совет коллегии врачей работает автономно в части выдачи разрешений на медицинскую практику, а также дисциплинарного воздействия на врачей, совершающих врачебные ошибки. “Федеральная палата врачей Германии объединяет региональные врачебные палаты, — говорит президент Федеральной палаты врачей Германии профессор Йорг-Дитрих Хопше. — Палата имеет право вырабатывать нормы деятельности, проводить проверку соблюдения этих норм. Государство лишь ведет правовое наблюдение, не вмешиваясь в профессиональную сферу”. “Профессиональная автономия означает, что в Голландии врач обязан дейст-

воват в интересах пациента. Таковы профессиональные стандарты”, — объясняет Президент Королевской голландской медицинской ассоциации профессор Нивенхейзен Крейсман. Масами Исии, член исполнительного совета Японской медицинской ассоциации рассказал, что сотрудники ассоциации, ее члены и секретариат остаются независимыми от правительства. Подобная независимость в финансовых и в кадровых вопросах позволяет достичь профессиональной автономности, реализуя выверенную политику в области здравоохранения. В США в каждом штате существует консультативный комитет, состоящий из врачей-специалистов в различных областях. Кроме того, распространены медицинские советы, созданные для каждой специальности — у анестезиологии свое объединение, у урологии — свое, кардиологи также выделены в отдельную организацию. Все они имеют статус неправительственных. Например, в состав национальной комиссии по анестезиологии входят анестезиологи, представляющие даже самые дальние уголки Америки, они участвуют в обсуждении стандартов, обязательных для исполнения всеми анестезиологами страны, устанавливают обязательные стандарты для всех медицинских программ. Например, установлено, что каждому врачу один раз в 10 лет необходимо сдавать экзамены по программе непрерывного медицинского образования.

Подавляющее большинство представителей российского медицинского сообщества заявили, что законопроекты об обязательном медицинском страховании, о страховании профессиональной ответственности и об основах охраны здоровья граждан России нуждаются в доработке, а то и полной переработке или даже отмене. Почти 80 % опрошенных делегатов конференции считают, что в эти законопроекты нужно внести изменения. “Думаю, что у нас есть хроническая российская ошибка, что разработчики законов не советуются с представителями гражданского общества”, — высказал общее мнение Л. М. Рошаль, подводя итоги опроса. 93 % опрошенных считают нововведения в здравоохранении необходимыми. 30 % опрошенных считают, что законопроект “Об основах охраны здоровья граждан” не до конца продуман и проработан, а также не направлен на расширение бесплатной медпомощи. В отношении обязательного медицинского страхования негативных оценок в три раза больше, чем позитивных. По поводу законопроекта, касающегося страхования ответственности медучреждения перед пациентом, были высказаны мнения, что он больше нацелен на удовлетворение потребностей страховых компаний и не отвечает всему массиву поступающих жалоб, касается только случаев наступления смерти или причинения инвалидности. Председатель профсоюза работников здравоохранения РФ М. Кузьменко поддержал Л. Рошаль, отметив необходимость “сначала направлять законопроекты на обсуждение общественности, чтобы ме-

дики сами понимали, что от них требуется”. “И действительно, удивляет то, что мы пришли на общественные слушания, которые были неделю назад в Общественной палате, и когда мы начали обсуждать проект закона, то они говорят: “Вы можете не рассматривать, потому что мы его заново изменили”. Как дальше к этому подходить? Как только начинает выступать общественность, они говорят: “Вы, конечно, можете поговорить, но он опять будет новый”. До какой степени он будет новый? Поэтому надо и профсоюзам, и Национальной медицинской палате в первую очередь заняться новыми проектами законов, касающихся здравоохранения”, — подчеркнул Кузьменко. Профсоюзный деятель также высказал мнение, что “закон только тогда можно строить нормально, когда у государства будет концепция развития здравоохранения”. “Мы до сих пор не знаем, что мы строим. Частное здравоохранение, частно-государственное, государственно-частное? Какое? В Конституции записано “социальное государство”. Значит, государство должно быть полностью в ответе. Но пока концепции нет. Поэтому, видимо, и шараханье в этих законах. Нет основы, с которой можно было бы начинать”. Его возмущение было поддержано почти всеми делегатами конференции. Было обращено внимание, что сегодня “законопроекты очень быстро проходят обсуждения, очень быстро принимаются и в результате оказываются либо бессмысленными, либо вредящими населению и системе здравоохранения”.

На конференции также обсуждалась необходимость совершенствования отечественной системы непрерывного последипломного профессионального медицинского образования, которое участники конференции признали в России неудовлетворительным. Оно должно быть приведено в соответствие с подготовкой врачей в развитых странах. Требуется, как считает конференция, активное внедрение дистанционных методов обучения. Важно все формы медицинского образования сделать бесплатными для медицинского сообщества. Получаемое образование необходимо оценивать с точки зрения качества, современных стандартов образования и системы последипломного образования.

Обсуждалась необходимость участия Национальной медицинской палаты в разработке и принятии на единой методологической основе общероссийских стандартов и протоколов оказания медицинской помощи. В резолюции конференции зафиксирована необходимость создания Кодекса международных правил оказания медицинских услуг, регистрации и ведения реестра медицинских специалистов. Общественный заказ на высокое качество медицинской помощи требует формирования института независимой профессиональной экспертизы, сегодня отсутствующей в России. Экспертиза должна стать элементом системы урегулирования конфликтов при оказании медицинской помощи. НМП хотела бы приступить к созданию

независимой профессиональной экспертизы, работающей в тесном контакте с организациями защиты пациентов. Кроме того, предполагается создание службы аккредитованных при Палате адвокатов и юристов, внедрение общественной защиты в судебных слушаниях. Важным элементом будет организация при НМП комиссий по врачебным ошибкам.

На конференции было четко доказано, что сегодня здравоохранение недофинансируется приблизительно в два раза. “На него в этом году уходит 3,7 % внутреннего валового продукта, что минимум в два раза меньше необходимого. Это проблема ментальности. В странах, где достаточно высокий уровень заболеваемости и смертности, на здравоохранение отпускается от 8 % ВВП и выше” (из доклада Л. М. Рошалья).

Предложения, выработанные на конференции, палата намерена направить в Администрацию Президента России, Правительство, Федеральное Собрание РФ, профильные министерства и ведомства. В резолюции конференции особо подчеркивается важность своевременного внесения в российское законодательство норм о саморегулировании профессиональной медицинской деятельности, определяющих особый статус Национальной медицинской палаты как института с обязательным членством. Предложения палаты, заявляет конференция, должны быть учтены в трех широко обсуждаемых медицинской общественностью законопроектах — “Об обязательном медицинском страховании”\*, “Об охране здоровья граждан”, “Об обязательном страховании профессиональной ответственности медработников”.

Многие предложения по работе НМП выглядят утопично. Во-первых, консолидированного врачебного сообщества в России просто нет. Во-вторых, лидеры национально-палатного медицинского движения не имеют четких целей. В-третьих, не понимают, кого можно объединить. Защита пациентов и врачей, профсоюзные функции о зарплатах и тарифах, желание завладеть функциями государственного надзора, перестроить систему медицинского образования — правильно поставленные вопросы, но совершенно нереализуемые в стране в настоящее время в связи с отсутствием гражданского сообщества и построенной

“властью по вертикали”, бедностью самого здравоохранения и почти нищенским существованием большинства медицинских работников. Над всем довлеет медицинское ведомство, которое живет по твердому принципу “мы подумали, и ведомство решило”. А Минздравсоцразвития контролируется нынешней властью почти как силовое ведомство в связи с возможными колоссальными социальными взрывами при явных скорых проблемах.

Пример самого Леонида Михайловича Рошалья как активного Председателя Комиссии Общественной палаты РФ по здравоохранению весьма поучителен. За четыре года ее существования сотни предложений, справок, аналитических обзоров были направлены в Правительство. Кое-какие результаты были. Но сам же профессор Рошаль в послесловии объемной книги “Итоги деятельности комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ в 2008 – 2009 году” с горечью признает мизерность результатов. Именно это и привело его к решению покинуть Общественную палату и создать НМП.

На конференции активно работали представители НПА России. С докладом, посвященным проблемам аттестации врачей-психиатров и опытом ее проведения не чиновниками, а сообществом, выступил вице-президент НПА А. Я. Перехов. На актуальность внесения коррективов в принципы подготовки врачей по курсу правовых знаний, а также на необходимость незамедлительного реагирования со стороны НМП на попытки антидемократических нововведений в законодательство об охране здоровья граждан обратила внимание в своем выступлении в прениях руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова. Л. М. Рошально были переданы подготовленные НПА пособие для врачей “Права граждан с психическими расстройствами”, а также предложения НПА по законопроекту “Об основах охраны здоровья граждан”.

В ближайшее время НПА России обсудит возможность вступления в Национальную медицинскую палату.

*А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)*

\* *Комментарий редколлегии:*

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” уже принят и вступает в силу с 1 января 2011 г., за исключением ряда положений, которые вступают в силу с 1 января 2012 г.

