

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2012

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 11.06.2012. Подписано в печать 25.06.2012. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2012-02-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

80-летие IX тома Руководства Бумке “Шизофрения” под ред. Карла Вильманса	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Вилли Майер-Гросс. III-Клиника шизофрении: Б.-Типические синдромы развитого заболевания (отрывок из IX тома Руководства Бумке)	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Отдаленный исход в клиническое выздоровление при манифестных прогрессивных формах шизофрении (сообщение 2) — А. Г. Мкртчян (Ереван, Армения)	10
К диагностике сочетанных форм психических заболеваний — Б. Н. Пивень, О. С. Булат, Л. В. Лещенко (Барнаул)	14
Паническое расстройство с агорофобией: вопросы диагностики и коморбидность — А. В. Павличенко, Д. А. Чугунов	16
К проблеме злокачественного нейролептического синдрома — В. П. Волков (Тверь)	24
Больничные пациенты о своих потребностях и удовлетворенности психиатрической помощью — Е. Б. Любов и др.	28
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизофрения с дефектом или шизофреноподобная органика? — ведущая проф. А. Б. Аведисова, врач-докладчик Л. Р. Алькова	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Независимость эксперта с позиций Европейского Суда по правам человека — Ю. Н. Аргунова	49
Право граждан на получение информации о состоянии здоровья может оказаться под угрозой нарушения — А. Г. Устинов	56
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2012, 1) — В. В. Мотов (Тамбов)	58
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Стремительное упрощение судебной процедуры: судьи отказываются заслушивать специалистов, нарушая УПК	68
ИЗ ПРАКТИКИ	
Алкогольный психоз у больного, не страдающего зависимостью от алкоголя — А. Г. Гофман, А. Г. Манасевич	72
Современные направления в развитии систем психического здоровья в США — Елена Черепанов (Бостон, США)	75
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Зоотерапия — перспективное направление психотерапии расстройств шизофренического спектра — С. Д. Левина	78
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
О концепции проф. А. Б. Смулевича “Нажитые, соматогенно обусловленные ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) — В. Г. Остроглазов	84
ХРОНИКА	
Интеграция НПА России в Европейское психиатрическое сообщество	90
Создание международной рабочей группы по изучению сочетанных (коморбидных) форм психической патологии	91
Исполнение Россией решений Европейского Суда по правам человека	92
Законопроект об ограниченной недееспособности — слушания в Общественной Палате РФ	93
Реформирование института недееспособности должно быть продолжено	94
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Сорок калик со каликою (отрывок из былины)	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	96
АННОТАЦИИ	97

CONTENT

The 80-th anniversary of the edition of the IX volume of the Manual “Schizophrenia” by Bumke under edition of Karl Wilmanns.	5
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Willy Mayer-Gross. III-Schizophrenia clinic. B.-Typical syndromes of the developed disease (a fragment from the IX-th volume of the Manual by Bumke)	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Clinical recovery in manifested prodromal forms of schizophrenia (part 2) — A. G. Mkrtchyan (Yerevan, Armenia).	10
To the issue of diagnostics of combined forms of mental diseases — B. N. Piven, O. S. Bulat, L. V. Leshchenko (Barnaul)	14
Panic Disorder with Agoraphobia: Diagnostic Issues and Comorbidity — A. V. Pavlichenko, D. A. Chugunov	16
To a problem of neuroleptic malignant syndrome — V. P. Volkov (Tver)	24
Psychiatric inpatients: their needs and satisfaction of mental health care — E. B. Lyubov and the Investigation Group.	28
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Schizophrenia with defect or schizophreniform organic disorder? — Prof. A. S. Avedisova, L. R. Al'kova	33
PSYCHIATRY AND LAW	
Independence of an expert: Position of the European Court of Human Rights — Yu. N. Argunova.	49
The Right of the citizens to obtain information about their health may be found under threat of violation — A. G. Ustinov	56
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2012, 1 — V. V. Motov (Tambov)	58
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Prompt simplification of legal proceedings: judges refuse to hear experts, breaking the Criminal Procedure Code	68
FROM PRACTICE	
Alcohol psychosis at the patient who is not suffering from alcohol addiction — A. G. Hofman, A. G. Manasevich.	72
The modern trends in development of mental health systems in the USA — Elena Cherepanov (Boston, USA).	75
PSYCHOTHERAPY	
Zootherapy — available tendency of schizophrenic specter disorders psychotherapy — S. D. Levina	78
REVIEWS AND COMMENTS	
Revisiting the academician A. B. Smulevich's concept of “Acquired, somatogenically conditioned hypochondriacal psychopathies (on systematics of personality disorders)” — V. G. Ostroglazov	84
THE CHRONICLE	
Integration of the IPA of Russia into the European psychiatric community	90
Creation of international working group on studying combined (comorbid) forms of psychic pathology	91
Implementation by Russia of decisions of the European court on human rights	92
The bill on limited incapacity — hearings in Civic Chamber	93
Reforming of institute of incapacity should be continued	94
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
40 wandering knights. A fragment from the ballad	95
RECOMMENDATIONS	96
ABSTRACTS	97

HANDBUCH DER GEISTESKRANKHEITEN

BEARBEITET VON

K. BERINGER · K. BIRNBAUM · A. BOSTROEM · E. BRAUN · A. v. BRAUNMÜHL
O. BUMKE · H. BÜRGER-PRINZ · J. L. ENTRES · G. EWALD · E. GAMPER
F. GEORGI · HANS W. GRUHLE · E. GRÜNTAL · J. HALLERVORDEN
A. HAUPTMANN · A. HOMBURGER† · F. JAHNEL · W. JAHRREISS · A. JAKOB
H. JOSEPHY · V. KAFKA · E. KAHN · F. KEHRER · B. KIHN · H. KORBSCH
E. KRETSCHMER · E. KÜPPERS · J. LANGE · W. MAYER-GROSS · F. MEGGEN-
DORFER · K. NEUBÜRGER · P. NITSCHKE · B. PFEIFER · F. PLAUT · M. ROSEN-
FELD · W. RUNGE · H. SCHARFETTER · K. SCHNEIDER · F. SCHOB · W. SCHOLZ
J. H. SCHULTZ · H. SPATZ · W. SPIELMEYER · J. STEIN · G. STEINER · F. STERN
G. STERTZ · A. STRAUSS · W. STROHMAYER · R. THIELE · W. VORKASTNER†
W. WEIMANN · A. WETZEL · K. WILMANN · O. WUTH

HERAUSGEGEBEN VON

OSWALD BUMKE
MÜNCHEN

NEUNTER B.
SPEZIELLER

SPEZIELLER TEIL

FÜNFTER TEIL

DIE SCHIZOPHRENIE

BEARBEITET VON

K. BERINGER-HEIDELBERG · H. BÜRGER-PRINZ-LEIPZIG
HANS W. GRUHLE-HEIDELBERG · A. HOMBURGER†-HEIDELBERG
W. MAYER-GROSS-HEIDELBERG · G. STEINER-HEIDELBERG
A. STRAUSS-HEIDELBERG · A. WETZEL-STUTTART

REDIGIERT UND MIT EINEM VORWORT VERSEHEN VON

K. WILMANN
HEIDELBERG

MIT 99 ABBILDUNGEN



Ганс Груле
(1886 – 1958)



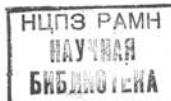
Вилли Майер Гросс
(1889 – 1961)



BERLIN

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1932



Отмечая славные юбилеи классиков нашего предмета, отмечая это не формально, а с пониманием исторической значимости их вклада, важнее ориентироваться не столько на дни рождения, сколько на год издания их основных трудов или сделанных открытий. Такого рода даты — ключевые вехи, задающие координаты истории предмета. Так, в будущем 2013 году исполняется 100-летие “Общей психопатологии” Карла Ясперса. На недавно прошедшем Европейском конгрессе психиатров приближению этой даты был посвящен специальный симпозиум.

А в этом году исполняется 80 лет другой вершине психиатрии — знаменитому IX тому Руководства по психиатрии под редакцией О. Бумке — “Шизофрения”. Даже простое перелистывание монументальных 10-томного руководства по душевным заболеваниям (1928 – 1939) и 17-томного — по неврологии (тоже с психиатрическими главами) (1935 – 1937) — впечатляет и обогащает. Что касается IX тома, то он стоит особняком. Это одна из непревзойденных вершин психиатрии, написанная в основном коллективом Гейдельбергской психиатрической клиники под редакцией ее руководителя Карла Вильманса (психиатра с русскими корнями, устранившего вскоре за антигитлеровские высказывания). Авторы — сотрудники клиники, с которыми работал Карл Ясперс, посвятили этот том ему. Основные разделы написаны Гансом Груле (история, общая психопатология и теория шизофрении) и Вилли Майер-Гроссом (клиника, дифференциальный диагноз и терапия). Среди авторов К. Берингер, А. Ветцель, А. Гомбургер, Х. Бюргер-Принц и др.

Из 784 страниц книги 60 страниц занимают библиография, авторские и предметные указатели, 40 % текста — клиника и дифференциальная диагностика, а анатомия — менее 1 %. Это отражает новую эпоху в психиатрии, отказавшейся от первоначальной сосредоточенности на поисках морфологического субстрата шизофрении, когда ведущие психиатры мира были выдающимися нейропатогистоморфологами. Решительный приоритет отдается клинике. Большое место было уделено этиологии, социальным проблемам и художественному творчеству больных.

Текст отличает трезвая взвешенная критическая позиция и единство подхода. Содержание тома выглядит следующим образом.

Предисловие

Историческое введение Груле (не переведено)

I. Этиология

А. Статистические данные, пол, раса, климат, время года. *Бюргер-Принц*

Б. Наследственность. *Берингер*

В. Соматическая конституция. *Берингер*

Г. Схизоид. *Берингер*

Д. Провоцирующая роль психических и соматических расстройств. *Майер-Гросс*

II. Общая симптоматология

А. Психопатология. *Груле*

1. Галлюцинации. 2. Мышление. 3. Речь. 4. Бред. 5. Внимание. 6. Сознание. 7. Эмоциональные расстройства. 8. Волевая сфера. 9. Расстройство целостной личности

Б. Моторика. *Гомбургер*

В. Соматические явления. *Штейнер и Штраусс*

III. Клиника. *Майер-Гросс*

А. Начало заболевания и его симптоматика

Б. Типические синдромы развитого заболевания (печатаются в данном выпуске)

В. Атипичные образования

Г. Течение и исход

IV. Распознавание и дифференциальный диагноз. *Майер-Гросс*

V. Терапия. *Майер-Гросс*

VI. Анатомия. *Штейнер*

VII. Социальное значение. *Ветцель*

VIII. О художественном творчестве шизофреников. *Бюргер-Принц*

IX. Теория шизофрении. *Груле*

Нельзя не обратить внимание, что уже на следующий 1933 год Государственное медицинское издательство выпустило в Москве двухтысячным тиражом сокращенный перевод этой книги на 82 страницах под редакцией и с развернутым предисловием проф. Н. П. Бруханского в переводе Э. Берковитца и С. Конторума. Это высокопрофессиональный, местами полный и даже комментированный перевод. Н. П. Бруханский аналогичным образом перевел в 1935 году на 60 страницах “Общую психопатологию” Ясперса. Оба издания — пример высокого уровня отечественной психиатрии, высокой ответственности и преданности своей профессии, вопреки жесткой идеологической цензуре, усилившейся с 1929 года. В самой Германии IX том не был раскуплен. Многие психиатры эмигрировали. А последний дополнительный том Руководства вышел в 1939 г.

Мы помещаем отрывок этого перевода.

На факсимиле форзаца, которое мы приводим, осталось свидетельство принадлежности этого тома личной библиотеке А. В. Снежневского. Это отражает действительный факт опоры А. В. Снежневского, как и его учителя Льва Марковича Розенштейна, на достижения Гейдельбергской школы от Э. Крепелина до К. Вильманса, а значит на Ясперса, Груле и Майер-Гросса. Концепция шизофрении А. В. Снежневского опиралась также на вклады Йозефа Берце, Артура Кронфельда (1935 – 1941), Клауса Конрада (1958). Мы видим, что все они — подлинные классики нашего предмета. Жирная клякса на имени Снежневского очень естественно символизирует Павловскую сессию 1951 г., после которой потребовалось больше десятилетия, чтобы вернуться к достойным истокам, открыто ссылаться на которые избегали еще очень долго.

Ю. С. Савенко

III. Клиника шизофрении. Б. Типические синдромы развитого заболевания (отрывок из IX тома Руководства Бумке)

Вилли Майер-Гросс

Майер-Гросс различает три синдрома развитого заболевания. Он начинает свое изложение с *гебефренных* картин. К этой группе относятся те случаи, где на первый план выступают нарушение активности и опустошение в аффективной сфере. При этом следует однако напомнить, что упоминаемый здесь минус активности часто сменяется излишком импульсов, что за отмиранием чувства симпатии может следовать или ему предшествовать вторжение аффектов. Таким образом выясняется вся относительность таких отграничений, которые облегчают только практическое понимание проблемы.

Клиническое значение гебефренных картин лежит прежде всего в том, что заболевание это может остановиться на всех ступенях и продолжаться целые годы, не прогрессируя. Можно себе даже представить, что вся болезнь заключается в однократном понижении активности, причем этим путем возникают те шизоидные психопаты, которые так часто описывались как родственные явным шизофреникам, а также целый ряд психопатических типов, близких шизофреническому кругу. Однако доказать, что здесь речь идет о латентных шизофрениках, нельзя. Такие больные очень часто годами осаждают врачей, идут под диагнозом неврастеников, невротиков, истериков, причем психотерапевтически они представляют собою конечно весьма неблагоприятный объект. Гебефренную природу заболевания тем более трудно установить, что у более дифференцированных индивидуумов никогда почти не отсутствуют моменты невротического порядка, которые дают повод для психотерапевтического воздействия. Отграничение их от невротиков затруднительно. Это обстоятельство давало повод перенести некоторые воззрения из динамики невротического процесса в область шизофрении. Такие шизофреники очень часто и с успехом могут исполнять несложную работу и, производя ее, не сознавать, что они являются больными. Но при более внимательном исследовании всегда обнаруживаются типичные шизофренические черты.

На другом полюсе находятся те случаи, которые характеризуются быстрым переходом в слабоумие.

В смысле аффективности необходимо отметить две типичные картины: беспомощность и дурашли-

вое веселье. Оба эти момента можно рассматривать как состояния, соответствующие нарушению мышления. Но в иных случаях их необходимо трактовать как непосредственное вторжение патологических аффектов.

Что касается формальных нарушений, то первым признаком является *поверхностность*, непрочность, ветреность (*Flüchtigkeit*) как в смысле временного ускорения психического процесса, так и в смысле недостаточной ясности. Затем отсутствует надлежащая акцентуация в том смысле, что передний план и фон мышления неясно разграничены, главные и второстепенные мысли не разделены, и вследствие этого направление мышления принимает иной характер.

В-третьих, вперемежку с ускорением переживаются замедление психического процесса. Ему соответствуют обеднение, убожество.

В общем клиническая картина характеризуется разорванностью или пустым однообразием, с которым преподносится какая-нибудь жалоба или переживание непосредственно из времени, предшествующего заболеванию, или же снова и снова однообразно и монотонно повторяется просьба о выписке из больницы.

Предоставленные самим себе, такие больные малоподвижны, при одновременном обеднении моторных импульсов, или находятся на границе ступора. Карл Шнайдер пытался доказать, что шизофреническое нарушение переживания, касающееся преимущественно мышления, с необходимостью ведет к опустошению аффективной жизни, и поэтому он рассматривает аффективное обеднение как вторичное явление. Но говорит Майер-Гросс — аффективные аномалии по своей тяжести отнюдь не соответствуют степени нарушения мышления. И он защищает на ряде примеров свою точку зрения.

Далее Майер-Гросс переходит к описанию *кататонических* картин. Тяжелые аномалии при этих картинах вовсе не должны в каждом случае достигать своих крайних степеней. Наоборот часто встречаются только единичные кататонические признаки, примешивающиеся к общей картине заболевания. Но из этого нельзя делать заключения, что многое является только вторичным и понятным в смысле дедукции.

Майер-Гросс в первую очередь останавливается на аномалиях мимики и жестов и подчеркивает, что

самым распространенным явлением наряду с понижением и окостенением мимики всего лица является гримасообразное беспокойство лобной мускулатуры, которое сообразно с направлением взгляда во время разговора может быть расценено как ранний признак шизофренического заболевания. Характерно, что игра лобной мускулатуры является изолированной по отношению к прочей лицевой. Следует отметить также шизофреническую улыбку, далее — особенный тон голоса, затем — своеобразное пожимание руки, которое является указанием нарушения чувства симпатии. Очень часто эти мимические изменения идут рука об руку с ослаблением активности, с аномалиями мышления и аномалиями в аффективной сфере. К этому присоединяются еще аномалии кожи — себорея и потение; далее — особые речевые проявления и жесты: откиннутая назад голова и т.д. Здесь нет резких границ до самого тяжелого ступора с негативизмом, с одной стороны, и до вербигераторного бешенства — с другой.

Большой проблемой является вопрос о тесной увязке моторных и сенсорных аномалий и галлюцинаций, которые почти никогда не отсутствуют при тяжелых кататониях. Но Майер-Гросс указывает, что большего, чем констатировать этот интересный факт, мы не можем. Берце пытался охватить эту область понятием “генерализированный автоматизм”. Он объясняет повышенное предрасположение к образованию автоматизмов бедностью или отсутствием интенций при шизофренических состояниях. Галлюцинаторные явления наблюдаются в особенности до начала ступора, и только редко заболевание начинается непосредственно со ступорозного состояния. Эти галлюцинаторные моменты окрашены обычно в ипохондрический, тоскливый тон и могут длиться довольно продолжительное время. В состоянии самого ступора наблюдается целый ряд нюансов. У некоторых шизофреников получается впечатление, как будто они всегда находятся на границе ступора, и мы часто видели — говорит Майер-Гросс, — что в течение всего психоза они не переходят эту границу. Если же тяжелый негативистический ступор постепенно внедряется в личность, то это дает неблагоприятный прогноз.

Часто ступорозный больной после посещения родных или прогулки внезапно становится доступным на долгое время. Некоторые авторы считают поэтому, что тяжелые кататонические картины являются искусственно созданными, и в современных психиатрических учреждениях пытаются воспрепятствовать возникновению таких состояний.

К области кататонического обеднения моторики относятся и стереотипии. Некоторые из них являются только частью ступора, полного развития которого по каким-либо внутренним или внешним причинам не произошло: отклоненная голова, амимия, мутизм, гримасы. Майер-Гросс на основании ряда историй болезни показывает, что иногда эти частичные явления включены в общее поведение больного и во всяком случае не являются органическими (или лучше ска-

зать механическими), как частичные моторные нарушения после гемиплегии и повреждений спинного мозга. Стереотипии очень часто являются осмысленным проявлением переживаний больного в рамках его бредовых концепций. То же самое относится и к реликтам, которые являются остатками профессиональных движений, направленных на реальную действительность. Реликты таким образом приобретают характер символов.

Особый характер приобретают кататонические симптомы, если к ним присоединяется негативизм, который может господствовать над всей картиной. Майер-Гросс полемизирует с Клейстом и Берце, которые ищут корни этого явления в аффективной сфере.

О негативизме следует еще сказать, что он нередко является искусственно созданным как результат внушения. Подобном тому как опытные терапевты (Клези и др.) пытаются напр. изжить негативистический отказ от пищи, а также явления антисоциального порядка путем включения больного в соответствующую ситуацию и добиваются прекрасных результатов, частые проявления негативистических и прочих реакций в некоторых фазах психиатрического исследования были несомненно следствием своего рода дрессировки.

Штраус также склонен приписать клинически частые совпадения негативизма и повелительного автоматизма повышенной внушаемости у шизофреников. Эта связь негативизма с внушением и гипнозом тем более понятна, что и Блейлер при негативизме и при повелительном автоматизме говорит о легком оглушении, в котором иногда находятся такие больные. Кроме того каталептические явления легко вызываются и при гипнозе. Также и эхопраксия, и эхолалия стали значительно реже с тех пор, как стали избегать схематических исследований по Крепелину и бороться с образованием имитаторских привычек путем отвлечения и труда. Несмотря на это, у свежих кататоников мы нередко встречаем эхолалические и эхопраксические реакции.

О связи акинеза и гиперкинетических симптомов уже было сказано. С этой точки зрения становится понятным и кататоническое возбуждение. Характерным для кататонических возбуждений является примесь из акинетической картины — оцепенение, связанность, единообразие, ограничение отдельными моторными областями, схематизм и т.д. Внезапное возбуждение из ступорозного состояния характеризуется особой импульсивностью. Совершенно связанный, казалось бы, недвижимый больной внезапно прыгает с кровати, движется совершенно свободно, разбивает оконные стекла, бьет своего соседа, пытается повеситься и т.д. Затем он возвращается в свое прежнее состояние, как будто ничего не случилось. Эти импульсивные атаки несомненно часто возникают под влиянием галлюцинаций. Кроме того, они возникают как непосредственное выражение в виде разрядки накопленных аффектов. Майер-Гросс считает, что постоянная

смена ступора и возбуждения в определенные промежутки или даже совершенно нерегулярно, часто в зависимости от менструаций, в иных случаях вызвана психореактивными факторами.

Следует упомянуть еще о двух симптомах: о напоре мыслей и о “задержке” (“Sperrung”). Автор относит их также к кататоническим явлениям. Они переживаются с нарушением “я” или без такого нарушения: с одной стороны, чуждое “я”, “деланное” вторжение в сферу личности, с другой стороны, как совершенно логичное, естественно-включенное, причем больной идентифицирует себя с тем, что он переживает.

Переходя к описанию *параноидных* и *парафренических* картин, Майер-Гросс указывает, что согласно Крепелину и Блейлеру параноид характеризуется в первую очередь галлюцинациями и бредовыми идеями, причем остальные нарушения отходят на задний план. К этим последним относятся нарушение мышления, активности, аффективности и психомоторики. Их отсутствие при параноиде было и есть причина спора о параноиде.

В дальнейшем Майер-Гросс дает описание клинической картины парафрении и отмечает, что при современном состоянии наших знаний невозможно отделить парафрению от шизофрении. (То, что иногда бред отношения в начале заболевания может смениться нарастающим нарушением мышления или погружается в общее снижение активности, а в другом случае может остаться на переднем плане картины болезни, распространяясь и развиваясь до целостной системы с обманами воспоминаний и т.д., в ремиссиях может забыться, снова вспыхнуть, постоянно держаться и подвергаться разработке, — “это, — говорит Майер-Гросс, — все *вариации* одинакового в принципе процесса, который мы не можем расчленить хотя бы по одному тому, что мы ничего не знаем о причинах этих вариаций”.)

Объединение галлюцинаций и бредовых идей в качестве основных симптомов этой группы соответствует вульгарно психологическому пониманию, которое можно отнести за счет старых сенсуалистически-позитивистических взглядов: обман чувств должен мол обязательно повести к бредовому переключению суждений. Между тем однако стало ясно, что первичные бредовые переживания могут существовать без галлюцинаций. В начале психоза может существовать бред отношения также без аномалий в области восприятия. Наоборот в некоторых случаях можно считать характерным, что несмотря на то, что налицо галлюцинации, бредообразование не наступает. С другой стороны, совершенно ясно, что потеря активности и нарушение мышления при известных условиях могут препятствовать бредообразованию, в то время как потеря чувства симпатии наоборот может привести к такому образованию. Следует снова указать на взаимоотношение отдельных групп симптомов с галлюцинациями. Нарушение мышления с его тенденцией к наглядному

пояснению, нарушение активности с прекращением отнесения к “я” переживаний, первичные бредовые переживания с изменением чувственных признаков предметов, наконец психомоторные нарушения с их сенсомоторной автоматизацией — все они имеют точки соприкосновения с той огромной областью, которая клинически объединяется галлюцинациями. Таким образом объясняется тот факт, что в крепелиновских подгруппах шизофрении всюду идет речь о галлюцинациях. В связи с этим Майер-Гросс относит к параноикам тех больных с галлюцинациями, у которых бредовая переработка примыкает к ним или идет наряду с ними. В ряде случаев этого рода точный психопатологический анализ может констатировать, что настоящие галлюцинации не имеют места; больше того — что речь не идет даже о псевдогаллюцинациях. “Деланные” мысли, живые представления, дневные грезы или сновидения, акцентированные как-то по-особому, могут быть дедуцированы, будучи окрашены бредом, не из галлюцинаций. Таким образом создается большое разнообразие клинических картин, подразделение коих исходило исключительно с точки зрения содержания: бред величия, бред преследования, бред ревности, бред физического воздействия и т.д. Это конечно очень интересные явления, но в клиническом отношении мало что объясняющие. То обстоятельство, что содержание бредовых картин соответствует желаниям и опасениям больного, что оно часто исходит из переживаний в начале психоза, делает понятным ту или иную мысль, но не способствует разъяснению переустановки больного в целом и прежде всего не объясняет его измененное отношение к действительности и патологическую переработку.

Шторх пытался объяснить часть этих проблем феноменологически. Он находит, что параноидному шизофренику мир представляется в специфически измененном виде, “на более глубокой поверхности сознания”, в каком-то своеобразном переплетении со своим “я”. Шваб говорит об “осумеречении” сознания. “Однако, — говорит Майер-Гросс, — эти объяснения не приближают к пониманию процессов и по существу ничего не объясняют”. Клиническое наблюдение в настоящее время может только констатировать известные формы бредообразования. Все попытки какой бы то ни было классификации не привели ни к каким результатам.

Далее Майер-Гросс говорит об отношении параноиды к параноиде: с одной стороны, о переходе параноидальных развитий в параноидный психоз, а с другой — к вопросу о возникновении таких развитий на почве процесса.

На основании работ Колле Майер-Гросс приходит к заключению, что параноиды как нозологического понятия не существует. Чистые параноидальные развития за исключением бреда сутяжничества и параноидальной ревности являются большой редкостью.

Отдаленный исход в клиническое выздоровление при манифестных прогрессивных формах шизофрении (Сообщение 2)

А. Г. Мкртчян¹ (Ереван, Армения)

Клинико-психопатологически, клинико-катамнестически и психометрически исследованы 243 стационарных хронически больных с манифестными прогрессивными формами шизофрении на отдаленной стадии болезни. При дифференциации типов исхода оказалось, что психотический тип резидуального состояния встречается в 9,5 %, тип с редуцированными позитивными расстройствами в 35,8 % случаев, дефицитарный тип в 42,0 %, а исход в клиническое выздоровление в 12,8 %. Отдаленный исход в клиническое выздоровление отражал максимально реализованную регрессивную тенденцию шизофренического процесса после многолетних приступов-психозов, после стремительного прогрессивного движения процесса и последующего становления резидуальной шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, прогрессивность, шизофренический исход, выздоровление.

Понятие “выздоровление/восстановление” (“recovery”) при шизофрении всегда являлось сложным и неоднозначным в клинической психиатрии. Е. Bleuler [10] в свое время не признавал возможного выздоровления при шизофрении, отмечая, что при “шизофрении нет излечения в смысле “restitution ad integro”, а случаи выздоровления находят либо дилетанты, либо врач, не имеющий времени для изучения больного”.

Однако в литературе за последние годы вновь появились исследования, посвященные проблеме как ремиссий при шизофрении, так и возможности выздоровления/восстановления при ней [1, 4, 7, 8, 12, 13, 25].

По данным последних мета-анализов [19, 22, 23], частота выздоровления/восстановления “от шизофрении” колеблется от 2 до 27 %, в среднем составляя 14,7 %.

Согласно Andreassen N., Carpenter W., Kane J. et al. [8], при ремиссии у больных шизофренией могут присутствовать лишь резидуальные психопатологические симптомы незначительной выраженности (при оценке по шкале PANSS не более 3 баллов), не оказывающие существенного влияния на их “функционализацию”. По мнению других авторов [3–5], при шизофрении на этапе ремиссии в зависимости от степени выраженности резидуальной психопатологической симптоматики имеют место следующие два ее типа: симптоматическая ремиссия с резидуальными позитивными и негативными расстройствами, при ко-

торой различаются тимопатический, обсессивный, ипохондрический и параноидный ее варианты, и синдромальная ремиссия с негативными изменениями, при которой встречаются стенический, псевдопсихопатический, апатический, астенический варианты.

Под понятием “практическое выздоровление” Н. П. Татаренко [6] подразумевала исчезновение болезненных явлений без полного восстановления психических функций, а под понятием “полная ремиссия” — исчезновение болезненных явлений и восстановление здоровья.

Выздоровление при шизофрении так же, как и ремиссию при ней, Г. В. Зеневич [2] оценивал с точки зрения клинического, трудового и социального критериев. Под понятием “выздоровление” автор подразумевал случаи, когда у больного имеется полное социально-трудовое восстановление, наличие критики при отсутствии каких-либо, в том числе и остаточных, симптомов болезни. Под понятием же “практическое выздоровление” — случаи, когда у больного сохранились хотя бы незначительные остаточные симптомы.

Во многих современных исследованиях для оценки состояния больных на момент катамнестического наблюдения используются понятия полное и частичное выздоровление (full and partial recovery) [17, 18, 20].

Таким образом, как исследователи, работавшие в предшествующем временном интервале [2, 6, 16], так и современные исследователи [9, 11, 14, 20, 24, 26] под понятием “выздоровление” или “полная ремиссия” подразумевают не только практически полное отсутствие на момент катамнеза каких-либо продук-

¹ Кафедра психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци.

тивных или негативных психопатологических изменений, но и полное восстановление социальной активности и профессиональной деятельности.

Целью исследования явилось определение типологии и изучение частоты и условий формирования разных типов исхода неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных форм шизофрении на отдаленных этапах шизофренического процесса, с исследованием психопатологической структуры резидуальных состояний, степени выраженности и соотношения в них позитивных и негативных расстройств.

Настоящее сообщение является частью более широкого исследования закономерностей динамики и исхода манифестных прогрессивных форм шизофрении на современном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было исследовано 243 хронически больных шизофренией, 122 (50,2 %) — мужчины и 121 (49,8 %) — женщины, находившихся в Севанской психиатрической больнице, которая в основном осуществляет уход за хронически больными. Критериями включения в материал исследования являлись: манифестные прогрессивные формы шизофрении, обнаруживающие стойкие признаки неблагоприятного течения процесса; сформировавшееся стойкое резидуальное состояние с длительностью не менее 1 года до момента обследования, соответствующее критериям резидуальной шизофрении по МКБ-10 (F20.5). Критериями исключения стали: неблагоприятно протекающие неманифестные формы шизофрении; малопрогрессивные формы шизофрении.

Методы исследования — клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и психометрический.

Для клинического исследования нами была разработана анкета, включающая социально-демографические, анамнестические и клинические параметры, отражающие, в том числе, актуальное психическое состояние, а также социально-трудовую и культурно-реабилитационную вовлеченность больных. Данные дополнялись сведениями, полученными от медицинского персонала, врачей и некоторых посещавших больных родственников.

Для оценки выявленных в ходе клиничко-психопатологического обследования качественных признаков позитивных и негативных психопатологических расстройств в количественном отношении вся группа больных исследовалась также психометрическим методом. Использовалась шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS).

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе все больные обследовались клиничко-психопатологическим и психометрическим методами. На втором — клиничко-катамнестическом эта-

пе исследования, осуществлялась ретроспективная реконструкция всей предшествующей истории болезни каждого больного. Для восстановления всей истории болезни использовались архивные материалы психиатрических клиник. Статистическая обработка материала осуществлялась программой “Биостат”.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было обнаружено, что при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении могут формироваться как различные типы исходных резидуальных состояний, так и исход в клиническое выздоровление. Частота формирования психотических резидуальных состояний составляла $9,5\% \pm 1,9$, резидуальных состояний с редуцированными позитивными расстройствами — $35,8\% \pm 3,1$, дефицитарных резидуальных состояний — $42,0\% \pm 3,2$, а исхода в клиническое выздоровление — $12,8\% \pm 2,1$.

В настоящем сообщении будет рассматриваться отдаленный исход неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных форм шизофрении в клиническое выздоровление.

Возраст лиц данной группы ($n = 31$; $12,8\% \pm 2,1$) к моменту обследования составлял от 31 до 75 лет, в среднем $47,5 \pm 8,9$. Возраст начала болезненного процесса составлял от 15 до 40 лет, в среднем $23,1 \pm 6,7$. Длительность болезни на момент катамнеза составляла от 12 до 52 лет, в среднем $24,4 \pm 8,8$. Возраст имеющегося инициального этапа болезни составлял от 15 до 40 лет, в среднем $23,1 \pm 6,7$. Инициальный этап болезни был представлен психопатоподобными расстройствами в 66,7 % случаев, аффективными расстройствами в 13,3 % случаев, с негативными расстройствами в 13,3 % случаев и неврозоподобной картиной в 6,7 % случаев. Возраст проявления манифестного психоза составлял от 15 до 40 лет, в среднем $23,6 \pm 6,6$. Манифестный параноидный психоз встречался в 64,5 % случаев, галлюцинаторно-параноидный в 12,9 % случаев, галлюцинаторный в 12,9 % случаев, кататонический в 6,5 % случаев, аффективно-бредовой в 3,2 % случаев. В 64,5 % случаев наблюдалось приступообразно-прогрессивное течение, в 35,5 % случаев — непрерывное. На протяжении всего периода шизофренического процесса в 45,2 % случаев наблюдались параноидные и парафренические приступы, в 25,8 % случаев — галлюцинаторно-параноидные приступы, в 9,7 % случаев — кататонические и параноидные приступы, в 6,5 % случаев — депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные, в 3,2 % случаев — галлюцинаторно-параноидные и парафренические приступы, в 3,2 % случаев — галлюцинаторные, в 3,2 % — аффективно-бредовые и параноидные, в 3,2 % — кататонические и галлюцинаторно-парано-

идные приступы. Возраст появления негативных расстройств от 16 до 47 лет, в среднем $30,6 \pm 6,9$. Время появления негативных расстройств от начала болезни от 1 до 15 лет, в среднем $7,5 \pm 3,6$. Возраст начала стабилизации процесса от 27 до 58 лет, в среднем $39,3 \pm 8,1$. Время стабилизации процесса от начала болезни от 7 до 35 лет, в среднем $16,5 \pm 7,8$. Длительность дефектной стадии болезни к моменту клинического выздоровления составляла от 6 до 42 лет, в среднем $16,8 \pm 8,9$. Длительность стабилизированной стадии болезни к моменту клинического выздоровления составляла от 1 до 22 лет, в среднем $8,2 \pm 6,3$. Количество перенесенных госпитализаций от 2 до 26, в среднем $8,6 \pm 5,4$. Длительность последнего пребывания в стационаре от 1 до 29 лет, в среднем $7,2 \pm 6,7$.