## Семинар в Перми

### На пути установления взаимопонимания между психиатрами и правозащитниками

29 октября в Перми в Гостинице “Амакс-премьер-отель” прошел семинар “Как работать с гражданами с психическими расстройствами”. Семинар был организован Независимой психиатрической ассоциацией России совместно с Пермским правозащитным центром в рамках проекта “Как защищать права граждан с психическими расстройствами”, финансируемого Европейской Комиссией. На семинаре присутствовали 25 человек, представляющих правозащитные организации Пермского края: Пермский правозащитный центр, Пермскую гражданскую палату, Пермский медицинский правозащитный центр, Союз защиты пермяков, Совет родителей военнослужащих Прикамья, и др. Приехали и активисты-правозащитники, ведущие прием граждан в Кунгурте, Очере и других населенных пунктах Пермского края. Присутствовали также сотрудники Аппарата Уполномоченного Пермского края.

Это был уже третий региональный семинар для правозащитников в рамках проекта и приехавшие сотрудники НПА России следовали хорошо отработанной схеме: коротко представили базовые знания о психических расстройствах, рассказали об основных психических болезнях, расстройствах личности и поведения, интеллектуально-мнестической недостаточности, познакомили с общими правилами приема лиц с психическими расстройствами и теми расстройствами, с которыми наиболее часто можно встретиться на приеме. Особое внимание было уделено вопросам назначения и проведения судебно-психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы, возможности проведения “независимой психиатрической экспертизы”, с просьбой о которой часто обращаются правозащитные организации. Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова остановилась на наиболее актуальных вопросах правового положения лиц с психическими расстройствами и подробно рассказала о тех дополнительных возможностях, которые открываются при совместной работе юристов и психиатров при защите прав граждан с психическими расстройствами, о защите и представительстве их интересов в суде. Было проанализиро-

вано несколько конкретных случаев, представленных как ведущими, так и участниками семинара.

Все единодушно отметили важность подобных мероприятий, необходимость обсуждения встающих при защите прав граждан с психическими расстройствами вопросов с независимыми профессионалами. Надо сказать, что пермская психиатрия открыта для сотрудничества с правозащитниками, некоторые руководители психиатрических учреждений являются членами Пермского правозащитного медицинского центра и следят за соблюдением прав граждан при оказании медицинской помощи. У пермских правозащитников — большой опыт защиты прав граждан в суде, однако постоянного контакта с психиатрами не имеется. Семинар стал важным шагом на пути установления такого сотрудничества и совместного решения многих проблем, касающихся соблюдения прав граждан в психиатрии. Особую роль в контроле за положением дел в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах играет Уполномоченный по правам человека Пермского края Татьяна Марголина, которая с большим вниманием относится к этой наиболее уязвимой категории населения.

Участники семинара особо благодарили сотрудников НПА за привезенную литературу, в первую очередь, новое издание пособия Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами”. Востребованным оказалось и ранее изданное НПА пособие “Предотвращение суицидов в армии”: солдатские матери просили выслать еще несколько экземпляров книги, чтобы передать в военную прокуратуру края.

Участники семинара высоко оценили проведенный семинар, однако отметили, что осталось еще много вопросов, которые следовало бы обсудить более подробно, в частности серьезное нарушение прав граждан, признанных недееспособными, возможности восстановления дееспособности, права опекунов и т.п. Таким образом, работа по просвещению активистов-правозащитников в области проблем психического здоровья и соблюдения прав граждан с психическими расстройствами должна быть продолжена.

*Л. Н. Виноградова*



## Протест, не доведенный до конца

### XV съезд РОП

XV съезд Российского общества психиатров (РОП) (9 – 12 ноября, Москва) ознаменовался, прежде всего, единодушным протестом всех психиатров против серии последних приказов Минздрава, против ликвидации последних остатков традиционных льгот за опасную и вредную профессию, против нищенской стипендии ординаторам, интернам и аспирантам (менее 3000 руб. в месяц в течение 2 – 3 лет без права совместительства). Это пресекает передачу уникального опыта уходящим поколением клиницистов. Во всем мире сертификацию специалистов осуществляют научные общества, а не министерства. В выступлениях делегатов съезда прозвучало громкое возмущение нелепым распоряжением Минздрава подтверждать сертификат специалиста в Москве даже психиатрам дальних регионов. Унизительное положение профессуры, толпящейся в очереди к чиновникам для подтверждения своей квалификации, никого не оставило равнодушным. Что это? Циничный расчет, что врачи не поедут за свой счет так далеко? Или, может быть, профессия психиатра перестала быть востребованной или опасной? — Наоборот! Разве что правозащитники и журналисты стали гибнуть чаще психиатров.

Оба вступительных доклада — проф. Н. Г. Незанова о последипломном образовании в психиатрии и проф. В. Н. Краснова о деятельности РОП за последние 5 лет — выражали протест против политики Минздрава, его приказов и законопроектов, принимаемых в обход научного общества. Никогда еще отчетный доклад не был столь критическим. Никогда еще атмосфера съездов РОП и НПА не сближалась так, как на этот раз. Тон задал доклад В. Я. Евтушенко на Пленарном заседании об урезании министерством всех психиатрических льгот, а затем выступление Марата Узбекова об оставленном без последствий отсутствии какое-то время лития (как в другой период циклодола) и полном равнодушии министерства к судьбе больных, вдохновенная речь Тараса Дудко (“мы не обслуживающий персонал министерства!”), предложение Ю. С. Шевченко проводить экспертизу приказов министерства, оценка ситуации А. О. Бухановским как самой тяжелой на его памяти вплоть до того, “быть психиатрии или не быть”! В устах Н. А. Корнетова совсем не антипсихиатрически прозвучало выражение “оловянные глаза психиатров”, и даже бывший главный психиатр МЗ СССР А. А. Чуркин заговорил о независимости РОП от министерства. “Нужно проверить урны, пусты ли они”, — делился он своим опытом при подготовке перевыборов председателя Правления РОП. “У нас в дни открытых дверей обычно бывает 13 телекамер, а здесь ни одной”, — негодовал и.о. директора Государственного центра им. Сербского З. И. Кекелидзе, словно не зная, чем это вызвано.

Проф. В. Н. Краснов, председатель правления РОП в течение последних 14 лет, который — как было запланировано на XIV съезде — должен был передать свои полномочия проф. Н. Г. Незанову (Санкт-Петербург), предложил отложить эту процедуру на год для разработки нового устава и структуры Общества. Как аргументировали д-р Савенко, д-р Поташева и др., уходящему председателю было бы намного проще противостоять Минздраву. Однако, группа делегатов, в основном из Центра им. Сербского, сделали все возможное, чтобы не допустить этого. Проф. Краснов сохранял на своем посту достойную позицию, что позволило ему, а в его лице РОП, завоевать международный авторитет. В последнее время он позволил себе критиковать решения Минздрава, — для госслужащего его ранга — вещь недопустимая, жестоко наказуемая (как показал пример Юргенса). Выступавшие сбивались на совершенно недостойные выпады: “выдохся”, “выгорел”, хотя на самом деле вырос. Было очевидно, что происходящее — решение Минздрава — его очередная “разнарядка”. Председательствующий соответствующим образом искусно организовал последовательность выступавших и даже пропустил одно заведомо скандальное выступление. Зам. директора Центра им. Сербского Е. В. Макушкин со знанием дела, как детский психиатр-эксперт Минздравсоцразвития, даже заговорил о какой-то разнарядке министерства в отношении делегатов, словно РОП не общественная организация, а вотчина министерства. Это подтверждалось тем фактом, что председателем оргкомитета съезда был не председатель Правления РОП, а заместитель министра здравоохранения В. И. Скворцова. Словно ничего не изменилось за последние полстолетия, когда в резолюции съезда психиатров было записано: “Просить Министерство здравоохранения СССР реорганизовать состав Правления и Президиума Общества”...

Диктат Минздравсоцразвития упрощается бедностью РОП, которому министерство запрещает пользоваться услугами фармакофирм. Убогие членские взносы (100 руб. в год) вносят только 11 из 83 регионов. Председатели РОП, прежний и новоизбранный, как директора НИИ психиатрии, находятся в реальной административной и финансовой зависимости от министерства, совмещая в одном лице руководство государственной и общественной структурами. В аналогичном положении находятся фактически все 150 членов Правления РОП. Давно назрело изменение устава общества. Об этом много говорилось еще 5 лет назад. Проф. А. О. Бухановский предложил изменить структуру общества, превратив его в ассоциацию, хотя это не гарантия, что оно не станет подобием недоброй памяти РАПП’а.

На съезде поражало отсутствие иностранных гостей. Единственным исключением был вице-президент Европейской ассоциации психиатров проф. Г.-Ю. Мёллер. Не было даже руководителей психиатрических обществ стран СНГ. Поражало также отсутствие прессы.

Научная программа съезда была как всегда разнообразной, акцент был сделан на проблемах последипломного образования в психиатрии, наркологии и психотерапии, а также прогрессе и качестве психиатрической помощи.

## Минздрав во главе антипсихиатрического движения XIII съезд НПА России

12 ноября в Москве в гостинице “Космос”, в день окончания съезда РОП, прошел XIII съезд Независимой психиатрической ассоциации России. Делегаты из 27 регионов страны обсудили деятельность ассоциации за последние три года, прошедшие со времени предыдущего съезда, и избрали руководящие органы. Президентом НПА России вновь стал Юрий Сергеевич Савенко, исполнительным директором — Л. Н. Виноградова. Появился новый вице-президент — Александр Андреевич Коломеец, председатель общества психиатров Приморского края. Другими вновь были избраны д-р А. Б. Богданов из Архангельска, д-р А. Я. Перехов из Ростова-на-Дону и проф. Б. Н. Пивень из Барнаула. Таким образом, руководство Ассоциации расширило свою географию и теперь охватывает практически всю страну. Отсутствие смены лидеров, о котором говорилось на съезде, — вынужденная мера, которая отражает реально сложившуюся ситуацию в предмете: не каждый рискнет открыто противостоять системе.