Следует сразу отметить, что группа лиц с неблагоприятно протекающими манифестными формами шизофрении с исходом в клиническое выздоровление задолго до настоящего обследования (в среднем $5 \text{ лет} \pm 1,7$) и на момент катамнеза не получала каких либо психотропных средств.

Отдаленный исход манифестных прогрессивных форм шизофрении в клиническое выздоровление отражал полноценную, максимально реализованную регрессионную тенденцию шизофренического процесса. Здесь наблюдалось полное регрессионное течение болезни после многолетних приступов-психозов, после стремительного прогрессивного движения процесса и последующего становления резидуальной шизофрении. На отдаленной, стабилизированной стадии шизофренического процесса у больных происходило постепенное полное обратное развитие как всех продуктивных психопатологических расстройств, так и полное обратное развитие имеющегося раннее у больных разного характера и разной степени выраженности психического дефекта.

Психическое состояние этой группы лиц на момент осмотра характеризовалось внутренней упорядоченностью, согласованностью и гармонией психических процессов, отсутствием каких-либо признаков психической болезни. Однако несмотря на полное отсутствие признаков психической болезни, из-за различных семейно-бытовых, семейно-социальных причин лица этой группы продолжали находиться в психиатрическом стационаре, в связи с чем было невозможно изучить их в более естественных социальных условиях. Поэтому мы считаем правомерным оценить их состояние как клиническое выздоровление, а не как выздоровление.

Рассмотрим описание психического состояния этой группы лиц на момент катанетического наблюдения в соответствии с записями разработанной нами клинической анкеты. Вход в кабинет — нормальной походкой, со спокойным выражением лица. Внешний вид, одежда, манера одеваться — ухоженность, опрятность; состояние волос и ногтей — чистые; поза и

осанка — без особенностей; взгляд нормальный; мимика — живая, выразительная; жесты — адекватные, размеренные; общий вид — здоровый, уравновешенный, сосредоточенный; внешние признаки тревожности и беспокойства — отсутствуют. Поведение и психомоторная сфера: уровень психомоторной активности — ровный; психомоторика — размеренность, проворность; движения — размеренные, координированные; коммуникативная жестикуляция — активная, экспрессивная. Отношение к расспросу: контакт с врачом — доступен, вступает легко, охотно; общая контактность — разговорчивость, синтонность; глазной контакт — сохранен; отношение к врачу — дружественное, уважительное, располагающее; отношение к беседе — партнерское, внимательное, заинтересованное, сосредоточенное, искреннее; ответы — правильные, по существу. Настроение, эмоции, аффективность: настроение — ровное; степень выраженности эмоций — значительная; эмоциональные реакции — адекватность. Перцептивная деятельность: иллюзорные расстройства — отсутствуют; галлюцинаторные расстройства — отсутствуют; дереализационные расстройства — отсутствуют; психический автоматизм — отсутствует. Продуктивность мышления — целенаправленность, последовательность, связность; суждения и умозаключения — логичны, грамотны; процесс сравнения и обобщения — восстановлен; способность к абстрагированию — восстановлена; содержание мышления: бредовые, сверхценные, навязчивые идеи, антисоциальные тенденции — отсутствуют. Речь — размеренная, эмоциональная, голос — нормальный, звучный. Аллопсихическая и аутопсихическая ориентировка — в полной мере. Сознание — ясное; самознание — не изменено. Внимание — активное. Влечения: инстинкт самосохранения — сохранен; пищевой инстинкт — в норме; половой инстинкт — сохранен; обсессивные, компульсивные и импульсивные влечения — отсутствуют. Волевая деятельность: волевая активность — сохранена, инициативность — достаточная; социальная активность — сохранена. Мнестическая функция: долговременная, кратковременная память и память на текущие события — сохранены; непосредственное запоминание — сохранено; парамнезии — отсутствуют. Интеллект соответствует уровню образования. Критическое самосознание — восстановлено в полной мере. Расстройства сна — отсутствуют. Поведение в больнице — спокойное, упорядоченное, активное. Самообслуживание — в полной мере. Трудовая активность — восстановлена полностью, спонтанная, проявляется в разных видах труда. Вовлеченность в трудовые процессы — активная, добровольная, в сложные трудовые процессы. Вовлеченность в культурно-реабилитационные мероприятия больницы — наличествует, активная, добровольная.

Психометрическое исследование психического состояния группы лиц с исходом в клиническое вы-

здоровление выявило следующие показатели. По шкале позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS) суб-общий счет позитивной суб-шкалы был равен 7 баллам, суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 6 баллам, суб-общий счет суб-шкалы общей психопатологии был равен 16 баллам, сумма баллов всех суб-шкал (общий счет) был равен 29 баллам.

Таким образом, при исследовании отдаленной стадии неблагоприятно протекающих манифестных прогрессирующих форм шизофрении в 12,8 % ± 2,1 случаев был обнаружен исход болезни в клиническое выздоровление. При этом типе исхода заболевания регрессирующая динамика шизофренического процесса начинала проявляться после формирования резидуального состояния и отражала максимально реализованную способность шизофренического процесса к регрессу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожанова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция "recovery". Социальная и клиническая психиатрия. 2008, № 2, с. 7 – 14.
2. Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964. — 216 с.
3. Смудевич А. Б. Неманифестные формы шизофрении — психопатология и терапия. Журн. неврол. и психиат., 2005, т. 105, № 5, с. 4 – 10.
4. Смудевич А. Б., Андриющенко А. В., Бескова Д. А. Проблема ремиссий при шизофрении: клиничко-эпидемиологическое исследование. Журн. неврол. и психиат. 2007, т. 107, № 5, с. 4 – 15.
5. Смудевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Павлова Л. К. Клиника, систематика и терапия ремиссий при шизофрении. Психиатрия. 2008, № 2 (32), с. 7 – 15.
6. Татаренко Н. П. О "ремиссии" при шизофрении: В кн.: Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. Харьков, 1958, с. 125 – 130.
7. Alonso J., Ciudad A., Casado A., Gilaberte I. Measuring Schizophrenia Remission in Clinical Practice // Can J Psychiatry. 2008. — 53(3). — P. 202 – 206.
8. Andreassen N., Carpenter W., Kane J. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 441 – 449.
9. Auslander L., Jeste D. Sustained remission of schizophrenic among community-dwelling older. // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161. — P. 1490 – 1493.
10. Bleuler E. In Handbuch der Psychiatrie. Ed. G. Aschaffenburg. Leipzig. 1911.
11. Davidson L., Schmutte T., Dinzeo T., Andres-Hyman R. Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives // Schizophrenia Bulletin. — 2008. — Vol. 34(1). — P. 5 – 8.
12. Emsley R., Rabinovitz J., Medory R. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates // Schizophrenia Research. — 2007. — Vol. 89. — N. 1 – 3. — P. 129 – 139.
13. Haro J. Assessment of remission in schizophrenia with the CGI and CGI-SCH scales // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2008. — Vol. 117. — № 2. — P. 156 – 165.
14. Harrison G., Hopper K., Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study // British Journal of Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 506 – 517.
15. Henisz J. A follow-up study of schizophrenic patients // Compr Psychiatry. — 1966. — № 7. — P. 524 – 528.
16. Huber G., Gross G., Schuttler R., Lius M. Longitudinal studies of schizophrenic patients // Schizophrenia Bulletin. — 1980. Vol. 6. — P. 592 – 605.
17. Jaeger J., Tatsuoka C., Berns S. et al. Associating functional recovery with neurocognitive profiles identified using partially ordered classification models // Schizophrenia Research. — 2006. — Vol. 85. — Issue 1 – 3. — P. 40 – 48.
18. Jorgensen P. Recovery and insight in schizophrenia // Acta psychiatrica Scandinavica. — 1995. — Vol. 92. — № 6. — P. 436 – 440.
19. Lauronen E., Miettunen J., Koskinen J. et al. Recovery from schizophrenia — a systematic review // European Psychiatry. — 2006. — Vol. 20 (Suppl.1). — 87. — P. 14 – 23.
20. Liberman R., Kopelowicz A., Ventura J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // Int Rev Psychiatry. — 2002. — Vol. 14. — P. 256 – 272.
21. Lieberman J., Drake R., Sederer L. et al. Science and Recovery in Schizophrenia // Psychiatr Serv. — May 2008. — Vol. 59. — P. 487 – 496.
22. Menezes N., Arenovich T., Zipursky R. Systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode schizophrenia // Psychol Med. — 2006. — Vol. 36. — P. 1349 – 1362.
23. Miettunen J., Lauronen E., Veijola J. et al. Recovery from schizophrenia — a systematic review and meta-analysis // Schizophrenia Research. — 2006. — Vol. 183. Suppl. — P. 374 – 382.
24. Modestin J., Huber A., Satirli E. et al. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered // Am J Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — № 3. — P. 2202 – 2208.
25. Os J., Drukker M., Meijer J. et al. Validation of Remission Criteria for Schizophrenia // Am J Psychiatry. — 2006. — Vol. 163. — № 11. — P. 2000 – 2002.
26. Robinson D., Woerner M., McMeniman M. et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // Am J Psychiatr. — 2004. — Vol. 161. — № 3. — P. 473 – 479.

К диагностике сочетанных форм психических заболеваний

Б. Н. Пивень, О. С. Булат, Л. В. Лещенко (Барнаул)

Анализ медицинской документации 414 психически больных, пролеченных в течение года в двух стационарных психиатрических отделениях, а также 434 амбулаторных больных шизофренией, показал широкую распространенность сочетанных форм психических заболеваний. С другой стороны, анализ стенограмм клинических разборов, опубликованных в НПЖ за 2008 – 2011 годы, обнаружил отсутствие у врачей установки на выявление сочетанной психической патологии, недостаточное ее выявление в повседневной врачебной практике. Этому явлению в немалой мере способствует тот факт, что сочетанные психические расстройства не нашли отражения в учебниках и руководствах по психиатрии, а МКБ-10 рассматривает их как нечто несущественное. Между тем, такая установка врачей снижает эффективность помощи психически больным.

Ключевые слова: сочетанные психические расстройства, коморбидные психические расстройства, клинические разборы.

Анализ литературы и положения дел в повседневной врачебной практике позволяют констатировать, что сочетанные (синонимы: коморбидные, смешанные, ассоциированные, миксты, заболевания с двойным диагнозом — по разным авторам) формы психической патологии представляют собой одну из парадоксальных проблем психиатрии.

С одной стороны, возможность сосуществования разных психических заболеваний известна давно и мало кем оспаривается. Больше того, в последние годы растет поток публикаций, посвященных разным аспектам сочетанной патологии, что указывает на ее актуальность для теории и практики психиатрии.

С другой — сочетанные формы психических заболеваний не получили официального признания. Они не нашли отражения в учебниках и руководствах по психиатрии. А МКБ-10 рассматривает их как нечто несущественное. В ней предлагается чисто механически разделять сосуществующие заболевания. Эти действия предписываются комментарием к кодированию более одного диагноза: "...обычно лучше всего отметить один из них в качестве основного, а остальные — в качестве вспомогательных или дополнительных" При этом рекомендуется отдавать предпочтение диагнозу расстройств, послуживших причиной обращения пациента.

Естественно, что подобные обстоятельства не способствуют качественному распознаванию данных состояний, о чем свидетельствуют, в частности, наши исследования, результатами которых мы бы хотели поделиться в настоящем сообщении.

1. При изучении медицинской документации всех больных (414 человек), пролеченных в течение года в двух больничных отделениях психотического профиля, было установлено, что у 133 из них (32,4 % случаев) в диагностических заключениях фигурировала сочетанная психическая патология.

Наряду с этим детальный анализ медицинской документации этих больных показал, что содержащиеся в ней диагностические заключения не в полной мере

учитывают проявления у лечившихся сочетанных форм. При изучении историй болезни в заметном числе случаев, где они не фигурировали в диагностических формулировках, были обнаружены разного рода сведения, позволяющие говорить об их наличии. В целом, судя по медицинской документации, из общего числа больных (414 человек), пролеченных в отделениях больницы, у 86 (20,8 %) из них имелись признаки сочетанных психических заболеваний, не нашедшие диагностической регистрации.

2. В результате клинико-катамнестического исследования 50 больных, повторно поступавших в эти же отделения, у 21 из них (42,0 %) была выявлена длительно существовавшая сочетанная психическая патология. При этом оказалось, что при предыдущих госпитализациях она диагностировалась только в 7 (33,3 %) случаях, у 14 больных (66,7 %) эта патология была установлена нами впервые.

3. В рамках изучения сочетания шизофрении и органических заболеваний головного мозга анализировалась медицинская документация пациентов 4 врачебных участков психоневрологического диспансера, среди которых оказалось 434 больных шизофренией. Из этого числа больных, как это следовало из амбулаторных карт, в 61 случае (14,1 %) в диагностическом заключении регистрировалось в разных вариациях и органическое заболевание головного мозга. Наряду с этим у 30 больных (6,9 %), судя по содержащейся в картах информации, также имелись кроме шизофренической симптоматики и признаки органических поражений головного мозга, не нашедшие отражения в диагностических формулировках.

4. При клиническом обследовании 12 больных шизофренией, проходивших лечение в дневном стационаре, ни в одном случае в их диагностическом заключении не фигурировало органическое заболевание головного мозга. Между тем у 5 из них в историях болезни имелись данные, позволявшие говорить о наличии у этих больных и органических форм патологии. Кроме того, у 2 больных органическая патология,

сосуществующая с шизофренией, не нашла ни в каком виде отражения в медицинской документации, а была выявлена в процессе нашего обследования.

5. Был проведен анализ стенограмм клинических разборов, публикуемых в Независимом психиатрическом журнале. Целесообразность его осуществления основывалась на нашем прежнем опыте (Пивень Б. Н., НПЖ, 2003, № IV), показавшем конструктивность такого подхода для изучения характера представлений о сочетанных формах психической патологии в повседневной врачебной деятельности:

- клинические разборы являются фокусом диагностического процесса — одного из основных этапов повседневной врачебной практики;

- при проведении клинических разборов принимают активное участие несколько врачей, в обсуждениях они высказывают свое видение патологии разбираемых больных, отражающее их знания и опыт;

- эти опыт и знания, вербализованные в процессе обсуждений, могут, в известной степени, характеризовать представления участников разборов о предмете нашего интереса — сочетанных форм психических заболеваний;

- стенограммы клинических разборов регулярно публикуются в НПЖ, в его подшивке накоплено большое количество случаев, а в разборах принимало участие значительное количество психиатров, что позволяет достаточно объективно судить о характере представлений врачебной общественности о сочетанных формах психической патологии.

Было проанализировано 16 стенограмм клинических разборов, опубликованных в НПЖ в 2008 — 2011 гг. При этом одна стенограмма включала по сути два разбора одного случая разными ведущими, а одна — явилась фактически экспертным заключением без выделения врача-докладчика и ведущего.

Всего в общей сложности мы насчитали 87 выступлений врачей. Из них 16 принадлежали докладчикам, 16 — ведущим и 55 — остальным участникам разборов.

Изучение стенограмм показало известную подверженность принимавших участие в клинических разборах врачей диагностическому подходу, обозначаемому нами как “мононозологический”. Этот подход

нацеливает врачей на констатацию у больного одного какого-либо заболевания без учета вероятности большего их числа. Суть этого подхода может быть обозначена формулой “или — или”, что наглядно демонстрируют названия 5 разборов (31,3 %). К примеру: “Транссексуализм или шизофрения?”, “Параноидная шизофрения или...?”. Больше того, в одном из случаев звучит утвердительное, фактически исключающее сочетанную патологию, название: “И все-таки — шизофрения”. А в заключении одного из ведущих в категоричной форме говорится: “Диагноз может быть только один, а синдромов может быть несколько”.

Тем не менее, ряд выступлений в процессе разборов свидетельствует о поддержании врачами идеи вероятности, а более точно — существования сочетанной психической патологии. В заключениях врачей докладчиков эта позиция в более или менее четкой форме прозвучала в 6 случаях (37,5 % всех докладчиков), ведущих разбор — в 1 (6,3 %), остальных участников — в 14 (25,5 %). В итоге из всех выступлений участников разборов (87) в 21 случае (24,1 %) шла речь о сочетанной форме психических заболеваний. Правда, это были, в основном, индивидуальные, не находившие поддержки у других участников разборов, суждения. Лишь в заключении одного разбора констатировалась сочетанная патология и в 4 — звучали некоторые нотки ее признания.

Попутно не можем не откомментировать отмеченного нами факта все большего влияния МКБ-10 на диагностические суждения участников разборов, что обедняет, по нашему мнению, классические клинические подходы, превращая сложный диагностический процесс в элементарное, порой в пределах простейшей арифметики, действие.

Подводя итоги изложенного, можно отметить, что сочетанные формы психических заболеваний являются клинической реальностью. Это признается в приведенных выше показателях диагностических заключений и суждений врачей. Наряду с этим необходимо подчеркнуть недостаточное выявление сосуществующих заболеваний в повседневной врачебной работе, что не способствует эффективности помощи больным и требует проведения соответствующих корректив.

Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность

А. В. Павличенко, Д. А. Чугунов¹

Целью настоящего исследования явилось выявление клинико-динамических особенностей панического расстройства с агорафобией, предрасполагающих факторов и коморбидных состояний. Изученную выборку составило 59 стационарных пациентов с диагнозами “паническое расстройство с агорафобией” по DSM-IV. К предрасполагающим причинам отнесены психастенические особенности личности и совокупность преципитирующих факторов (психологические стрессы, злоупотребление алкоголем и соматические заболевания), встречающихся незадолго до манифестации ПР. На первом этапе полиморфные панические атаки (ПА) предшествовали появлению агорафобии, в их структуре встречались вегетативные, истерические симптомы, ипохондрические фобии, страх потери контроля, деперсонализация и контрастные обсессии. Коморбидные психические расстройства были представлены генерализованным тревожным расстройством и вторичной депрессией. На втором этапе ПА, в рамках которых доминировали вегетативные симптомы, сопутствовали агорафобии, достигающей выраженной степени и приводившей к социальной дезадаптации больных. В качестве сопутствующих состояний чаще всего выступали генерализованное тревожное расстройство и зависимость от употребления алкоголя. На третьем этапе происходила редукция ПА или значительное уменьшения числа симптомов в их структуре, а также уменьшение агорафобических страхов. Выявлялись разнообразные коморбидные состояния: расстройства личности (зависимое и гистрионное), депрессивные синдромы и обсессивно-компульсивные расстройства. В заключении предпринята попытка применить для оценки изучаемых расстройств дименсиональный подход, в рамках которого выделяется 5 независимых групп симптомов: 1) соматические и вегетативные симптомы, включающие, помимо типичных, также “атипичные”, “подпороговые” и культурально обусловленные симптомы; 2) ипохондрия (страх соматических заболеваний); 3) деперсонализация и страх потери контроля; 4) агорафобическое избегание и тревога ожидания; 5) контрастные обсессии. Обосновывается правомерность и полезность введение новой диагностической категории — “расстройства панико-агорафобического спектра” (по Cassano G., 1997).

Ключевые слова: паническое расстройство, агорафобия, динамика, коморбидность, дименсиональный подход

ВВЕДЕНИЕ

Выделение панического расстройства (ПР) из фобического невроза в самостоятельную рубрику произошло в 1980 году [8] и связано, главным образом, с обнаружением специфического антипанического эффекта у имипрамина [28]. Дальнейшие исследования выявили три различных феномена в рамках ПР: спонтанные панические атаки, тревога ожидания и агорафобическое избегание [29].

Главным клиническим признаком панического расстройства является неожиданная паническая атака (ПА), которая возникает в отсутствие каких-либо ситуационных или эмоциональных триггеров, достигает пика своей интенсивности в течение 10 минут, проявляется интенсивными физическими и когнитивными симптомами и осложняется страхом их повторения, беспокойством по поводу своего здоровья и изменениями в поведении [9]. Помимо спонтанных ПА, выделяют ситуационно предрасположенные (situationally predisposed) ПА, которые чаще, но не всегда, случаются в определенных местах, и ситуаци-

онно обусловленные (situationally bound) ПА, которые почти всегда немедленно происходят при столкновении с пугающим объектом [9]. Некоторые авторы выделяют также “симптоматические бедные” (“подпороговые”) ПА [32], при которых наблюдается менее 4 из 13, перечисленных в DSM-IV, симптомов, и “ночные” панические атаки, которые случаются во время 2 фазы сна.

Связь между ПР и агорафобией остается не до конца понятной. Североамериканские психиатры рассматривают агорафобию исключительно как последствие панических атак и считают, что наблюдаемые в эпидемиологических исследованиях высокие показатели агорафобии без панического расстройства являются диагностической ошибкой [11]. Катамнестические исследования в большинстве случаев подтверждают это положение [12, 45]. Так, Norwath с соавт. [26], повторно обследовав через 7–8 лет пациентов с первоначальным диагнозом “агорафобия без панического расстройства” обнаружили, что в дебюте болезни у 86,4 % пациентов имели место простые фобии, а в остальных наблюдениях ПР было пропущено. В то же время, некоторые исследователи не столь категоричны в своих суждениях. В частности, Goisman с соавт. [21], изучив 26 пациентов с диагнозом “агорафобия без панического расстройства”, установили, что у

¹ Российский государственный медицинский университет им. Н. И. Пирогова (Москва).

73 % из них незадолго до манифестации болезни имели место “бедные симптомами” ПА, еще 81 % пациентов сообщали о “необычных” состояниях со страхом “потерять над собой контроль”, а в 30 % наблюдений наблюдались проблемы общемедицинского характера или различные психотравмирующие события. Считается, что агорафобия чаще развивается в том случае, если инициальные панические приступы случаются в “классических” агорафобических ситуациях, например, на улице или в транспорте при большом скоплении людей [43], среди симптомов ПА присутствует страх потери контроля, чувство озноба или приливов [33], а также же зависимое расстройство личности [38]. Уменьшение частоты или исчезновение ПА не всегда приводит к значительному уменьшению агорафобии [41]. Ряд исследователей полагают, что при оценке эффективности терапии ПР мы должны оценивать не только уменьшение частоты панических приступов, но и их тяжесть [13]. Некоторое время назад была предложена Шкала тяжести ПА (PDSS, [40]), в которой тяжесть ПА и ассоциированных с ней симптомов оценивалась по 7 пунктам: частота ПА, панический дистресс, антиципирующая (предвосхищающая) тревога, агорафобическое избегание, интероцептивный страх (страх телесного неблагополучия), профессиональное снижение и социальная дезадаптация. Примечательно, что здесь агорафобия была включена в ПР, что противоречит положению этих расстройств в современных классификациях. Последующее исследование подтвердило высокую валидность Шкалы PDSS [42].

Большую известность получила концепция “панико-агорафобического спектра” [15, 16], которая базируется на трехкомпонентной модели спектра [20]. Первый компонент представлен основными симптомами, перечень которых отражен в существующих классификациях психических расстройств. Вторым компонентом составляют сопутствующие состояния, включающие атипичные, не выделяемые в классификациях симптомы, а также коморбидные психические расстройства. Наконец, последним компонентом являются характерологические особенности пациента и расстройства личности. В рамках “панико-агорафобического спектра” было выделено 8 групп симптомов или доменов, имеющих разное клиническое значение: 1) тревога разделения (сепарации), которая в зрелом возрасте может проявляться в частности в страхе засыпать одному или сменить место работы; 2) симптомы паники, включающие как “классические”, так и атипичные симптомы ПА; 3) снижение порога чувствительности к стрессу; 4) повышенная чувствительность к побочным эффектам препаратов и определенных веществ, например, к кофеину; 5) тревога ожидания ПА; 6) агорафобия; 7) другие фобии, например, ипохондрические фобии, вторичные социофобии, фобии естественных ситуаций (ветра, молнии и т.д.); 8) постоянное стремление к безопас-

ности и помощи (reassurance sensitivity), что приводит данных пациентов, с одной стороны, к зависимости от родных, соседей, врачей, а, с другой стороны, проявляется в драматизации своего состояния с целью добиться своего. Знание этих признаков будет способствовать более точной диагностики различных аспектов ПР с агорафобией и выбору правильной тактики лечения.

Большое количество работ посвящено изучению коморбидности ПР и депрессивных состояний, частота встречаемости которых оценивается в 30 – 60 % [17, 23, 37]. Имеются данные о более высоком проценте лиц, злоупотребляющих алкоголем [46], среди пациентов с ПР и сопутствующей депрессией, чем у лиц, имеющих их по отдельности. Тяжесть и число симптомов в структуре ПА, сопровождающихся депрессией, значительно больше [14], а исход болезни в целом и ответ на терапию значительно хуже [23], чем при ПА без депрессии. Среди личностных расстройств, коморбидных ПР, наиболее часто встречаются зависимое, избегающее и гистрионное расстройства личности, процент которых достигает 30 – 49 % [19, 36, 44], причем он значительно выше, если ПР сочетается с агорафобией [22]. Наиболее сложно разграничить ПР и зависимое расстройством личности, для которого также характерно поведение избегание. В качестве дифференциально-диагностических признаков последнего указывают его более раннее начало, отсутствие предрасполагающих факторов и стабильность проявлений [9].

Паническое расстройство сопровождается значительным снижением социального функционирования [47]. В частности, до 60 % пациентов с ПР, в том числе пациенты с “симптоматически бедными” ПА, не работают [34] и чаще, чем пациенты с другими психическими заболеваниями получают пособие в связи с утратой трудоспособности [31]. Учитывая тот факт, что они нередко длительно и безуспешно лечатся у врачей разных специальностей и им проводятся различные лабораторные и инструментальные обследования, стоимость ПР для общества значительно возрастает [39].

Предстоящие обновления двух основных классификаций психических заболеваний обязательно коснутся и существующей систематики тревожно-фобических расстройств. В частности, авторы представленного в конце 2010 первого варианта DSM-5 предлагают внести в раздел “тревожные расстройства” ряд изменений: объединить родственные психические расстройства в спектр; при описании диагностических критериев не просто перечислять симптомы, а объединять их в отдельные симптомокомплексы или дименсии; исключить из критериев пункт “значимое снижение социального функционирования”, а также более четко прописать связь между личностными и другими психическими расстройствами [10, 18]. Указанные предложения нашли отражение в выделении в

рамках тревожных состояний “расстройств обсессивно-компульсивного спектра”, а также “спектра психических расстройств, связанных с психической травмой”. Ограничение “панико-агорафобического спектра” не предусмотрено, рекомендуется выделить единую рубрику “паническое расстройство”, вместо представленных в DSM-IV двух рубрик “паническое расстройство с агорафобией” и “паническое расстройство без агорафобии”, включить в критерии ПА “культурально-обусловленные симптомы”, а также вместо рубрики “агорафобия без предшествующего панического спектра” включить рубрику “агорафобия”.

Таким образом, из представленного обзора литературы видно, что внимание большинства зарубежных исследователей сосредоточено, в первую очередь, на изучении различных аспектов ПР и агорафобии в статике и с позиций коморбидности, что отчасти связано с преобладающим в МКБ-10 и DSM-IV категориальным подходом, где устанавливаются четкие границы между отдельными диагностическими единицами, имеющими, в свою очередь, определенный перечень симптомов, а синдромокинезу и динамике тревожно-фобических расстройств, изучению которых отводилось большое место в работах отечественных авторов [1, 2, 7], внимание практически не уделяется. Целью настоящего исследования явилось выявление клинических особенностей ПР и агорафобии и predisposing к ним факторов. Кроме того, мы попытаемся изучить структуру их взаимоотношений с другими психопатологическими синдромами и личностными расстройствами на разных этапах динамики.

МЕТОДЫ

Изученную выборку составило 59 пациентов с диагнозами “паническое расстройство без агорафобии”, “паническое расстройство с агорафобией” “агорафобия без панического расстройства” по DSM-IV, проходивших стационарное лечение в санаторном отделении Московской городской клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева (главный врач — д.м.н., профессор С. В. Поляков). Все больные находились под нашим наблюдением на протяжении всего срока госпитализации. Катамнестическое обследование проводилось при их повторных поступлениях в стационар, а также при амбулаторных посещениях. В ряде наблюдений привлекались данные медицинской документации.

Диагноз сопутствующих агорафобии психопатологических расстройств и личностных расстройств также устанавливался на основании критериев DSM-IV. Преморбидные особенности личности оценивались в соответствии с описанием акцентуированных личностей А. Е. Личко [4]. Для оценки степени выраженности агорафобии использовалась Шкала фобий в модификации Marks-Sheehan [35], для депрессивных симптомов — Шкала депрессии Гамильтона [24]. В исследования включались больные, чей

возраст на момент начала наблюдений составлял от 18 до 55 лет и у которых отсутствовали или находились в стадии компенсации соматические заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические и клинические особенности изученных больных представлены в табл. 1. Средний возраст больных, две трети из которых составляли женщины, ко времени манифестации ПР был 26,5 лет. Обращает на себя внимание высокий процент неработающих лиц (71,2 %) и инвалидов по психическому заболеванию (20,3 %), что, по-видимому, связано с включением в исследование лишь самого тяжелого, стационарного, контингента больных. Также следует упомянуть факт высокой семейной отягощенности по алкоголизму и расстройствам аффективного спектра. В преморбидном периоде у них значительно преобладали психастенические черты (44,1 %), однако лишь в нескольких наблюдениях они приводили к нарушению адаптации в различных сферах жизни. У 21 больного (35,6 %) до манифестации ПР наблюдались одно и более психическое расстройство. Наиболее часто (22,0 %) в детском и подростковом возрасте встречались специфические фобии (темноты, животных), которые характеризовались преимущественно психогенным характером возникновения, простотой фабулы и сравнительной непродолжительностью. У 8 больных (13,6 %) в подростковом возрасте появлялась несвойственная им ранее нерешительность и неуверенность в своих действиях и поступках, трудности общения с чувством скованности и напряжения на людях, отказы посещать школу, обостренная рефлексия. Часто выявлялись чувствительные идеи отношения и страх конкретных ситуаций (ответить устный урок у доски, завести личное знакомство), что позволяло предположить социальное тревожное расстройство. Аффективные расстройства (10,2 % наблюдений) носили как монополярный, так и биполярный характер. В структуре депрессивных фаз доминировал аффект тоски с идеями самообвинения, суицидальными тенденциями, а также аффект тревоги, носящей беспредметный характер. Маниакальные эпизоды следовали непосредственно за депрессивными фазами и длились не более двух-трех недель. Деперсонализационные расстройства (8,5 % наблюдений) развивались аутохтонно, длились не больше нескольких минут и проявлялись в виде симптомов острой соматопсихической и аутопсихической деперсонализации, которые были крайне тягостны для пациентов, осложнялись страхом неправильно себя вести.

Стереотип развития ПР и агорафобии подробно изучен в работах отечественных и зарубежных авторов [1, 7, 30]: в начале болезни доминируют панические приступы с острыми ипохондрическими страхами, которые спустя некоторое время осложняются стойким избегающим поведением, связанным со

Таблица 1. Социально-демографические и клинические особенности больных с ПР

Возраст (годы, среднее ± SD)	43,2 ± 6,4
Возраст первичной госпитализации (годы, среднее ± SD)	36,5 ± 10,8
Возраст манифестации ПА (годы, среднее ± SD)	26,5 ± 8,1
Длительность ПР (годы, среднее ± SD)	17,3 ± 8,5
Количество госпитализаций (среднее ± SD)	3,1 ± 1,2
Гендерные особенности (No., % женщин)	38 (64,4)
<i>Брачный статус, No. (%)</i>	
Женаты (замужем)	36 (61)
Разведены	9 (15,3)
Одинокие (никогда не женившиеся)	14 (23,7)
<i>Социальный статус, No. (%)</i>	
Работают	17 (28,8)
Не работают, в т.ч.	42 (71,2)
Инвалиды по психическому заболеванию	12 (20,3)
<i>Отягощенность по психическим заболеваниям, No. (%)</i>	
Алкогольная зависимость	15 (25,4)
Депрессивные состояния	12 (20,3)
Тревожные расстройства	9 (15,3)
Расстройства шизофренического спектра	3 (5,1)
<i>Преморбидные личностные особенности, No. (%)</i>	
Преобладание психастенических черт	26 (44,1)
Преобладание истерических черт	10 (16,9)
Преобладание шизоидных черт	8 (13,6)
Преобладание эпилептоидных черт	3 (5,1)
<i>Психические расстройства, наблюдаемые до дебюта ПР, No. (%)</i>	
Специфические фобии	13 (22,0)
Социальное тревожное расстройство	8 (13,6)
Аффективное расстройство	6 (10,2)
Деперсонализационное расстройство	5 (8,5)
Дисморфофобия	3 (5,1)

страхом повторения панического приступа. На последнем этапе происходит редукции панических приступов, круг фобического избегания сужается. В наших наблюдениях синдромокинез ПР и агорафобии существенно не отличался от описанного, поэтому мы остановимся преимущественно на вопросах симптоматиологии ПА и коморбидных психических заболеваний на разных этапах течения ПР (табл. 2).

Около трети пациентов сообщили, что незадолго до дебюта заболевания болезни (от нескольких дней до 2 – 4 месяцев) в их жизни случались неблагоприятные события. Это могли быть психологические стрессы (15,3 % наблюдений): потеря близких родственников, тяжелые болезни родных, внезапный разрыв отношений с партнером, длительное пребывание в ограниченном по объему помещении (вагон метро, лифт) с невозможностью из него выбраться, финансовый крах или кража личного имущества. Нередко появлению ПА предшествовали алкогольные эксцессы, сопровождающиеся затяжным постинтоксикационным состоянием (11,9 % наблюдений), а также перенесенные простудные заболевания или обострения хронических соматических болезней (6,8 %). В боль-

Таблица 2. Характеристика манифестных панических атак

<i>Преципитирующие факторы, No. (%)</i>	
Психологические стрессы	20 (33,9)
Алкогольная интоксикация	9 (15,3)
Соматические заболевания	7 (11,9)
	4 (6,8)
<i>Подтипы панических атак (по DSM-IV), No. (%)</i>	
Ситуационно предрасположенные (situationally predisposed) ПА	30 (50,8)
Ситуационно обусловленные (situationally bound) ПА	17 (28,8)
Спонтанные ПА	12 (20,3)
<i>Симптоматология ПА, No. (%)</i>	
Соматические и вегетативные симптомы	59 (100)
Ипохондрия (страх соматических заболеваний)	20 (33,9)
Конверсионные (“атипичные”) симптомы	18 (30,5)
Деперсонализация и страх потери контроля	11 (13,6)
Контрастные обсессии	5 (8,5)

шинстве наблюдений пациенты могли точно назвать месяц и день манифестной ПА. Сами панические приступы чаще развивались во время поездок в метро или наземном транспорте (ситуационно предрасположенные ПА), нередко они возникали каждый раз, когда они оказывались в определенном месте, например в вестибюле станции метро или лифте (ситуационно обусловленные ПА). Иногда установить связь ПА с определенным местом или ситуацией не удавалось (спонтанные ПА).