Вопреки плюрализму мнений атмосфера съезда отличалась единодушием в отношении основных приоритетов Ассоциации, которые приобрели еще большую актуальность.

Научная программа съезда была посвящена проблеме антипсихиатрии, позиции которой продолжают укрепляться. Выбранная тема позволила коснуться основных болевых проблем нашего предмета. На съезде были представлены самые разные позиции, вплоть до приглашения одного из лидеров антипсихиатрического движения Романа Чорного. Однако присланный им доклад оказался намного более “миролюбивым”, чем некоторые доклады из собственных рядов, прежде всего, доклад П. Б. Тищенко, что лишний раз подчеркнуло высокую актуальность темы съезда и открытое поле для дискуссий в журнале. Выступающие откровенно говорили о ситуации в психиатрии и тех обстоятельствах, которые играют на руку антипсихиатрическому движению, во главе которого фактически оказался Минздрав, издавший накануне серию приказов, пресекающих приток молодых специалистов в психиатрию, лишаящих психиатров всех льгот, ужесточающих список профессий, закрытых для психически больных. Обсуждались проблема добросовестности научных исследований, эτικο-правовые проблемы правдивости в отечественной психи-

атрии, проблема профессиональной независимости врача-психиатра. Говорилось о принципиальном нежелании врачей-психиатров сообщать людям диагнозы и подробности терапии, выдавать на руки выписки из историй болезни, о необоснованном назначении высоких доз препаратов, невнимании и грубости некоторых врачей. В программном докладе Ю. С. Савенко была сформулирована позиция, согласно которой наиболее опасными формами антипсихиатрии являются те, которые исходят от самих психиатров. А такое встречается достаточно часто, обычно незаметно для них самих. В целом, роль антипсихиатрического движения была оценена как позитивная, прозвучало даже мнение, что если бы антипсихиатрического движения не было, его следовало бы придумать. Прямые формы антипсихиатрии полезны, а радикалистские слишком абсурдны, чтобы спорить с ними и обращать на это внимание.

“Какой позиции держится теперь НПА относительно доводов о вреде деструктивных культов после серии книг и публикаций Пашковского, Сидорова и др., повторивших мою позицию на этот счет?” — спросил проф. Ю. И. Полищук. — “По-прежнему как на ненаучные”, в подтверждение чего был зачитан отрывок из экспертного заключения, которое целиком публикуется в этом выпуске журнала в рубрике “Из досюе эксперта”.

Пресса, хотя и оповещенная, отсутствовала: если на съезде РОП был только корреспондент “Медицинской газеты”, то здесь — только корреспондент “Французского радио”.

Зато во время съезда РОП в фойе среди делегатов снова несколько активных раздатчиков «специального приглашения на бесплатное посещение выставки “ТАЙНЫ ПСИХИАТРИИ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ”», проходившей 28.09 – 13.11 в 19 павильоне ВДНХ. Несколько делегатов, побывавших на ней, были впечатлены, как ее размахом, так и беспредельностью обвинений в адрес психиатрии.

В принятой резолюции среди многих конкретных предложений выражается недоверие Минздраву, необходимость консолидации профессионального сообщества врачей в Национальной медицинской палате для отстаивания саморегулирования, осуществления сертификации и распределения средств силами научно-практических обществ.

К 220 – 230 летию “Критик” И. Канта

## Интеллигибельность Иммануила Канта. Кантата

И. Б. Якушев<sup>1</sup> (Архангельск)

*“Во всяком сочинении также, в особенности если оно развивается в форме свободной речи, можно выкопать, выхватывая отдельные места и сравнивая их друг с другом, лишние противоречия, которые бросают тень на все сочинение в глазах людей, полагающихся на чужую оценку, между тем как эти противоречия легко могут быть примирены человеком, овладевшим идеей целого сочинения”.*

*И. Кант. Критика чистого разума.*

**Аннотация:** Биография великого немецкого философа И. Канта может служить иллюстрацией билатеральности функционирования головного мозга человека, определяющей концепцию его жизненного пути.

**Abstract:** the life history of great German philosopher Kant can illustrate the bilateral symmetry of human brain’s functioning which determines his life journey’s conception.

**Ключевые слова:** Латеральность, левополушарный, правополушарный, Кант, философия, метафизика.

**Keywords:** Laterality, sinistrocerebral, dextrocerebral, Kant, philosophy, metaphysics.

*Adagio (тихо, медленно):*

Люди часто не понимают друг друга, но не из-за того, что разговаривают на разных языках, а потому что существуют в разных системах приоритетов и ценностей. Одни предпочитают жить, ориентируясь на алгоритм точных наук; другие — на гармонию мистики. Одним интереснее мир феноменов; другим — туман ноуменов. Одни более озабочены материальными благами; другие — духовными ценностями. Одни идут к цели поступательными последовательными шагами; другие — добираются до нее одним скачком. Одни думают о карьере; другие верят в судьбу. Одни мыслят конкретными образами; другие — абстрактными идеями. И это их существование на единой Планете, но в разных системах координат часто обуславливает взаимное непонимание.

*Andante (медленно):*

Причины такого положения дел объясняются латеральной организацией головного мозга. Левое полушарие мозга работает по принципу дискретности, логики, сукцессивного анализа, научного детерминизма, для которых причинно-следственная связь существует лишь тогда, когда она очевидна и логически постижима (“post hoc-ergo propter hoc”, — после чего-то, следовательно, вследствие этого, — считал английский философ Д. Юм). Левополушарные люди чужды мистике и метафизике; их скепсис по отношению к этой составляющей человеческого бытия постоянен и неизменен. Если кто-то упал, значит, прежде его кто-то толкнул, считают они. Правое полушарие мозга отвечает за чувства и эмоции, и для него характерны голографический симультанный принцип мышления, функции синтеза поступающей информации. Люди с правополушарным мышлением могут скучать в обществе левополушарных оппонентов, т.к. им не нужен поступательный принцип такой жизни и мышления. Если человек упал, значит, такова его судьба, считают они. По мере развития точных наук, которые они сами и совершенствуют, левополушарные люди постепенно соглашаются с рядом позиций, интуитивно открытых, но не доказанных людьми правополушарного мышления. Но подобных идей при этом не становится меньше, ибо любое открытие поднимает завесу не над тупиком, а над новым недостижимым горизонтом.

*Allegro moderato (умеренно быстро):*

Скепсис и восторг, доказуемое и необъяснимое, опыт и озарение — те демаркационные различия, которые затрудняют взаимопонимание людей. Поиски общего языка, единой системы координат ведутся давно; но если люди не обладают тактом и терпением, то любые доводы левого полушария могут восприни-

<sup>1</sup> Доцент кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета.

маться правым полушарием вопросом: “Ну и что?” или афоризмом: “Credo, quia absurdum est” (“Верую, ибо абсурдно!”, Тертуллиан). В то же время, любые озарения правополушарной половины человечества могут быть встречены скептическим вопросом о параметрах абстракции или афоризмом: “Для построения модели Вселенной я не нуждался в гипотезе Бога!” (И. Лаплас). Поиск единого знаменателя в принципе обречен на неудачу: “В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань”. Русская пословица говорит: “Господь и деревьев не уравнил!” Вместе с тем, напряжение, возникающее в поляризованном мире разных людей, может порождать созидательную энергию; тогда правополушарный К. Циолковский задумывается о полетах в Космос; а левополушарный С. Королев реализует эту идею.

*Andante (умеренно):*

Великий немецкий философ Иммануил Кант родился в 1724 г. в Кенигсберге. Его жизнь стала символом постоянства и размеренности прусского бытия: жители города сверяли по нему часы, и улочка, по которой он прогуливался, получила название “Прогулка философа”. Его слуга Лампе, подходя к кровати строевым шагом, будил Канта каждый день угрожающим криком: “Господин профессор, время вставать!”. Философ никогда не удалялся от города далее, чем на 50 км; никогда не был женат; более 25 лет не виделся с сестрами, жившими в том же Кенигсберге, насчитывавшем тогда менее 50 тыс. жителей; а когда одна из сестер пришла его навестить, даже не узнал ее; публиковал трактаты и читал лекции по вопросам права, вулканологии, теоретической физики, математики, логики, метафизики, физической географии, педагогики, механики, минералогии, геологии, этики, антропологии, причинах землетрясений, природе ветров, возрасте Земли и т.д. — до бесконечности; два раза пробовал жениться, но в обоих случаях так долго обдумывал решение, что к моменту принятия им решения, одна из невест вышла замуж и переехала в другой город... Умер великий философ, переев за обедом своего любимого английского сыра: сначала он впервые в жизни заболел, а через 4 месяца, в 1804 г. скончался. Последними его словами были: “Es ist gut” (“Это хорошо”). В 80 лет чудаковатой жизни Канта уместились труды, объединившие спекулятивную оригинальность Платона и энциклопедичность Аристотеля, ставшие вершиной философии до нач. XX в. Этот человек, ростом в 157 см, оказался великаном интеллектуальных пространств метафизики.

*Andante grazioso (снокойно, грациозно):*

К середине XVIII в., века Просвещения, времени расцвета и роста влияния на умы мыслящей (*просвещенной*) публики трудов французских материалистов-энциклопедистов, философия считалась одной из естественных наук. Материализм Д. Дидро и Со не слишком-то интересовался туманом метафизики, предпочитая ей непростые, но хорошо просматривающиеся тропы физики. Д. Юм, крупнейший англий-

ский мыслитель, рассматривал философию, как аналог физики И. Ньютона. Четких различий между естествознанием и философией не было. Сам Юм определял философию, как “науку о человеческой природе”, по сути, сводя ее задачу к изучению познания, исследуемую современной психологией в качестве проблемы “разума и мозга”. В отличие от Юма, считавшего, что любое явление, случившееся после некоей причины, следует считать произошедшим по этой причине, Кант полагал, что “Опыт никогда не дает своим суждениям истинной или строгой всеобщности, он сообщает им только условную и сравнительную всеобщность...” [4]. По Канту получается, что каждая причинно-следственная связь определяет закономерности только для *данного* случая, не распространяя их на *все* аналогичные эпизоды. Т.о., опыт сам по себе не может быть основанием для всеобъемлющих выводов.

*Con Molto (с волнением):*

В то время как сенсуалист Д. Локк, считая логику лишь усовершенствованной чувственностью, говорил об эмпирическом пути познании мира: “Nihil est in intellectu, quod non ante fuerit in sensu” (“В интеллекте нет ничего, чего не было бы в чувствах”); кенигсбергский философ добавлял сюда и априорный путь. Именно априорностью достигается всеобщность, глобальность, тотальность любых выводов, в отличие от мелких частных эмпирических наблюдений и опытов. “Все теоретические науки, — писал Кант, — основанные на разуме, содержат априорные синтетические суждения, как принципы” [4]. Кант отдал приоритет априорным суждениям, как принципообразующим, базисным в любой науке. Он противопоставил анализу эмпиризма — синтез априоризма, в то же время, объединив оба способа, как необходимое и достаточное условие человеческого мышления. Правополушарная абстракция категорий и левополушарная конкретика предметов связались им воедино. Скучноватому и легко предсказуемому детерминизму Локка и Юма (предвосхитившему прагматичный американский бихевиоризм XX в.) Кант противопоставил труднопрогнозируемый индетерминизм, отказываясь от незамысловатого принципа английских мыслителей — “post hoc-ergo propter hoc” и этим поднимая человека над сукном бильярдного стола, где взаимосвязи между участниками интриги налицо, сравнительно легко просчитываются и прогнозируются. Кант возвысил человека над уровнем винтика в машине государства, тогда как Юм и Локк стали предтечами-теоретиками тоталитарных режимов и высказываний типа: “У нас незаменимых нет!” Правому полушарию мозга человека и синтетическому принципу его мышления наиболее соответствует понятие кантовской априорности, тогда как функциям полушария левого скорее отвечает аналитика эмпиризма. Синтетические суждения отличаются от аналитических тем, что последние не обходятся без мышления по аналогии: им необходим предшествующий опыт, позволяющий



сравнивать понятия и явления друг с другом. Кант, отвечая на вопрос “Как возможны априорные синтетические суждения?”, пришел к выводу об априорности категорий по отношению к предметам: предмет конкретен и “левополушарен”, категория абстрактна и “правополушарна”. В одной из ранних своих работ “Наблюдения над чувством прекрасного и возвышенного” (1764) он писал о различии женского и мужского ума, замечая, что в браке мужчина и женщина образуют одну нравственную личность, движимую “рассудком мужа и вкусом жены”. Здесь обозначена функциональная модель мозга человека, где правополушарные функции: доброта, благожелательность, чувство приличия — отданы жене, которая делает что-то потому, что ей это просто нравится; а не по логике. Левополушарные качества — глубина, принципиальность, рассудочность отданы мужу. Философ писал: “Всякое наше знание начинается с чувств, переходит затем к рассудку и заканчивается в разуме...” [4]. Такая схема четко определяет движение информации, получаемой человеком: от органов восприятия — через левое полушарие рассудка (познание частности) — к правому полушарию разума (постижение всеобщности). И далее: “Если рассудок есть способность создавать единство правил, то разум способен создавать единство правил рассудка по принципам” [4]. Т.е., здесь речь опять идет о дискретной аналитичности мышлении левого полушария (рассудка) и синтезе голографического мышлении полушария правого (разума): в первом случае речь идет об установлении *отдельных* звеньев системы, во втором — о ее функционировании *в целом*. Иногда, впрочем, Кант употребляет термин “рассудок” в значении “разум”, но в целом, именно “рассудок” является для него областью науки, а “разум” — сферой философии. Учение о “рассудке” — аналитика и наука; учение о “разуме” — диалектика и философия. Разум у Канта оперирует идеями, вырабатывая общие принципы, которые рассудок способен применить к частностям. Иными словами, разум-стратег: он видит конечную цель и ставит задачу; а рассудок — тактик, которому предстоит поиски последовательных шагов к этой цели и решению задачи. Очевидны разные принципы функционирования полушарий мозга: голографическая цельность и дискретное дробление. Рассудок не может справиться с абстрактной априорной идеей, нуждаясь в помощи разума. Функция же разума состоит одновременно в том, чтобы и подчинять себе способности рассудка, и подчиниться ей самому. В результате этого рассудок управляет разумом. Т.о., управление и формирование суждения с помощью рассудка — не что иное, как реализация сути самого разума. В этих положениях мы снова сталкиваемся с феноменами, получившими позже физиологическое объяснение с точки зрения функциональной латеральности мозга, корректирующими и дополняющими друг друга возможностями его полушарий. Правильное и согласованное взаимодействие между

полушариями обуславливает адекватную психическую жизнь человека.

*Largo Misterioso (медленно, таинственно):*

Рассматривая трансцендентальные (относящиеся к разуму) идеи-души, мира и Бога, Кант приходит к выводу о том, что дисциплины, которые должны изучать эти идеи-психология, космология и теология-в рациональном виде не могут существовать, как науки (что очевидно, если исходить из принципов латеральной организации мышления: трансцендентальные идеи чужды рациональности левополушарного рассудка). Рассматривая рациональную космологию, Кант выдвинул 4 антиномии, которые стали не только важными вопросами философии, но и обозначили противоречие, как принцип функционирования левого и правого полушарий мозга, их единство и борьбу, в результате которых и осуществляется психическая жизнедеятельность человека:

1. Мир имеет начало во времени и ограничен в пространстве. Мир не имеет начала во времени и не имеет границ в пространстве, он бесконечен, как во времени, так и в пространстве. (Единство конечного — левое полушарие и бесконечного — правое полушарие).

2. Всякая сложная вещь в мире состоит из простых частей. Ни одна сложная вещь в мире не состоит из простых вещей. (Единство простого — левое полушарие и сложного — правое полушарие).

3. Все в мире совершается в соответствии с необходимыми законами природы и познается на основе закона причинности. В мире причинность является не единственным законом; для объяснения требуется допустить существование свободной причинности. (Единство закономерного — левое полушарие и случайного — правое полушарие).

4. В мире существует в качестве его части или в качестве его причины безусловно необходимая сущность. В мире нет нигде никакой абсолютной необходимой сущности в качестве его причины. (Единство необходимости — левое полушарие и свободы — правое полушарие).

Эти антиномии обозначили и внутренний конфликт интеллекта самого Канта, который формально, будучи логиком и аналитиком, как ни странно, постоянно тяготел к романтике и поэзии. Единственным случаем за его жизнь, когда философ нарушил свой распорядок, был день, в который Кант увлекся беллетристикой. Он читал “Эмиля” Ж. Ж. Руссо, отменив прогулку, дабы дочитать книгу. Руссо, портрет которого был единственным украшением кабинета Канта, сумел заставить его позабыть железный ритуал, усиленный прусской обязательностью. Кант даже писал стихи, о чем знают специалисты. Стихи не обнаруживают гениальности их автора:

“Was auf das Leben folgt deckt tiefe Finsterniss;  
Was uns zu thun gebuhrt, Dess sind wir nur gewiss” [8].

“То, что приходит после смерти, скроет тьма;  
Лишь очевидное-для нашего ума”. (Перевод мой).

*Cantabile (напевно):*

Мать Канта воспитала его в несколько сентиментальной манере, рассказывая о цветочках и звездочках. И, пожалуй, самые известные изречения Канта, известные даже тому, кто не одолел его “Критик”: “Звездное небо над головой и моральный закон внутри нас наполняют ум все новым и возрастающим восхищением и трепетом, тем больше, чем чаще и упорнее мы над этим размышляем” [8]; и “Поступай так, как если бы максима твоего поступка посредством твоей воли должна была стать всеобщим законом природы” [4] — это не сухая логика мыслителя, но — поэзия, чуждая целесообразности и утилитарности. В отличие от пушкинского Сальери, подходившего к искусству с позиции физика, Кант подходил к науке с позиции лирика, заявляя в “Критике чистого разума”: “Никто не отважится судить о предметах с помощью одной только логики” [6] и в труде “Антропология. Апология чувственности” (1798): “Чувства — единственный внешний источник знания, источник надежный, нас не обманывающий” [2]. Его трактат по космогонии, в котором то и дело цитируются поэты: Поуп, Галлер, Аддисон, и сам местами напоминает лирическую романтическую прозу, а не научную литературу: “Мы увидим обширные огненные моря, возносящие свое пламя к небу; неистовые бури, своей яростью удваивающие силу пламени, заставляя его то выходить из берегов и затоплять возвышенные местности, то вновь возвращаться в свои границы; выжженные скалы, которые вздымают свои страшные вершины из пылающих бездн и то затопляются волнами огненной стихии, то избавляются от них, благодаря чему солнечные пятна то появляются, то исчезают; густые пары, гасящие огонь, и пары, которые будучи подняты силой ветров вверх, образуют зловещие тучи, извергающиеся огненными ливнями и изливающиеся горящими потоками с высот солнечного материка в пылающие долины; грохот стихий; пепел сгоревших веществ и борющуюся с разрушением природу, которая даже в самом ужасном состоянии своего распада содействует красоте мира и пользе творения” [2], — так пишет Кант о поверхности Солнца, куда предлагает читателю мысленно перенестись.