Психопатология манифестных ПА была крайне полиморфна. Помимо “классических” вегетативных симптомов, здесь встречались “атипичные” феномены, представленные преимущественно, конверсионными расстройствами и сенестопатиями: ощущение “кома” в горле, “ватность” в ногах, “спазм нервов”, “онемения” в различных частях тела, внезапная “оцепенелость” и т.д. На высоте приступа паники развивался страх смерти от остановки сердца или невозможности дышать, а также страхи неопределенного характера. Нередко пациенты говорили о чувстве нарушения восприятия окружающих предметов (“все вокруг было как застывшая картинка”, “я не понимал, где нахожусь”) и собственного тела (“невесомость”, “тяжесть”), которые сопровождалась страхом потери контроля над своим поведением и часто трактовались как признаки надвигающегося безумия. У нескольких больных ПА возникали спонтанно с аффекта недомогания и страха неправильно себя вести, который нередко описывался в завуалированной форме (“разовьются галлюцинации”, “поедет крыша”, “случится непоправимое”) и быстро осложнялся контрастными навязчивостями. Вегетативные расстройства нередко были представлены единичными симптомами, возникали как реакция на необычное состояние. Продолжительность инициальных ПА составляло в среднем 10 – 15 минут, хотя наличие “атипичных” симптомов и деперсонализации могло их значительно удлинить. Иногда было сложно оценить длительность паниче-

Таблица 3. Динамика панического расстройства с агорафобией

Показатель	1-ая фаза (первые 3 года болезни)	2-ая фаза (2 – 5 год болезни)	3-ая фаза (более 4 лет)
Характеристика ПА	Полиморфные; преимущественно ситуационно предрасположенные	Преобладают вегетативные симптомы; спонтанные ПА	“Бедные симптомами” ПА, отсутствие
Длительность ПА мин. (min. – max.)	15 (3 – 150)	5 (1 – 20)	2 (0,5 – 3)
Соотношение ПР и агорафобии	ПА предшествуют агорафобии	ПА сопутствуют агорафобии	Агорафобия без развернутых ПА
Агорафобия (Ср. балл по “Избеганию” Шкалы фобий Шихана)	Страх метро и наземного транспорта (8)	Страх выходить из дома и ездить на автомобиле (12)	Страх поездок метро (3)
Коморбидные р-ва, %			
Ипохондрия	54,2	16,9	–
ГТР	37,3	10,2	–
Конверсионное р-во	30,5	–	–
Депрессия (балл по HDRS)	27,1 (18,5)	–	10,2 (23,4)
Социальная фобия	11,9	–	6,8
ОКР	11,8	3,4	8,4
Специфические фобии	6,8	–	–
Алкоголизм	3,4	20,3	–
Расстройства личности, (%)			
Зависимое	–	6,8	16,9
Избегашее	3,4	3,4	3,4
Гистрионное	–	–	10,2
Копинг-стратегии	– Употребление лекарств или алкоголя – Отвлечение внимания	– Избегание определенных мест и ситуаций – зависимость от родных	– Рентные установки

ского приступа, т.к. в сознании пациентов ПА и последующая за ней тревога и ожидание помощи воспринимались как одно событие.

В таблице 3 представлена динамика панического расстройства с агорафобией.

В первые месяцы болезни (1-я фаза заболевания) пациенты расценивали вегетативные симптомы в структуре ПА как проявления соматических заболеваний и обращались за помощью к врачам общей практики. Отрицательные данные лабораторных исследований и консультации специалистов не всегда снижали эти опасения и страхи, что в соответствии с критериями DSM-IV позволяло диагностировать ипохондрию. Тревожно-депрессивные состояния выступали в качестве реакций пациентов на ПА, иногда принимали форму тревожной ажитации с бессмысленным метанием, однообразными просьбами о помощи или “тревожного оцепенения”, вплоть до субступора, когда больные в течение длительного времени оставались в постели, т.к. любые движения и разговоры приводили к повторным ПА. Панические приступы с преобладанием контрастных obsessions проявлялись суицидо-, и гомицидофобией, сексуальными и “агрессивными” obsessions, в тесной связи с которыми развивались простые фобии в виде страха вскрыть себе вены, нанести вред маленьким детям и малознакомым людям. Пациенты боялись пользоваться ножами и оставаться дома в одиночестве.

В большинстве наблюдений (62,7 %) через несколько месяцев наблюдалось уменьшение числа ПА, что приводило к улучшению настроения, а страх повторных приступов замещался симптоматикой гене-

рализованного тревожного расстройства. Находясь в метро или в транспорте, больные пытались уменьшить уровень тревогу путем прослушивания музыки, чтения журналов, приема дополнительных лекарственных средств или алкогольных напитков (копинг-стратегии). У нескольких больных в структуре повторных ПА возникал страх неправильно себя вести в присутствии посторонних и опасения, что окружающие их примут за “алкоголиков” или “наркоманов”. Эти опасения сохранялись и вне ПА и приводили к избеганию посещения людных мест, что позволяло диагностировать социальное тревожное расстройство. По минованию острого периода болезни больные выходили на работу, возобновляли знакомства, активно участвовали в жизни семьи. Если течение болезни приобретало волнообразный характер, то последующие обострения также чаще случались после дополнительных экзогенных вредностей и/или психических травм, ПА отличались меньшим полиморфизмом симптоматики, а в ходе лечения удавалось добиться исчезновения или значительного уменьшения агорафобии.

В тех случаях (37,3 % наблюдений), когда выраженного снижения частоты ПА не происходило и наблюдалось прогрессирование агорафобии, можно было говорить о второй фазе в развитии болезни. Страх поездок в транспорте осложнялся страхом езды в собственном автомобиле из-за регулярных остановках в “пробках” и страхом выходить из дома из-за опасений оказаться без помощи. ПА в этом периоде сосуществовали вместе с агорафобией, возникали спонтанно в разных местах и отличались сравнитель-

ной простотой. Регулярный прием алкоголя в увеличивающихся дозах и бесконтрольный прием бензодиазепиновых транквилизаторов приводил к появлению алкогольной болезни и токсикомании с развитием абстинентного синдрома. Борьбы со страхами не отмечалось, преобладали пассивные копинг-стратегии: зависимость от родственников и избегание все большего числа ситуаций.

Третья фаза болезни характеризовалась редукцией панических атак. Кратковременное усиление тревоги проявлялась преимущественно в виде тахикардии, чувстве нехватки воздуха и “кома в горле”, которые межприступной тревогой и поведенческими расстройствами не сопровождалась. Таким образом, в соответствие с критериями DSM-IV мы не могли поставить диагноз “паническое расстройство”, можно было говорить лишь о “бедных симптомами” ПА. Также происходило уменьшение агорафобических страхов. Длительное время сохранялся лишь страх поездок в метро. Аффективные расстройства нередко обнаруживали независимый стереотип развития, возникали аутохтонно, были типичны колебания настроения с ухудшением в утренние часы, а в структуре самих депрессий доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность аффективных фаз не превышала нескольких месяцев. Несмотря на уменьшение агорафобии, некоторые пациенты (16,9 %) продолжали чувствовать себя некомфортно, когда оставались дома одни, испытывали трудности и сомнения в повседневной жизни при принятии решений, из-за страха неудачи отказывались от выгодных предложений. Указанный поведенческий паттерн сохранялся длительное время и позволял предположить “зависимое расстройство личности”. У нескольких больных (10,2 %) преобладали другие личностные особенности: постоянный поиск помощи, драматизация своего состояния из-за страха быть покинутым, желания получить выгоду от своего заболевания и нацеленность на получение группы инвалидности из-за недостаточности социальной поддержки и невозможности активной деятельности из-за страха пользоваться транспортом. Эти особенности способствовали отнесению их родными и окружающими к категории “истериков” и “психопатов”, а врачи оценивали их как лиц с гистрионным личностным расстройством.

Приведенный выше стереотип развития ПР с агорафобией носит, во многом, схематический характер, длительность отдельных фаз также весьма условна. В частности, мы наблюдали больных, у которых стойкая агорафобия развивалась спустя несколько недель после манифестных ПА, а патохарактерологические личностные расстройства выявлялись уже в первые 2–3 года болезни. Длительное катамнестическое исследование позволило выявить разную предсказательную ценность отдельных симптомов на манифестном этапе болезни. К факторам, связанным с благоприятным прогнозом могут быть отнесены следующие: ини-

циальным ПА предшествуют психические стрессы, а в их структуре преобладают вегетативные проявления, ПР дебютирует в более позднем возрасте, генерализованное тревожное расстройство выступает как единственное коморбидное состояние. Дальнейшее неблагоприятное развитие болезни чаще всего наблюдалось в случае спонтанного развития первых ПА и когда в их структуре наблюдалась деперсонализация, страх потери контроля и конверсионные симптомы, а агорафобия достигала выраженной степени уже в первые месяцы болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ДИСКУССИЯ

Проведенное лонгитудинальное исследование 59 стационарных больных позволило уточнить некоторые клинико-динамические особенности ПР и агорафобии на современном этапе. Так, доминирующие в дебюте заболевания полиморфные ПА, случающиеся, прежде всего, в определенных местах (метро, наземный транспорт), со временем сменяются спонтанными ПА, в структуре которых встречаются в основном вегетативные симптомы. Спонтанные приступы, в свою очередь, в результате лечения или самопроизвольно редуцируются или уступают место “подпороговым” или “симптоматически бедным” ПА, симптоматика которых исчерпывается 1–3 вегетативными или истерическими симптомами.

Категориальный подход, реализованный в DSM-IV и МКБ-10, по-видимому, не в состоянии описать не только динамические характеристики панических приступов, но и всего многообразия симптоматологии ПР. Предложенный для оценки тревожных расстройств дименсиональный подход [18, 25], может быть применим и для ПР. По-нашему мнению, в его структуре может быть выделено 5 групп симптомов или дименсий: 1) соматические и вегетативные симптомы; 2) ипохондрия (страх соматических заболеваний); 3) деперсонализация и страх потери контроля; 4) тревога ожидания и агорафобическое избегание; 5) контрастные obsessions.

Дименсия “соматические и вегетативные симптомы” должна включать не только “типичные” симптомы, перечисленные в критериях ПА в DSM-IV, но и “атипичные” проявления, к которым, по-видимому, следует отнести и культурально обусловленные феномены. В частности, в Японии они включают звон в ушах, головную боль, выраженные головокружения и раздражительность [27]. В России к ним можно отнести разнообразные истеро-конверсионные симптомы, которые в последние годы широко встречаются в структуре панических приступов [3]: “ком” в горле, онемение в руках, тремор, “ватность” в ногах.

Дименсия “ипохондрия” может включать в себя не только страх смерти, но и другие страхи, связанные с угрозой соматическому благополучию личности: задохнуться из-за невозможности вдоха, умереть от

сердечного приступа, потерять сознание, а также немотивированный страх.

Страх потери контроля следует рассматривать отдельно от ипохондрических страхов в связи с его клинико-динамическим своеобразием [6]. Как отмечено выше, его присутствие в клинической картине ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Частое существование данного страха и деперсонализации в структуре ПА, по-видимому, не является случайным, и может представлять специфический синдром.

Агорафобическое избегание в структуре ПР следует рассматривать как попытку совладания с дистрессом, вызванным приступами паники и тревогой их ожидания. Ограничение в посещении определенных мест приводит к снижению частоты и глубины панических приступов. Согласно DSM-IV [9], агорафобия может быть диагностирована только в случае “избегания типичных ситуаций”, и, соответственно, если человек может преодолевать свой страх лишь в сопровождении другого лица и/или с помощью анксиолитика или приема спиртного, что со временем может привести к формированию зависимости, то тревожное расстройство не определяется. Тщательное изучение патологических копинг-механизмов и сопутствующих аддиктивных расстройств поможет распознать “латентную” агорафобию, которая лежит в их основе.

Выделение дименсии “контрастные obsессии”, по-видимому, является наиболее спорным вопросом, что связано с трудностями квалификации клинического материала и отсутствием в изученной нами литературе сведений о наличии obsессивно-компульсивных симптомов во время ПА. Небольшое количество наблюдений (5 случаев) не позволяет более полно описать их клинические особенности, но острота их развития, наличие в структуре вегетативных симптомов, страха сумасшествия и последующего агорафобического избегания позволяет предположить именно ПР.

В соответствии с трехкомпонентной моделью спектра [20], в рамках “панико-агорафобического спектра” можно выделить три группы расстройств. Первый компонент составляют “основные” феномены, включающие перечисленные в DSM-IV [9] и “атипичные” проявления ПР и агорафобии, а также “подпороговые” симптомы (“невротические реакции”, [3]), включающие “симптоматически бедные” ПА и “латентную” агорафобию. Второй компонент включает наиболее часто встречающиеся коморбидные психопатологические состояния, к которым относятся ипохондрическое расстройство (фобии болезней), генерализованное тревожное расстройство, депрессивные синдромы и алкогольную зависимость. Чем выше их удельный вес в клинической картине, тем прогноз и уровень социального функционирования хуже. Третий компонент представлен личностными чертами. С одной стороны, преморбидные психастенические черты являются важным компонентом “диагнотеза” или предрасположенности к развитию ПР. С

другой стороны, зависимое и гистрионное расстройство личности, встречающиеся на отдаленных этапах динамики агорафобии, являются своеобразной приспособительной реакцией в ответ на изменившиеся в результате болезни условия жизни пациента (“невротическое развитие личности”, [3]).

Таким образом, дименсиональный подход значительно лучше, чем категориальный, позволяет описать клинические проявления панического расстройства и агорафобии, в частности, сложные взаимоотношения между их “основными”, “атипичными” феноменами и другими психопатологическими синдромами, а также более точно охарактеризовать отдельные симптомы с учетом их прогностической ценности. Кроме того, этот подход дает возможность подобрать более эффективную лечебную тактику, т.к. фармакологическое действие препаратов направлено не на расстройство в целом, а на отдельные компоненты (дименсии) психопатологических нарушений [5]. Выделение в рамках тревожных состояний группы “расстройств агорафобического спектра” позволит учесть при постановке диагноза динамические аспекты заболевания, например, предрасполагающие к его развитию “предболезненные” психические расстройства и особенности характера, синдромокинез, а также связь с расстройствами личности.

Высокая частота встречаемости отдельных симптомов ПР и агорафобии в структуре тревожных (ГТР, социальное тревожное расстройство) и депрессивных синдромов и расстройств личности (избегающее, зависимое) приводит к размыванию границ между отдельными рубриками и субъективизму при постановке диагноза. Эта проблема может быть решена введением в классификацию “сквозных” дименсий в рамках тревожного кластера расстройств, точная оценка которых позволит определить клинический вариант того или иного расстройства. К таким симптомам предлагают относить страх заболеваний (ипохондрия), страх ожидания симптома (тревожная чувствительность), страх негативной оценки и избегающее поведение [25]).

В заключение следует отметить, что разногласия между отечественными и современными западными подходами к оценке ПР и агорафобии часто не носят принципиального характера, а некоторые из них, в частности, концепции “фобического невроза” [1, 3] и “расстройств “панико-агорафобического спектра” [15, 16] при внимательном рассмотрении имеют много общего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани Н. М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1966.
2. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. М.: “Медицина”, 1994. 192 с.

3. *Лакосина Н. Д., Павличенко А. В.* Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств // Независимый психиатрический журнал, 2010; 3: 15 – 21.
4. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков, Л.: Медицина, 1983. 255 с.
5. *Мосолов С. Н.* Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейропатологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Невропат и психиат, 2010, 6: 3 – 10.
6. *Павличенко А. В.* Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия // Психиатрия и психофармакотерапия, 2010, 3: 38 – 41.
7. *Сергеев И. И., Дмитриева Л. Г., Кессельман Л. Г.* Психопатология транспортных фобий. В кн.: Актуальные вопросы психиатрической практики, Полтава, 1993, вып. 7: 120 – 121.
8. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. 900 p.
10. Anxiety Disorders. Theory, Research and Clinical Perspectives (H. Simpson, Y. Neria, eds). Cambridge University Press, 2010. 378 p.
11. Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder (D. Nutt, J. Ballenger, eds). Blackwell Publishing, Oxford, 2003. 280 p.
12. *Aronson T. A., Logue C. M.* On the longitudinal course of panic disorder: development history and predictors of phobic complications // Comprehensive Psychiatry, 1987, 5: 344 – 355.
13. *Bandelow B., Hajak G., Holzrichter S., Kunert H. J., Ruther E.* Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia I. Methodological problems // International Clinical Psychopharmacology, 1995, 10: 83 – 93.
14. *Brown C., Schulberg H. C., Madonia M. J., Shear M. K.* Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders // American Journal of Psychiatry, 1996, 153: 1293 – 1300.
15. *Cassano G., Michelini S., Shear M., Coli E., Maser J., Frank E.* The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms // American Journal of Psychiatry, 1997, 154: 27 – 38.
16. *Cassano G., Rotondo A., Maser J.* The panic-agoraphobic spectrum: rationale, assessment, and clinical usefulness // CNS spectrums, 1998, 4: 35 – 48.
17. *Chen Y. W., Dilsaver S. C.* Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey // American Journal of Psychiatry, 1995, 152: 280 – 282.
18. DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis, 2010. <http://www.dsm5.org>.
19. *Dyck I. R., Phillips K. A., Warshaw M. G.* Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia // Journal of Personality Disorders, 2001, 15: 60 – 71.
20. *Frank E., Cassano G., Shear M.* The spectrum model: A more coherent approach to the complexity of psychiatric Symptomatology // CNS spectrums, 1998, 4: 23 – 34.
21. *Goisman R. M., Warshaw M. G., Steketee G. S., Fierman E. J.* DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: new data on a controversial diagnosis // American Journal of Psychiatry, 1995, 152: 1438 – 1443.
22. *Grant B. E., Hasin D. S., Stinson F. S.* Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Journal of Psychiatric Research, 2005, 39: 1 – 9.
23. *Grunhaus L., Pande A. C., Brown M. B., Greden J. F.* Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder // American Journal of Psychiatry, 1994, 151: 541 – 546.
24. *Hamilton M.* A rating scale for depression // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1960, 23: 56 – 62.
25. *Helzer J., Wittchen H.* Dimensional options for DSM-5: the way forward. In: Dimensional Approaches in Diagnostic Classification. Arlington, VA: American Psychiatric Press, 2008.
26. *Horwath E., Lish J. D., Johnson J., Hornig C. D., Weissman M. M.* Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding // American Journal of Psychiatry, 1993, 150: 1496 – 1501.
27. *Kawakami N., Takeshima T.* Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary findings from the World Mental Health Japan Survey 2002 – 2003. // Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005, 59: 441 – 452.
28. *Klein D.* Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes // Psychopharmacology, 1964, 5: 346 – 354.
29. *Klein D.* Anxiety reconceptualized. In: Anxiety New Research and changing concepts (D. Klein, J. Rabkin (eds), pp. 235 – 263). Raven Press, New York, 1981.
30. *Klein D.* A model of panic and agoraphobia development // Acta psychiat. Scand., 1987, 76: 87 – 95.
31. *Klerman G. L., Weissman M. M., Ouellette R.* Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization // JAMA, 1991, 265: 742 – 746.
32. *Krystal J. H., Woods S. W., Hill C. L., Charney D. S.* Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks // Comprehensive Psychiatry, 1991, 32: 474 – 480.
33. *Langs G., Quehenberger F., Fabisch K.* The development of agoraphobia in panic disorder: a predictable process? // Journal of Affective Disorders, 2000, 58: 43 – 50.
34. *Leon A., Porter A.* The social costs of anxiety disorders // British Journal of Psychiatry, 1995, 166: 19 – 22.
35. *Marks I. M., Matthews H. M.* Brief standard self-rating for phobic patients // Behav Res Ther, 1979, 17: 263 – 267.
36. *Milrod B., Leon A. C., Barber J. P., Markowitz J. C., & Graf E.* Do comorbid personality disorders moderate psychotherapy response in panic disorder? A preliminary empirical evaluation of the APA Practice Guideline // Journal of Clinical Psychiatry, 2007, 68: 885 – 891.
37. *Pini S., Cassano G. B., Simonini E.* Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia // Journal of Affective Disorders, 1997, 42: 145 – 153.
38. *Roth M.* Agoraphobia, panic disorder and generalized anxiety disorder: some implications of recent advances // Psychiatric Developments, 1984, 2: 31 – 52.
39. *Salvador-Carulla L., Segun J., Fernández-Cano P.* Costs and offset effect in panic disorders // British Journal of Psychiatry, 1995, 27: 23 – 28.
40. *Shear M. K., Brown T., Barlow I.* Multicenter collaborative panic disorder severity scale // American Journal of Psychiatry, 1997, 154: 1571 – 1575.
41. *Shear M. K., Frank E., Rucci P.* Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments // Journal of Psychiatric Research, 2001, 35: 59 – 66.
42. *Shear M. K., Rucci P., Williams J.* Reliability and validity of Panic Disorder Severity Scale: replication and extension // Journal of Psychiatric Research, 2002, 35: 293 – 296.
43. *Shulman I. D., Cox B. J.* Precipitating events, locations and reactions associated with initial unexpected panic attacks // Behav Res Ther, 1994, 32: 17 – 20
44. *Skodol A., Oldham J. M., Hyler S.* Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity // Journal of Psychiatric Research, 1995, 29: 361 – 374.
45. *Udhe T., Boulenger J.* Longitudinal course of panic disorder // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 1985, 9: 39 – 51.
46. *Young L. T., Cooke R. G., Robb J. C., Levitt A. J.* Anxious and non-anxious bipolar disorder // Journal of Affective Disorders, 1993, 29: 49 – 52.
47. *Zaubler T. S., Katon W.* Panic disorder in the general medical setting // Journal of Psychosomatic Research, 1998, 44: 25 – 42.

К проблеме злокачественного нейролептического синдрома

В. П. Волков¹

С помощью статистического метода изучены истории болезни Тверской областной клинической психиатрической больницы № 1 и данные литературы о таком редком, но потенциально опасном для жизни состоянии как нейролептический синдром. Цель данной работы — характеристика важнейших клинических проявлений этого заболевания, выяснение их частоты и выделение наиболее информативных для диагноза показателей. Более высокая осведомлённость о ЗНС гарантирует его раннюю диагностику и правильное лечение и предупреждает смертельный исход.

Ключевые слова: злокачественный нейролептический синдром; клинические и лабораторные аспекты.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) — это сравнительно редкое, но витально опасное осложнение [1, 6, 8, 15], вызванное приемом различных психотропных препаратов [1, 4, 15], среди которых главная роль принадлежит нейролептикам [3, 4, 6, 7].

ЗНС наблюдается не только в психиатрической практике. Он может встречаться у больных с любой патологией, а также у здоровых лиц в случаях назначения им антипсихотиков [3, 20].

В связи с широким применением нейролептиков в психиатрии, а также учащением использования их в общесоматической медицине [26], полноценная информация о ЗНС, его клинических проявлениях, методах ранней диагностики и эффективного лечения является актуальной не только для психиатров, но и для врачей других специальностей [15, 26]. Более того, весь медицинский персонал, участвующий в психофармакологической терапии, должен быть знаком с ранними симптомами ЗНС [9].

ЗНС может развиваться при использовании нейролептиков разнообразной химической структуры вне зависимости от дозировок и сроков лечения [3 – 8, 13, 15, 16, 20 – 22, 30, 31].

Факторами риска развития ЗНС служат, по мнению ряда авторов, органическая недостаточность ЦНС [4, 7, 8, 11, 13, 20 – 22, 30], гиперергический фон с нейровегетативными и аллергическими реакциями [8], общее обезвоживание и физическое истощение организма [4, 7, 11, 13, 15, 16, 20 – 22, 30, 31], дисфункция щитовидной железы [7], а также повышение температуры и влажности внешней среды [11, 13, 16, 20, 21]. Серьёзное значение придаётся и таким факторам, как наличие в анамнезе кататонии, эпизодов ЗНС или других побочных эффектов нейролептической терапии, мужской пол и сравнительно молодой возраст — от 20 до 40 лет [7, 11, 16, 20 – 22, 30, 31].

Клинические проявления ЗНС характеризуются гипертермией центрального генеза и другими вегето-соматическими нарушениями, экстрапирамидной

симптоматикой, тяжелой психопатологической картиной с помрачением сознания и кататонией, а также патологическими сдвигами гомеостаза [3, 4, 7, 8, 11, 13, 22, 31].

В целом, клиника ЗНС крайне полиморфна, его симптомы варьируют в широких пределах у разных пациентов [13, 22]. Поэтому диагностика ЗНС бывает трудной даже для опытных специалистов [22]. Диагноз ЗНС ставится методом исключения других заболеваний, которые могут привести к аналогичной клинической картине [1, 6, 8, 22, 30].

Различным аспектам проблемы ЗНС посвящена обширная литература, но большинство публикаций, особенно зарубежных, основано на единичных наблюдениях или небольшом их числе [8, 11, 30, 31]. Вместе с тем, высказывается мнение [12], что каждый случай ЗНС должен быть опубликован или размещен в Интернете на соответствующих сайтах.

Цель настоящей работы — на сравнительно большом материале дать характеристику основных клинических проявлений ЗНС, проследить их частоту и выделить наиболее информативные из них для постановки диагноза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучены и статистически проанализированы архивные истории болезни ОКПБ № 1 (г. Тверь) за 36 лет (1975 – 2010 гг.), касающиеся благополучно закончившихся приступов ЗНС (выборочно) и его смертельных исходов (полностью). В собранном материале оказалось 39 наблюдений. Кроме того, использованы данные литературы, в том числе и зарубежной, за различные годы — 17 источников [8, 10, 14, 15, 17 – 19, 23 – 25, 27 – 30, 32 – 34]. В целом в нашем распоряжении оказалось 89 наблюдений ЗНС: мужчин — 44, женщин — 45; возраст больных от 12 лет до 81 года. При этом 57,3 % пациентов были моложе 40 лет. Для обработки данных применялся пакет прикладных программ “Statistica 6.0” (“Statsoft Inc.”, USA, 1999).

¹ Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова, г. Тверь.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На нашем материале ЗНС осложнял терапию различными антипсихотиками, как классическими, так и атипичными. Чаще всего это наиболее распространенные в клинической практике препараты: галоперидол, аминазин, трифтазин, тизерцин, мажептил. Реже фигурировали азалептин (клозапин), оланзапин, модитен-депо, френолон, триседил, клопиксол-акуфаз, сонапакс. В единичных случаях больные получали этаперазин, имап, сероквель, неуплептил, анафранил, хлорпротиксен эглонил.

После применения одного препарата ЗНС развився у 56,5 % пациентов, двух — у 14,1 %, трёх — у 9,4 %, четырёх и более препаратов — у 20,0 %. При этом 15,3 % больных получали препараты пролонгированного действия (модитен-депо, имап, клопиксол-акуфаз и др.). Часто появление ЗНС было обусловлено сочетанием галоперидола с аминазином, трифтазином, тизерцином и мажептилом, а также аминазина с трифтазином, мажептилом и тизерцином.

В 47 случаях (52,8 %) антипсихотическая терапия осложнилась проявлениями ЗНС в течение месяца от начала лечения, причём в 39 из них (43,8 % всех наблюдений) — в первые 2 недели. У 4 пациентов (4,5 %) ЗНС развився после приёма нейролептиков более 90 дней.

Анализ полученных данных, касающихся факторов риска развития ЗНС, показывает важность анамнестических сведений при диагностике этой патологии. Так, более чем в половине случаев в анамнезе наблюдались разнообразные проявления побочного действия антипсихотиков; у части больных в прошлом прослеживались отдельные признаки ЗНС и эпизоды кататонии; у некоторых был отяжённый алергологический анамнез. В качестве фактора риска ЗНС в изученном материале фигурируют также органическая недостаточность ЦНС и дистиреоз.

Обычно при ЗНС рано появляются различные экстрапирамидные неврологические эффекты: акинеторигидный синдром с мышечной ригидностью, скованностью, гипокинезией, дизартрией, амимией; акатизия, тремор, дис- и гиперкинетические расстройства; гиперсаливация, сальность лица; нарушения глотания; расстройства мочеиспускания [1, 5, 6, 8, 13, 16, 20 – 22, 30, 31]. В представленном материале также наблюдалась разнообразная экстрапирамидная симптоматика (таблица 1).

Значительное место в клинической картине ЗНС занимают вегето-соматические расстройства [1, 3, 5, 8, 11, 13, 16, 20, 22, 31]. Главное из них — лихорадка центрального генеза [13, 20, 22, 31], отличающаяся неправильным типом, часто с инверсией температурной кривой (утренняя температура выше вечерней), имеющая субфебрильный или гиперпиретический характер [1, 8, 13, 16, 20]. Отмечаются также бледность, вначале потливость, а затем, по мере обезвоживания

Таблица 1. Клинические симптомы ЗНС.

Симптом	Частота, %
Экстрапирамидные знаки	
- мышечная ригидность	87,5 % ± 6,9 %
- скованность	70,6 % ± 10,8 %
- заторможенность	58,8 % ± 11,7 %
- амимия	51,5 % ± 11,9 %
- дизартрия	48,5 % ± 11,9 %
- тремор	42,9 % ± 11,6 %
- нейролепсия	41,6 % ± 12,5 %
- сальность лица	36,8 % ± 11,5 %
- дизурия	27,3 % ± 9,3 %
- дисфагия	16,2 % ± 8,7 %
Вегето-соматические сдвиги	
- тахикардия	95,8 % ± 4,6 %
- лабильность АД	68,1 % ± 13,3 %
- тахипноэ	67,3 % ± 12,4 %
- инверсия температурной кривой	52,6 % ± 15,9 %
- артериальная гипертензия	48,5 % ± 12,1 %
- потливость	46,9 % ± 14,0 %
- пульс-температурная диссоциация	43,6 % ± 15,6 %
- бледность кожи	25,0 % ± 10,3 %
Психические нарушения	
- кататонический синдром	74,4 % ± 9,7 %
- смена аффекта	36,4 % ± 14,2 %
- аментивноподобный синдром	35,9 % ± 10,0 %

организма, сухость кожных покровов, нестабильность АД, тахикардия (нередко с пульс-температурной диссоциацией, при которой выраженность тахикардии не соответствует уровню лихорадки) [1, 8, 16, 20, 30]. Результаты наших наблюдений, показывающие частоту симптомов той или иной вегето-соматической патологии, представлены в таблице 1.

Изменения психического состояния больных — одно из ранних и очень частых проявлений ЗНС [1, 8, 13, 22, 31]. Ведущим психопатологическим синдромом при ЗНС является кататония, проявляющаяся в обездвиженности, мутизме, негативизме, импульсивности, двигательных и речевых стереотипиях, каталепсии [3, 5, 6, 8, 13, 16, 22, 31]. Кататоническая симптоматика, выраженность которой в процессе развития ЗНС нарастает, перекрывает экстрапирамидные нарушения и доминирует в психическом статусе больных [6, 8]. Существенным признаком тяжелого течения ЗНС служит наличие сменяющих друг друга синдромов нарушенного сознания как эндо-, так и экзогенного характера — онейроид, аменция, гиперсомния, сопор, кома [1, 3, 8, 13, 20].

Наш контингент больных не явился исключением (таблица 1). Обращало на себя внимание, что почти у

Таблица 2. Лабораторные тесты при ЗНС

Лабораторный тест	Частота, %
Общий анализ крови	
- лейкоцитоз	77,0 % ± 10,6 %
- нейтрофилёз	88,9 % ± 9,4 %
- лимфопения	59,5 % ± 15,1 %
- ускорение СОЭ	73,8 % ± 13,6 %
Биохимия и электролиты крови	
- гипопротейнемия	21,4 % ± 21, %
- гипергликемия	60,6 % ± 17,0 %
- гиперкреатинемия	60,0 % ± 19,6 %
- подъём уровня мочевины	31,3 % ± 23,2 %
- гипербилирубинемия	12,5 % ± 13,5 %
- подъём уровня АСТ	59,3 % ± 18,5 %
- подъём уровня АЛТ	55,6 % ± 18,7 %
- подъём уровня КФК	74,4 % ± 13,7 %
- гипокальциемия	25,0 % ± 25,0 %
- гипохлоремия	40,0 % ± 25,3 %
Общий анализ мочи	
- протеинурия	72,2 % ± 15,1 %
- лейкоцитурия	72,4 % ± 16,6 %
- гематурия	48,3 % ± 18,2 %
- цилиндрурия	35,5 % ± 16,8 %

каждого пятого больного (18 % случаев) развитие ЗНС совпадало с резким усилением психопатологической симптоматики основного заболевания по типу экстропирамидно-психотического обострения со смесной аффекта. Подобный феномен известен в качестве побочного эффекта нейролептиков [6, 8].

Характер патологических сдвигов гомеостаза при ФК отражают изменения лабораторных показателей. Так, в анализе крови отмечено ускорение СОЭ, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения [4, 8, 13, 20, 22, 30, 31]. Повышен лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), являющийся интегральным маркером выраженности эндотоксикоза [8]. В моче определяется белок, увеличивается число лейкоцитов, появляются эритроциты и цилиндры [8].

Изменяются биохимические показатели крови. Наблюдается снижение общего белка за счёт альбуминов, повышение уровня прямого билирубина, креатинина и мочевины, а также трансаминаз (АСТ и АЛТ) и креатинфосфокиназы [1, 3, 4, 8, 13, 15, 20, 22, 30, 31], что нередко приводит к синдрому полиорганной недостаточности, крайне неблагоприятному для прогноза [8, 13].

В отношении лабораторных показателей, отражающих нарушения гомеостаза, наши данные, в целом, совпадают с имеющимися в литературе (таблица 2). ЛИИ, как правило, был повышен и равнялся, в среднем, $2,49 \pm 1,59$ что статистически достоверно

($p < 0,01$) превышает нормальное значение, равное $1,0 \pm 0,6$ [8]. Протеинурия достигала обычно уровня $0,033 - 0,165\%$, цилиндры были гиалиновые и зернистые.

Особо следует отметить нередкое появление достаточно выраженной гипергликемии (в среднем, $7,1 \pm 0,5$ ммоль/л), чаще стойкой, реже преходящей. Так, из 33 больных, у которых проводилось исследование сахара крови, повышение его уровня выявлено у 20, что составляет 60,6 %. Это наводило лечащих врачей на мысль о наличии у больных сахарного диабета, следствием чего зачастую были последующие излишние диагностические и терапевтические действия. По-видимому, нарушения углеводного обмена, так же, как и температурная реакция, имеют центральный генез и обусловлены поражением гипоталамуса. Описания в литературе подобного феномена при ЗНС нам не встретилось.

Значительный интерес для диагностики представляет также такой почти специфический для ЗНС лабораторный тест, как повышение уровня в сыворотке крови креатинфосфокиназы (КФК) [8, 15, 30], что связано с развивающимся рабдомиолизом при выраженной экстропирамидной мышечной ригидности [11, 13, 15, 16, 20 – 22]. На нашем материале содержание фермента было резко повышено у 29 из 39 обследованных больных (74,4 %). К сожалению, все эти наблюдения почерпнуты из иностранной литературы. В изученных отечественных публикациях таких сведений нет. Не проводилось исследование КФК и у контингента собственных больных, что, конечно же, значительно сужает возможности диагностики ЗНС.

У больных ЗНС достаточно часто отмечаются соматические осложнения в виде пневмоний, сепсиса, почечной недостаточности, инфаркта миокарда, легочной эмболии, ДВС-синдрома [3, 8, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 31]. Они нередко являются непосредственными причинами смерти при ЗНС. Наиболее серьёзным и витально опасным патологическим процессом, включающимся в клиническую картину ЗНС и существенно осложняющим его течение, является так называемая «генерализованная аллергическая реакция» (ГАР), характеризующаяся появлением тяжелого буллёзного дерматита [2, 8].

Большинство указанных осложнений прослеживалось и на нашем материале. Так, летальный исход наступил в 32 случаях (36,0 %). При этом наблюдались следующие причины смерти: мозговая кома в связи с отеком и дислокацией головного мозга — 19 (59,3 %), поражения кожи и пневмония — по 4 (12,5 %), острый инфаркт миокарда и сердечная недостаточность вследствие миокардиодистрофии — по 2 (6,3 %), сепсис — 1 (3,1 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ собственного материала и данных литературы демонстрирует достаточно четко очерченную клиническую картину ЗНС. Следует полагать, что дальнейшее накопление информации об указанной ятрогенной патологии, а также более широкое ознакомление с ней медицинских работников позволят улучшить своевременную диагностику и эффективность лечения этого серьезного осложнения антипсихотической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б. С. Злокачественный нейролептический синдром. Неврол журн; 2003; **8**(4): 4 – 6.
2. Волков В. П. Кожные осложнения фенотиазиновой терапии (обзор литературы). Психиатр. и психофармакотер. 2010; **12**(3): 33 – 7.
3. Голубев В. Л. Нейролептические синдромы. Неврол журн 2000; **5**(4): 4 – 8.
4. Джонс П. Б., Бакли П. Ф. Шизофрения: Клин. Руководство / Пер. с англ. М., 2008: 192.
5. Захарова Н. М., Кекелидзе З. И. Кататонический синдром при критических состояниях у больных шизофренией. Медицина неотложных состояний 2006; **6**(7) — <http://urgent.mif-ua.com>.
6. Малин Д. И., Козырев В. Н., Недува А. А., Равилов П. С. Злокачественный нейролептический синдром: критерии диагностики и принципы терапии. Соц и клинич психиатр 1997; **7**(1): 76 – 80.
7. Федорова Н. В., Ветохина Т. Н. Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов / Учебно-методическое пособие. М., 2006 — URL: <http://www.neuroleptic.ru>.
8. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. М., 1997: 232.
9. Auld F. J. Reintroducing antipsychotics in NMS patients. Int Drug Ther Newsletter 1999; **34**: 29 – 30.
10. Benjelloun G., Jehel L., Abgrall G. et al. Acute catatonic syndrome after neuroleptic malignant syndrome, L'Encéphale 2005; **31**(6 Pt1):705 – 9.
11. Benzer T. Neuroleptic Malignant Syndrome. eMedicine 2010 — URL: medscape.com/816018-overview.
12. Bhanushali M. J., Tuite P. J. The evaluation and management of patients with neuroleptic malignant syndrome. Neurol Clin 2004; **22**(2): 389 – 411.
13. Bottoni T. N. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Brief Review. Hospital Physician March 2002; **58** – 63 — URL: www.turner-white.com.
14. Chakrabarti S., Sharma D., Singh G. Neurological Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome. Hong Kong J Psychiatry 2001; **11**(3): 18 – 20.
15. Chandran G. J., Mikler J. R., Keegan D. Neuroleptic malignant syndrome: case report and discussion. CMAJ 2003; **169**(5): 439 – 42.
16. Draper R. Neuroleptic malignant syndrome. 2009 — URL: www.patient.co.uk/showdoc/.
17. Gajwani P., Franco-Bronson K. N. A 56-year-old male with fever and rigidity. Hospital Physician 2001; **37**(4): 60 – 2, 84.
18. Ghani S. O., Ahmed W., Marco L. A. Neuroleptic Malignant Syndrome and Severe Thrombocytopenia: Case Report and Literature Review. Ann Clin Psychiatry, 2000; **12**(1): 51 – 4.
19. Ghaziuddin N., Alkhoury I., Champine D. et al. ECT treatment of malignant catatonia / NMS in an adolescent: a useful lesson in delayed diagnosis and treatment. J ECT 2002; **18**(2): 95 – 8.
20. Gupta S., Nihalani N. D. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Primary Care Perspective. J Clin Psychiatry 2004; **6**(5): 191 – 4.
21. Hall R. C. W., Chapman M. Neuroleptic Malignant Syndrome in the Elderly. Diagnostic Criteria, Incidence, Risk Factors, Pathophysiology, and Treatment. Clin Geriatrics 2006; **14**(5): 39 – 46.
22. Hammergren D. J. Neuroleptic malignant syndrome: an online resource for healthcare providers. The university of Arizona 2006: 61.
23. Kasantikul D., Kanchanatawan D. Neuroleptic malignant syndrome: a review and report of six cases. J Med Ass Thailand 2006; **89**(12): 2155 – 60.
24. Khan H. M., Syed N. A., Sheerani M., et al. Neuroleptic malignant syndrome: need for early diagnosis and therapy. J Ayub Med Coll Abbottabad 2006; **18**(1): 17 – 21.
25. Mishra B., Mishra B., Sahoo S., et al. Atypicality in presentation of neuroleptic malignant syndrome caused by olanzapine. Ind J Med Sci 2007; **61**(10): 570 – 3.
26. Murak E. Neuroleptic malignant syndrome, Psychiatr Pol 1995; **29**(3): 349 – 58.
27. Patel A. L., Shaikh W. A., Khobragade A. K., et al. Electroconvulsive Therapy in Drug Resistant Neuroleptic Malignant Syndrome. JAPI 2008; **56**: 49 – 50.
28. Sammaneechai O., Likasitwattanakul S. Neuroleptic malignant syndrome: a report of 2 cases. Chiang Mai Med Bull 2005; **44**(2): 73 – 8.
29. Storm C., Gebker R., Krüger A., et al. A rare case of neuroleptic malignant syndrome presenting with serious hyperthermia treated with a non-invasive cooling device: a case report. J Med Case Reports 2009, **3**:6170.
30. Strawn J. R., Keck P. E. Jr, Caroff S. N. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 2007; **164**(6): 870 – 6.
31. Tonkonogy J., Sholevar D. P. Neuroleptic Malignant Syndrome. eMedicine 2010 — URL: medscape.com/article/288482-overview.
32. Wee J. C. P., Wong E., Annathurai A. A case of risperidone-associated neuroleptic malignant syndrome in a patient receiving long-term haloperidol treatment. Hong Kong J Emerg Med 2010; **17**: 285 – 8.
33. Yacoub A., Francis A. Neuroleptic malignant syndrome induced by atypical neuroleptics and responsive to Lorazepam // Neuropsychiatr. Dis Treat 2006; **2**(2): 235–40.
34. Yanagawa Y., Miyazaki M. Case with difficulty in differentiation between transient neuroleptic malignant syndrome and catatonia after neuroleptic analgesia, Masui 2010; **59**(2): 235 – 7.

Стационарные пациенты о своих потребностях и удовлетворенности психиатрической помощью

Е. Б. Любов, Е. Ю. Антохин, О. Г. Бычкова, И. А. Былим, И. А. Гусынин, С. Е. Жуков, Н. А. Кудряшов, О. А. Куранова, Ю. Л. Петухов, О. И. Фалалеева, А. Н. Куликов, Н. Б. Левина, Е. В. Пряникова, Ю. Л. Пустотин, А. М. Шлафер¹

“Мы являемся тем, что мы хотим”.

Ж.-П. Сартр

Опрос 378 стационарных психиатрических больных подчеркнул необходимость улучшения переносимости и эффективности фармакотерапии, а также необходимость целевой психосоциальной работы.

Ключевые слова: больничные психиатрические пациенты, потребности

Оценка психосоциальной реабилитации включает удовлетворение реальных и изменчивых нужд пациента [1, 2, 4]. Оценка предпочтений пациента важна при тяжелых расстройствах с сочетанными и пересекающимися клинико-социальными проблемами, связанными с симптомами болезни и ее последствиями в виде “бремени” побочных действий терапии, социально-бытовой несостоятельности, одиночества.

Цель исследования: выявление потребностей и оценка удовлетворенности повседневной психиатрической помощью стационарными пациентами

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Многоцентровой анонимный социологический опрос охватил пациентов 9 острых стационарных психиатрических отделений в Вологде, Кирове, Москве, Оренбурге, Ставрополе в течение произвольно избранного дня 2010 г. Исключены пациенты с ведущей зависимостью от психоактивных веществ и с выраженными психомоторным возбуждением и когнитивными расстройствами. Обработаны ответы 378 пациентов (мужчин 55,3 %). Возраст респондентов $43,07 \pm 14,02$ (16 – 78) лет. Лица трудоспособного возраста составили более 85 %. Среднее (специальное) образование получили 75 % пациентов. Работали в обычных условиях не более 7 % респондентов, причем со снижением квалификации более половины. Безработными были 14 % (Оренбург) — 47,5 % (Киров) пациентов при среднем показателе в РФ 7 %. Своя семья была менее чем у 30 % (11,7 % в Москве). Наблюдались в ПНД $15,97 \pm 12,65$ лет. Большая часть респондентов (60 %) была инвалидами в связи с психическим расстройством в течение $15,55 \pm 12,29$ лет. Преобладающая доля не имеющих семьи инвалидов трудоспособного возраста с близким к среднестатистическому цензом образования указывает на направление психосоциальной работы. Больные шизофренией

и расстройствами шизофренического круга составили в день опроса 30 – 45 %. Социо-демографические и клинические характеристики респондентов отражали состав пациентов в отделениях в течение года, в связи с чем выборка репрезентативна. Применен оригинальный структурированный опросник, разработанный в столичном отделении Общероссийской общественной организации инвалидов по психическому расстройству “Новые возможности” и апробированный в “тест-группе” пациентов [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Несмотря на неформальную обстановку и предваряющую опрос разъяснительную беседу, большинство пациентов было озадачено фактом обращения к ним, что проявлялось опасениями, не повлияют ли ответы на сроки выписки и какие ответы будут “полезными” медперсоналу. Полагали, что знают “свой” психиатрический диагноз 35 % респондентов. Все получали психотропные препараты, но лишь 1/3 могла указать их названия. Имели опыт какой-либо психосоциальной работы не более 25 % пациентов.

Отношение к госпитализации и лекарственному лечению (табл. 1). Ответившие обычно полагали себя психически больными в связи с приемом лекарств. Большинство респондентов не связывало госпитализацию с обрывом поддерживающей фармакотерапии, как поступали 75 % из них в первые 3 – 6 месяцев после выписки.

Переносимость психофармакотерапии. При прогнозе комплаенса важна оценка приемлемости побочных действий для отдельного пациента [8]. В отделениях антипсихотическая терапия представлена, прежде всего, типичными нейролептиками (до 80 %). Данные в отделениях отличались не более чем на 5 %, что позволило привести усредненные цифры (табл. 2).

Более всего тягостны экстрапирамидные нарушения. Почти каждый четвертый опрошенный сетовал на дневную сонливость; каждый десятый отмечал подавленность чувств, рассеянность, бессонницу, суи-

¹ Московский НИИ психиатрии Росздравоцразвития.

Таблица 1. Отношение к госпитализации и лекарственному лечению

	ДА (%) Медиана	ДА (%) Пределы
Необходимо ли Вам постоянное лекарственное лечение	68	86 (Оренбург) — 43 (Вологда)
Можно ли было избежать данной госпитализации	51	62,5 (Оренбург) — 46 (Вологда)
Причины поступления в психиатрическую больницу:		
отказ от поддерживающего лечения	33	64 (Оренбург) — 7 (Киров)
ссоры дома	40	45 (Оренбург) — 33 (Киров)
“голоса”, бред	31	41 (Оренбург) — 14 (Вологда)
депрессия, мысли о самоубийстве или попытки самоубийства	33	52 (Оренбург) — 22 (Киров)

цидальные мысли. Видимо, респонденты не различали депрессивные симптомы и проявления побочных действий (“все, что возникло на фоне лечения — из-за этого”). Отношение к доминирующему лекарственному лечению у большинства респондентов было отстраненно-безразличным; осязаемым результатом его полагалась скорейшая выписка (скорее связанная с решением врача), а побочные действия лекарства — временным атрибутом терапии.

Потребности больничных пациентов (табл. 3).

Пациентами указан ранжир основных потребностей: физическое здоровье; спокойный дом; материальный достаток и доход, обычно выше пенсии по инвалидности; разнообразное питание. Не забыты проблемы взаимопонимания с медперсоналом и информирования (сведения о психическом состоянии и лечении, шансах и условиях выздоровления); важны учеба по индивидуальной программе и труд в обычных условиях, желательно, неполный рабочий день, согласно результатам многоцентрового исследования “Новых возможностей” [3], навыки ведения домашнего хозяйства. Необходим полезный досуг, позволяющий структурировать день и насыщать социальным содержанием время ремиссии; общение с друзьями (нелюдимость психически больного — один из мифов психиатрии); интимные связи (важный момент при выборе препарата и тема психообразования). Значительная часть пациентов страдает от психических расстройств, но больше половины боится открыться врачам, опасаясь задержки выписки. Настораживают данные о злоупотреблении психотропными веществами (возможна иатрогенная токсикомания), что требует рационализации фармакотерапии. Показательно и печально, что пациентов не интересуют сведения об их правах и обязанностях.

Удовлетворенность пациентов больничной помощью (табл. 4). В оценке преобладали формально “правильные” ответы.

Удовлетворено больничным лечением большинство респондентов, но — не возможностями внебольничной помощи, так как потребности амбулаторного пациента разнообразнее. Большая часть опрошенных также не видит нужды в какой-либо иной, помимо получаемой (лекарственной) помощи.

Пожелания пациентов (табл. 5)

Таблица 2. Вызывающие наибольший дистресс побочные действия фармакотерапии *

Побочное действие	%
Неусидчивость	30,4
“тряска”	16,9
мышечная скованность	23,9
слюнотечение	11,6
Повышение веса	8,1
Задержка месячных **	3,3
Выделение молока из груди	2,5
Подавленность чувств	11,6
равнодушие	15,2
дневная сонливость	23,6
Жажда	21,5
сухость во рту	24,3
расплывчатость зрения	19,4
слабость, головокружение	37,3

* Возможно несколько ответов.

** Из числа ответивших женщин фертильного возраста.

Удовлетворенность помощью в целом не исключает критики отдельных ее деталей. Предложения по улучшению привычного положения сведены к бытовым удобствам и облегчению режима закрытого отделения. Пациенты удовлетворены помощью без представления об альтернативах ведущего лекарственного лечения и не связывают решение большинства своих нужд с возможностями психиатрической помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Архитипический больной ранней деменцией Креплина мог сохранить ясный ум и здравомыслие. Нужды отечественных тяжелых психиатрических пациентов XXI века представлены рядом “наднозологических” ситуативных потребностей в связи с госпитализацией, проявлениями и последствиями психического расстройства. Для больных актуальны уменьшение “голосов” и бреда, депрессии (Драйденовское “Есть в сумасшествии самом отрада / лишь сумасшедшему она известна” — не более чем поэтический парадокс), смягчение побочных действий лекарств, сведения о

Таблица 3. Потребности больничных пациентов

Потребности	Очень важно для респондента (%)*		Возможности психиатрической службы (%)*	
	Медиана	Пределы	Медиана	Пределы
Взаимопонимание с врачом / медперсоналом	79	96(Оренбург) — 71(Вологда)	19	27(Оренбург) — 4(Оренбург)
Материальный достаток	78,5	92(Оренбург) — 64(Вологда)	20	36(Вологда) — 8(Оренбург)
Хорошее физическое здоровье	71	81(Оренбург) — 65,5 (Киров)	27	31(Оренбург) — 25(Вологда)
Жилье (безопасное, удобное, отдельное)	66	60 (Оренбург) — 74 (Киров)	31	15 (Оренбург) — 28,5 (Вологда)
Пища (регулярная, здоровая, разнообразная)	66	51 (Оренбург) — 68 (Вологда)	32	11,5 (Оренбург) — 31 (Киров)
Сведения о своем состоянии и лечении	72	96(Оренбург) — 64(Вологда)	24	35(Оренбург) — 17(Киров)
Сведения о шансах полного выздоровления	66,5	92(Оренбург) — 53,5(Вологда)	29	34(Оренбург) — 27,5(Киров)
Полезные досуги	68	92(Оренбург) — 64(Вологда)	30	45(Оренбург) — 27,5(Киров)
Бытовые навыки (самостоятельной жизни)	54,5	92 (Оренбург) — 39 (Вологда)	42	8 (Оренбург) — 57,5 (Оренбург)
Самообслуживание (одевание, умывание и др.)	62	92 (Оренбург) — 46 (Вологда)	34,5	45 (Оренбург) — 4 (Оренбург)
Убрать бред, “голоса”	56	77,5(Оренбург) — 39 (Вологда)	38	53,5(Вологда) — 19(Оренбург)
Облегчить депрессию (вялость, равнодушие, нежелание что-то делать, сонливость, подавленность, безнадежность, отчаяние, мысли о нежелании жить)	65	87,5(Оренбург) — 46(Вологда)	28	46(Вологда) — 11(Оренбург)
Полезная занятость (работа, учеба в <i>обычных</i> условиях, лечебных мастерских, добровольцем)	54	68 (Вологда) — 42,5 (Оренбург)	42	54(Оренбург) — 21(Вологда)
Решение повседневных проблем (покупки, распределение бюджета)	54	77(Оренбург) — 46(Вологда)	41	59(Оренбург) — 29(Киров)
Моя безопасность (убрать мысли о самоубийстве)	53	77(Оренбург) — 21(Вологда)	40	61(Вологда) — 23(Оренбург)
Безопасность окружающих (убрать агрессивность, злобу)	46	73(Оренбург) — 45(Киров)	48,5	63(Оренбург) — 27(Оренбург)
Прекращение употребления спиртного / наркотиков / циклодолола, успокаивающих/снотворных	40	77(Оренбург) — 36(Вологда)	53,5	72,5(Оренбург) — 39(Вологда)
Общение с друзьями	65	92(Оренбург) — 64(Вологда)	32	46(Оренбург) — 14(Киров)
Любовь / Половые связи	57	77(Оренбург) — 50(Оренбург)	41	50(Оренбург) — 31(Киров)
Забота о детях / родителях	66	85(Оренбург) — 61(Вологда)	32	42(Оренбург) — 19(Киров)

* Различия по ряду позиций в отделениях одной больницы достигали 30 – 40 %.

Таблица 4. Удовлетворенность пациентов больничной помощью

Удовлетворение помощью	Медиана	ДА (%)
В целом удовлетворены удобствами / лечением в больнице	84	99(Оренбург) — 78,5(Вологда)
Помощь в больнице соответствует Вашим нуждам	80	92,5(Оренбург) — 78,5(Вологда)
Помощь вне больницы соответствует Вашим нуждам	52	69(Оренбург) — 46(Оренбург)
Есть другая помощь, в которой Вы нуждаетесь	40	53(Киров) — 41(Оренбург)
Вы посоветуете своему товарищу с “Вашиими” проблемами эту больницу	65	82,5(Оренбург) — 53(Киров)
По необходимости Вы сами попросите о лечении в этой больнице	77	85(Оренбург) — 64(Вологда)

болезни и/или ее лечения, понимание персонала, но и долговременная перспектива: улучшение социальных связей и работоспособности, бытовых навыков. Они нуждаются в организации досуга, хотят заботиться о близких, пока опекающих их самих, во многом вследствие выученной беспомощности и вживания в роль инвалида. Материальные базисные потребности ожидаемо доминируют, согласно иерархии А. Maslow [7], над духовными. Пациенты озабочены, как и “здоровое большинство”, в первую очередь физическим и социально-бытовым благополучием. Спектр потреб-

ностей пациентов указывает актуальные направления психосоциальной работы, содержание индивидуального плана реабилитации. Некоторые “нужды растут не столько от насущной необходимости, сколько от капризных желаний”, по Ж. Руссо, но “эластические” потребности выздоравливающих должны быть прогнозируемы и своевременно учтены, подкреплены и удовлетворены ресурсами междисциплинарного и межведомственного взаимодействия с привлечением групп самопомощи пациентов и их близких. Пока перспектива пациента мало учтена в прогнозе взаимо-

Таблица 5. Пожелания пациентов

Регионы (доля в % ответивших на эту часть анкеты)	Пожелания *
Вологда (64,3 %)	Чтобы все пожелания исполнялись. Чтобы лечили лучше. Сократили срок лечения. Чаще беседы с психиатром, психологом о состоянии здоровья, жизненных неурядицах (3 ответа). Чтобы на выходные отпускали домой под ответственность родственников (3). Увеличение свободы. Частые прогулки на свежем воздухе (3). Разрешили пользоваться сотовыми телефонами. Дискотеки, развлекательные игры. Евроремонт. Не цепляться к передачам. Духовный рост. Более внимательное отношение к пациентам. Предусмотреть большую занятость пациентов. Получение дополнительной профессии.
Киров (24,1 %)	Кровати, музыка, диваны, отдельная палата. Поменьше крика, побольше песен. Досуг больных (2), ориентированный на здоровый образ жизни. Спортивный уголок. Чаще прогулки. Распределение пациентов с одинаковыми диагнозами по разным отделениям или палатам. Не класть долго в больницу (2). Взаимопонимание с врачом, мягче относились врачи и доверяли мне (2). Неопределенность.
Москва (42,0 %)	Улучшить питание (11 %), ослабить ограничения режима курения (8,8 %), свободное посещение родственниками (5,8 %); установить стол для настольного тенниса (5,8 %), поставить фильтры для очистки воды (2,9 %).
Оренбург: разброс между отделениями 10,9 – 46,2 %	Жесткие кровати (9) Не хватает, плохое питание (3). Будьте более обходительными. Место для курения.(2) Душ трижды в неделю. Чаще выводить на прогулки. Разрешить пользоваться электрическим чайником. Сделать свободной режим, выход (3). Организовать кружок лепки для успокоения. Выполнение работ во время отбывания по силам (2). Физиотерапия. Чаще открывать душевую комнату. Сложить депрессивных больных в отдельные от неадекватных больных палатах. Неограниченное курение, до 2-х пачек в день (2). Хорошее финансирование. Побольше доброты, понимания, человечности, приветливости медперсонала (3), взаимодействие смен. Поставить двери, изолировать от внешнего шума. Чтобы мужчины и женщины были в одном отделении. Хочу работать (2).Скорая медицинская помощь
Ставрополь (38,5 %)	Визиты родных круглый день. Сохранение передач близких в запирающихся тумбочках, больше прогулок, курение без ограничений, взаимопонимание с врачом, медперсоналом, улучшение питания, ослабление ограничений курения, стол для настольного тенниса, фильтры для очистки воды.

* Сохранена по возможности стилистика ответов.

связанных факторов регоспитализации и соблюдения лекарственного режима, действенности терапевтического союза с врачом (междисциплинарной бригадой), отношений с семьей, клиничко-социальных результатов терапии. Шкалы оценки симптомов, нежелательных действий и социального функционирования и качества жизни разработаны без участия пациентов и более учитывают “объективизированное” мнение клинициста. В результате пациенты и специалисты оценивают по-разному лечение в связи с приоритетами жизненных целей и потребностей. Понимание и согласование перспектив всех задействованных в лечебно-реабилитационном процессе лиц ожидаемо улучшит результаты и приверженность пациентов к помощи. Нужна психосоциальная работа по выявлению, стимуляции, поддержанию и удовлетворении “дремлющих” (латентных) реабилитационных нужд пациентов на последовательных этапах психиатрической помощи. Пациентов и их близких предстоит обучить роли экспертов оценки безопасности, эффективности и качества психиатрической помощи на основании уникального опыта болезни. На московской конференции 1917 г., фактически, Втором съезде Союза психиатров России, подчеркивалась важность участия пациентов в больничном управлении, и сегодня больничные Советы могут стать школой самоорганизации больных и их близких, местом консолидации позиций профессионалов и “потребителей” психиатрической помощи. Пациенты не акцентируют внимание на правовых вопросах, проблемах и последствиях стигматизации и самостигматизации, лишь

обостряющихся на пути их ресоциализации (для молодых инвалидов речь идет о первичном становлении социального “Я”). В обучении и просвещении нуждаются и профессионалы, и население в целом. Ведь улучшение психиатрической грамотности без последовательной гуманизации общества и понимания насущных нужд душевнобольных лишь снизит порог толерантности здоровых граждан [5].

В более детализированных работах предстоит изучить влияние на уровень удовлетворенности пациентов их клиничко-функциональных и социальных характеристик, длительности и характера психического расстройства, ролевых ожиданий, зависимости от служб и неформальных опекунов, опыта и лечения, осведомленности о возможностях и альтернативах современной помощи, свободы выбора в принятии решения о лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Былим И. А., Любов Е. Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи. // Психическое здоровье. 2010, № 8 (51). С. 56 – 71.
2. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А., Голланд Э. В. Концепция выздоровления в системе психосоциальной реабилитации и психиатрии. / Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: Ин-т проблем управления здравоохранением, 2009. С. 476 – 490.
3. Левина Н. Б., Любов Е. Б. Поддерживаемые трудоустройство и учеба больных шизофренией / XV съезд психиатров России 9 – 12 ноября 2010. (Материалы съезда). М., 2010. С. 78.

4. Любов Е. Б., Бурьгина Л. А., Бояров В. Г. и др. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их родственниками. / Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: Институт проблем управления здравоохранением, 2009. С. 403 – 427.
5. Сёмин И. Р., Азарков А. П. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи). Томск: Красное знамя, 1997. 237 с.
6. Фурсов Б. Б., Пацуло М. И., Космынина Н. Г. и др. Оценка больничными пациентами своих нужд и качества психиатрической помощи. / Сб. статей научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-ой городской психиатрической больницы. 18 – 19 ноября 2010 г. СПб. С. 23 – 26.
7. Maslow A. H. Motivation and Personality. NY: Harper & Row, 1954.
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guidelines I: Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE: London, 2002. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG1NICEguideline.pdf>.

25-й конгресс

Европейского колледжа нейропсихофармакологии

13 – 17 октября 2012 г., Вена, Австрия

www.exhnp.eu

Международный конгресс

Всемирной психиатрической ассоциации

ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ

17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия

Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org

12-й международный форум

по расстройствам настроения и тревожным расстройствам

Ноябрь 2012 г., Флоренция, Италия

www.ifmad.org

Шизофрения с дефектом или шизофреноподобная органика?

Разбор ведет — проф. А. С. Аведисова¹ (19 апреля 2012 г.)

Врач-докладчик — Л. Р. Алькова

Вашему вниманию представляется б-й Б., 1977 года рождения (34 года). Поступил в ГПБ № 3 им. В. А. Гиляровского впервые 24 февраля 2012 года.

Анамнез: (со слов больного, сестры и по данным меддокументации) Уроженец Республики Абхазия. Родился в многодетной семье, третьим по счету из пятерых детей. В 2004 году отец покончил жизнь самоубийством, выбросившись из окна больницы, где находился на лечении по поводу злокачественного образования предстательной железы. Брат употребляет внутривенно наркотики, и в настоящее время находится в местах лишения свободы. Сестры по характеру спокойные, социально адаптированные. Мать жива, проживает в настоящее время в Грузии. Достоверных данных о беременности, родах и раннем развитии получить не удалось. Сестра отмечает, что с детства пациент был скрытным, избирательно общительным, но при этом в целом послушным, проблем семье не доставлял. Был крайне брезгливым, не давал никому свои вещи, имел свою личную посуду, средства личной гигиены. Если младший братишка пыривался надеть его вещи, давал яростные вспышки, становился гневливым.

В школу пошел с 7 лет. С 3 по 5 класс был переведен вместе с сестрой в интернат, в связи с тем, что мать получила сильную травму руки, длительное время находилась на реабилитационном лечении. Учился средние, нравились уроки истории, но к получению какой-либо дополнительной информации по истории не стремился. Окончил 8 классов и первый курс техникума. Техникум окончить не удалось в связи с тем, что началась война в Абхазии, и они переехали к семье сестры на Украину, в город Харьков, это было в 1992 г., Б. было 15 лет. Тогда же, в 1992 году, он поступил в радиотехнический техникум, учился без интереса, получил диплом, но по полученной специальности нигде не работал. В 16 лет впервые попробовал алкоголь, который употреблял сначала эпизодически

в компании друзей, а с 21 года стал употреблять практически каждый день. Пил в основном водку, в разных количествах. В 19-летнем возрасте вместе с семьей сестры переехал в Подмоскowie, в город Коломну. Получил российское гражданство. В Коломне пытался подрабатывать в мелкорозничной торговле: торговал сигаретами, минеральной водой, ему это нравилось. В 24 года (2001 г.) по инициативе сестры устроился на работу в грузинский ресторан официантом. На работе держался обособленно, отличался немногословностью, в дружеские отношения с коллегами по работе не вступал, однако пользовался у них уважением, так как не принимал участия ни в каких мелких интригах, сплетнях, доносах начальству. Работая официантом, очень болезненно переносил любые замечания как со стороны сотрудников, так и со стороны клиентов ресторана, раздражался, мог вспылить. Поначалу зарекомендовал себя с положительной стороны. Продолжал по вечерам употреблять алкоголь. Весной 2010 года по настоянию администрации ресторана уволился по собственному желанию, потому что неоднократно был замечен в состоянии алкогольного опьянения на работе. В течение последних двух лет не работает.

В возрасте 21 года лечился амбулаторно по поводу сифилиса — сумамедом. Сумамед принимал однократно, то есть выпил один раз четыре таблетки залпом, дальше КВД не посещал, дополнительные анализы и обследования не проводились. В 23 года оформил официальный брак с русской женщиной, с которой встречался до этого около года. Родственники этому браку не препятствовали, поддерживали и помогали, как могли — и морально, и материально. В семье сначала были теплые и доверительные отношения. В 2002 году у больного родился сын. На рождение сына среагировал достаточно сдержанно.

В 2003-м в 23 года пристрастился к наркотикам. Сначала употреблял трамал, практически ежедневно в течение трех с половиной лет, как он говорил “для кайфа”. Затем перешел на употребление героина, который вводил внутривенно с частотой 2 раза в неделю. В перерывах между инъекциями героина курил марихуану, гашиш и алкоголизировался. На этой почве отношения в семье стали ухудшаться, появились

¹ Руководитель отделения новых средств и методов терапии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в прошлом ученица и сотрудница проф. А. К. Ануфриева, проф. Г. Н. Шумского и проф. А. Б. Смулевича.

конфликты. Появились проблемы и на работе, которые решала сестра больного. Через 3 года с начала употребления наркотиков (опять по инициативе сестры) проходил амбулаторное лечение от наркотической зависимости. По рекомендации знакомых в течение 30 дней принимал лирику по 1 таблетке 3 раза в день. Но на фоне лечения продолжал употреблять алкоголь, пил до 1 литра в день. В 2009 году, в возрасте 31 года, после 10-летнего злоупотребления алкоголем (опять по настоянию сестры) проходил процедуру кодирования от алкогольной зависимости в частном порядке с условным сроком до 1 года. В течение этого года алкоголь не употреблял, но продолжал курить наркотические травы — анашу, гашиш. В 2010 году возобновил алкоголизацию. По инициативе сестры прошел повторное кодирование, но спустя 3 месяца вернулся к прежнему образу жизни, то есть к прежней алкоголизации. Толерантность сохранялась до 1 литра водки в день. Похмельные расстройства протекали с сомато-вегетативными проявлениями, с выраженным влечением. Алкоголизировался, как только у него появлялись деньги. Пил запоем по 3 дня, с перерывами до 4 дней. В перерывах между запойными состояниями продолжал курить наркотическую траву. В этот момент уволился с работы.

Летом 2010 года тяжело заболела мать больного, которая в это время проживала в Грузии. По причине болезни матери дети в полном составе выехали к ней в Грузию. Проходили границу нелегально через Абхазию. После стабилизации соматического состояния матери, старшие сестры уехали в Москву. Оставшись в Грузии, больной алкоголь не употреблял, но время от времени покуривал травку. В июне 2010 года он раскурил травку на улице и в связи с этим был задержан сотрудниками полиции. При расследовании данного инцидента полиция выявила и факт незаконного перехода через границу. По этому поводу был заключен под стражу. На третий день нахождения в тюрьме внезапно возникли “голоса”. Они звучали внутри головы, и в основном это были голоса сокамерников: в камере сидело 10 человек, и это были “голоса” десяти сокамерников. По содержанию они были разные: то угрожали (а угрожали тем, что он может быть наказан за то правонарушение, за которое его посадили), то оскорбляли, то “прикалывались”. Появился страх, что он будет наказан сокамерниками, и он обратился с просьбой перевести его в другую камеру. После перевода в другую камеру в голове уже звучало два голоса, и это были голоса тех полицейских, которые его задерживали. За время нахождения в тюрьме, это около 10 дней, голоса звучали постоянно, менялось количество говорящих и характер высказываний. Также в тюрьме перед засыпанием он стал видеть нелепые картинки: Эйфелеву башню, какие-то мультики непонятного содержания. Больной считал, что его таким образом наказывают за проступок.