*Allegro Vivace (быстро, оживленно):*

Поэтическая натура Канта ярко проявляется в его лекциях по географии, которые он читал в Кенигсбергском университете: “Негры в Америке очень любят мясо собак, поэтому те на них и лают” [8], “Львы так благородны, что никогда не поднимают лапу на женщину” [8], “Ибис умирает в тот миг, когда покидает территорию Египта” [8]. Философу, как кажется, просто *интереснее* было думать, что все так и есть, т.к. в гибели птицы, расстающейся с родиной, есть высокая поэзия, лирика, которая сродни лирике Г. Х. Андерсена. Только романтик мог наивно верить в благородных львов-джентльменов. Так Ф. Шиллер писал о благородных разбойниках. Не случайно литераторы романтического направления (Шиллер, Н. Ленау,

И. Гельдерлин) приняли учение Канта с симпатией. Баллада И. В. Гете “Лесной царь” может быть иллюстрацией к некоторым положениям “Критик” Канта: седок, скачущий ночным лесом, обитает в мире чувственных феноменов, тех явлений, которые очевидно-дорога, деревья, пни и пр.; а его дитя — в мире ноуменов, неочевидных сущностей, которыми являются вещи сами по себе — духи, Лесной Владыка, его дочери... (Умозаключения Канта о “вещах самих по себе”, удивительным образом соотносятся с эстетико-философскими воззрениями позднеминской эпохи Древнего Китая: “Каждая вещь, великая или малая, несет в себе утонченную истину. Эта истина выходит из сокровенных превращений, которые сами по себе таковы. В мире бесчисленное множество вещей, и у каждой вещи своя истина”, — писал в середине XVI в. ученый Ли Кайсянь. Вещь, сведенная к “утонченной истине”, существует “сама по себе”, являясь ноуменом). Но сам Кант формально не был поэтом, хотя его высказывания о поэзии полны любви к ней. Поэзия, по его мнению, “...укрепляет дух: она позволяет духу ощутить свою способность-свободную, самостоятельную и независимую от природного назначения — созерцать и судить явления природы”. Философ отводит поэзии роль супервизора мировой гармонии. (Между прочим, Канту в Кенигсбергском университете даже предлагалась кафедра поэзии). Тем более странными и непонятными выглядят его самоограничения (книги, лекции, неукоснительный режим жизни, самодисциплина и пр.) левополушарного свойства, постоянно одергивавшие философа. Он создал для себя персональную систему, которая не позволяла удаляться от трансцендентных идей в область чистой поэзии. Кант наступил на горло собственной песне. Беллетристика, поэзия, литература для него были непозволительной роскошью. Однако, совсем не случайно фраза в “Критике чистого разума”: “...я должен был ограничить область *знания*, чтобы дать место *вере*...” [5], недвусмысленно, с точки зрения психофизиологии, говорит о принципиальной победе правополушарного полушария иррациональной веры над рационалистической логикой левого полушария в диспуте о преобладающем способе мышления автора.

*Mysterioso (таинственно):*

Кант полагал наличие у человека двух характеров: эмпирического, т.е., привитого окружением, социумом и ноуменального, интеллигидельного (умопостигаемого) — того, который присущ ему изнутри. Человек, как феномен, часть мира, существующая по его законам — это Кант, по которому жители Кенигсберга сверяли часы; Личность, как ноумен, “утонченная истина” китайских философов-это Кант, зачитавшийся книгой Руссо. В поступках философ был логичен и последователен: его педагогические воззрения, сведенные в работу “О педагогике”, предполагают укрепление дисциплины с детского возраста теми же средствами: размеренностью, последовательностью, принципиальностью. При наличии причины не вы-

полнять просьбу ребенка, нельзя поддаваться его упрямствам-любой отказ дается раз и навсегда. Детям не следует давать возможность выбирать себе кушанья, дабы не превратить их в лакомок. Им не следует давать читать романы, т.к. последние, по мнению Канта, ослабляют память. Диктат дидактических догматов, предлагаемых им, напоминает солдатский устав. Почти любая рекомендация Канта выглядит, как ограничивающий лозунг, воспевающая скрижаль. Сам философ по подобным лозунгам прожил всю жизнь — следовательно, у него самого была потребность постоянно обуздывать себя: ведь любой метод применяется лишь тогда, когда в нем есть необходимость; а желаемое свойство природы не является врожденным. Кант подчинил собственную поэтическую ноуменальность — целесообразности сухого и логичного феномена логики. В 1756 г. шведский мистик Э. Сведенборг опубликовал 8-томное сочинение “*Arcania coelestina*” (“Секреты рая”), по поводу которого Кант написал сатиру “Грезы духовидца, поясненные грезами метафизика”. Философ был одним из четырех человек, купивших труд Сведенборга в течение первых 10 лет продаж. Очевидно, Канта затронуло то, что было близко ему самому, но или оказалось иначе трактованным, или же интерес к поэзии мистики скрывался философом от самого себя, приняв внешний вид памфлета, но, по сути, явившись вариацией размышлений на мистическую тему. Сам он лукаво говорит о книге Сведенборга: “...конечно, подобного рода рассказам всегда верят только тайно...” [6], словно иронически давая понять, что его истинное отношение к теме книги далеко неоднозначно.

“Живший в нем, хотя и не особенно проявлявшийся в его сочинениях мистик, восхищался Сведенборгом, которого Кант называл “очень возвышенным”” [7], — написал Б. Рассел. Получается, все же, что Кант всю жизнь был поэтом, человеком с правополушарным мышлением, постоянно загонявшим себя в рамки левополушарной логики своей нарочито размеренной жизнью и трудами, содержание и доказательная система коих подчиняется логике, несмотря на известное количество в них правополушарных поэтических суждений.

*Con Dolorе (с болью):*

То, что Кант мыслил преимущественно категориями сущностей, а не явлений, доказывает и психопатологическая симптоматика, проявившаяся у него к пожилому возрасту. Почти всю жизнь философ был ипохондриком. Симптомы этой патологии он описал в одной из своих работ: “...ему мерещится, будто его одолевают все болезни, о которых он что-либо слышал. Поэтому он охотнее всего говорит о своем нездоровье, жадно набрасывается на медицинские книги и повсюду находит симптомы своей болезни” [2]. Кант ежемесячно посылал слугу к главе полицейской управы Кенигсберга за статистическим отчетом, исходя из которого, рассчитывал срок возможной продолжительности своей жизни. Его аптечка была вели-

чиной с лабораторию. Он выработал технику дыхания через нос, считая, что это избавит его от кашля и катара, из-за чего всегда гулял в одиночестве, т.к. беседа вынудила бы его дышать ртом. Он прилагал огромные усилия, чтобы не потеть; пятно пота на ночной рубашке приводило его в трепет, и Кант говорил об этом случае с особым пафосом. Он разработал целую систему диететики (так он называл искусство предотвращать болезни): “О способности духа побеждать болезни силой одного только намерения”. Он регулярно просматривал медицинские журналы, дабы узнать, не болен ли он какой-нибудь новой болезнью... (Известно, что ипохондрическая симптоматика феноменологически оформляется правым полушарием мозга). Ближе к старости Кант перешел в регистр галлюцинаторно-параноидной симптоматики. Каждую ночь ему слышались голоса и шаги убийц. Он чувствовал “давление на мозг”, которое, по его мнению, объяснялось “редкой формой воздушного электричества” [8], и которое было “причиной кошачьей эпидемии в Копенгагене и Вене” [8]. Этот параноидный синдром, принадлежит уже к левополушарным патологическим феноменам. “Можно создать любую привычку для тела, но нельзя забывать, что при частой повторности психика как бы усиливает эту привычку и доводит ее до крайности... Кант уже через двадцать лет приобрел свойства маньяка” [3], — писал М. Зощенко в “Возвращенной молодости”. Понимание того факта, что феноменальное бытие человека должно определяться его ноуменальной сутью, не было отнесено Кантом к себе самому. Подчинив свою жизнь левополушарному, недоминантному феномену логики, он придавил собственный доминантный правополушарный ноумен поэзии. Однако, как оказалось позже, нельзя было безнаказанно в течение всей жизни перегружать одно и то же полушарие мозга, изначально даже не являющееся доминантным. Как сообщается в одной из обзорных работ по межполушарной асимметрии: “Априори было ясно, что наиболее сильным раздражителем для левого полушария является вербальное неэмоциональное задание”. (Симптоматично использование кантовских понятий и терминологии в вопросе, касающемся самого философа, особенностей его мышления). Сухие “Критики” Канта с их обилием неэмоциональных слов, понятий, терминов, категорий<sup>2</sup>, безусловно, с этой точки зрения

<sup>2</sup> Являются ли и насколько “сухими” “Критики” Канта, адекватно ли упрекать их за “обилие неэмоциональных слов, понятий, терминов, категорий”, судить профессиональным философом, а не авторам обзоров по межполушарной асимметрии, которые часто грешат упрощенным схематизмом. Многочисленная литература, лихо делящая “психические функции” на право- и левополушарные, по большей части не учитывает современного представления о соотношении структуры и функции и о самих “психических функциях”. Наконец, лексика “сухая” для непрофессионала может быть аффектогенной для специалиста. Как иначе объяснить грандиозный успех работ Канта? (ред.).