После уплаты штрафа и условного осуждения сроком на 4 года в голове стали звучать голоса только полицейских, при этом они насмеялись, угрожали, продолжали “прикалываться”. Появилось ощущение, что голоса полицейских повторяют его мысли, отвечают на все его вопросы, манипулируют им. Считал, что голоса проникают в голову с помощью встроенного чипа. Под воздействием галлюциногенных переживаний перестал разговаривать с родными, стал проявлять агрессию к матери, поломал дома мебель, вспорол в доме подушки, ища “нехороший крест”, потому что так сказали голоса, сам с собой разговаривал. И в состоянии психомоторного возбуждения был доставлен в психиатрическую больницу в Грузии. В больнице находился около 2 месяцев, при проведении антипсихотической терапии голоса стали тише, но продолжали разговаривать в его голове. Также в больнице появлялись видения внутренним взором то Божьей Матери, то царицы Тамары, и снова мультики детско-сказочного содержания. Находясь в стационаре, он формально отрицал наличие голосов, так как у него возникло убеждение, что “это наказание”, и оно будет длиться ровно 4 года (то есть это совпадает со сроком условного наказания, который определил ему суд), и также возникло убеждение, что нужно смириться. Продолжал выдвигать версии, что в голову встроен чип, и с помощью компьютера или же через космос голоса идут из полиции Грузии, что чип внедрен для того чтобы “входить в его голову и управлять им”. После лечения и выписки из больницы больной уехал в Абхазию на 2 месяца, где возобновил алкоголизацию и курение наркотической травы из группы каннабиоидов. По инициативе сестры, в ноябре 2010 года вернулся в Россию, в Москву. С ноября 2010 по ноябрь 2011 года он проживал один в городе Коломне, где продолжал алкоголизироваться, курил разные наркотические травы, продолжал испытывать слуховые обманы восприятия угрожающего и осуждающего характера. На фоне наркотического и алкогольного опьянения голоса становились менее интенсивными по громкости. Он приводил в квартиру собутыльников, бомжей, совершенно асоциальных личностей. Сестра обратила внимание на его состояние, пыталась делать ему замечания, он в состоянии алкогольного опьянения стал проявлять агрессию именно к ней, был возбужденным, сам с собой разговаривал. По инициативе сестры в декабре 2011 г. был госпитализирован в ПБ города Коломны, находился там на лечении около 3 недель. После выписки из психиатрической больницы у него сохранялись вербальные галлюцинации прежнего содержания. Сестра забрала его к себе в Москву. И с начала января 2012 г. до настоящей госпитализации 24 февраля, он находился у нее в Москве. В поведении был замкнут, малообщителен, пассивен, малоинициативен, при этом в течение дня 3 – 4 раза принимал ванну, душ, делал замечания сестрам, если, допустим, на кухне видел

грязную посуду или какую-то грязь в квартире, раздражался. В день госпитализации начал сам с собой разговаривать, стал проявлять агрессию к близким, усилились слуховые галлюцинации. По инициативе сестры был осмотрен дежурным психиатром и доставлен в нашу больницу.

ВОПРОСЫ ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ ПО АНАМНЕЗУ

Ведущий. У меня первый вопрос: где жена?

Врач-докладчик. С женой разведен. Жена повторно вышла замуж, сыну 10 лет... — В какой момент он развелся? — С 2001 по 2008 год он находился в браке. До этого они год встречались. Получается, около 9 лет они знали друг друга. С 2001 по 2008 они жили вместе, сестра помогала им, как могла, проживали они на съемной квартире. Но с 2005 года начались очень активные конфликты: то жена уезжала, то он уезжал. — Развод пришелся на какой примерно период? На период начала голосов? — Нет. Голоса появились в 2010 году. Развод пришелся на расцвет его наркотической зависимости. С ребенком отношения сейчас достаточно формальные. В беседе о сыне соглашается формально: “Ты любишь сына? — Да, люблю. — Ты помогаешь? — Но у меня нет денег сейчас помогать. — Ты переживал развод? — Ну, да”. То есть, эмоциональных колебаний, переживаний при воспоминании о сыне, о жене, о прошлой жизни, каких-то семейных ценностях выявить не удалось.

Ведущий. Задавайте вопросы.

— А наркотизация до 24 февраля, до поступления в нашу больницу была? — Сестра, у которой он жил после выписки из ПБ, говорит: “100 процентов на моих глазах он не курил. Но он никогда этого не бросал, поэтому у меня есть версия — что он продолжал покуривать”. — Сколько времени он не работает? — Два года не работает.

Врач-докладчик. Психический статус при поступлении. По приглашению самостоятельно пришел в кабинет врача. Сознание ясное, ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Понимает, что находится в больнице, правильно назвал ее профиль и текущую дату. Контакт доступен. Отвечает в плане заданного, охотно делится своими переживаниями. Выглядит гипомимичным, несколько напряженным. Жалуется на наличие “голосов внутри головы”, которые звучат практически ежедневно и носят угрожающе-обвиняющий характер. Сообщил, что слышит “два мужских голоса”, которые “ругают, обзывают, угрожают, не дают спать, что голоса могут задавать вопросы, дают мысленные ответы, ведут диалоги, предсказывают события, манипулируют им”. Рассказал, что “голоса из космоса проникают в мозг”. Предполагает, что появление “голосов” связано “с Президентом Грузии Саакашвили, который с помощью компьютерных техноло-

гий и при поддержке НАТО воздействует на него таким образом”. Считает, что “голоса принадлежат полицейским, которые его задержали во время нелегального перехода через грузинскую границу”. Не считает наличие голосов болезнью, однако активно просит о помощи, чтобы “его избавили от голосов, так как он устал от них”. Двигательно упорядочен, подчиняем. Инструкции выполняет правильно. Достаточно адекватно и последовательно излагает анамнестические сведения. Не отрицает употребление наркотиков в прошлом, но отметил, что 4 года назад избавился от внутривенного употребления наркотиков. Без возражения дал согласие на лечение и обследование.

Соматический статус: Жалоб соматического характера не высказывает. Среднего роста. Удовлетворительного питания. Правильного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые, без высыпаний. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев спокоен. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 12 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/75 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень + 1,5 см. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общие анализы крови и мочи в пределах нормы.

Биохимический анализ крови без патологии.

Анализ крови на вирусный гепатит С — положительный.

Анализ крови на сифилис при поступлении: ИФА 10.1, РПГА 4+, РМП 3+ положительный. В динамике ИФА 7,8, РПГА 3+, РМП отрицательный. Для исключения специфического поражения нервной системы, для исключения нейросифилиса ему была проведена люмбальная пункция, исследование ликвора и КТ мозга.

Исследование ликвора: белок 0,33, цитоз 10/3 — без патологии, РИФ отрицательный.

КТ головного мозга: в проекции затылочного синуса визуализируется зона кистозно-глиозной трансформации вещества мозга с максимальными размерами 19 – 13 – 30. Заключение: умеренная внутренняя гидроцефалия, киста затылочного синуса.

Заключение терапевта: хронический гепатит С.

Заключение инфекциониста: хронический гепатит смешанной этиологии (токсический + С).

Заключение дерматовенеролога: после обследования — сероположительная реакция ранее пролеченного сифилиса.

Неврологический статус: очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

М-ЭХО — без патологии.

ЭЭГ — умеренно выраженные общемозговые изменения.

Заключение невролога: энцефалопатия сложного генеза, психовегетативный синдром.

Психолог Н. И. Гостева. Больной был обследован 11 апреля. Обследуемый ориентирован правильно, доступен контакту. Вял, двигательнo и идеаторно заторможен, на вопросы отвечает односложно. Фон настроения снижен. Жалоб спонтанно не предъявляет. Инструкции усваивает, однако удержать в полном объеме не может вследствие снижения памяти. Деятельность протекает в медленном темпе, испытуемый пассивен, утомляем, работоспособность снижена.

По объективным данным. Объем внимания значительно сужен. Отмечаются трудности концентрации внимания и неустойчивость уровня сосредоточения. Показатель непосредственного запоминания значительно снижен. Кривая запоминаемости имеет форму плато. Воспроизведение составляет: 4, 5, 5, 5, 4 слова из 10. Отсроченное воспроизведение — только одно слово. При этом при воспроизведении больной называет лишние слова, что характерно для мозговой органики. Одно слово при отсроченном воспроизведении свидетельствует о нестойкости мнестических следов.

Эффективность опосредованного запоминания низкая — 20 процентов. Из 11 предъявленных понятий испытуемый воспроизводит два. В пяти случаях больной застревает на опосредующем образе, то есть воспроизводит близкое по значению слово. И в четырех случаях даже по подсказке не может вспомнить ни одного слова из предъявленных.

Ассоциативный процесс тугоподвижен, с большим трудом и при активной помощи со стороны психолога опосредуются отвлеченные понятия. В принципе мы можем говорить о непродуктивности ассоциативного процесса. В связи с тем, что этого больного готовили к конференции, я его стимулировала, чтобы был проведен хотя бы минимум обследования.

Ассоциации сугубо конкретные, достаточно примитивные. Графика испытуемого дефектная, с выраженными сосудистыми и органическими чертами. Формальные характеристики рисунков свидетельствуют о пониженном настроении: маленький размер, незаконченность рисунков. Сфера мышления характеризуется значительной тугоподвижностью, ригидностью, нарушением критичности. Категориальный способ решения мыслительных задач, в принципе, больному доступен, но не является преобладающим, и многие решения основаны на выделении конкретных ситуационных признаков и связей. Испытуемый с трудом справляется с выполнением первого этапа классификации предметов, на обобщение более высокого порядка не способен. Понимание переносного смысла простых метафор — доступно, пословиц — нарушено. Отмечается единичный случай актуализации латентного признака в методике сравнения понятий. Сравнивая карандаш и ботинок, он говорит, что, там “можно рисовать”, что оставляет след. И ботинок оставляет след.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется сниженным фоном настроения, фиксированностью

на своих переживаниях, тревожностью. Заметна эмоциональная лабильность, слабость раздражительного аффекта, легкость возникновения аффективной дезорганизации. Отмечается некоторая сохранность критики к болезни в виде эмоциональной реакции на собственную умственную несостоятельность, на указание на неуспех, ошибки в работе.

Таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступает значительное интеллектуально-мнестическое снижение органического плана. Можно говорить о формировании мнестического дефекта у личности с чертами психопатизации, эмоционально лабильной, некритичной, с легкостью возникновения аффективной дезорганизации на фоне сниженного настроения.

Ведущий. Спасибо. Есть вопросы?

— *Какую терапию проводили?*

Врач-докладчик. С первого дня больному назначено было лечение: галоперидол до 9 мг в сутки, через 3 недели доза увеличена до 15 мг в сутки, азалептин до 100 мг на ночь, корректор. Всё. — *Как он переносил лечение?* — Замечательно. Поэтому было произведено наращивание дозы. В отделении с первых дней двигательнo спокоен, упорядочен, подчиняем. Держится одиноко, практически ни с кем не общался. Монотонен, пассивен. С готовностью выполнял все инструкции медперсонала, охотно проходил все обследования. Поведением галлюцинаторные переживания не проявлял. Оставался гипомимичным, монотонным, однообразным, оживлялся только на свидании с родными.

На вопрос о наличии голосов стереотипно отвечал, что продолжает их слышать. Выдвинул версию о том, что в глаза установили камеру, и полицейские, то есть полицейские, которые находятся в голове, видят то, что видит он. К беседе особо не стремился, но пребыванием в отделении не тяготился. По приглашению приходил на беседу и рассказывал о содержании голосов. Говорил, что устал, что у него болит душа. Иногда неуверенно отмечал, что голоса стали звучать тише. На протяжении всего периода госпитализации выраженной положительной динамики не наблюдалось. В настоящее время голоса также актуальны, такие же два голоса. Характер не изменился: угрожают, прикалываются, обзывают, говорят о том, что видит пациент. Допустим, он подходит к шкафу, голоса говорят “вот ты там подошел к шкафу”.

— *Как он это объясняет?* — В глазах камера. Задавала ему вопросы о наличии камер, о наличии чипов, то есть, как он на уровне тела ощущает, что ему вставили чип, что ему вставили камеру? К сожалению, при беседе он смотрит на что-нибудь, например, на компьютер и сразу же выдвигает версию. Он говорит, ну возможно вот — это с помощью компьютера через космос всё. Также он отметил, что года 2 назад, разговаривая с родственником по Скайпу, прочитал нелицеприятные стихи в адрес Саакашвили, и тут воз-

никла мысль о том, что всё прослушивается. При этом сестра подтверждает, что, конечно, репрессивные меры относительно людей, которые имеют российское гражданство, в Грузии очень актуальны. То есть за любую фразу относительно президента или относительно политики президента наказывают. Да. И он говорит, что возможно, это тоже с этим связано. Задала вопросы: Как ты чип ощущаешь? Где ты его ощущаешь? Может тебе кто-то его вставил? Какие там болезненные ощущения? Отвечает категорично “нет”. Также менялась локализация этого чипа, то есть он сначала с одной стороны показывал, потом с другой стороны. Версию камеры в глазах дальше не объясняет конкретно, как он ощущает, какие там ощущения у него на уровне тела возникают.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте. Садитесь. Успели поесть? Что давали? — *Суп молочный, то есть, суп куриный и макароны...* — Суп куриный, ну ничего, диетический. А на второе? — *На второе рис с курицей и с рыбой.* — Тоже курица? Из супа, наверное? — *Суп молочный, не молочный, а этот вермишелевый...* — Ну ничего так? — *Нормально.* — Нормально? Appetit есть? — *Да. Ну не так сильно, но нормально.* — Хотела спросить: а что такое Мамука? Вот как перевести Ваше имя? — *Мамука?* — Да. — *Ну, не переводится. Миша, Мишей можно* — Разрешаете мне Мишей Вас звать? Зовут Вас так, да? — *Звали, да.* — Ну, хорошо. Сколько здесь уже лежите? — *Месяц и 20 дней, кажется.* — Ну и как чувствуете себя? Привыкли? — *Так. Привык, да.* — Домой-то хочется? — *Охота, да, конечно.* — А чего сюда поступили? — *Слухи в голове.* — Что? — *Слухи.* — Слухи. Что, очень мешают что ли? — *Разговаривают постоянно.* — Постоянно разговаривают. Вот сейчас со мной разговариваете, они говорят? — *Нет, они не говорят, слушают.* — Меня слушают? Меня? — *Да.* — Молчат? — *Молчат, слушают.* — Слушают. Комментируют, небось, мой разговор? Или нет? — *Нет. Сейчас в данное время нет. Но вообще комментирую врачей разговор.* — Комментируют? — *Нет.* — Нет? — *Не комментируют.* — А что говорят вообще? — *Да о разном, о всяком.* — Ну, а что они говорят чаще всего? — *Ругаются последнее время.* — Что-то начали ругаться, да? За что? — *Да просто так.* — Что просто так? — *Так ругаются и всё.* — Ну что, прямо неприлично называют Вас? — *Да.* — Что, плохими словами? — *Да.* — И один, и второй? — *Так иногда меняются, про доброе тоже могут поговорить, но большие плохие.* — А что так? Один добрый, другой злой что ли? — *Да оба одинаковые.* — Одинаково плохие? — *Ну да. Один так вроде хорошим себя хочет показать, не знаю.* — Один вроде хорошим себя хочет показать, а другой не очень, да? — *Да.* — А может, один хвалит? — *Иногда бывает, хвалит, но редкий случай.* — Ну, так и пусть говорят. Чего Вы

так? Пусть говорят. — *Мешает голове.* — Мешает, да? Слушайте, а кто это вообще, что это за голоса, я не могу понять. — *Когда я в Грузии пересек границу, через Абхазию поехал, меня задержали.* — Да, я помню это. — *И потом меня...* — В тюрьму вроде посадили, да? — *Да.* — А что там в тюрьме случилось? Расскажите, как они появились? — *Не знаю. Сидел так нормально вроде, трезвый был. Сколько дней уже, дней семь так, наверное, ну, выпивал иногда...* — Где, в тюрьме? — *Нет, на улице когда был. Попал, трезвый был.* — Трезвый был? — *Дня через 3 – 4 у меня в голове начались разговоры.* — А что там было в камере, расскажите — *В камере чего? В камере так сделали, что как будто сокамерники со мной разговаривают, только они разговаривают типа мозгами, в мозгу.* — Михаил, я хочу спросить: что там было в камере, какая ситуация была в камере? — *Нормальная ситуация была.* — Сколько сидело человек? — *21 человек.* — 21 человек. Сколько камера занимала по площади? Какая площадь была? — *Маленькая, не очень большая.* — Ну, примерно? — *Не знаю даже.* — Ну, примерно? — *Может, метров 10 там.* — Метров 10 и вас 21. Вы там стояли, что ли всё время? — *Нет, посменно спали.* — А как Вы спали там? — *Кто-то днем спит, кто-то ночью.* — На корточках что ли? — *Нет, на стул присаживались ... сидели.* — На стульях спали, да? Поочередно? — *Нет, на кроватях, на шконках. На кроватях.* — На кроватях. Там была еще кровать? Одна что ли? — *Нет, шконки, шконки. Или как называется?* — Я хочу понять, что там произошло? — *Там произошло так, что я 3 дня, как меня поймали, мне надо было заплатить за то, что я нелегально заехал, три тысячи лари — это две тысячи долларов. В течение 20 дней заплатишь, и выпускаем тебя — судья сказал. Ну, мои заплатили в течение 20 дней, ... ко мне до этого слухи зашли, я 3 – 4 дня находился в камере и в голове начались разговоры.* — Страх был какой-то там, когда... — *Нет, страха не было. Нормальные вроде ребята все.* — Нормальные были ребята, да? А чего, они к Вам как-то отнеслись, ну, скажем, не очень... — *Нет, ну, слухи, сперва их было 10, 10 слухов, разные люди, и 2 женщины вроде тоже были...* — Михаил, когда Вы там сидели в камере, не было там какого-то страха, испугались как-то? — *Нет. Но они так говорили, слухи со мной так говорили, как будто сокамерники со мной разговаривают, на кого посмотрю, и такой вид делал, как будто в мозгу со мной разговаривают, и что-то они тоже там ругались или что.* — То есть, все было нормально, а на 3-й день Вы услышали... — *Да, да.* — И вроде они к вам неплохо относились, эти сокамерники, да? — *Да, да.* — И не делили ничего? — *Нормально было всё.* — А было такое, что Вы не спали, например, или были не выспавшимся? — *Потом я не спал, когда голоса появились.* — А до этого? — *До этого нормально спал.* — И вдруг, что это, днем было, вечером? — *Вечер, да,* — Вечером. И что это, внезапно? — *Внезапно. Сидел,*

и в голову зашли, типа сигаретки покурил и... — Подождите. Кто зашел? — *Никто, эти слухи.* — Голоса? — *Да.* — Кто, кто зашел? — *Голоса вот эти.* — Голоса зашли. Прямо сокамерников всех? — *Да. Нет, не всех, а меня. Так делали, что как будто сокамерник со мной тоже также мозгами разговаривает. На кого посмотрю, этот читает, что-то говорит, и на другого посмотрю, тоже начинает что-то говорить, ну разное такое.* — Их голосами, да? — *В итоге не они. Пока я из камеры не вышел, из камеры вышел, дальше они продолжались. Но сейчас в данное время двое их осталось. А раньше было где-то 10.* — Вы отвечали как-то мысленно или нет? — *Мысленно, да, отвечал.* — А что они говорили? — *Ругались просто.* — Ругались? — *Да. Зачем ты границу перешел, типа... Потом начали играть про какую-то царицу Тамару, когда я освободился. И меня в больницу в Грузии ...* — Подождите, подождите. Я вот хочу тот период, который был в тюрьме. — *Да.* — Значит, они начали ругать Вас за то, что Вы перешли границу. Что вы неправильно сделали еще? — *Больше ничего неправильного не делал. Нормально вроде всё было.* — Вы перешли границу, нарушили закон. И что будет Вам за это? — *Штраф мне выписали, штраф оплатили мы, и в итоге...* — Но Вы испугались, когда Вы вообще в голове это всё услышали? Испугались, что подумали? — *Нет, поначалу я не испугался, потому что подумал: может, они правда ... сигареты покурить, давай будем говорить мозгами и всё, и разговаривали. Потом когда... Нет, в принципе не так боялся.* — А голоса прямо в голове звучали или иногда и от сокамерников как бы, они вроде молчат, а голоса слышатся? — *Нет, они разговаривают постоянно. Когда я, я даже не могу, например, тело должен чем-то занять, телевизор смотреть, то есть программа не та, не нравится, значит...* — Михаил, не прыгайте. Что было в камере? Голоса всё время в голове были или как бы и снаружи немножко? — *В голове.* — Или как бы оттуда тоже шли голоса? — *Нет, в голове только* — И сначала это были голоса нескольких человек, а потом двух? — *Да.* — Кого? — *Два мужика каких-то разговаривают.* — Каких-то или сокамерники? — *Нет, какие сокамерники? Сокамерников разве можно, чтобы девчонки разговаривали со мной?* — Какие девчонки? — *Две девчонки тоже разговаривали?* — Еще девчонки были? — *Да.* — То есть, они менялись, эти голоса? — *Менялись.* — В зависимости от чего? — *Не знаю.* — То девочки, да, то... — *Девочки недолго были, они играли там в какую-то царицу Тамару, там Маршо или что-то...* — Это там в голове, да? Они там как-то играли, переговаривались между собой? Да? — *Да.* — Что заставляли делать Вас? — *Домой когда я пришел, там кресла все поломал и всё такое.* — Они заставили? Что, прямо говорили, что делать надо? — *Да.* — Что надо было делать? — *“Кресты переломать” там, что-то не нравится им, какая-то ..., подушку там порвать,*

что-то там находится, какие-то — Это девчонки вот эти, да? — *Девчонки и парни.* — И парни тоже, да? — *В основном парни разговаривали, а девчонки так ... ничего серьезного не говорили.* — Серьезного не говорили. — *Они играли там, типа царица Тамара...* — Девчонки-то какие, а? Приказывали даже, да? А еще что приказывали? Что-нибудь плохое не приказывали, кроме подушки? С собой что-то сделать не приказывали? — *Повеситься хотел, но не получалось что-то.* — А что не получилось, как это было? Что, дома что ли хотели ...? — *Дома, да.* — Они сказали это? — *Первый раз не получилось, не смог себя убить.* — Что? — *Не смог себя убить.* — Ну а как это было-то? Они что сказали: пойди и повесься, что ли, да? А где были, Вы были один дома? — *Нет, мама, сестры были.* — И что? — *Я один раз попытался, и не смог.* — И не смог, да? Ну, правильно же. Правильно? Правильно! А второй раз не было такого? — *Иногда так делают, что сильно загоняют, загоняют меня и потом про то же разговаривают, мне говорят: покони с собой, всё будет нормально, мы типа полицейские.* — Уже и полицейские появились, да? — *В итоге они на этом остановились, на полицейском.* — На полицейских, вот которые сейчас, да? — *Да.* — Значит, у Вас были голоса девочек, сокамерников. Еще кто был? Еще чьи голоса? — *Сокамерников не было. Я думаю, что это не сокамерники...* — А кто? — *Работает, наверное, спецслужба какая-то у них, не знаю.* — Спецслужба? Все-таки спецслужба. В тюрьме даже была такая мысль, что это спецслужбы? — *Может такое, да.* — Саакашвили что ли? — *Саакашвили, да. Но я тоже там что-то на него.* — А что Вы так на него? — *Я не подумал, там что-то сказал, и началось типа ты вот это сказал про Саакашвили, что-то не поужал, туда-сюда, и начали...* — Вы что высказывались когда-то против него? — *Условный срок тебе не можем дать, говорят, потому что* — А что, когда-нибудь высказывались против Саакашвили раньше, до тюрьмы? — *Ну, так, чуть-чуть.* — Чуть-чуть, да? Это когда было? — *Здесь, в Москве когда находился.* — Когда в Москве были. Что сказали? — *Да это типа они там свой гон....* — А? — *Я типа сказал, Саакашвили так нормальный, вроде я говорю... Ну, плохое в том, что говорю, что всех воров в законе пересажал, говорю, вот за это. Правда, не спрашивают за что. Ты кто такой, чтобы ты такое говорил, туда сюда, и вот за это...* — А вот когда это сказали, тогда не испугались, что сказали об этом? — *Я когда это сказал?* — *Да. Когда сказали?* — ... *С ребятами там.* — Ну, а потом не испугались вообще, мало ли что? Не было мысли, что узнают? — *Я об этом не думал.* — Не думали? Михаил, не думали? И только тогда, когда в тюрьме что ли пришла такая мысль? — *Да, в тюрьме пришла такая мысль, что они* — Что они все-таки это запомнили? — *Да.* — Что они все-таки это узнали? — *Да.* — Что вот как это... — *Нет, не в тюрьме, а когда из тюрьмы вышел,*

потом... — Когда из тюрьмы вышел, да? — Да. В больнице лежал и всё такое, в то время мне это сказали. — Решили, что он узнал о том, что Вы тогда до тюрьмы говорили о нем, да? — Да. — И что он сделал? — Мучает. ... говорит, тебя не можем посадить, ... мучается пусть, говорит. — То есть, что он не может Вас достать, посадить, да? — Да. Типа, по закону нельзя тебя посадить, потому что нет, говорить, никакого преступления на тебя такого, а помучить надо. — А был голос Саакашвили в голове? — Нет, Саакашвили не было. — А его спецслужб? — Они постоянно разговаривают. — Они постоянно. Вот это они, да? — Да. — Его спецслужбы? — Да. — Не наши? — Да. — Не наши спецслужбы? — Нет. — Его спецслужбы говорят всё время? Значит, они говорят так, так я понимаю, Михаил, что вот за то, что ты это сделал, да, за то, что ты сказал про Саакашвили не так, за это ты будешь мучиться, так? — Да. — Как? — Ну, вот так они целыми днями... — Изводят? — Да. Утром только проснешься, и всё начинается разговор, до тех пор пока сон не будет вечером. Поспишь чуть-чуть, проснешься утром, обратно... — Они опять говорят? — Да. Чушь всякую говорят, говорят, говорят. — Говорят и говорят. Они там еще и чип какой-то внедрили? — Да. Если мы, говорят, перестанем разговаривать, тогда отключится у тебя всё, нам надо, говорят, чтоб ты пока помучился. — Но они еще и чип какой-то внедрили? — Я не знаю. — Как не знаете? В глаза какой-то чип. — Да, глаза они видят, что здесь люди сидят. — То есть, они как бы Вашими глазами, так я понимаю, всё видят? — Всё видят, да. Например, спрошу: “А что вот это там, возле окна?” Они прямо говорят: “Занавеска там висит”. — Вы спрашиваете, да? — На любую тему спросите, что ... — Ну, например что? Давайте вот сейчас спросите его — А чего спросить? — Ну, спросите, ну спросите у него что-нибудь. — А как Вы узнаете, что они ... — Ну так Вы мне скажете. — Ну, да. — Ну, давайте. — Деревья растут за окном. Правильно? ... — А они что сейчас сказали? — За окном деревья, говорят, растут. — То есть, Ваши эти слова повторяют, да? Понятно. Значит, они наблюдают за всеми Вашими действиями, так я понимаю? — Да. — За всем, что вокруг Вас происходит? Могут они как-то руководить? — Практически выходит так, что руководят, там как хотят, так и вертят мной. — Как, как? Я не могу понять. — Но если что-то им не нравится, они говорят: сделай вот это или вот это. Но в основном они держат меня скованно, чтобы я никуда не ходил, чтобы я... — Вот. Значит, они держат Вас в таком скованном состоянии. — Да. — Так. Для того чтобы Вы никуда не ходили? Куда Вы можете пойти? — Куда, или к телевизору, или к кровати, даже на стуле иногда неохота сидеть. Ну, такой какой-то... — То есть, они как-то держат Вас скованно? Еще что они делают? — Не знаю, что делают, мучают разговорами своими. — Мучают разговорами.

Мысли как-то Ваши контролируют? — Мысли, мои мысли только с ними находятся, когда разговариваю. Или с людьми, если разговариваю, мешают в принципе с людьми когда разговариваю. — Контролируют Ваши мысли. — А так должен или телевизор смотреть... — Михаил, контролируют Ваши мысли? — Да. — Каким образом? — Только что-нибудь задумаешься, он всё уже знает, какая тема, и начинает про эту тему. — А может, могут так сказать: вот об этом думай? — Нет, вот задумаешься чего-то, и сразу они знают как на это ответ дам. — И сразу знают, даже знают ответ, да? — Да. — То есть фактически они полностью Вами руководят? — Выходит так. — Выходит так. А Вы это чувствуете физически? — Физически, само собой, наверное, это уже второй год. Вдруг такого не пожелаю: ночью спишь, и то они, если захотят, вообще не ... спать, только разговоры свои — тр-тр, тр-тр, тр-тр — и передышки нет. Даже иногда задумаешься: Вы не кушаете там? Когда кушаете, разговаривать ... Ну, покушали. А как они кушают там, постоянно разговаривают, не знаю. — Правильно ли я поняла, Михаил, они и на мысли Ваши действуют? — Да. — И скованность у Вас вызывают, да? — Да. — И могут Вашими действиями какими-то руководить? — Нет, но в принципе таких злых нет у них... — Я понимаю, что злых у них нет. — Что там кого-нибудь обидеть. — Да, они же хотят, чтоб Вы мучились. — Вот, это мучает меня. — Мучают. Мучают. Расплата, да? — За что, не знаю. — За что, не знаете. Понимаю. Понимаю. Да!

Скажите, пожалуйста, а был период вот на протяжении того времени, что они появились с камерой, когда они исчезают полностью? — Полностью? Не было. Постоянно разговаривают. — Постоянно разговаривают. А было так, что Вам становилось легче на какое-то время? — Ну, да, чуть-чуть было лучше. — Когда? — Когда выпью, тогда уже полегче чуть-чуть, а иногда средне даже что я пил, я дома стекла переломал, ... по пьяни сказали, ну так... — Ну, они сказали, Вы и сделали. Так же получается, да? — Ну, да. — Ну, вот. Нет, а я спрашиваю: а был период, когда легче было? — Легче чтоб было? — Да. Вот за этот, в общем-то, большой период, за 2 года. Было, Михаил? — Так, как есть. Не знаю. — Ну, подождите, это Вы только можете сказать мне. — Что? — Было ли легче или нет? — Легче? — Да. — Не знаю даже, все дни какие-то одинаковые. — “Все дни одинаковы” в каком смысле? Было ли так, еще раз повторяю... — Было, мало было. — Мало было. Когда это было? Постарайтесь вспомнить. Когда это было, когда Вам было чуть легче? — Когда они ... разговаривают, тогда. — А когда они начинают добрее разговаривать по отношению к Вам? — Да. — Не так мучить Вас, да? — Да. — А когда это было примерно, вот за эти 2 года? Когда Вы лежали в больнице в Грузии, в Коломне? Когда это было? — Не помню даже. — Не помните. Не помните, да?

Скажите, пожалуйста, у Вас же еще какая-то проблема есть, кроме этих голосов? — *Проблемы в принципе, я думаю, что можно проблемы как-то решить.* — Подождите, я еще хочу спросить. У Вас же еще какая-то проблема есть, с алкоголем, по-моему, и наркотиками? — *Нет, я уже 4 года как не колюсь, завязал.* — А курить? — *Курить, иногда покурил.* — Иногда покурил. У Вас какой-то длительный период такой употребления и алкоголя и наркотиков? А сейчас что, не тянет? — *Нет. 4 года я не колюсь. Тоже давно уже не курю.* — Сколько не курите? Если так, честно сказать, Михаил? Мы же тут не как у следователя, а как с врачами... — *... месяца 3 – 4 последний раз закурил.* — Месяца 3 – 4 последний раз закурили. И не тянет? — *Да нет. В принципе у меня зависимости не было.* — Как “не было зависимости”? — *Только от наркотиков была зависимость, а от курева не было никакой зависимости.* — От наркотиков была. А от алкоголя? — *Алкоголь, была там, дня 3 – 4 выпиваю, так.* — Ну что это Вы так рано начали пить, курить? Стресс какой-то был что ли? — *Не знаю.* — Или характер такой? Михаил? — *Наверное, характер.* — Какой в детстве был? — *Спокойный, сам по себе.* — Сам по себе. Такой, что значит “сам по себе”? — *Куда хотел, туда иду, так в школе. То за рыбами гоняюсь, то за раками гонялся.* — Гонялся, да? Рыбой... — *В школу иногда не приходил.* — А чего не приходили в школу? — *Улица затягивала вообще.* — Улица затягивала, да? — *Ну, так вроде 8 классов закончил нормально.* — Или так не очень складывались отношения с ребятами? — *Как?* — Или не очень складывались отношения с ребятами? — *Нет, нормальные, почему.* — Нет? Да вроде стеснительный были какой-то? — *Я стеснительный?* — Да. Нет? — *Да нет, вроде не очень.* — Вроде не очень, да? — *Да.* — И так и дружили с ребятами ...? — *Дружили, конечно.* — Нормально да? Что, в компанию плохую попали, начали в таком юном, я бы сказала, возрасте? — *Выходит, ну так... В детстве, мне лет 16 было, когда я только курнул первый раз.* — Ну что, компания была такая? — *Ну, да.* — А чем занимались? — *Ничем. В школу ходил.* — А что в школе этой... — *Нет, в школе нет.* — А что? А что за компания была? — *Ну, любители там покурить, иногда выпить.* — Выпить, покурить. Что-то Вас сразу затянуло ...? — *Нет, не сразу. Я не каждый день курил, так...* — А легче становилось что ли, когда покурите, лучше? — *Так, депрессию чуть снимает.* — А? — *Депрессию чуть снимает.* — Что, депрессии были? — *Нет, депрессий не было. Настроение хорошее ...* — А раньше депрессии были до этого? — *Нет.* — Просто настроение улучшалось, да? — *Да.* — А что, плохое было? — *Такое обычное.* — Обычное. А так становились каким, веселым? — *Да.* — А что, без них не могли?... — *... сейчас ... в детстве было до этого.* — А страхов никаких не было в детстве? — *Страхов, нет.* — В детстве совсем? — *Не было.* — А вообще такой были боевой парень в детстве? — *Нет, драться не*

любитель был ... — А что? — *Разговаривал спокойно.* — Разговаривал спокойно, да? А не было вот таких, знаете, боязней в детстве? — *Нет.* — Нет, да? — *Не было.* — Ну, такой, я так понимаю, были, что кто позовет, тот и... А? — *Да, дружить умел, конечно.* — Умели дружить. — *Такие делишки.* — Да какие делишки? Вот узнаем... — *Вот для Вас дела, конечно.* — Ну, да, конечно. Хочу просто выяснить: отчего вдруг, понимаете, здоровый, такой красивый парень и вдруг... — *Не знаю, я точно не употреблял, когда я на тюрьму попал, ни спиртного, ни наркотиков.* — Я понимаю. Я понимаю. — *На трезвую голову мне ничего такого, бах, поехало ...* — А вот когда кололись ... — *Не было ничего такого.* — Не было. — *Впервые вот это всё.* — Да это я понимаю. Это я понимаю.

Скажите, а почему вот Вы говорите, что не было зависимости от курения, а от уколов была? Как Вы это замечали? — *От уколов ломки...* — Ломки были. Часто ломки были? — *Нет, раза 2, наверное.* — Раза 2, наверное. — *Ну так, я не каждый день тоже ... Сейчас 4 года вообще ничего не употребляю, завязал с концами.* — Завязали с концами. Ну, хорошо. А где деньги доставали? Дорогостоящая вещь. — *Работал.* — Да ладно, Вы там мало работали. — *Здесь, в Москве.* — Но мало работали. До Москвы Вы не работали фактически. Сестра давала? — *Нет. Я всегда на свои деньги только делал всё.* — На свои деньги? Но у Вас и жена была, и ребенок был, да? Как это всё? Я не могу понять, откуда деньги. Он же дорогой. — *Работал. Официантом работал в ресторанах.* — Ну, а что это за деньги, чтобы 2 раза в неделю колотья? — *Ну, деньги уходили, конечно, но я старался так не сидеть на системе постоянно, так иногда, сделаю и отходил.* — И отходил? — *А сейчас давно уже не хочу.* — Да я думаю, сестра все-таки помогала? — *Сестра помогает, конечно, иногда.* — Да. Она помогала, а Вы деньги тратили на это? — *Нет.* — Нет? — *Нет, она только в сложных ситуациях мне помогала или помочь там выздороветь или ... Если какая-то плохая, в плохой ситуации был.* — Ну, а криминальных дел не было раньше? — *Нет.* — Не было? Никогда не было так, что в таком состоянии что-нибудь совершали? — *Нет, зачем? Когда деньги есть, зачем совершать что-то? Можно пойти смело купить.* — Купить. Ну, ладно.

Скажите, а жена где Ваша сейчас? — *В Подмоскowie, в Коломне.* — В Коломне так и живет. Сколько лет сыну? — *7 лет.* — 7 лет? Он сейчас в каком классе? — *8 лет.* — Ну, это по-разному бывает. — *Он сейчас в 3 классе.* — В 3 классе. — ... — Что? — *Больше 7 лет. Я давно не видел его.* — Сколько уже не видели? — *Годика 2, вот так вот.* — Годика 2 не видели, да? Небось, скучает? — *Иногда бывает, конечно, ...* — А? — *Иногда бывает, конечно, хочется увидеть.* — Понимаю. А что мешало съездить вот до этой больницы? — *До больницы я приезжал к нему, конечно.* — Или голоса не дают? — *Голоса не дают, скованно,*

куда поехать, потому что надо еще что-то иметь при себе, какие-то деньги, ребенка одеть, обуть, там от себя. Но никак, пока болею, никак. — А с женой ругались? — Не знаю. Наверное, из-за ребенка опять же. — Из-за ребенка? Из-за чего? — В садике не дали мне ребенка, а жена в Москве была, ее погнал и сразу разошлись. — Не дали ребенка Вам забрать из садика? — Да, да. — Выгнали что ли? — Нет. — А что? — Бабушка типа запретила, чтобы я видел ребенка. Он с бабушкой был, мы с женой здесь в Москве были. — Ну? — Ну, я погнал на нее, какая бабушка ... теща, я за ребенком пришел. Бабушка не хочет, чтобы ты забирал. Я бабушки твоей не боюсь ... — Что, подрались что ли? — Нет, по телефону. — По телефону? — Да. И всё, развод. — И всё? — Ну, так виделся, приходил потом, с ребенком виделся. — Понятно.

Ну, а тут что в отделении делаете? — Здесь? — Да. — Не знаю, куда обращаться. Больше некуда обращаться. И так ... в больнице ... — И что Вы так и сидите целый день? — На кровати лежу. — Лежите, вот так сидите на кровати? — Нет, на кровати нет. — А где? — Здесь в больнице. — Нет, я понимаю. На стуле сидите, да? Телевизор смотрите немножко? — На стуле сижу, да. Но если неинтересно и программу не дают смотреть. — А что Вы хотели бы посмотреть? — Да я не знаю. — Футбол? — Футбол не любитель. — А что? — Да какие-нибудь смешные ... — Какой-нибудь такой юмор, да? — Да. — Петросьяна? — Можно и Петросьяна. 7 кадров тоже нормально. — Что? — 7 кадров. — Я не видела "7 кадров". Это по какому? — СТС. — СТС, да? А они, небось, первый и второй смотрят, да? Тут больные, да? — Я не знаю, по-разному. — А Вам СТС надо? Это у Вас запросы? — Нет, я насчет телевизора не ругаюсь, посмотрю, если мне не нравится, ушел, лег. — Ну, а книжку почитать или там журнальчик пролистать? — Нет, такое не дают мне, журнальчик почитать. — Не дают? — Нет. — Нет. А что это у Вас бывает, какие-то мультики показывают? — Сейчас не показывают, это тогда в Грузии было. — Что за мультики? — Тогда всякую чепуху показывали про царицу Тамару, там про... — Они же что ли? — Да. Прямо вышел на балкон, посмотрел вверх, а там наверху Иисус Христос, фотографию показали, прямо ... — Ну мультики кто показывал, они же? — Они же сами, да. — Да. Для чего? — Но там один человек у них главным был, и главный со мной остался, сейчас он разговаривает тоже. — Главный гэбист что ли? — Ну, главный кто там. — Чекист? — Он чекист. — С Вами он основной разговаривает, да? Это он показывал мультики? — Да. — Какая цель у него была? — Я не знаю. Я даже до сих пор не понимаю, что они хотели. — Там было что-нибудь такое в этих играх? — ... игры, да. — Непонятно. — Типа вот это "давай с нами, поехали", меня до этого довели. С ними игрался в какие-то, в космос там летали, куда-то летали. Не знаю. — Какой космос? Это вот мультики такие были? — Да. —

Это какой космос? — Это сложно рассказать, там вообще чушь какая-то. — А что они прямо показывали какие-то, да, космические полеты? — Да, да. Ну, да, показывали. — И как будто Вы там летали? — Ну, да, местами. Глаза закрыты. — А было ощущение, что Вы тоже летаете? — Нет. — Нет. А это всё в голове как бы? — В голове, да, всё было. — И мультики видели как бы внутренним, внутренним взором как-им-то, да? — Да. — И как будто Вы летали, так? И что там делали? На какую планету? — Не знаю, Марс там. — Марс? — Космос, да. — Космос. — Потом как будто мы там с кем-то воевали, там какое-то... — С кем-то воевали. А с кем там можно было? Пришельцы? — Кто чей там... Пришельцы, да, пришельцы. — Или это не пришельцы, а те, которые там живут, на Марсе, да? С ними воевали? — Нет, я против них как будто, с этими был. — Так Вы с гэбистами были, с гэбистами против этих, назовем их пришельцами? Против этих марсиан? — Да. Но там главная как будто царица Тамара была, ее там ... Ну, чушь, чепуха. — Я понимаю. Я хочу разобраться. Я хочу понять ситуацию. Понимаете? Потому что... Значит, Вы там вместе с гэбистами, против марсиан. А Тамара причём тут? — Да они там новую игру включали. Я не знаю. — Это занимательная такая была игра, да? И долго это могло длиться, вот не помните, эти мультики? — Ну, так нормально длились, месяца 3 точно, наверное. — Месяца 3 — 4? — Нет, не 4, но 3. — 3 месяца. В это время... — Но они практически в мультики бросали играть, потом другое что-то. В итоге ... что они менты ... — Кто в итоге менты? — Кто со мной разговаривает. — Ну как? Мы только что решили, что это гэбисты Саакашвили. — Да. — Но а какие же они менты? — А кто так ... — Ну, гэбисты и Саакашвили. Нет? — Нет. Это менты говорят. Они мне сказали, что тебя надо было, говорят, посадить, но на тебя нет... — Михаил, вот Вы мне скажите, когда этот период был, когда мультики были? Вот когда? — В Грузии был когда. — Когда в Грузии были? — Да. — Небось, тогда лежали вообще за этот период всё время, да? — Ну, ... скованный был, да. — Скованность была тогда более выраженная? — Более выраженная, да. — А что Вы делали в этой более выраженной скованности? — Ничего, дома на кровати лежал там или поднимусь, кофе попью или чай. — Сами могли подняться? — Ну, да. — Сами могли. Но в основном лежали, да? — Да. — И смотрели эти интересные сны? Можно сказать? — Так оно и есть, да. — Можно сказать, что это сон? Как бы такая фантазия? — Да нет, это не сон. — А как? — Да они там какую-то программу включили сами. — Программу включили и были кто-то... — ... не знаю. — Другие миры. И кто-то был за Вас, кто-то был против Вас? — Да, да. — Царица Тамара за всем наблюдала, так я понимаю? — Она типа вообще баба Ежка там, в бабу Ежку играла. — В бабу Ежку играла. И была какая-то там борьба? — Ну, да. Типа взял у меня золота там много, дыней

там уйма и за это с тобой... Не знаю, чушь какую-то несли. — Я понимаю, что чушь. И Вы понимаете, да? Но просто хотелось бы понять, что за чушь? Поэтому я Вас прошу рассказать об этом. — Мучают и всё. — Мучают и всё. Вот еще когда-нибудь они показывали мультики или больше нет? Или это тот период был только? — Тот период, да. Но иногда показывают, когда злые, там каких-то змей, что-то показывают. — Змей каких-то показывают. Это здесь, да, уже? — Нет, здесь один раз показали, это в Коломне. — В Коломне показали змей каких-то? — Да. — Но таких реальных змей? — Да игрушечные, здоровые такие какие-то. — Какие-то здоровые змеи, да? — Да. — Какие, кобра или уж? — Нет, не кобра. И кобру показывали, и удава показывали, разные, типа... — Для чего показывали? Пугали Вас? — ... пугать, когда спишь, ну и побаивался ... — Понимаю. Понимаю. Да! — Сложно? Сложный больной? — Да нет, что Вы. Нет. Должно лучше быть. А как Вы переносите лекарства? — Лекарства вроде нормально. Нормально вроде. — Хочу Вашу скованность посмотреть. Да нет вроде. Внутренняя скованность, да? Понимаю. А так всё ничего. А вот когда начали повышать дозу, лучше стало или нет? Или ничего не заметили? — Нет, но дома вообще меня разозлили, но так получилось, что... — Что разозлили Вас? — Они чего-то там. — А, эти ребята опять что ли? — Да. — Да ладно, врете Вы, наверное? А? — Там этот разговор неохота им слушать. — Неохота им слушать. Ну ладно.

А мама как у Вас? — Мама? Мы в Грузию поехали, мама у меня заболела, в больницу попала. Вот из-за это я тоже поехал через Абхазию по-быстрому ... — Да я помню. А сейчас как мама себя чувствует? — У нее почки, сняли одну, почки. — Давно с ней разговаривали? — Вот как в больницу попал, перед этим. — Разговаривали, да?

А отец у Вас трагически погиб, да? Вам было сколько лет? — Лет 25, наверное, вот так. — Лет 25, да? — Побольше, 27 — 28. — 27 — 28. А что он там суициднул что ли, повесился? — Нет, из больницы прыгнул. — Откуда? — Со второго этажа, из больницы. — Из больницы? В какой больнице он лежал? — В Коломне. — И что у него, была болезнь какая-то? — Да, у него с грыжей или что-то непонятное. — Грыжа? — Да, под болью. Таблетки тоже потом ... — Грыжа у него была? — Не знаю, что-то мужское там болело. — Мужское что-то болело? Он что в урологическом отделении лежал? Не знаете? Не помните? — Не помню. — В Коломне, да? — Да. — И что, со второго этажа? — Да. — А что, так неудачно прыгнул? — Ну, да, ноги все переломал. Ну, там на асфальт он прыгнул. — Ах, на асфальт. И сразу? — Нет, один день был в коме и умер потом. — И умер потом. Записку какую оставил? — Нет. — Нет? — Ничего не оставил. — Внезапно? Да? Раньше же такого не было? — Нет, он вроде здоровый мужик был. — Здоровый, да? — Да. — Сколько ему лет было, когда

он? — Лет 50, наверное. — Лет 50, да? Это горе какое было для Вас? — Да. — Да? — Ну, отец все-таки. — Отец. Долго так о нем думали, переживали это? — Было. — Было, да? Подавленность была? — Как? — Подавленность была, настроение плохое? — Нет, настроение так. — Так, так себе было, да? — Обычное. — Обычное, да? Ну, ладно. И мама, наверное, переживала, и все сестры? — Да. — Понятно. Это как-то на Вас такая трагедия, которая произошла в семье, это как-то на Вашей жизни сказало, нет? — На моей жизни? — Да, на Вашей. — Нет. — Нет? — Нет, обычно. Умер человек, поплакали. — Поплакали? — Отправили на тот свет. — Отправили на тот свет. Понятно. Понятно.

Сами мне скажите, как Вы считаете, например, вот то, что Вы курили, пили долгое время, правда? — Так я курил, как обычные люди, выпивал. — Михаил, не как обычные. Вы пили как алкоголик, Вы кололись как наркоман... — Это бросил, когда я пил, потому что надо было какой-то допинг. — Какой? Зачем Вам допинг? — Так, на трезвую не знаю. — Зачем Вам допинг? — Не знаю. — А? — Чтоб получше было, наверное. — Чтоб получше было? — Всё равно получше не бывает. — А? — На трезвую голову надо было ..., ... немножко. — Я думаю, может, какие-то были проблемы такие психологические, что хотелось бы получше? — Да нет, друзья, друзья и все с ними. — Друзья, друзья и всё с ними, да? — Да. — И где теперь друзья? — Дома у себя. — Дома у себя. Небось, все болеют? — Не знаю. — Не знаете. Ну, ладно.

Хотели бы что-нибудь спросить у меня? — Помогите, если можно помочь, ... — Убрать их? — Убрать, не знаю, как получится убрать. — А как? Что помочь? Скажите мне. — Ну, убрать их, конечно. — Убрать эти? Убрать, чтобы они не говорили или чтобы они не действовали на Вас или всё вместе? — Да, всё вместе. — Всё вместе. Чтобы они никак не действовали на Вас, да? Чтобы оставили Вас в покое, да? — Да. — Поговорить с ними? — Постарайтесь. — Мне поговорить с ними? — Можно, конечно. — Смогу я поговорить с ними? — Да. — Как? — А он говорит, я не слышу. — Я не слышу, что они мне отвечают. — Они мне отвечают. — Но что они говорят? — Ничего. Вопросы задаете, они скажут. — Зачем Вы так? Зачем Вы мучаете Михаила? — Они чушь какую-то... — Ну чушь говорите, я же не обижусь. — Ну, типа надо мучить его из-за этого. — Надо его мучить? — Да. — Почему Вы затаили на него злобу? — Я не знаю. — Да я им говорю! — Мы на него не злимся, говорят, закон такой. — Закон Саакашвили принял? — Наверное, да. — Наверное, да. Ну, ладно.

Вы не будете против, если врачи тоже зададут Вам вопросы? — Можно, конечно.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Скажите, пожалуйста, Вас Мишей можно называть, да? — *Ну, да.* — Да. Скажите, а вот эти голоса, сколько времени уже беспокоят Вас? — *Второй год почти.* — Сколько? — *Я попал, да, второй год, два года почти.* — А раньше? Может быть, хоть временами, иногда? — *Раньше не было вообще. Вообще не было такого ничего.* — Нет. Скажите, а спиртное помогает, как-нибудь смягчает эти голоса? — *Смягчает, смягчает ... Долго нельзя пить. Там день попил, на второй они уже начинают злиться.* — А как они к этому относятся, когда Вы начинаете на них спиртным действовать или наркотиками? — *Долго не дают пить, потому что...* — Ругаются? — *Да.* — А? Что говорят? — *Ну, ругательства делают, так ругаются и типа, ну, не пей, говорят, не до твоих пьянок, они говорят.* — А посидели Вы давно? Сколько Вам сейчас лет? — *34.* — А волосы седые когда пошли? — *Да это ... гены у меня ... такое было.* — Это у Вас в семье так, да? — *Да, гены. Ну, не все, но бывает ...* — Скажите, а что надо все-таки этим голосам? Это полицейские? — *Ну, да.* — Что им надо? — *Помучить меня. Меня помучить и всё.* — Только помучить? — *Может так, не знаю, я спрашиваю, они точно не дают ответ, у них версий полно. То так, то так, то так — по-разному говорят.* — А ребенку Вашему сколько лет? — *Ребенку? В третьем классе учится.* — Давно видели? — *Второй год как не видел уже. Как в Грузию поехал, заболел и всё.* — Расскажите про него. — *Нормальный вроде...* — Кто это девочка, мальчик? — *Мальчик.* — Сколько ему сейчас? — *В третьем классе учится.* — А день рождения когда у него? — *3 июня.* — Что Вы ему подарили в последний раз? — *В последний раз, два года назад было это. Потом как в Грузию поехал и не видел его еще. Приехал и в больнице ...* — Ну и последнее. А почему все-таки сюда пришли? — *Сестра вызвала, в больницу забрали меня.* — Как? — *Скорую вызвала, в больницу меня забрали. А куда еще обращаться?* — Не жалеете, нет? — *А как?* — Не жалеете, что Вы тут? — *Нет, вроде нормально, все дружные, хорошие врачи, персонал очень хороший, нормально, не сильно больные.* — Спасибо.

Ведущий. Михаил, спасибо большое, что пришли. Ладно? Будем думать, как Вам помочь. — *Вам спасибо. Всё, можно, да, уходить?* — Да. — *Спасибо Вам. Счастливо.* — Спасибо Вам.

Врач-докладчик. Настоящее психическое состояние можно характеризовать как синдром хронического вербального галлюциноза, в структуре которого имеют место как истинные галлюцинации, которые воспринимаются больным как реальные, так и псевдогаллюцинации, в структуре которых имеют место повторения мыслей больного, что можно квалифицировать как эхо собственных мыслей по Клерамбо. Содержание галлюцинаций достаточно разно-

образное, от комментирующих, иронических, издевательских до угрожающих и осуждающих. Одновременно с этим в статусе отмечаются интерпретативные бредовые идеи воздействия, которые пациент высказывает с целью объяснить наличие голосов в голове. Эти интерпретативные бредовые идеи воздействия можно отнести к галлюцинаторному бреду.

Что касается эмоциональных нарушений, то в статусе преобладает неглубокий депрессивный аффект с пассивностью и безынициативностью. Необходимо отметить отсутствие критики при поступлении к заболеванию в целом.

Таким образом, настоящее психическое состояние можно квалифицировать как синдром хронического вербального галлюциноза.

Анализ заболевания. Наследственность отягощена: у отца завершенная суицидальная попытка на фоне соматического неблагополучия; у старшего брата наркотическая зависимость. Преморбидно личность можно отнести к акцентуированной по психастеническому типу со склонностью к чрезмерной аккуратности, педантизму, с утрированной безразличностью и одновременно с пассивностью и малоинициативностью. В основном он следовал советам сестры. С 20 лет пациент страдает алкогольной зависимостью, с 23-х — наркотической зависимостью. И то, и другое носит характер систематического злоупотребления. Этот 10-летний период жизни больного можно квалифицировать как зависимость от психоактивных веществ II стадии. Психотические расстройства возникли в 32-летнем возрасте на фоне многолетнего употребления ПАВами, переживаний по поводу заключения под стражу и страха перед возможным наказанием. Тогда впервые появляются вербальные истинные и псевдогаллюцинации с эпизодически возникающими зрительными галлюцинациями и интерпретативными бредовыми идеями. Галлюцинации приобретают хронический характер, длятся непрерывно 1,5 года и обнаруживают резистентность к антипсихотической терапии.

С точки зрения нозологической принадлежности, мы думаем о дифференциальном диагнозе между шизофренией параноидной и органическим галлюцинозом. За органический шизофреноподобный характер психоза свидетельствуют постоянные устойчивые стереотипные и резистентные к лечению галлюцинаторные расстройства, бредовая трактовка характера галлюцинаций, вторичность изменения настроения по отношению к галлюцинациям. Также в пользу органического характера галлюцинаций свидетельствует их связь с конкретными жизненными ситуациями больного, несистематизированными и нелепыми по содержанию интерпретативными бредовыми идеями. Также наличие таких органических изменений в ассоциативном процессе, как тугоподвижность, ригидность, конкретность. Изменения эмоционально-личностной сферы, такие как эмоциональная лабильность,

легкость возникновения аффективной дезорганизации, неустойчивость аффекта. Подтверждением органического галлюциноза являются данные психопатологического обследования. За эндогенный характер заболевания говорит наличие в статусе псевдогаллюцинаций комментирующего характера, преобладание продолжительного депрессивного относительно неглубокого аффекта. Что касается негативных расстройств, то о них судить затруднительно, так как сохраняются массивные и актуальные галлюцинаторные переживания. Возможно предположить, что пассивность и безынициативность больного являются проявлением негативных дефицитарных изменений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущий. Ну, хорошо. Давайте сначала по статусу больного. Кто хочет выступить?

Ю. Л. Мартынюк. Я хочу сказать по двум параметрам: первое — квалификация диагностических суждений по феноменологической оси, клинко-психопатологическим методом. Наследственность: отец выпрыгнул из окна — завершённый суицид, брат наркоман, сидит. У пациента с 14 лет заострение и акцентуация характера, далее злоупотребление спиртными напитками, злоупотребление психоактивными веществами, курение анаши и так далее... Резюме. У врачей отделения дифференциальная диагностика между тем-то и тем-то. У меня дифференциального диагноза нет, я диагноз выставил бы следующим образом: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром с нарастающим дефектом (F20.004). И, соответственно, второй диагноз: полинаркомания (I9.262). — А как бы Вы оценили статус больного? — Статус? В настоящий момент во время беседы эмоционально монотонен, то есть он в одном режиме, не повышая, не понижая голоса, рассказывает о том, что переживает. В целом статус психотический. Переходя от первого ко второму — это лечение. Больной у нас с 24 февраля, сегодня у нас 19 апреля — два месяца. Лечение: с 9 мг галоперидола до 15 мг и азалептин. И все счастливы! А голоса-то имеют место. Типичные антипсихотики не помогают, надо переходить на другие, у нас возможность есть, нейролептики есть. — Извините, а кроме голосов, что еще отметите в этом статусе? — Его идеи, у него в глазах стоят камеры, его глазами видят, чип в голове и т.д. Продуктивная симптоматика — галлюцинаторный синдром, так и параноидный синдром. Так и негативная симптоматика. Я бы так оценил.

Ведущий. Спасибо. Кто бы еще хотел сказать о статусе больного? О статусе!

А. А. Глухарева. Статус галлюцинаторно-бредовый. Потому что сейчас, когда Вы беседовали, действительно было ощущение абсолютно тотального Кандинского, присутствует идеаторный, моторный

и сенсорный компоненты. Но мы очень долго об этом думали, и все-таки решили, что это не истинный Кандинский, когда больной чувствует, что им управляют, им двигают. Нет, всё зависит от содержания голосов, оно является определяющим. И мы считаем, что это галлюцинаторный бред, что это не тот классический Кандинский, которого мы наблюдаем в классических вариантах, что это все-таки интерпретативные идеи воздействия, которые связаны непосредственно с характером галлюцинаций. Псевдогаллюцинации, истинные галлюцинации... — Что бы Вы назвали истинными галлюцинациями у него? — Я понимаю, что дифференциальный диагноз между истинными и псевдогаллюцинациями здесь принципиально важен. Конечно, это характер сделанности. Но он опять-таки неотчетлив, больной не говорит, что ему сделали голоса, а вот “ему назначили такое наказание”. Чтобы это был отчетливый характер сделанности, как при псевдогаллюцинозе, ну, не звучит это. “Да, я слышу голоса, как наказание”. Причем галлюциноз у него возник на фоне эмоционального стрессового состояния — лишения свободы. Я считаю, что это не тот характер сделанности. Например, синдром открытости мысли при Кандинском, там пациент смотрит на окружающих и говорит, что они знают мои мысли. У него не так, у него они — это эхо мысли, это его мысли. — Не додумывайте. — А я думаю именно так. Мы его мыслей не знаем, а голоса его знают эти мысли. И потом, мне кажется, понимаете, всё крутится вокруг реальных его жизненных позиций. Почему галлюцинации реальные? Потому что они касаются его наказания, его наказывают. У него, по сути дела, одна большая фабула. Нет, я понимаю, что на поверхности Кандинский-Клерамбо. — Но, больной говорил, что он ощущает общее воздействие на себя, что им манипулируют. Спасибо. Кто-нибудь еще хочет в этом поучаствовать?

Д. А. Пуляткин. Классически выделялось два варианта синдрома Кандинского-Клерамбо — бредовой и галлюцинаторный. При этом галлюцинаторный рассматривался как более быстротекущий с неблагоприятным финалом. Естественно, для галлюцинаторного варианта бредовая фабула будет менее устойчивой и в какой-то степени изменчивой. — Более того, Вы обратите внимание, на каком фоне это всё протекает. На фоне дефекта выраженного и еще многолетнего злоупотребления, и, как нам показали, выраженной органики. То есть это уже почва, которая может нам дать эту картину изменчивости. — И еще в школе Снежневского в период расцвета, скорее всего так бы написали, что это приступообразный прогрессирующий случай шизофрении, близкий к параноидной, потому что были вот эти включения онейроидно-кататонические, которые он достаточно хорошо описал. — Да. Вот Вы первый сказали об этом, и я Вас всячески в этом, конечно, поддерживаю. Мы здесь выявили, что эти мультики на самом

деле были не мультики, а затяжное длительное острое состояние. И что это за состояние в настоящее время? Это ремиссия с остаточной симптоматикой, с галлюцинозной или бредовой. Острый период у нас прошел — тяжелейший острый период, я так понимаю, он приходился на Грузию в основном. И вот сейчас это такая ремиссия с выраженной остаточной симптоматикой.

А. А. Глухарева. *Простите, а в чем было острое состояние в Грузии? Он не застывал в однообразных позах, он не улетал в онейроид, не было выраженного психомоторного возбуждения. Я понимаю, что Вы говорите об онейроиде, но разве он не имеет права на зрительный псевдогаллюциноз? И это не было три года подряд, это были периодические мультики совершенно нелепого содержания, он сам говорит “чушь”! Какой Вам пациент в онейроиде скажет, что это чушь — сказочные кресты, Тамару или Париж он видел? — Все говорят, что это чушь. — Понимаете, пациент, который после онейроида выходит, выходит с хорошей ремиссией, а не с постоянным актуальным галлюцинозом хроническим, который вообще на терапию не реагирует никак. Органик, да. У него травматическая энцефалопатия сложного генеза. Я понимаю, что шизофрения — это лежит на поверхности. Но мы когда начали готовить этого больного к конференции, мы понимали, что мы интересуем нашей точкой зрения — органическим галлюцинозом. Именно его стойкость, длительность, зависимость аффекта от содержания галлюцинаций, по сути самостоятельного аффекта нет. — Да какой у него аффект? У него же нет аффекта совсем. — Да. Вот теперь по поводу дефекта. Вы имеете в виду процессуальный дефект, да? — Смешанный, я бы сказала, здесь дефект. — Но течение болезни 1,5 – 2 года. Мне кажется, не совсем правильно судить уже о развитии дефекта. Больной в постоянном психозе 1,5 года. Я не считаю, что это ремиссия. Здесь же у него ни дня не было без пассивного актуального галлюциноза. Если бы он болел лет 10 лет, тогда можно говорить о дефекте. С другой стороны, я совершенно согласна с психологом, что, по сути дела, процессуальных нарушений при психологическом исследовании у него никаких выраженных нет. Это пациент, который с таким многолетним течением? Он торпидный, однообразный, там актуальные латентные признаки промелькнули на психологическом исследовании однократно, он аффективно-лабильный. Ничего процессуального на психологическом исследовании нет. Больной как раз синтонный, он же просит избавить его от “слухов”, он же не монотонный, говорит: “я устал, у меня болит душа”. Он в поведении аккуратный, управляемый, чистый, ухоженный. И это дефектный больной? Это не дефектный больной. Это пациент, который ищет помощи, который говорит “я устал от этого”. — Вы знаете, когда человек долго работа-*

ет с больным, когда уже все вместе приняли какую-то точку зрения... Я понимаю, Вы так ее отстаиваете, я бы сказала, правильно. Но давайте послушаем других. И я две вещи хочу сказать, и мы дальше продолжим обсуждение. Вот если бы даже я с ним не беседовала, а прослушала только историю болезни без статуса больного, меня бы насторожили две вещи. Первое — то, что он бросил колоться. Потому что, как Вы понимаете, зависимость от героина не проходит просто так у личности. Это первое — то что он бросил героин и сейчас бросил курить. И второе, что бы меня насторожило — это 15 мг галоперидола на органический фон. Еще раз говорю, что органик, больной с органическим расстройством, не переносил бы так галоперидол. Вот эти две вещи из анамнеза, который Вы написали, останавливают и заставляют насторожиться в отношении этого больного.

Кто еще хочет что-нибудь сказать? Давайте.

А. Г. Меркин. *Я как раз про органику. Говорили коллеги об органическом галлюцинозе. Другие говорили о псевдогаллюцинациях, и я с ними согласен, и органики здесь нет. Но вообще, в принципе, многолетняя алкоголизация, многолетняя наркотизация естественно предполагает, что у него должна быть какая-то органическая почва, да? А видели ли мы ее? Нет, не видели. — По психологическому обследованию. — Мы говорим про то, что психолог может много чего сказать, не надо на него полностью ориентироваться. Он мог, кстати, со своей батареей тестов ошибиться, больной мог дать такие результаты в силу вот этой его общей монотонности, сниженности какой-то, того, что мы сейчас расцениваем, в определенном смысле, как дефект. Он долго беседовал. Все уснули, а он продолжает общаться, не устает. Где тут в данном случае органика? Естественно, мы подразумеваем, что многолетняя массивная наркотизация и алкоголизация должны эту почву создать. Но в статусе ее нигде нет, она не фигурирует. Понимаете, то, что Вы, как мне кажется, принимаете как органическую патологию, на самом деле есть фактически вот эта общая монотонность, да, процессуальность.*

Врач-докладчик. Нет, Вы знаете, в беседах он достаточно быстро утомлялся. То есть мы не могли длительное время вести беседу. Он очень готовился к конференции. Мы начинаем беседовать, а спустя 20 минут он просит, чтобы его отпустили, чтобы он лег. Он идет, ложится, полежит минут 20 – 30, повторно я его вызывала на беседу.

Ведущий. Нет. Подождите. Он со мной проговорил более часа, я немножко утомилась, а он нет.

А. Г. Меркин. *Я говорю только про то, что я вижу. И по поводу аффективной лабильности. Тоже фактически мы как таковой ее не видим, нет у него лабильности. Он монотонен во всех своих проявлениях. Поэтому я за шизофрению. — А как бы Вы определили его статус? — На первый план у него выходят,*

конечно же, псевдогаллюцинации и бредовые идеи воздействия. — Как бы Вы оценили это состояние сейчас: острое, подострое или как? — *Мне кажется, что это подострое состояние все-таки, не ремиссия пока. Он фармакологически резистентен. Он уже близок к хроническим носителям голосов.* - Что бы Вы еще отметили в статусе? — *В основном мне хотелось сказать об органической патологии. Я понимаю, что она должна быть, но в статусе ее нет.*

Ведущий. Есть еще какие-нибудь точки зрения насчет статуса больного? Тогда давайте перейдем к анамнезу больного. Все-таки, когда он заболел, как вы считаете? И чем?

Ю. Л. Мартынюк. Докладчик всё хорошо рассказал. В 15 лет акцентуация. Она была? Была. В 20 лет пошла алкогольная зависимость. В 23 — наркомания. А в 2010 году схизис произошел. Больше ничего не добавить. А сейчас мы имеем коморбидность. Спасибо.

Ведущий. Значит, я хочу обратить внимание, что все-таки по его состоянию, по его психотическому состоянию у него был очень острый период, когда он выполнял действия, которые ему диктовали: он рвал подушки, он пытался повеситься. У него было онейроидное состояние. Тут у меня нет никаких сомнений. Понимаете, это был онейроид. И то, что он говорит “как мультики”, и то, что он не хочет об этом говорить, при более подробном расспросе оказывается, что это было две борьбы, две силы. Да, и он в этом участвовал. И в это время он лежал всё время в кровати, и это тянулось около 3 месяцев. Так что же вам нужно? И он сейчас говорит, что это чушь. Естественно, как все больные, которые перенесли онейроидное состояние. Они, как говорится, в этой двойственной критике, даже понимают, что это что-то было...

Врач-докладчик. Скажите, а вот со слов сестры, в Грузии он был в больнице 2 месяца, ему пытались подбирать различную антипсихотическую терапию, давали как атипичные нейролептики, так и типичные нейролептики, но спустя 2 месяца он выходит из больницы фактически в прежнем состоянии, то есть галлюцинации сохраняются.

Ведущий. Вот я про это и говорю, что у него был острый этап с онейроидом. И по отношению к тому острому этапу сейчас у него хроническое состояние, Вы же так сами сказали. А я считаю, что это все-таки ремиссия, вот такая ремиссия с выраженными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, но торпидными совершенно, резистентными фактически к терапии, маломоделируемыми, фактически застывшими симптомами. Понимаете как? Потому что ничего не меняется, он же трафаретно отвечает на одни и те же вопросы. Одно и то же говорит совершенно. Он в этом отношении навязчив даже. Потому что одна и та же мысль. Про бредовые расстройства он очень мало говорит. Но я еще раз подчеркиваю, что мы имеем дело с микстовым больным. Значит, всё, что у него сейчас протекает — протекает атипично. И я прошу

вас, скажите, в чем вы видите атипичию именно его состояния? В чем?