должны быть отнесены к такому раздражителю, сопровождавшему философа всю жизнь. (Не по такому ли же механизму развивается и т.н. “метафизическая интоксикация” у подростков, забравшихся в дебри философии?).

*Tranquillo (успокаивающе):*

Функциональная асимметрия у пациентов с эндогенными психозами впервые была упомянута в 1895 г., когда Л. Брюс описал моряка из Уэльса, больного МДП, который в маниакальной фазе понимал английский и валлийский языки и писал правой рукой. В депрессивной фазе он не понимал английского и писал левой рукой. В ремиссии он был амбидекстром. Асимметрия может быть наследственной, играя роль предрасполагающего фактора (отец Канта был левшой, следовательно, у него тоже доминировало правое полушарие). П. Флор-Генри [10], Р. Дэвидсон [9] говорил о частом возникновении шизофреноподобных психозов при органическом поражении левой височной доли мозга. Т. Доброхотова и Н. Брагина [1] сравнивают психопатологические нарушения при поражении левого полушария мозга — с шизофренией, а синдром разобщения функций полушарий — со схизисом мышления. М. Тейлор определенно говорит о дисфункции доминантного полушария при шизофрении. Д. Кей и М. Рот выдвинули гипотезу о гиперактивации левого полушария при шизофрении, подтвердив ее методом регистрации МДГ. Э. Уокер [13] считает, что в этом случае можно говорить о нарушении взаимодействия полушарий мозга, опять-таки придавая основное значение их латеральной функциональности. В. Гебель и Й. Ульрих [11] считают, что функция левого полушария доминирует в острых случаях у пациентов с параноидной шизофренией. Л. Швейцер [10] выдвинул гипотезу о том, что первичный дефект при шизофрении локализуется в правом полушарии. При этом полушарие левое берет на себя функции правого, участвуя в обработке зрительно-пространственной информации, что объясняет его гиперфункциональное состояние. Исследования мозга методом компьютерной томографии продемонстрировали более выраженную атрофию участков коры полушарий слева. Т.о., все большее число ученых придает все большее значение функциональной асимметрии мозга, рассчитывая здесь найти разгадку шизофрении. Разные страны, разные методы, разные критерии все чаще сходятся на том, что асимметрия лежит в основе самой загадочной психиатрической патологии. Все чаще точки зрения на функциональную асимметрию при эндогенных психозах оказываются совпадающими концептуально: устойчивый дисбаланс функциональной активности полушарий

мозга может приводить к психотической симптоматике. Само морфологическое строение мозга оказывается схизофренически амбигентным: его левое и правое полушария могут задавать своему владельцу принципиально различные задачи, согласование и решение которых может моделировать ситуации, аналогичные “зависанию” компьютера — клинику психоза с нарушением привычного функционирования<sup>3</sup>.

*Ritenuto (постепенно замедляясь):*

Казалось бы, решение загадки близко — рукой подать, но секрет шизофрении, как линия горизонта: отодвигается по мере приближения к ней. И, словно комментируя ситуацию, Кант говорит на первых страницах “Критики чистого разума”: “На долю человеческого разума выпала странная судьба в одной из областей его познаний: его осаждают вопросы, от которых он не может отделаться, так как они задаются ему собственной его природой, но в то же время он не может ответить на них, так как они превосходят его силы” [5].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. / Н. Н. Брагина. — М.: Медицина. 1981.
2. Гулыга А. В. Кант. / А. В. Гулыга. — М.: Молодая гвардия. 1981. — С. 24.
3. Зоценко М. М. Возвращенная молодость. / М. М. Зоценко. // Избранные произведения: в двух томах. — Л.: Художественная литература. 1967. Т. 2. — С. 128.
4. Кант И Критика чистого разума. / И. Кант // Сочинения: В 6 томах. М.: Мысль. Т. 3. 1964. — С. 107, 114, 244, 259, 340, 342.
5. Кант И. Критика чистого разума. / И. Кант. — СПб.: Тайм-аут. 1993. — С. 11, 26.
6. Кант И. Собрание сочинений: в 8 томах. / И. Кант. — 1994. М. Т. 3. — С. 244, 259.
7. Рассел Б. История западной философии. / Б. Рассел. — М.: Академический проект. Екатеринбург: Деловая книга. 2008 — С. 846.
8. Стретерн П. Кант. / П. Стретерн. — М.: АСТ-Астрель. 2004. — С. 45, 71, 72.
9. Davidson R. J., Hugdahl K. Brain Asymmetry. A Bradford Book. / R. J. Davidson. — Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, London, Godefroy O. 2003. — 747 p.
10. Flor-Henry P. Functional hemispheric asymmetry and psychopathology. / P. Flor-Henry. // Integrative psychiatr. — 1983. — V. 1, № 2. — P. 46 – 52.
11. Goebel W., Ulrich G., Frick K. Visuomotor performance of schizophrenic patients and normal controls in a picture viewing task. / W. Goebel. // Biol. Psychiatry. — 1987. № 10. Vol. 22. — P. 1227 – 1327.
12. Schweitzer L. Evidence of right cerebral hemisphere dysfunction in schizophrenic patients with left hemisphere overactivation. / L. Schweitzer. // Biol. Psychiatry. — 1982. — V. 17, № 6. — P. 655 – 674.
13. Walker E., Hoppes E., Emory E. Environmental factors related to schizophrenia in psychophysiological labile high-risk males. / E. Walker. // J. nerv. ment. — 1981. Vol. 169. — P. 378 – 381.

<sup>3</sup> Амбигентность как таковая не является принадлежностью шизофрении, она пронизывает все сущее. Деятельность мозга, психики и личности не тождественны друг другу и тем более работе компьютера (ред.).



## Стихи Григория Котикова

### КАК ЖИТЬ?

Не убивай людей—  
Они и так помрут,  
И снег не подметай—  
Он сам собой растает.

Взгляни на выси гор,  
Проснувшись по утру,  
А вечером на волн  
Реки бегущей стаи.

Вот, в общем-то, и всё,  
Что надобно понять,  
Чтоб жизнь в себя принять  
И ею наслаждаться.

Да, чуть не позабыл:  
Ещё влюблённым будь,  
Чтобы в себя влюблять  
И самому влюбляться!

### VORWAERTS, JUDE!

Смешно — как же так: не дойти до дома?  
Ну, вот же — в руке ключ...  
Сейчас повернуть за угол знакомый  
И — лампочки добрый луч.

За углом какие-то серые тени  
Взяли меня в обхват:  
“Dieser soll mit uns gehen!” —  
Выплюнул ржавый солдат.

В толпу, подтолкнув прикладом:  
“Vorwaerts, Jude!” — эмоций нет.  
Для меня и него станут Адам  
Следующие много лет.

### ГЕРОНТОФИЛИЧЕСКОЕ

Ах, эта старая привычка —  
Смотреть на лица в транспорте общественном  
И представлять себе судьбу иль сущность  
Мной наблюдаемых людей.

И ежели глаза их не закрыты —  
Смотреть в глаза, пытаюсь распознать,  
Что кроется за этими глазами, кто там живёт,  
Что думает, о чём грустит?

А если радуется (реже), то улыбаюсь сам,  
Увидев, что кому-то хорошо,  
Заметив краем глаза, что мою улыбку  
Народ неадекватно понимает.

Да Б-г с народом — я уже не мальчик,  
Кому чужое мнение очень важно,  
Скажу вам больше — что меня прельщают  
Внимание и взгляды стариков.

Да и старушек,  
Впрочем, называть так скверно  
Сих дам с естественно повядшей красотой,  
Которая в глазах их до сих пор струится.

И я своей седою бородою  
Ввожу их вновь в их юное лукавство,

В глаза им глядя с искренней любовью  
И подарив момент воспоминанья.

### ПАМЯТИ ГАЙДАРА

В 17 лет я б мог командовать полком,  
А в 25 не взял бы больше роты,  
А в 40 вряд ли б поднял взвод у ДОТа,  
Стучащего кровавым молотком.

Сейчас я не рискнул бы и одним,  
Когда бы был он под моим началом,  
И если б повторилась жизнь с начала,  
Я бы не смог командовать полком.

1984

### ПРОДАВЩИЦЫ ВИННОГО ОТДЕЛА

О, как люблю я продавщиц из винного отдела,  
По их глазам люблю читать всю скорбность бытия.  
Я знаю их давным-давно, и жизнь их пролетела  
Среди бутылок из вина, как, впрочем, и моя.

Для всех, стоящих к ним толпой искателей ответов,  
Они, как феи доброты, целители недугов.  
Кому есть дело до того, что жизнь у них не спета?  
Об этом знаю только я — их старый, добрый друг.

В подсобке, после десяти, закрывшись на крючок,  
Сидим мы, головы свои руками подперев,  
И только слышатся слова: “дружочек”, да “дружочек”...  
Да не сдержалась вдруг одна, “О-о-о-о!” в голос  
заревев.