М. Е. Бурно. Да, я согласен, что галлюцинаторно-параноидный синдром налично. Но для меня очень важно, может быть как для психотерапевта, какой личностной почвой сегодняшней всё это пропитано. И я вижу стойкое изменение личности, я вижу эндогенно-процессуальный, в сущности апатический дефект, который пронизывает всю эту галлюцинаторно-параноидную симптоматику. И конечно, в таких случаях сразу встает вопрос дифференциальной диагностики: шизофрения, органическое мозговое расстройство, алкоголизм, наркомания. Вот когда рассматриваешь личностную почву, это я про себя, конечно, говорю, про свое клиническое чутье, про свое клиническое соображение, я не вижу ни органической грубоватости, ни органической истоцаемости, не вижу алкогольных и наркоманических изменений личности. При всем том, что анамнез алкогольный и наркоманический весьма мощный. Но я думаю, что мы уже привыкли к тому, что если человек болен шизофренией, то сколько он не льет в себя алкоголя, сколько он не мучает себя наркотиками, не получается алкогольных или наркоманических изменений личности. Алкоголь, наркотики — всё это как бы идет на лечение его эндогенно-процессуального расстройства. Нет того, что Курт Шнайдер называл “снижение уровня личности”. Нет нивелировки личностных свойств, нет алкогольной огрубленности, нет алкогольного благодушия. А есть совсем другое благодушие, с которым он рассказывает о своих переживаниях. Все-таки Алла Сергеевна очень хорошо, подробно, тонко обо всем спрашивала, и что же мы видим? Он относительно благодушен, эндогенно-процессуально относительно благодушен, не грубова-т органически, а эндогенно-процессуально тонко, даже с некоторой иронией. “Чушь там всякую мне говорят” — Да мы с ним даже иронизировали по поводу этих голосов Саакашвили — Апатический дефект, апатическая личностная почва в данном случае сказывается в том, что нет живой заинтересованности в беседе. Алла Сергеевна всё делала для того, чтобы живо поговорить. Но нет, всё на одной ноте. Он, в общем, довольно равнодушен к тому, что говорит, что рассказывает о своих галлюцинациях. Ну да, он может по временам даже как будто бы заинтересоваться. Груле по этому поводу очень тонко сказал, что интерес бывает, но нет заинтересованности у шизофреника. Вот и нет этой заинтересованности. Нет этого живого участия в беседе, которое есть и у органика, и у алкоголика, пусть огрубленное. А тут вот этой активности, живой активности нет. А в то же время он не огрублен в обычном смысле, в органическом смысле в своих чувствах, в своих мыслях. Просто нет вот этого самого горячего. Машина цела, но нет горячего. Вот это мне клинически достаточно ясно чувствуется. Мне, конечно, плохо было

его слышно. Алла Сергеевна предполагает, что он перенес онейроидный приступ. Как-то мне трудно это почувствовать клинически. А вот параноидную шизофрению давнюю, давнюю, которая постепенно развивалась, которую он лечил и алкоголем, и наркотиками, я вижу. И теперь дефект вот такой личностный, причем именно дефект я вижу, все-таки изъян навсегда. Не то, что он такой сейчас однотонный и благодушный, и это пройдет и он станет живым, — нет, все-таки это то, что называется психический изъян, рубец. И он окрашивает и всю психотическую симптоматику, делая ее такой монотонной, нет в ней живой инициативы. Он и сам говорит, что у него нет страха. Он сам говорит, что достаточно спокоен сейчас. Я даже записал за ним, что у него спокойный характер. Это дефект. И что из этого следует для меня, как для психотерапевта? Ведь положение отчаянное. Да, я тоже знаю, что в таких случаях лекарства мало действуют, потому что всё пропитанное апатическим дефектом, как бы застоялось, заостенело. И, конечно, вы будете улыбаться, но в таких случаях, я знаю такие случаи, удастся психотерапевтически, на почве эмоционального контакта душевного психотерапевтического, который возможен только с больными шизофренией, и который их оживляет и привязывает психотерапевтически к врачу, возможно научить его, сколько возможно конечно, сильно, притворяться здоровым. Жить в двух планах. Не говорить никому о своих галлюцинациях, что дало бы возможность ему делать какую-то простую работу. — Разве дефектный больной может так среагировать на психотерапию? — Да. Тут своя упрощенная психотерапия, помогающая ему притворяться здоровым. — А что бы Вы сказали насчет электро-судорожной терапии? — Ох, тут я не знаю. Здесь у меня нет опыта. Я только могу повторить, что я клинически чувствую, что это именно дефект. А дефект — это изъян, это необратимо. Если это настоящий дефект по Мелехову, это изъян.

Ведущий. Спасибо большое всем. Я выскажу свою точку зрения. Потому что, когда я собиралась к вам, я пролистала старые работы, сборник, который был посвящен разборам больных, это еще в 80-х годах было. И я увидела, какие разнообразные диагнозы ставили наши ведущие психиатры одному и тому же больному. Поэтому я и говорю, что высказываю свою точку зрения.

С моей точки зрения, это дефектный, прежде всего, больной. И если брать долю дефекта, который я вижу, и долю психопатологической симптоматики, я бы сказала, что в большей степени это дефект. Дефект определяет и уровень его жизни и его потребности в жизни. То, что он очутился здесь, это относительно, этого могло бы и не быть. А вот то, что он живет в таком состоянии, дефектном состоянии, не работая, фактически не общаясь ни с женой, ни с другими людьми, — вот это и есть его жизнь.

И я совершенно согласна, что конечно при детальном психологическом обследовании у него выявляются и интеллектуально-мнестические расстройства. Здесь он тоже немножко ошибался, правда? Он сказал: 7 лет, потом сказал “в третьем классе”. Но вроде, когда были вопросы: сколько лет назад что-то было, он не ошибался. Я понимаю, что психологическое обследование всегда дает более точную картину. Но надо себе представлять, что у дефектных больных тоже происходит определенное когнитивное снижение. И здесь, конечно, очень сложно отдифференцировать. Более того, не надо от него требовать многого, он у нас не Спиноза, это совершенно точно. Поэтому, естественно, и уровень ассоциаций может быть снижен, и уровень вообще всего может быть снижен. Но на этом фоне у него стойкие малообратимые, я бы сказала, совсем необратимые расстройства галлюцинозно-бредового спектра. Они определяют его жизнь? Нет. Он сейчас просто находится в отрывочных идеях, бредовых, галлюцинаторных, — это более стойкая симптоматика нежели бредовая. Всегда галлюцинаторное состояние более стойкое. Но это тоже приобретает характер дефекта. Вы поймите, это не острое состояние. Это то, с чем он может очень долгое время находиться. Он может ложиться в больницу, вы можете повысить ему дозировки до 20, до 25 мг галоперидола, он будет также хорошо это переносить.

Фактически, он сейчас с бредом. Пусть этот бред недостаточно систематизирован, но тем не менее он есть. Вы же все слышали. Он становится скованным, потому что на него действуют. Ему в голову вкладывают мысли. Это же не выдумашь. Я же не задавала ему закрытых вопросов. Я давала только открытые вопросы. Его бредовые идеи не систематизированные, отдельные, но, тем не менее, они есть. И поэтому я рассматриваю это как ремиссию, такая длительная ремиссия с остаточной симптоматикой галлюцинозно-бредовой. Мы таких больных видим в ПНД.

Теперь насчет начала болезни. Есть выражение такое, что алкоголизм вымывает шизофрению, да? Я пыталась у него выяснить, как все началось, но это очень сложно, поскольку больной дефектен. Фактически мы ничего не знаем из анамнеза. Мы знаем только, что он начал пить, потому что якобы у него была какая-то компания, он пристрастился к алкоголю, а тут и героин, и всё остальное и так далее. Но мы не можем найти никакой психопатологической симптоматики, мы этого не знаем. Может быть, могла бы помочь сестра, которая опекает его с 16 лет? Вы видите, как он ответил на смерть отца? Дефект, дефект полный. Хотя не уверена, что так оно и было. Что было на самом деле? Вот эта брезгливость, потом какая-то замкнутость была, это из анамнеза. Но это ни о чем не говорит. Наоборот: общительный и так далее. Но если на том этапе может быть что-то и было, но мы не можем сказать, потому что вымысел алкоголь или наркотики, которые вымывают шизофрению, то на

последнем этапе у нас получается наоборот. Алкоголя мы особенно не видим. Марк Евгеньевич, правильно я поняла Вас, да? И, наоборот, мы видим шизофренический дефект.

Теперь то, что касается тюрьмы. Да не был это для него никакой стресс! Он же сказал тут, я это все выясняла. Ребята сидели там, 25 человек в 9 метрах. Всё было нормально. Там по очереди лежали, никакого стресса у него не было. И аутохтонно фактически у него возникает эта мысль. Ведь это бредовая галлюцинаторная симптоматика. Где стресс? Я ничего не вижу. То, что он попал в тюрьму, я думаю не случайно, были там какие-то ситуации. Я не думаю, что всё обходилось без криминала на протяжении всех этих лет, и что у него не было, каких-то стрессовых ситуаций. Но само пребывание в тюрьме не было для него стрессом. Понимаете? Я пыталась выяснить, я же у него спросила: может быть, он не спал? Нет, он спал. То есть, вообще это аутохтонное совершенно состояние, которое у него там возникло. Более того, с моей точки зрения, оно развивалось именно по классическим вариантам, вплоть до онейроида, который пришелся на период его пребывания в Грузии, наиболее тяжелый этап. И нам бы, конечно, хотелось получить оттуда хоть какую-нибудь выписку. Но поскольку это невозможно, мы можем составить картину только на основе таких отрывочных данных. Я конечно считаю, что основной психоз у него пришелся на первые два года. И я думаю, здесь вы все не сомневаетесь. Он подряд фактически два раза госпитализировался и не по собственному желанию. У него была попытка самоубийства, у него была там еще какая-то история с подушками и так далее. Понимаете? Конечно, это был острый период.

А сейчас я бы попробовала ему электро-судорожную терапию. Я ее не очень люблю, честно говоря. Последний раз я посмотрела очень неплохой фильм, называется “Родина”, Home Land, сериал американский 2010 года. Очень интересный сериал о террористах, в общем, политический сериал. И там показывали, как одной даме делали ЭСТ терапию новыми аппаратами. Неприятное зрелище, несмотря на то, что, казалось бы, практически безсудорожная электросудорожная терапия. Если у вас есть опыт лечения электросудорожной терапией, то по всем показаниям этот больной подходит. Хотя я приверженец более мягких методов лечения, но я бы попробовала. Еще я бы попробовала сменить ему антипсихотик. — Алла

Сергеевна, скажите, пожалуйста, значит, Вы рассматриваете это в рамках все-таки непрерывной параноидной шизофрении или поставили бы шубообразную? — Шубообразную с кататоническим синдромом и неполным выходом. — А что мы сейчас лечить будем? — У него есть остаточные явления. Это неполная ремиссия, это ремиссия с параноидным компонентом. Нужно пробовать. Мы же всегда пытаемся, будь то депрессия, будь шизофрения, снять всю продуктивную симптоматику. Насколько это возможно снять. Другой альтернативный вариант предлагает Марк Евгеньевич Бурно. Да, научить его жить с этим. Но я с ним пыталась так говорить, я же ему сказала: да плюньте Вы. — Не хочет — С другой стороны, ЭСТ здесь может не помочь, у него же аффекта нет — Нет аффекта, да. Но я Вам хочу сказать, что ЭСТ еще назначается тогда, когда есть застывшая совершенно некурабельная лекарственными препаратами симптоматика, как раз без аффекта. Вспомните, обсессивно-компульсивные расстройства застывшие, такие невозможные, или хроническая депрессия, застывшая симптоматика — это показания для электросудорожной терапии.

Я бы пыталась ему сменить препарат, хотя бы на rispoleпт, в сочетании с клозапином. И максимально бы повышала дозу. Можно до 12 мг rispoleпта, да и азалептин можно до 300 довести. Ну, в общем, я бы его вела как резидуального больного. Попробовала бы еще его сертиндолом чуть-чуть полечить, но у меня нет, понимаете, уверенности. На самом деле, я еще раз хочу сказать: что мы можем лечить и с какой целью? Редуцировать эту симптоматику или предотвратить обострение. Вот такие две цели. Но лечение всё равно нужно. Редуцируем, если мы сможем редуцировать, но нам надо и предотвратить повторы. Поэтому мы никуда не денемся от лечения антипсихотиками. — А что Вы считаете атипичным в статусе? — Атипичным в статусе я считаю наличие вот такой застывшей симптоматики, очень быстро сформировавшейся. Потому что это, собственно говоря, удивительно, как фактически за 2 года он превратился в инвалида II группы. Он инвалид, кстати? — Нет. — А как это? — Потому что они не имеют российского гражданства, и зарегистрированы в Мурманске. — Я думаю, вы все согласны, что фактически мы разговаривали с инвалидом II группы. И это все так быстро сформировалось. Это тоже говорит о том, что это было очень острое состояние.

Независимость эксперта с позиций Европейского Суда по правам человека

Ю. Н. Аргунова

Дается анализ законодательных норм, устанавливающих принцип независимости эксперта, обосновывается пробельность в его формулировании. Рассматривается Постановление Европейского Суда по правам человека от 11.12.2008 г. по делу “Шулепова против России”. Предлагаются меры по совершенствованию законодательства, правоприменительной и экспертной практики

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, независимость эксперта

Независимость эксперта как принцип государственной судебно-экспертной деятельности (далее — ГСЭД) раскрывается в ст. 7 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (далее — Закон № 73-ФЗ)¹. Он выступает в качестве руководящего, исходного положения, наиболее существенной стороны такой деятельности, характеризует средства и способы выполнения ее задач, определяет правовое положение эксперта, включая возможность его отвода, профессиональную и процессуальную самостоятельность эксперта.

В соответствии с данным принципом эксперт дает заключение от своего имени, основываясь на результатах проведенного исследования и используя свои специальные знания. Эксперт независим в выборе методов экспертного исследования, необходимых, с его точки зрения, для ответа на поставленные перед ним вопросы. Оказание воздействия на эксперта влечет уголовную ответственность.

¹ Статья 7. Независимость эксперта.

При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт дает заключение, основываясь на результатах проведенных исследований в соответствии со своими специальными знаниями.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.

Лица, виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Самостоятельность и независимость эксперта обеспечиваются также нормами, устанавливающими личную ответственность эксперта за данное им заключение. Законодатель предусматривает возможность привлечения эксперта к административной и уголовной ответственности за дачу им заведомо ложного заключения или показания.

Под независимостью эксперта ст. 7 Закона № 73-ФЗ понимает не только недопущение *воздействия*² на эксперта со стороны перечисленных в ч. 2 ст. 7 закона лиц, органов и организаций, но и невозможность нахождения эксперта в какой-либо от них *зависимости* (ч. 1 ст. 7).

Закон тем самым создает предпосылки для возможности дачи экспертами объективных, непредвзя-

² Оказание воздействия на эксперта относится к преступлениям против правосудия. К их числу относятся:

– посягательство на жизнь эксперта либо его близких в связи с производством предварительного расследования, рассмотрением дел в суде, совершенное в целях воспрепятствования законной деятельности эксперта либо мести за такую деятельность (ст. 295 УК РФ);

– угроза убийством, причинением вреда здоровью, уничтожением или повреждением имущества в отношении эксперта либо его близких в связи с производством предварительного расследования, рассмотрением дел в суде (ст. 296 УК РФ);

– принуждение эксперта к даче заключения или показания путем угроз, шантажа или иных незаконных действий со стороны следователя или дознавателя, а равно другого лица с ведома или молчаливого согласия следователя или дознавателя (ст. 302 УК РФ);

– подкуп эксперта в целях дачи им ложного заключения или ложных показаний (ч. 1 ст. 309 УК РФ);

– принуждение эксперта к даче ложного заключения или к уклонению от дачи показаний, соединенное с шантажом, угрозой убийством, причинением вреда здоровью, уничтожением или повреждением имущества его или его близких (ч. 2 ст. 309 УК РФ).

тых, независимых заключений, которые могут рассматриваться в качестве доказательств по делу, без оказания давления со стороны. Однако на самостоятельность суждений эксперта, на независимость судебной экспертизы в целом влияют многие факторы, и одних лишь процессуальных требований недостаточно.

Эксперт считается независимым априори. Поэтому, когда на практике стороны пытаются организовать проведение “независимой экспертизы” или ходатайствовать о привлечении к производству экспертизы “независимого эксперта” (неофициальное наименование негосударственного эксперта), то лица, занимающие должности экспертов в государственных судебно-экспертных учреждениях (далее — ГСЭУ), стремятся напомнить о “презумпции” своей независимости, руководствуясь тезисом о том, что “эксперт всегда независим, поскольку так записано в законе”³.

Между тем, устанавливая независимость эксперта от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела, Закон № 73-ФЗ не учитывает нахождение эксперта в той или иной мере в зависимости от администрации ГСЭУ, где он работает. Статья 7 этого закона не включает положения о недопустимости воздействия на эксперта (в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц) непосредственно со стороны руководителя ГСЭУ, который по получении постановления о назначении судебной экспертизы поручает ее производство эксперту данного учреждения. Норма, содержащаяся в ст. 14 Закона № 73-ФЗ, о запрете руководителю ГСЭУ давать эксперту указания, предвещающие содержание выводов по конкретной судебной экспертизе, не решает этой проблемы. Устранить данный пробел может внесение соответствующего дополнения в ч. 2 ст. 7 Закона № 73-ФЗ⁴.

Нельзя считать обеспеченной (гарантированной) независимость экспертов, которым поручается проведение судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы (далее — СПЭ) по делу, в котором оспаривается обоснованность ранее вынесенного за-

ключения комиссии того же медицинского учреждения, в котором работают эксперты. Эта проблема особенно актуальна для тех случаев, когда эксперты вынуждены оценивать выводы своих коллег, ограничиваясь лишь анализом представленной на экспертизу медицинской документации без обследования самого лица. В субъектах Федерации одно и то же психиатрическое учреждение нередко выполняет функции и лечебного и экспертного учреждения, имея в своей структуре специализированное отделение СПЭ. В некоторых же регионах СПЭ проводится в общих психиатрических отделениях. Следует также принять во внимание тот факт, что больше половины должностей врачей судебно-психиатрических экспертов занимают совместители. Только в десяти субъектах Федерации СПЭ проводится экспертами, для которых экспертная деятельность является основной⁵.

Указанные обстоятельства учитываются законодателем лишь при формулировании понятия “независимая экспертиза” применительно к такому виду несудебной медицинской экспертизы как военно-врачебная экспертиза. Согласно ч. 7 ст. 61 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ) экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены экспертной комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, проводивших военно-врачебную экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой военно-врачебной экспертизы.

То есть подлинная независимость экспертизы, а, следовательно, и эксперта, может быть достигнута как минимум при условии, если эксперты, проводящие повторную экспертизу по тому же делу, не состоят в штате учреждения, которому было поручено производство первичной экспертизы. Таким принципом следует руководствоваться и при назначении судебной экспертизы и тем более в случаях производства

³ Несмотря на распространенное утверждение о существовании презумпции независимости эксперта, словосочетания “независимая экспертиза” и даже “независимый эксперт” легитимны в различных сферах правоотношений. Эти понятия закреплены в ряде нормативных актов, которые регулируют производство не только несудебных экспертиз (например, ведется государственный реестр независимых экспертов, аккредитованных на проведение антикоррупционной экспертизы), но и экспертиз по запросу следствия, а также органа, производящего подготовку материалов об административном правонарушении (например, независимая идентификационная экспертиза товаров и технологий).

⁴ Часть 2 ст. 7 Закона № 73-ФЗ предлагаем изложить в следующей редакции:

“Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц, а также руководителя государственного судебно-экспертного учреждения в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.”

(См.: Аргунова Ю. Н. Проект федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации” // Медицинская экспертиза и право. 2009, № 2. С. 13)

⁵ Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2009 году: Аналитический обзор. — М.: ФГУ “ГНЦ ССП им. В. П. Сербского”, 2010. С.8 – 9.

СПЭ, в которых объектом исследования является правильность действий (решений) самих медицинских работников, администрации учреждения, имеющего в своей структуре специализированное отделение СПЭ.

Обсуждение вопроса о независимости эксперта всегда носило преимущественно теоретический характер, и его результаты оказывались неспособными повлиять на правоприменительную практику. Так продолжалось до тех пор, пока этот вопрос не стал предметом рассмотрения Европейского Суда по правам человека в **Постановлении от 11.12.2008 г. по делу “Шулепова против России”**.

Обстоятельства дела.

В начале февраля 1999 г. В. А. Шулепова пожаловалась врачу К. на соседей, которые, якобы, подвергли ее электромагнитному облучению, пытались заразить ВИЧ-инфекцией, создавали шум, протечки и подвергали ее пытке многими другими способами. Она угрожала облить их кислотой.

10 февраля 1999 г. Шулепова была освидетельствована комиссией в составе двух психиатров и трех врачей общего профиля городской медицинской ассоциации. Комиссия заключила, что Шулепова страдает параноидным расстройством личности с галлюцинаторной симптоматикой и агрессивностью, представляет опасность для себя и окружающих. В тот же день она была помещена в психиатрическую больницу.

12 февраля 1999 г. Шулепова была освидетельствована комиссией врачей-психиатров, которые поставили ей диагноз “инволюционный параноидный психоз” и заключили, что она нуждается в недобровольном лечении. В тот же день больница обратилась в суд за дачей санкции на недобровольную госпитализацию Шулеповой.

16 февраля 1999 г. суд вынес постановление о временном содержании Шулеповой в стационаре до рассмотрения заявления больницы. Судебное заседание было назначено на 18 февраля 1999 г. Однако, в этот день оно не состоялось. В протоколе указано, что Шулепова не может назначить представителя в связи с серьезным психическим расстройством.

26 марта 1999 г. Шулепова дала согласие на лечение и оставалась в больнице до 21 апреля 1999 г.

13 мая 1999 г. дело было прекращено, поскольку больница отозвала из суда свое заявление.

После выписки из больницы Шулепова обратилась в прокуратуру с жалобой на незаконную госпитализацию. В ответе начальника отдела областной прокуратуры от 1 февраля 2000 г. признавалось, что с 16 по 26 марта 1999 г. Шулепова незаконно содержалась в больнице без судебной санкции; были указаны меры по устранению подобных ситуаций. Позднее районный суд уведомил прокуратуру о том, что примет меры по соблюдению сроков рассмотрения заяв-

лений больниц и исключению подобных нарушений в будущем.

Тем временем, 21 февраля 2000 г. Шулепова предъявила иск к врачу К. и психиатрической больнице о компенсации морального вреда. Она оспаривала выводы медицинских комиссий от 10 и 12 февраля 1999 г., утверждая, что не страдала психическими заболеваниями, и необходимость в недобровольном лечении отсутствовала. Она также утверждала, что её содержание под стражей было незаконным как не основанное на судебном решении. Представитель больницы пояснил, что выводы врачей в отношении психического состояния истицы были правильными, а её недобровольная госпитализация — законной и просил суд отклонить иск в полном объеме.

22 июня 2000 г. районный суд установил, что отсутствуют основания для того, чтобы ставить под сомнение выводы медицинских комиссий, и что содержание Шулеповой под стражей было законным.

25 октября 2000 г. областной суд отменил решение районного суда и направил дело на новое рассмотрение на том основании, что суд первой инстанции оставил без внимания критику истицы выводов медицинских комиссий от 10 и 12 февраля 1999 г. и не удостоверился в том, была ли её госпитализация оправданной её психическим состоянием.

31 мая 2001 г. районный суд назначил Шулеповой СПЭ, поручив её проведение больнице, действия которой Шулепова оспаривала. Перед экспертами были поставлены вопросы: были ли правильными выводы медицинских комиссий от 10 и 12 февраля 1999 г. и требовало ли психическое состояние Шулеповой в феврале 1999 г. её недобровольной госпитализации.

30 июля 2002 г. эксперты исследовали медицинскую карту Шулеповой и, в частности заключения от 10 и 12 февраля 1999 г., и установили, что выводы, содержащиеся в этих документах, являются правильными, и что недобровольная госпитализация Шулеповой была оправданной с учетом её тяжелого психического состояния в феврале 1999 г.

Шулепова оспорила выводы экспертного заключения. Она утверждала, что эксперты не были объективными, поскольку являлись сотрудниками больницы, в которую она была госпитализирована, и просила суд отклонить это заключение.

15 января 2003 г. районный суд отклонил иск Шулеповой. Со ссылкой на медицинские заключения от 10 и 12 февраля 1999 г. и заключение экспертов от 30 июля 2002 г. суд указал, что госпитализация Шулеповой была необходимой, поскольку она представляла опасность для окружающих и для себя самой. Суд установил, что экспертное заключение от 30 июля 2002 г. является допустимым доказательством, поскольку эксперты были предупреждены об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Кроме того, комиссия, подготовившая заключение от 30 июля 2002 г., не включала психиатров, ос-

видетельствовавших Шулепову 12 февраля 1999 г. В отношении законности содержания Шулеповой под стражей с 10 по 26 марта 1999 г., суд указал, что судья дал санкцию на пребывание Шулеповой в стационаре на срок, необходимый для рассмотрения в суде заявления больницы о недобровольной госпитализации. Заявление не было рассмотрено в течение 5 дней, поскольку в связи со своим психическим состоянием Шулепова не могла участвовать в судебном заседании или назначить представителя, участие которого было обязательным. Поскольку постановление суда о госпитализации не было отменено или изменено, и больница не имела права освободить Шулепову в нарушение постановления, суд полагает, что при данных обстоятельствах больница не несет ответственность за недобровольную госпитализацию Шулеповой до 26 марта 1999 г.

Шулепова обжаловала решение суда, указав в частности, что эксперты, давшие заключение от 30 июля 2002 г., являлись пристрастными.

2 апреля 2003 г. областной суд оставил решение без изменения, найдя его законным и обоснованным. Что касается экспертов, суд указал, что решение было основано не исключительно на выводах экспертов от 30 июля 2002 г., оно подкреплялось также иными доказательствами.

Шулепова подала жалобу в ЕСПЧ и выиграла дело. Суд присудил заявительнице 4.000 евро.

ЕСПЧ в своем Постановлении признал, что имелись достоверные и объективные медицинские данные о том, что Шулепова являлась “душевнобольной” в значении подпункта (е) п. 1 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее — Конвенция), что характер и степень её психического расстройства оправдывали её недобровольную госпитализацию, а также, что нет оснований полагать, что Шулепова содержалась в больнице дольше, чем требовало её состояние.

Вместе с тем, ЕСПЧ установил, что в деле имело место нарушение:

1) п. 1 ст. 5 Конвенции в связи с незаконностью содержания Шулеповой под стражей.

ЕСПЧ исследовал вопрос о том, была ли Шулепова лишена свободы “в порядке, установленном законом” в контексте п. 1 ст. 5 Конвенции⁶. ЕСПЧ напомнил, что это указание в значительной степени отсылает к национальному законодательству; тем самым подчёркивается необходимость соблюдения по-

⁶ Согласно п. 1 ст. 5 Конвенции “каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность, Никто не может быть лишён свободы иначе как в следующих случаях и в порядке, установленном законом...”.

В соответствии с подпунктом (е) п. 1 ст. 5 “законное задержание душевнобольных” приравнивается к лишению свободы.

рядка, предусмотренного этим законодательством. В свою очередь национальное законодательство само должно соответствовать Конвенции, включая общие принципы, выраженные или подразумеваемые в ней. Понятие, лежащее в основе этого условия, относится к справедливой и надлежащей процедуре, а именно мера, лишаящая лица свободы, должна приниматься и исполняться надлежащим органом и не быть произвольной. Поскольку согласно п. 1 ст. 5 Конвенции несоблюдение законодательства страны влечет нарушение Конвенции, ЕСПЧ полномочен осуществлять проверку такого соблюдения.

Шулепова в недобровольном порядке содержалась в психиатрической больнице с 10 февраля по 26 марта 1999 г. До 16 февраля 1999 г. судебное решение о ее содержании под стражей не принималось, а после этой даты она содержалась под стражей временно по постановлению районного суда. ЕСПЧ оценил законность содержания Шулеповой под стражей в течение этих двух периодов.

Что касается *первого* периода, ЕСПЧ отмечает, что Шулепова была госпитализирована 10 февраля 1999 г. после того, как медицинская комиссия заключила, что она нуждается в недобровольном стационарном лечении. Через два дня больница обратилась в суд за санкцией на недобровольную госпитализацию. Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) обязывает суд, принимающий это заявление, вынести постановление о временном содержании под стражей немедленно. Однако суд вынес такое постановление только 16 февраля, т.е. 4 дня спустя. Правительство России не представило объяснения такой задержке. Отсюда следует, что *содержание Шулеповой под стражей, по крайней мере, с 13 по 16 февраля 1999 г. не соответствовало порядку, установленному национальным законодательством.*

В отношении *второго* периода, ЕСПЧ отмечает, что 16 февраля 1999 г. суд вынес постановление о временном содержании под стражей Шулеповой, санкционирующее недобровольную госпитализацию на срок, необходимый для рассмотрения заявления больницы. Согласно ст. 34 Закона о психиатрической помощи суд был обязан рассмотреть заявление о недобровольной госпитализации в течение 5 дней с момента его получения. В настоящем деле заявление больницы не было рассмотрено вообще.

ЕСПЧ ранее устанавливал нарушение п. 1 ст. 5 Конвенции в аналогичном деле “Ракевич против России”, в котором заявление больницы о недобровольной госпитализации не было рассмотрено в предусмотренный Законом 5-дневный срок. ЕСПЧ признал, что это упущение делало содержание Ракевич под стражей незаконным. ЕСПЧ не усмотрел причин для отхода от этого заключения в настоящем деле. Его не убедил довод Правительства России о том, что постановление о временном содержании под стражей от 16

февраля представляло собой достаточное правовое основание для содержания Шулеповой под стражей до 26 марта. Постановление от 16 февраля имело предварительный характер и не сопровождалось процессуальными гарантиями. В частности, оно было вынесено судом в отсутствие Шулеповой или её представителя. Его действие ограничивалось 5 днями, и его цель заключалась в установлении срока для подготовки к судебному заседанию и внимательного рассмотрения заявления больницы с участием обеих сторон. Таким образом, оно могло служить основанием для содержания Шулеповой под стражей только в течение 5 дней после его вынесения. Правительство России не указало какого-либо правового положения, которое допускало бы содержание Шулеповой под стражей после его истечения. Отсюда следует, что *содержание Шулеповой под стражей по истечении 5-дневного срока, установленного ст. 34 Закона о психиатрической помощи, и до 26 марта 1999 г. не имело правовой основы согласно национальному законодательству.*

В отношении довода Правительства России о том, что заявление о недобровольной госпитализации не могло быть рассмотрено из-за тяжелого психического состояния Шулеповой, которое препятствовало её участию в судебном заседании или назначению представителя, ЕСПЧ отмечает, что Закон о психиатрической помощи учитывает ситуации, в которых лицо является слишком больным для того, чтобы участвовать в заседании. Закон не разрешает суду откладывать заседание на неопределенный срок, как это было сделано в деле Шулеповой, но обязывает его обеспечить назначение представителя и провести заседание в помещении больницы. *Национальными властями не соблюдена процедура, предусмотренная Законом о психиатрической помощи.*

2) *п. 1 ст. 6 Конвенции* в связи с несправедливостью разбирательства спора о гражданских правах и обязанностях Шулеповой независимым и беспристрастным судом.

ЕСПЧ вначале дал оценку вопросу о том, затрагивало ли данное разбирательство гражданские права Шулеповой в контексте п. 1 ст. 6 Конвенции. Ранее ЕСПЧ уже устанавливал, что разбирательство по поводу проверки законности содержания под стражей “душевнобольного” лица определяет его гражданские права, что п. 1 ст. 6 Конвенции в его гражданско-правовом аспекте применим к разбирательству таких дел, поскольку “право на свободу является гражданским правом”. В настоящем деле Шулепова просила суд о признании её содержания в психиатрической больнице незаконным. Следовательно, рассматривался вопрос о её гражданском праве на свободу.

ЕСПЧ рассмотрел вопрос о том, делало ли назначение экспертами сотрудников больницы, выступавшей в качестве ответчика, разбирательство несправедливым вопреки требованиям п. 1 ст. 6 Конвенции.

ЕСПЧ напомнил, что особенности назначения экспертов имеют значение при оценке соблюдения принципа равенства сторон. Сам факт того, что эксперты являются сотрудниками одной из сторон, не является достаточным для признания разбирательства несправедливым. Хотя этот факт может вызвать подозрение относительно нейтральности экспертов, его значение не является решающим. Требования беспристрастности и независимости, воплощенные в ст. 6 Конвенции, как указал ЕСПЧ, не относятся к экспертам. Решающее значение имеют: положение, которое занимают эксперты на всем протяжении разбирательства, способ исполнения ими своих обязанностей и способ оценки судом экспертного заключения. При установлении процессуального положения эксперта и его роли в разбирательстве следует учитывать, что мнение, высказанное назначенным судом экспертом, обычно имеет существенное значение для оценки судом вопросов, относящихся к компетенции эксперта.

Ранее в аналогичном деле “Сара Линд Эггертсдоттир против Исландии” ЕСПЧ установил нарушение п. 1 ст. 6 Конвенции в связи с несоблюдением принципа равенства сторон, приняв во внимание три фактора: характер вопросов, поставленных перед экспертами, иерархическое положение экспертов в больнице-ответчике и их роль в разбирательстве, в частности значение, которое придавал суд их заключению. В отношении первого фактора ЕСПЧ указал, что эксперты должны были содействовать суду при определении ответственности их работодателя. Что касается второго фактора, ЕСПЧ отметил, что начальники экспертов занимали по данному вопросу ясную позицию, отрицая ответственность больницы. Это могло вызвать обоснованные опасения по поводу того, что эксперты не будут действовать с надлежащей нейтральностью. По третьему фактору ЕСПЧ установил, что мнение, высказанное экспертами, имело решающее значение для разбирательства. Он заключил, что в результате назначения сотрудников ответчика в качестве экспертов, игравших важную роль в разбирательстве, заявительница оказалась в неравном положении с больницей-ответчиком вопреки принципу равенства сторон.

В настоящем деле Шулепова предъявила иск к больнице, в которой она недобровольно содержалась в качестве “душевнобольной”. Она оспаривала диагноз, поставленный психиатрами больницы, и их выводы относительно необходимости её госпитализации. Суд привлёк психиатров, работающих в той же больнице, в качестве экспертов, призванных оценить правильность выводов своих коллег. Отклоняя иск Шулеповой, суд в значительной степени руководствовался их мнением.

Эксперты, являясь сотрудниками больницы-ответчика, имели общую обязанность подчинения и лояльности по отношению к работодателю. Им было предложено оценить точность диагноза, поставлен-

ного их коллегами, и проверить их вывод о необходимости недобровольной госпитализации Шулеповой. Таким образом, им было поручено проанализировать исполнение обязанностей своими коллегами с целью оказания содействия суду при определении ответственности их работодателя. С учетом того, что представитель больницы ясно выразил позицию больницы, согласно которой выводы врачей в деле Шулеповой были правильными, и что её требования являются необоснованными, подозрения Шулеповой относительно нейтральности экспертов могут считаться объективно оправданными.

В отношении роли экспертов в разбирательстве дела ЕСПЧ отмечает, что основной вопрос в данном деле заключался в том, были ли правильными выводы медицинских комиссий от 10 и 12 февраля 1999 г. о необходимости недобровольной госпитализации Шулеповой. Поскольку она оспаривала эти выводы, суд назначил экспертизу для их проверки. Не имея медицинской подготовки, судьи были вынуждены придавать существенное значение мнению экспертов по вопросу, определявшему исход разбирательства. По сути, экспертное заключение было единственным доказательством, подтверждающим точность диагноза, поставленного 10 и 12 февраля 1999 г. Отсюда следует, что эксперты играли преобладающую роль в разбирательстве.

ЕСПЧ также принял к сведению, что больница-ответчик была не единственным учреждением, специалисты которого обладали необходимыми знаниями для проведения экспертизы Шулеповой. Суд мог получить экспертные заключения психиатров, работавших в иных психиатрических учреждениях области или иных регионов России. Соответственно, препятствий для привлечения независимых экспертов не имелось.

Наконец, притом, что Шулепова не была лишена права привлечь эксперта по своему выбору, процессуальное положение последнего, с позиций ЕСПЧ, не было бы равным положению экспертов, назначенных судом. Заключение экспертов, назначенных судом, которые по природе своего статуса предполагались нейтральными и беспристрастными помощниками суда, должны были иметь большее значение для оценки суда, чем мнение эксперта, привлеченного стороной.