### БУДЬТЕ ДОБРЫ!

Я всё понимаю: похищение детей, педофилы, “никогда не заговаривайте с незнакомцами...”, но этот плакат на Каширке заставил меня задуматься. И вот итог:

“Будьте бдительны!  
Научите детей  
Не разговаривать с незнакомцами.”

Будьте бдительны!  
Научите детей  
Не разговаривать.

Будьте бдительны!  
Научите детей.

Будьте бдительны!

-----  
Будьте добры!

Будьте добры!  
Научите детей.

Будьте добры!  
Научите детей  
Разговаривать.

Будьте добры!  
Научите детей  
Разговаривать  
С незнакомыми людьми.

Будьте добры!

## Памяти друга



Давид Черняховский был одним из моих самых близких друзей. Других разметало по всем концам света от Австралии до Канады и США.

Давид был необыкновенно теплым, заботливым и одновременно изысканно тонким человеком. В отношении чего угодно он мог удивить новизной взгляда и невероятной осведомленностью. Его медленная речь, ее паузы, несли физическое ощущение упругой напряженности смысла. Он был прирожденный врач в самом высоком традиционном значении этого слова, он активно заботился о каждом, за кого брался. И он так был семейным врачом самой выдающейся интеллектуальной элиты нашей страны, как научной, так и литературной и музыкальной. Это обеспечивало ему броню в те времена.

Именно он — когда меня, пестовавшего себя всецело как научного работника, окончательно отторгло как чужака самое наше мрачное учреждение тех лет (1979 г.), — учил своему высокому искусству, в котором был выдающимся мастером, обеспечивал клиентурой, а убедившись в поразивших его возможностях теста Роршаха, посылал ко мне на исследование своих пациентов. Мы дружили домами, вместе проводили отпуск, делились всем, обсуждали, спорили. Это обогащало и скрашивало тогдашнюю жизнь. Мне легко и удивительно, что и для него я был до конца, пожалуй, ближайшим товарищем при его буквально фантастически ярком и благодарном ему окружении.

Давид пробовал себя в науке и некоторое время руководил исследовательским отделом в институте академика Пирузяна, но это не принесло ему внутреннего удовлетворения, и он вернулся к любимой им работе с больными.

Давид организовал перевод двух высоко значимых исследований: Нормана Кона “Благословение на геноцид. Миф о всемирном заговоре евреев и “Протоколах сионских мудрецов” (Москва: “Прогресс”, 1990) и Савелия Дудакова “История одного мифа” (Москва: “Наука”, 1993). Последнее дает общую картину развития антисемитской “мысли” в массовой беллетристике русских писателей “второго ряда” второй половины XIX — начала XX века. Оба этих исследования с тех пор — увы! — не теряют своей актуальности.

С Давидом связан, видимо, единственный случай извинений КГБ (НПЖ, 2005, 1, 80 – 86). Это лишнее напоминание, какими неожиданными возможностями подчас располагает врач.

*Ю. Савенко*

\* \* \*

Мы не были близки с Давидом Абрамовичем, сравнительно мало общались, но это был своеобразный своей личностной сложностью, стройностью, врач, хочется сохранить его образ для истории психо-

терапии. Его характер отчетливо обнаруживал себя в его врачебных приемах.

В 1965 – 1970 годах мы работали вместе в московском психоневрологическом диспансере № 2... Он тогда работал врачом всего несколько месяцев, а ведь был уже тогда известен в Москве как “элитный” психотерапевт. Я попросился к нему посмотреть его гипнотический сеанс. Говорил Черняховский медленно, торжественно-отчетливо выговаривая каждую букву и также, но еще торжественнее-загадочнее погружал пациента в гипноз в тишине психотерапевтического кабинета при слабом свете настольной лампы. “Я буду считать, — говорил Черняховский, — и с каждой цифрой (он сделал на “цифре” особое ударение, будто произнес это слово не по-русски) будете все глубже погружаться в гипнотический сон”. Я тихо испугался этого слова “цифра”. Я бы вообще его никогда не произнес в сеансе, но в то же время почувствовал в этом слове и во всем сеансе необыкновенную архитектурно-аристократическую красоту. И в будущем постоянно чувствовал в словах, тембре голоса, жестах, движениях, взгляде Черняховского эту торжественную красоту цифр. Даже в его легкой по временам, но тоже чуть геометрической, двигательной неуклюжести-неловкости. И еще Давид Абрамович так красиво-строго обнаруживал свою особенность в выписываемых им рецептах: вместо обычной для врачей тут неряшливости, как кристаллы, загадочно-затейливо и отчетливо виделись латинские буквы. Меня почему-то особенно восхищало сокращение “mgr” (миллиграмм). Также отчетливо-аристократически, выговаривая торжественно каждую букву, говорил Черняховский и на украинском языке своего детства, юности, гордился тем, что по-украински говорит свободно, как по-русски. Беседы Черняховского с пациентами в диспансере или по телефону (те, что я слышал краем уха) отличались той же архитектурно-законченной аристократичностью, хотя, в основном, это были разъяснения пациенту действию различных лекарств на организм. Разъяснения эти были изящными, с оптимистическим, тоже каким-то фигурно-символическим, ободрением в конце. Убежден, что все это целебно околдовывало пациентов, усиливая действие лекарств.

В то идеологически-сложное, опасное время Черняховский давал нам, врачам диспансера читать запрещенные книги Набокова, Гумилева, Бердяева, которые привозили ему из-за границы какие-то особенные его пациенты. Давид Абрамович говорил мне, что вот вечером, после работы, уставший, откроешь такую книгу и чувствуешь в душе волшебный божественный свет... Довольно тревожный, я удивлялся, как он с такими книгами не боится кагебешников. А он меня успокаивал: “Ну, конечно, в метро такую книгу не стоит читать, а то могут заметить и могут тогда изъять, но не более, не беспокойтесь”. Мне мало верилось в то, что только “изъять”, но не расспрашивал его, и от книг таких отказаться не мог...

Черняховский с годами прославился в Европе как специалист по лекарственному лечению резистентных депрессий. Его “психосоматический” талант, несомненно, обнаружился и в лечении наркоманов.

Этот был мало предсказуемый в своих поступках врач-эстет, интровертированный мыслитель. Я знал его лишь в немногих гранях его многогранного духовно-аутистического богатства. Он, сколько могу судить, тонко разбирался в иконах, мог установить возраст иконы и ее ценность. Мог поторговаться, когда мы менялись с ним, например, книгами, но мог и щедро одарить, казалось бы, без всякого своего “смысла”, мог подолгу заботиться о малознакомом человеке, казалось бы, без всякой своей выгоды. Нечто неведомое управляло его духом. Он был защищен от конфликтов с людьми своей мягко-геометрической доброжелательностью. Лишь однажды он сказал мне, что у него впервые в жизни конфликт с одной дамой-начальницей, а раньше все были конфликты только с самим собой.

Черняховский умер в 60 лет от бронхиальной астмы. Возможно, этой необычной смерти способствовала его особая любовь к лекарствам. Может быть, ослабели от упорного гормонального лечения (как рассказывали) его защитные природные силы? Все-таки редко умирают от самой бронхиальной астмы.

*М. Бурно*

## НЕКРОЛОГ

---

---

### Анатолий Алексеевич Корнилов (1932 – 2010)



25 июля 2010 г. отечественная психиатрическая наука и практика понесла большую утрату — на 79-м году жизни ушёл из жизни выдающийся ученый, блистательный психиатр, уникальный, удивительный человек Анатолий Алексеевич Корнилов.

Трудно представить сибирскую и кузбасскую психиатрию без Анатолия Алексеевича Корнилова, доктора медицинских наук, профессора, врача высшей категории. Анатолий Алексеевич известен коллегам как автор более 200 научных публикаций, оригинальной монографии “Избранные лекции по психиатрии”, член редакционной коллегии журнала “Сибирский вестник психиатрии и наркологии”, ветеран Великой Отечественной войны (труженик тыла), Почетный гражданин Олёкминского улуса Республики Саха (Якутия), Отличник здравоохранения, Отличник высшей школы. А. А. Корнилов был награжден медалями “За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.”, “За особый вклад в развитие Кузбасса” I, II степеней, “За служение Кузбассу”, “За трудовую доблесть”, “За гражданскую доблесть” (Республика Саха).

Основными интересами А. А. Корнилова в профессиональной научной сфере были психические нарушения при экзогенно-органических заболеваниях

головного мозга, психосоматические заболевания, алкоголизм. Докторская диссертация на тему “Клинико-социальные аспекты неблагоприятного течения травматической болезни головного мозга” была защищена им в 1984 г. С 1974 по 1997 г. А. А. Корнилов заведовал кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровской государственной медицинской академии.

По единодушному мнению коллег, Анатолий Алексеевич был своеобразной “визитной” карточкой кузбасской психиатрии. Все сотрудники больницы — от младшего медицинского персонала до врачей — были в поле зрения его интересов: он знал, чем и как живет практически каждый сотрудник больницы, искренне кренне разделяя их заботы и переживания. Он делал всё, чтобы наука и практика в больнице шли рука об руку и был глубоко убежден, что только в этом случае возможен успех. Он искренне и безоговорочно был заинтересован в росте и развитии больницы, в становлении молодых кадров. Под его руководством были защищены 19 кандидатских и 1 докторская диссертации. И если он брался за научное руководство — это был гарантированный успех. Он доводил любое, даже самое сложное дело до конца, он не боялся брать на себя всю ответственность. Огром-



ную энергию Анатолий Алексеевич отдавал подготовке кадров высшей квалификации, будучи постоянным членом Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций.

Несмотря на свою постоянную занятость, он всегда оставался внимательным и отзывчивым человеком по отношению к своим многочисленным коллегам и ученикам. Его яркие выступления на научных конференциях, иллюстрируемые интереснейшими цитатами и высказываниями классиков психиатрии, останутся незабываемыми воспоминаниями для многих. Как ученого его отличали глубокая преданность науке, творческая энергия, завидная работоспособность, скрупулезный и беспристрастный анализ фактического материала. Высшей наградой Анатолию Алексеевичу Корнилову навсегда останется непоколебимый авторитет его трудов, искренняя любовь и светлая память знавших его людей.

А. А. Корнилов был разносторонне образованным и одарённым человеком, увлекался литературой, спортом, живо интересовался политикой, был принципиален и объективен в оценке реалий общественной жизни. Как истинный интеллигент он был всегда критически настроен по отношению к окружающей действительности. Его научная деятельность во многом определила развитие психиатрии Кузбасса, способствовала утверждению её места в научной жизни Сибирского региона. Его работоспособность и целеустремленность, безусловное искреннее желание делать добро и помогать людям, любовь к пациентам и мудрое отношение к жизни поражали практически до последних дней. Он не переставал работать в больнице даже будучи тяжело больным. И при каждой встрече вплоть до последних дней разговор с собеседником начинал с вопроса: “Что нового, что новейшего?..”

Отличительными чертами А. А. Корнилова были скромность, демократичность, чуткость и вниматель-

ность к людям. Он по праву пользовался заслуженным авторитетом и большим уважением со стороны всех, кто его знал, работал и общался с ним. Друзья любили его и ценили за достойные человеческие качества. Кончина А. А. Корнилова стала тяжёлой утратой для сибирской психиатрической науки, для всех тех, кому посчастливилось знать его лично, работать с ним рядом, для тех, кто изучал его труды.

В памяти родных, друзей, учеников и коллег Анатолий Алексеевич Корнилов навсегда останется сильным и гордым человеком, неизменно внимательным к своим ученикам и коллегам, добрым и отзывчивым другом.

*Группа товарищей  
Редколлегия Сибирского Вестника  
психиатрии и наркологии*

Проф. Анатолий Алексеевич Корнилов за последние 18 лет, что мы знали его, никогда не менялся, словно время не было властно над ним. Редкая чуткость ко всем, с кем общался, ко всему новому, достойному, пронзительно-доброжелательная простота суждений и поведения Анатолия Алексеевича, аура спокойного мудрого понимания происходящего были хорошо ощутимы при каждой встрече.

Мы гордимся, что человек таких качеств естественно, от природы феноменологических, вступил вместе с рядом своих коллег в ряды Независимой психиатрической ассоциации России.

Для всех нас это тяжелая утрата, но светлая память.

*Ю. С. Савенко*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

*Ницше Фридрих.* Полное собрание сочинений, т. 10 — М., 2010  
*Бергсон Анри.* Избранное: сознание и жизнь — М., 2010  
*Адорно Теодор В.* Жаргон подлинности. О немецкой идеологии. — М., 2011  
*Рикер Поль.* Путь признания. — М., 2010  
*Армстронг Дэвид М.* Универсалии. Самоуверенное введение. — М., 2011

\* \* \*

*Парето Вильфредо.* Компендиум по общей социологии. — М., 2008  
*Моизи Доминик.* Геополитика эмоций. Как культуры страха, унижение и надежды трансформируют мир — М., 2010  
*Султанова Мири.* Философия контркультуры Теодора Розака. — М., 2009

\* \* \*

*Арнольд В.* Что такое математика? — М., 2008  
*Босс В.* Интуиция и математика — М., 2008  
*Босс В.* Лекции по математике — М., 2010 (в 15 книгах) (*просто, увлекательно, «с птичьего полета», только каркас здания математики*)

\* \* \*

*Кристева Юлия.* Черное солнце. Депрессия и меланхолия. — М., 2010  
“Соппротивление”: в психоанализе, психоанализу, психоанализа // Логос, 3 (76), 2010  
*Хиришман Альберт.* Риторика реакции: извращение, тщетность, опасность. — М., 2010  
*Зинченко В., Пружинин Б., Щедрина Т.* Истоки культурно-исторической психологии: философско-гуманитарный контекст.  
*Ассанович М. А.* Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. — М., 2011  
*Смит Джонатан.* Псевдонаука и паранормальные явления. Критический взгляд. — М., 2011

\* \* \*

*Ашаффенбург Густав.* Преступление и борьба с ним: уголовная психология для врачей, юристов и социологов. — М., 2010 (переиздание 1906 г.)  
Философия права в начале XXI столетия через призму конституционализма и конституционной экономики. — М., 2010

\* \* \*

*Савельева И., Полетаев А.* Классическое наследие — М., 2010  
*Лотман Ю. М.* Чему учатся люди? — М., 2010  
*Аронов Игорь.* Кандинский. Истоки. 1866 – 1907. — Иерусалим — Москва, 2010 (*попытка понимания скрытых смыслов мифотворческого символизма Василия Кандинского (1866 – 1944)*)

\* \* \*

*Ле Гофф Жак.* Средневековье и деньги. Очерк исторической антропологии. — СПб., 2010  
*Местр Жозеф де.* Религия и нравы русских. — СПб., 2010  
Монастырские тюрьмы в царской России. — Рязань, 2010 (“каждый сознательно мыслящий человек должен прочитать эту книгу, ибо в ней дан материал, который проливает необыкновенно яркий свет на условия духовной и религиозной жизни народа в течение веков”, на ту “борьбу, которую вели государство и господствующая церковь с оппозиционными движениями”).

\* \* \*

Правила жизни. Сто лучших интервью из журнала Esquire. — М., 2010

# ABSTRATS

---

## **Latent Forms of Anti-Psychiatry as Main Danger**

*Yu. S. Savenko*

**Key words:** latent antipsychiatry, relativism.

On the basis of analysis of main stands of antipsychiatric movement it was demonstrated that direct first-hand forms of antipsychiatry don't destroy psychiatry, but, vice versa, develop and strengthen it. Fulling sanitary functions they allow to form ideal types of psychiatric science, profession and service.

Dangerous for psychiatry are indirect and latent forms of antipsychiatry. They originate from psychiatrists themselves, invisibly corrupt the subject, relativizing its base and conduct negative program of antipsychiatry. The types of various forms of reductionism are presented.

## **Position of Civil Commission on Human Rights**

*Roman Chorny*

**Key words:** psychiatry and human rights, Civil Commission on Human Rights, antipsychiatry.

The President of St. Petersburg Civil Commission on Human Rights singled out principal, from the point of view of the Commission, types of violation of rights of persons with mental disorders in St. Petersburg and region and presented concrete examples: groundless involuntary hospitalization of citizens; damage to health of patients due to large doses of preparations and their long time use; cruel unjustified long term confinement in mental facilities; compelling women living in psychoneurological homes to abortions; refusal to give correct information on grounds for hospitalization, on implemented treatment and not informing patients of their rights.

## **Professional Independence of Doctor-Psychiatrist and Problem of Distrust to Psychiatric Service in Russia**

*D. G. Bartenev*

**Key words:** professional autonomy, law and ethics in psychiatry.

The ethical and legal guarantees of professional autonomy of psychiatrist in the course of providing mental health services have been formulated on the basis of international acts and provisions of Russian law. Decrease in professional independence which has been defined by the author not only as freedom of a psychiatrist from any outside administrative pressure but also as internal self-autonomy, has been demonstrated on the basis of concrete legal decisions in the mental health practice. The link between restrictions on professional autonomy of psychiatrist, lack of protection mechanisms including ethical committees, and as a consequence — growing distrust in mental health care in the modern Russia has been emphasized.

## **On Trustworthiness in Scientific Researches**

*B. G. Yudin*

**Key words:** trustworthiness in researches, plagiarism, invention, falsification.

Types of dishonesty of scientific researches have been discussed, such as plagiarism, invention (forgery) and falsification. This problem began especially urgent since the beginning of 1980 and has been headily growing during the latest decade. The Independent committees, staff of whistleblowers and their protection have been created in the USA and European countries. The international cooperation has been developed, two world conferences have been held.

**Ethico-Legal Problems  
of Truthfulness in National Psychiatry**

*A. Ya. Perekhov*

**Key words:** medical secret, right to information.

Discussed are various special incidents of conflict between secrecy and rights to information, access of the mentally ill to information about his illness. Dogmatic character of stereotyped solving these problems is shown.

**From an Expert's Dossier**

**Key words:** psychiatry and religion, use of psychiatry for non-medical purposes, independent evaluation.

Presented are the full text of conclusion of forensic psychiatric evaluation and its critical analysis from which it is completely evident that experts have been forced to carry out political order.

**Role of Different Factors in Development  
of Recrudescences at Chronic Alcoholism**

*A. S. Meliksetian*

**Key words:** chronic alcoholism, remission, recrudescence.

The data on character and specific features of run of long and short remissions at chronic alcoholism, factors which actualize attraction and provoke recrudescence have been presented. Brief characteristics of examined patients, specific features of formation of alcohol addiction and its course, as well as development of pathological symptoms have been discussed.

**II Международный конгресс  
по дуальным расстройствам:  
ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

*5 – 8 октября 2011 г., Барселона, Испания*

**[mcasas@vhebron.net](mailto:mcasas@vhebron.net); [www.cipd2011.com](http://www.cipd2011.com)**