ЕСПЧ заключил, что, *назначив сотрудников ответчика в качестве экспертов, суд поставил Шулепову в значительной степени неравноправное положение по отношению к ответчику-больнице. Таким образом, принцип равенства сторон не был соблюден.*

На наш взгляд, огромное значение и интерес в этом деле представляет **“Совпадающее особое мнение” судьи ЕСПЧ Малинверни**, также проголосовавшего за признание нарушения п. 1 ст. 6 Конвенции. Он отмечает, что после сделанного в

Постановлении вывода о том, что требования независимости и беспристрастности, воплощенные в ст. 6 Конвенции, применяются только к судьям, а не к экспертам, мотивировочная часть Постановления основывается всецело на принципе равенства сторон, в связи с чем ЕСПЧ и сделал указанный выше вывод. Однако, по мнению судьи, при прочтении соответствующих рассуждений, приведенных в Постановлении, складывается впечатление, что подлинная проблема назначения экспертов относится не столько к равенству сторон, сколько к независимости и беспристрастности экспертов, на что фактически указывает использование ЕСПЧ понятия “нейтральность” по отношению к экспертам.

Таким образом, как указывает судья, лично я полагал бы предпочтительным, если бы обоснование развивалось в направлении вопроса *о независимости и беспристрастности экспертов*. Действительно, с точки зрения ст. 6 Конвенции, эти две гарантии распространяются только на судей. Однако в сфере, которая является предметом настоящего дела, заключение экспертов имеет такое значение, что оно практически является обязательным для судьи. Будет ли неразумным требование о том, что эксперт, так же как и судья, должен быть независимым и беспристрастным? — задается вопросом судья Малинверни.

Итак, доводы ЕСПЧ доказывают тот факт, что российский законодательство, судебная и экспертная практика не обеспечивают соблюдение принципа независимости эксперта, который напрямую соотносится с принципом независимости судьи, гарантированным ст. 120 Конституции РФ, ст. 8 ГПК РФ, что в итоге не отвечает требованиям европейской Конвенции.

Пути решения проблемы

Первый из них подсказан самим ЕСПЧ, он касается *стадии назначения экспертизы*. По делам, в которых оспаривается медицинское заключение, обжалуются действия медицинских работников, производство СПЭ следует поручать экспертному учреждению, не находящемуся в составе психиатрического учреждения — ответчика по данному делу. Если в регионе нет другого психиатрического учреждения, имеющего специализированное отделение СПЭ, экспертиза должна проводиться в ГСЭУ, обслуживающем другие территории, либо в негосударственной⁷ судебной-экспертной организации. Такая экспертиза может

⁷ Негосударственным коммерческим и некоммерческим экспертным организациям, отдельным экспертам, обладающим специальными знаниями, проведение судебной экспертизы по гражданским делам поручается по 25,8 % дел (Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам. Утвержден Президиумом Верховного Суда РФ 14 декабря 2011 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2012, № 3).

быть поручена также лицам, не работающим в судебно-экспертном учреждении, в т.ч. сотрудникам научно-исследовательского учреждения, вуза, иной организации, обладающим специальными знаниями⁸.

Второй путь относится к *стадии производства экспертизы*. В случае, если эксперту все же поручено производство СПЭ по “врачебному” делу, и он не находит в себе готовности представить объективные выводы по причине нахождения в служебной (или иной) зависимости от учреждения (должностного лица, членов комиссии), являющегося стороной в деле, ему следует заявить самоотвод до начала производства экспертизы, руководствуясь положениями ст. 16, 18 и 19 ГПК РФ либо ст. 70 и 61 УПК РФ. К “иной” зависимости в данном случае можно отнести, например, зависимость “от своего круга”⁹, обусловленную сложившимися отношениями между коллегами в своей профессиональной среде. Часть 2 ст. 18 Закона № 73-ФЗ обязывает эксперта при наличии оснований, предусмотренных процессуальным законодательством, немедленно прекратить производство экспертизы. Если же эксперт уже приступил к производству СПЭ и, будучи независимым в своих суждениях, не согласен с мнением других членов экспертной комиссии, находящихся под посторонним влиянием, он должен дать отдельное заключение на основании ч. 2 ст. 22 Закона № 73-ФЗ.

ЕСПЧ в своем Постановлении увязывает свои выводы с тем значением, которое имеет для суда заключение экспертов по конкретному делу, а также со способом его оценки. В российской судебной практике заключение СПЭ остаётся доминирующим доказательством, предопределяющим исход любого дела, независимо от степени обоснованности заключения, а его оценка судом исчерпывается универсальным для таких случаев выражением: “оснований не доверять экспертным выводам у суда нет”.

Поэтому **третий** путь решения проблемы связан со *стадиями исследования и оценки заключения эксперта*. На наш взгляд, он должен заключаться:

- в недопущении порочной практики, при которой суд не исследует и не оценивает заключение эксперта;
- в признании права сторон привлекать по своей инициативе специалиста для оказания им помощи в исследовании экспертного заключения в суде;
- в придании заключению (разъяснениям, пояснениям, консультации, показаниям) специалиста статуса полноправного доказательства по делу¹⁰;
- в недопущении отказа со стороны суда в допросе специалиста, явившегося для дачи показаний и др.¹¹

Принципы состязательности и равноправия сторон должны реализовываться и в части регулирования вопросов использования при производстве по делу специальных знаний.

Необоснованными в этой связи представляются шаги законодателя по сокращению прав граждан при назначении и производстве СПЭ. Так, ст. 62 нового Закона № 323-ФЗ исключила норму о праве гражданина или его законного представителя ходатайствовать перед органом, назначившим СПЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия. Данная норма, содержащаяся в ч. 3 ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, несмотря на сопротивление ГСЭУ, применялась при назначении СПЭ по уголовным и гражданским делам, она позволяла в большей мере обеспечить объективность, полноту и всесторонность экспертных исследований, независимость экспертных комиссий.

Понятно, что достижение абсолютной независимости эксперта в условиях реального социума — задача трудновыполнимая. Но из этого не следует, что к ней нет смысла стремиться. В действительности объективность экспертизы держится на личных качествах эксперта и его руководителей, их совестливости и порядочности.

⁸ См. п. 5 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 21 декабря 2010 г. № 28 “О судебной экспертизе по уголовным делам”

⁹ Это выражение введено в оборот А. Семячковым, заместителем начальника по экспертной работе ГУ Тюменской области “Областное бюро судебно-медицинской экспертизы”.

¹⁰ Пункт 3 принципа 18 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденных Резолюцией Генеральной ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46/119, предусматривает право лица и его адвоката “запросить и представить во время любого слушания независимое психиатрическое заключение и любые другие заключения, а также письменные и устные доказательства, которые относятся к делу и являются приемлемыми.

¹¹ См. подробнее: Аргунова Ю. Н. Применению специальных знаний в судопроизводстве — четкое правовое регулирование // Новая юстиция, 2009, № 2. С. 55 – 61.

Право граждан на получение информации о состоянии здоровья может оказаться под угрозой нарушения

А. Г. Устинов

Проводится юридико-технический анализ ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, обосновывается необходимость внесения изменений в настоящую статью. Обращается внимание на необходимость скорейшего принятия Министерством здравоохранения РФ нормативного правового акта, устанавливающего основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них.

Ключевые слова: информация о состоянии здоровья, медицинские документы, пациент.

Поспешность, с которой принимался Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ), может сыграть злую шутку при реализации гражданином принадлежащего ему конституционного права на получение информации, в данном случае, права на получение информации о состоянии его здоровья. Часть 1 ст. 22 Закона № 323-ФЗ устанавливает, что каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Между тем, как это следует из ч. 2 ст. 22, юридическая обязанность по предоставлению указанной выше информации о состоянии здоровья возникает только по отношению к лицам, обладающим статусом пациента.

В ч. 4 и 5 ст. 22 правом непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья, а также правом получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов наделены исключительно пациенты и их законные представители. В соответствии с п. 9 ст. 2 Закона № 323-ФЗ пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. Таким образом, если гражданин после выписки из психиатрической больницы вновь обратится туда, но не за оказанием ему психиатрической помощи, а с целью получения информации о состоянии его здоровья, либо отражающих его состояние здоровья медицинских документов (их копий), ему в этом должно быть отказано согласно ст. 22 Закона № 323-ФЗ, т.к. он не обладает статусом пациента.

В то же время Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан

дан при ее оказании” (ст. 9) наделяет врачей-психиатров лишь правом, а не обязанностью предоставлять гражданину сведения о состоянии его психического здоровья и об оказанной ему психиатрической помощи. К тому же данный Закон распространяется на граждан при оказании им психиатрической помощи (ч. 1 ст. 3).

Более того, закрепляя за пациентом и его законным представителем право на получение информации о состоянии здоровья, законодатель в ч. 2 и 3 ст. 3 Закона № 323-ФЗ устанавливает правило, в соответствии с которым нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам указанного Федерального закона. В случае же наличия такого несоответствия должны применяться нормы последнего.

Не ясно, чем руководствовался федеральный законодатель, резко ограничивая круг лиц, которым может быть предоставлена информация о состоянии здоровья и, тем самым, нарушая единство и взаимосвязь правовых норм, содержащихся в ст. 22 Закона № 323-ФЗ (ч. 1 не согласуется с ч. 2, 3, 4 и 5). Утратившие силу Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (ст. 31) в качестве субъекта права на получение информации о состоянии здоровья признавали не пациента, а гражданина как наиболее универсальную правовую категорию.

Следует также отметить, что в Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (утверждены Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17.12.1991 г. № 46/119) особо оговаривается, что правом на доступ к информации обладают не только пациенты, но и *бывшие* пациенты психиатрических учреждений (Принцип 19). Данные Принципы являются общепризнанными в современных демократических государствах.

В случае если ст. 22 Закона № 323-ФЗ будет истолковываться в правоприменительной практике как предоставляющая право на получение информации о

состоянии здоровья исключительно пациенту или его законному представителю, она может быть проверена в рамках конституционного судопроизводства на предмет соответствия Конституции РФ, в частности, ее статьям 19 (ч. 2), 29 (ч. 4), 55 (ч. 3).

С учетом изложенного, считаем необходимым рекомендовать федеральному законодателю внести изменения в ч. 2 – 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ, заменив слово “пациент” на слово “гражданин” в целях гарантирования каждому права на получение информации о состоянии его здоровья.

Однако это еще далеко не полный перечень проблем, связанных с реализацией гражданами их права на получение информации о состоянии здоровья. Так, граждане, обратившиеся на основании ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ с письменным заявлением о предоставлении им медицинских документов (их копий) и выписок из них, рискуют получить неправомерный отказ в предоставлении им такого рода документированной информации в связи с отсутствием (!) нормативного правового акта, устанавливающего основания, порядок и сроки предоставления таких документов. Часть ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ содержит правовую норму, носящую бланкетный характер, реализация которой поставлена в зависимость от принятия соответствующего нормативного правового акта Ми-

нистерством здравоохранения РФ. Однако данный нормативный правовой акт до сих пор не принят.

Право гражданина на получение информации о состоянии здоровья по своей природе является конституционным и гарантируется ч. 4 ст. 29 Конституции РФ. В силу ст. 18 Конституции РФ права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. В соответствии с ч. 1 ст. 15 Конституции РФ Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции РФ.

Таким образом, отсутствие нормативного правового акта, устанавливающего основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них, должно компенсироваться прямым действием Конституции РФ, а также тем обстоятельством, что право гражданина на получение информации о состоянии здоровья является непосредственно действующим, в силу чего гражданину не может быть отказано в предоставлении по его письменному заявлению медицинских документов (их копий) и выписок из них лишь по причине отсутствия механизма реализации данной нормы.

11-ый конгресс

Всемирной ассоциации психосоциальной реабилитации

10 – 13 ноября 2012 г., Милан, Италия

www.wapr2012.org

Международный конгресс

Всемирной психиатрической ассоциации

БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ: ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

27 – 30 октября 2013 г., Вена, Австрия

www.wpaic2013.org

Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права, 2012, № 1

В. В. Мотов (Тамбов)

На мой взгляд, наиболее интересной в первом номере Журнала является статья Питера Эша (Peter Ash, MD) — адъюнкт-профессора психиатрии и поведенческих наук, руководителя отделов детской и подростковой психиатрии и психиатрии и права в университете Эмори, Атланта. Название ее: **“Но он знал, что это было противозаконно: Оценивая виновность подростков” (But He Knew It Was Wrong: Evaluating Adolescent Culpability)**.

Вина — континуум, где дети, нарушившие уголовный закон, как правило, рассматриваются как неответственные, а взрослые обычно презюмируются ответственными в полной мере. Подростки (автор относит к ним несовершеннолетних в возрасте от 13 до 17 лет) занимают положение где-то посередине, в “серой зоне”, при этом часто неясно, виновен ли подросток “чуть менее” или “значительно менее” взрослого, обвиняемого в подобном же преступлении.

Автор идентифицирует ряд важных моментов, имеющих отношение к проблеме виновности подростков. Так, по его мнению, специалистами в области этики пока что сделано очень мало для инкорпорации вопросов развития подростка в этическую теорию виновности. Далее, до сего времени отсутствуют общепринятые надежные показатели для измерения ряда характеристик, имеющих отношение к поведению подростка (например, незрелости). Наконец, даже допуская, что мы способны точно определить вину подростка, вопрос о юридически разумной степени смягчения наказания остается неясным. “Например, — пишет автор, — даже если подросток достаточно импульсивен, он наверняка знает, что жестокое убийство недопустимо и с правовой, и с моральной точек зрения. Хотя его несовершеннолетие предотвращает применение к нему смертной казни, гораздо менее ясна степень снижения небезупречности поведения, которая бы препятствовала назначению наказания в виде пожизненного тюремного заключения”.

Следует также иметь в виду, что во многих штатах формулы невменяемости не содержат волевого компонента, когнитивный же компонент сформулирован, обычно, таким образом, что для соответствия ему правонарушитель должен находиться в выраженном психотическом состоянии. Поскольку психозы у подростков встречаются гораздо реже, чем у взрослых,

лишь очень незначительное число подростков-правонарушителей с психическими расстройствами могут быть признаны невменяемыми при существующих условиях.

Автор отмечает также, что виновность — важный, но не единственный фактор, учитывающийся при назначении наказания. Наказание имеет несколько целей: возмездие, устрашение, лишение возможности совершать преступления, реабилитация. Из них лишь возмездие, воздаяние имеет отношение к вине. Два подростка могут быть в равной степени виновны в совершении преступления, но наказаны по-разному, если, например, один более податлив лечению, чем другой.

До появления первого в США суда по делам несовершеннолетних в штате Иллинойс правонарушители 14 лет и старше были судимы в судах для взрослых и несли ответственность наравне со взрослыми. Закон штата Иллинойс 1899 г., установивший юрисдикцию судов по делам несовершеннолетних над подростками младше 16 лет, адресовался главным образом преступлениям небольшой степени тяжести и имел целью не наказание, но реабилитацию. К концу 1920-х гг. большая часть подростков в США, вне зависимости от степени тяжести совершенных ими преступлений, проходила через суды для несовершеннолетних.

Как отмечает автор, с течением времени практика таких судов стала все более смещаться от реабилитации к наказанию. Причина — нараставший пессимизм в отношении реабилитации. Более того, резкий рост подростковой преступности в конце 1980-х — начале 1990-х гг. заставил многие штаты облегчить возможность рассмотрения дел несовершеннолетних преступников в уголовных судах для взрослых, где применялись “взрослые” стандарты виновности и назначались “взрослые” наказания за “взрослые” преступления.

В юридической системе тема виновности подростков получила наибольшее внимание в делах, где рассматривался вопрос о применении смертной казни в отношении несовершеннолетних. В 1988 г. Верховный Суд США решил, что смертная казнь для подростков до 16 лет является жестоким и необычным наказанием, в 2005 г. — что применение смертной казни

в отношении несовершеннолетних антиконституционно, в 2010 г., — что неконституционным является и пожизненное тюремное заключение без права на досрочное освобождение подростков, совершивших любые преступления, за исключением убийств. При этом Суд, как указывает автор, основывал свой анализ уменьшенной виновности подростков преимущественно на трех особенностях подросткового возраста: (1) незрелости с импульсивностью, (2) уязвимости в отношении факторов внешней среды, (3) незаконченном формировании характера.

Автор далее подробно рассматривает каждую из этих особенностей, для начала же формулирует вопрос: “Насколько более импульсивны и агрессивны подростки, как класс, в сравнении со взрослыми?” И находит на него ответ в докладе (2001 г.) главного врача службы здравоохранения США, согласно которому к 17-летнему возрасту от 30 до 40 % подростков мужского пола и от 16 до 32 % — женского совершили хотя бы одно серьезное правонарушение, связанное с применением насилия.

При этом лишь 20 % таких подростков, становясь взрослыми, продолжают совершать преступления. Следовательно, как замечает автор, повышенная агрессивность/сниженный самоконтроль для большинства подростков — феномен, связанный с взрослением, и ограничен во времени. Он также приводит ряд данных, показывающих, что у несовершеннолетних, которые продолжают совершать преступления и после достижения совершеннолетия, отмечается отличная от типичной траектория развития в подростковом возрасте: их импульсивность и неспособность контролировать собственную агрессию в течение этого времени не только не уменьшается, как это обычно имеет место, но увеличивается.

Автор обращает внимание на ряд характеристик, отличающих правонарушения подростков и взрослых. Он, в частности указывает, что период начала серьезных насильственных преступлений приходится преимущественно на подростковый возраст (пик — на 15 – 16 лет), лишь немногие начинают преступную карьеру взрослыми. Подростки совершают преступления, как правило, группой, тогда как взрослые — в одиночку. Совершаемые несовершеннолетними преступления характеризуются большей импульсивностью, поскольку в группе принимаются более рискованные решения, и давление со стороны членов группы уменьшает самоконтроль подростка.

Автор далее подробно останавливается на проводившихся в 1980 – 1990 гг. исследованиях процесса принятия решений несовершеннолетними. Первая волна таких исследований касалась изучения способностей принимать правовые решения вне сферы уголовной ответственности (согласие на оказание медицинской помощи, выбор, с кем из родителей остаться в ситуации их гипотетического развода и ряд др.). Исследователи, как правило, фокусировались на когни-

тивных факторах, необходимых для дачи информированного согласия: способность понимать предъявляемую информацию и адекватно взвешивать последствия своего решения. Полученные результаты наводили на мысль, что процесс принятия решений у 15-летних подростков не имеет существенных отличий от такового у взрослых (у подростков 13 – 14 лет способность принимать адекватные решения была заметно хуже). Эти данные были использованы для доказательства необходимости расширения прав подростков старше 14 лет, в особенности, получения права на прерывание беременности без уведомления или согласия родителей.

Резкий рост подростковой преступности в США в конце 1980-х — начале 1990-х гг. (с 1984 по 1993 гг. количество убийств, совершаемых несовершеннолетними, увеличилось более чем на 200 %) вызвал серьезную обеспокоенность в обществе. В результате законодатели почти повсеместно существенно облегчили возможность рассмотрения дел несовершеннолетних, совершивших серьезные преступления, в судах для взрослых, где подростки получали более суровое наказание. Для тех, кто протестовал против подобной практики, результаты упомянутых выше исследований представляли проблему: если когнитивные процессы у 15-летних, по существу, не отличаются от таковых у взрослых, тогда принимаемое 15-летним подростком решение совершить преступление не свидетельствует о незрелости такой степени, которая являлась бы основанием для смягчения уголовной ответственности.

Между тем, как указывает автор, в последние 10 – 15 лет было проведено значительное количество исследований, расширивших понимание психосоциальной незрелости подростков (одной из сторон которой является отношение к риску и податливость давлению сверстников). Примерно в это же время в результате использования суперсовременных визуализационных техник исследования мозга были получены данные, заставившие пересмотреть прежние представления о том, что развитие мозга, по существу, завершается к пубертатному возрасту. Было показано, что развитие продолжается на протяжении не только всего подросткового периода, но и на ранних этапах зрелого возраста, и области мозга, подвергающиеся в это время наибольшим изменениям, являются теми самыми, которые, как полагают, ответственны за переработку социальной информации, контроль импульсов, принятие рисков и формирование решений. Эти данные обеспечивают биологическую основу для доказательства, что подростки менее зрелы, чем взрослые, и заставляют более критично взглянуть на сформировавшуюся в 1980 – 90 гг. гипотезу об отсутствии заметных различий в процессе принятия решений взрослыми и подростками 15-летнего возраста.

Обсуждая тему уязвимости несовершеннолетних в отношении факторов внешней среды, автор замечает, что социально-экономическая депривация, проживание в районе с высоким уровнем преступности, воспитание в семье, где господствует атмосфера насилия, традиционно связывались с более высоким риском вовлечения в преступное поведение. В то же время, ссылки взрослого обвиняемого на указанные обстоятельства, как правило, не ведут к смягчению наказания (исключение составляет ситуация, когда речь идет о назначении смертной казни). Как указывает автор, с практической точки зрения такие обстоятельства — часто встречаются у столь многих осужденных, что использование их в качестве средства смягчения наказания подорвало бы презумпцию автономии. Многие взрослые, воспитанные в подобных условиях, не вовлекаются в противоправное поведение. Ключевой здесь является мысль, что зрелый человек может дистанцироваться от подобных обстоятельств.

В отличие от взрослого, многие факторы окружающей среды, как указывает автор, находятся вне контроля подростка, он не может их изменить. Как правило, ему не дано самостоятельно выбрать, где и с кем жить, в какой школе учиться, изменить экономические условия своей семьи и т.д. Взрослый может иметь практические, но не правовые ограничения на изменение этих обстоятельств, несовершеннолетний же не имеет законных средств сделать это.

Как отмечает автор, одно из обстоятельств, находящихся в причинной связи с подростковой преступностью — относительная легкость доступа к огнестрельному оружию. Значительный рост числа убийств, совершаемых американскими подростками в начале 1990-х гг., рассматривается как следствие повышения частоты применения ими огнестрельного оружия. Более частое ношение огнестрельного оружия несовершеннолетними оправдывается ими, как средство повышения личной безопасности, и очень немногие, даже из числа делинквентных подростков, носят с собой оружие специально для цели совершения преступления. Создается порочный круг: больше подростков носит оружие — оно чаще используется — более опасными становятся улицы — больше подростков носит оружие с целью защиты. В случае ссоры наличие оружия под рукой значительно повышает риск его применения. Автор приводит слова одного из исследователей проблемы (D. Elliott, 1994), заметившего, что повысилась не частота, а летальность подростковой агрессии.

Автор обращает внимание, что влияние внешней среды имеет наибольшее значение в плане возможного уменьшения ответственности в тех случаях, когда поступки, рассматриваемые обществом как противозаконные, не считаются таковыми в среде, где подросток живет. В “уличном кодексе” проявление неуважения требует ответа в виде насилия. В суб-

культуре, где насилие не только допускается и оправдывается, но и несет адаптивную функцию, оно не воспринимается как неправильное, неправильным считается закон, запрещающий насилие.

Как отмечает автор, некоторые правоведы придерживаются теории, согласно которой виновное поведение человека обычно вытекает из его характера, потому в ситуации, когда правонарушение “не отражает характер” человека, виновность должна уменьшаться.

Автор обращает внимание на два различных значения словосочетания “поведение, не отражающее характер”. В первом — это поступки, не соответствующие нашим знаниям и ожиданиям в отношении данного человека. Подобное может объясняться тем, что человек, например, находился в ситуации выраженного стресса, подвергся насилию или страдал от кратковременного психического расстройства и т.д. Именно этот смысл, по мнению автора, имеют в виду указания Федерального руководства по назначению наказания, позволяющие смягчать наказание за поступки, которые представляют собой заметное отклонение от поведения во всех других отношениях законопослушного обвиняемого (подобное возможно, однако, лишь для ненасильственных преступлений).

Между тем для большинства подростковых правонарушений объяснение противоправного поведения, как действий, “не вытекающих из характера”, не принимается во внимание. Автор объясняет это следующим образом: средний подросток-правонарушитель ко времени первого ареста, как правило, уже совершил многочисленные правонарушения, прошедшие незамеченными, и данные об арестах составляют лишь верхушку айсберга противоправного поведения. Лишь незначительная часть подростков начинает свою делинквентную карьеру с насильственных преступлений. Изнасилование или вооруженное ограбление почти всегда являются финальными точками в эволюции правонарушений от мелких магазинных краж, умышленной порчи имущества, к более серьезным кражам, незаконному употреблению наркотиков и алкоголя, к нападению при отягчающих обстоятельствах, и наконец, к вооруженному ограблению и изнасилованию. Автор поддерживает точку зрения, что несмотря на имеющиеся исключения, как например, убийство члена семьи, массовые убийства в школе или агрессия в психотическом состоянии, в большинстве случаев противоправное поведение подростка соответствует его характеру.

Второй смысл выражения “поведение, не отражающее характер” заключается в следующем: т.к. характер несовершеннолетнего находится в процессе формирования и не устанавливается до периода взрослости, сегодняшние противоправные действия подростка не являются отражением его будущего характера. Одно из существенных отличий 15-летнего правонарушителя от взрослого с

аналогичным уровнем психосоциальной зрелости состоит в том, что в ближайшие несколько лет личность подростка изменится, а взрослого останется сравнительно стабильной.

Далее автор пускается в довольно сложно построенную дискуссию с теми, кто обосновывает уменьшенную ответственность подростков несформированностью их характера.

Здесь хочу отвлечься на минуту и обратить внимание на следующее обстоятельство. Никогда специально не занимаясь я темой разграничения характера и личности, но, читая психиатрическую англоязычную литературу, неоднократно обращал внимание, что там, где британские или американские коллеги используют термин “характер”, российские психиатры говорили бы скорее о “личности”, там, где отечественные психиатры употребили бы термин “характер”, англоязычные коллеги говорят о “темпераменте”.

Итак, автор начинает с цитат из работы Blustein (1985): “Понятие ответственности концептуально связано с наличием эго-идентичности” (подростки менее ответственны, потому что их идентичность не полностью сформирована), и Scott and Steinberg (2003): “Противозаконное деяние правонарушителя-подростка вырастает не из позиций и ценностей, являющихся частью его установившейся индивидуальности, как личности, другими словами, его преступление — не есть выражение его плохого характера, более того, оно вообще выявляет не “характер”, но что-то другое — в данном случае — связанную с развитием незрелость”. Автор далее отмечает, что Верховный Суд США, как представляется, поддержал такую точку зрения в деле *Roper v. Simmons* (2005), отметив, что характер подростка сформирован не настолько полно, как взрослого, что личностные характеристики подростков более преходящи, менее фиксированы, и подростки находясь в процессе обретения собственной индивидуальности, а потому меньше оснований утверждать, что жестокое преступление несовершеннолетнего является доказательством его неисправимо дурного характера.

Представив точку зрения, что виновность подростков должна быть меньше из-за того, что характер их не установился, автор указывает на трудности, с которыми она, по его мнению, неизбежно сталкивается. “Я не думаю, что большинство англоговорящих согласятся, что подросток не имеет характера”, — пишет автор. Кроме того, отвлечение внимания от виновности за совершенное преступление и привлечение его к вопросу о том, насколько более морально зрелым человек, вероятно, будет в определенном периоде времени в будущем, представляется сомнительным делом. По мнению автора, это то же самое, как если бы правонарушителя с расстройством в виде множественной личности признали бы уменьшено — виновным лишь на том основании, что в будущем, он, вероятно, станет действовать как другая личность.

Человек, указывает автор, не менее виновен за преступление, совершенное вчера, из-за того, что он усвоил урок и менее вероятно, что он совершит такое же преступление завтра. И когда сравниваем двух взрослых правонарушителей с психическими расстройствами, то тот, чье расстройство поддается лечению, не менее виновен, чем другой, с резистентным к лечению расстройством, несмотря на то, что имеется большая вероятность, что состояние первого в будущем изменится, а второго останется прежним. Моральная ответственность отражает поступки человека, убеждения и общее состояние в период совершения действия и не зависит от возможных будущих событий. То, что у подростка, по сравнению со взрослым, меньше жизненного опыта и он менее нравственно развит, имеет отношение к обсуждавшейся выше незрелости, а не к характеру.

Автор отмечает сложность и на сегодняшний день недостаточную ясность взаимоотношений между психической болезнью и делинквентным поведением. У многих подростков — правонарушителей обнаруживаются признаки, соответствующие диагнозу поведенческого расстройства, но поскольку в качестве симптомов поведенческого расстройства обозначены кражи, ложь и серьезные нарушения правил и норм, такой диагноз мало что объясняет. Однако даже если исключить поведенческие расстройства, более 60 % подростков в местах лишения свободы имеют тот или иной психиатрический диагноз, что в три раза выше показателя в общей популяции. Серьезное психическое заболевание давно рассматривается как смягчающий виновность фактор, вследствие того, что оно ухудшает качество суждений, повышает агрессивность и импульсивность и замедляет консолидацию здоровой идентичности.

В заключении автор указывает, что при оценке виновности подростка должны рассматриваться следующие факторы: понимание противозаконности деяния, способность сообразовывать свое поведение с установлениями закона, уровень агрессии и импульсивности, степень незрелости (IQ, чувство времени, податливость давлению сверстников, склонность к риску, способность к сопереживанию), соответствие поведения характеру подростка, обстоятельства внешней среды, нормы, существующие в группе сверстников, к которой принадлежит подросток, степень полноты развития личности, наличие психического расстройства, реакция на совершенное правонарушение.

Вторая статья, на которую хочу обратить внимание, называется: **“Рассказание подсудимого, потребность тронуть чувства и решения присяжных” (Defendant Remorse, Need for Affect, and Juror Sentencing Decisions)**. Авторы: Emily P. Corwin, BA, Robert J. Cramer, PhD, Desiree A. Griffin, PhD, Stanley L. Brodsky, PhD — соответственно: научный сотрудник в университете штата Луизиана, препода-

ватель клинической психологии в университете Sam Houston, штата Техас, психолог в Институте психического здоровья Южной Вирджинии, профессор психологии в университете штата Алабама.

Как отмечают авторы, несмотря на важность раскаяния подсудимого на стадии вынесения приговора, существует очень небольшое количество эмпирических данных относительно природы раскаяния и механизмов, с помощью которых устанавливается связь между раскаянием и приговором. Изучая вербальные и невербальные проявления раскаяния подсудимого и их влияние на решения присяжных в экспериментальных условиях (функции присяжных выполняли 206 студентов факультета психологии одного из южных университетов США, средний возраст — 18,5 лет, 85 % — белые, 66,5 % — женского пола), авторы намеревались восполнить существующий пробел.

Определяя раскаяние как моральное и эмоциональное страдание человека, возникающее вследствие совершенного им правонарушения, авторы отмечают также, что ряд исследователей рассматривают раскаяние как форму самонаказания. Проявление раскаяния отличается от извинения тем, что первое обычно выражается поступками, а второе — преимущественно словами. От того, как присяжные интерпретируют знаки раскаяния подсудимого, может зависеть его судьба. Авторы ссылаются на работу Robinson et al (1994), где было показано, что когда в процессе исследования в копию протокола судебного заседания вводились признаки раскаяния подсудимого (слезы, удрученное выражение лица, опущенные углы рта, взгляд в пол, закрывание руками лица, поза печали, дрожащий голос), участники исследования, выполнявшие роль присяжных, воспринимали подсудимого как более раскаивающегося.

По мнению авторов, словесное выражение раскаяния может включать такие фразы, как : “Извините”, “Мне так неловко”, “Я чувствую себя ужасно”, или просто “Виноват”. Оно может также присутствовать в предложении помощи пострадавшему и просьбе о прощении. По-видимому, вербальные и невербальные выражения раскаяния воздействуют на наблюдателей по-разному. Проведенные ранее исследования, как указывают авторы, наводят на мысль, что невербальные знаки раскаяния более важны в смысле формирования впечатления и соответствующих эмоций.

В проведенном авторами исследовании разделенным случайным образом на четыре группы “присяжным” (студенты-психологи) демонстрировались четыре 5-минутные видеозаписи, в которых подсудимый, признанный виновным в убийстве и ожидающий приговора (роль подсудимого исполнял профессиональный актер), проявлял или не проявлял вербальные или невербальные признаки раскаяния. В одном случае “подсудимый” приносил глубокие извинения за то, что лишил жизни человека и причинил боль и страдания другим людям (вербальные знаки

раскаяния), в другом — извинялся лишь перед своей семьей и сожалел о собственных упущенных возможностях (отсутствие вербальных признаков раскаяния). Слушая инструкции судьи присяжным, “подсудимый” проявлял невербальные знаки раскаяния (плакал, смотрел в пол, понуро опустив голову, сжимал руки), либо демонстрировал их отсутствие (скулчал, улыбался, передавал записки адвокату). Те из “присяжных”, кому демонстрировался ролик с невербальными знаками раскаяния, оценивали “подсудимого” как наиболее раскаивающегося. В ситуации, где вербальное и невербальные признаки не соответствовали друг другу, “присяжные” придавали больший вес невербальным признакам раскаяния.

Авторы также обращают внимание на результаты, кажущиеся на первый взгляд парадоксальными: вербальное поведение, не свидетельствующее о раскаянии, соответствовало более мягким приговорам. Одно предлагаемое авторами возможное объяснение этому — “присяжные” в эксперименте воспринимали совпадение вербальных и невербальных знаков раскаяния как проявление неискренности подсудимого и потому считали, что преступник будет неподатлив реабилитационным мероприятиям, станет вновь совершать преступления, потому выбирали более жесткое наказание. Другое вероятное объяснение — “присяжные” воспринимали раскаяние как искреннее даже и при соответствии вербальных знаков невербальным, но не придавали значительного веса раскаянию в своих решениях о назначении наказания. В поддержку такого объяснения авторы ссылаются на публикацию Heise and Thomas(1989), где было показано, что люди оценивают эмоции и роли или статус других людей как нечто связанное. Если это так, то подсудимый, даже выражающий искреннее раскаяние, мог рассматриваться “присяжными” как “слишком плохой”, чтобы облегчить ему наказание.

Bornstein et al (2002) описывали гражданские дела, где истцу назначалась большая компенсация ущерба при выражении ответчиком большего раскаяния. Как полагают авторы, возможно, та же тенденция относительно раскаяния и принятия на себя вины имеет место и в уголовных делах. “Присяжные”, видя выражаемое обвиняемым вербальное и невербальное раскаяние, могли полагать, что он не только виновен, но и заслуживает возмездия.

“Присяжные”, как представляется, относились с большим доверием к умеренному уровню раскаяния: слишком малое раскаяние могло восприниматься ими как неэмоциональное и не оказать влияния на приговор, слишком выраженное — ощущаться как намеренно преувеличенное, неискреннее, и также не приниматься во внимание в качестве обстоятельства, смягчающего наказание.

Авторы обращают внимание, что в ситуации, когда речь шла о возможности выбора “присяжными” наказания в виде смертной казни, она назначалась

реже всего в тех случаях, когда “подсудимый” не проявлял признаков словесного раскаяния, но обнаруживал признаки невербального раскаяния. Таким образом, замечают авторы, возможно, наиболее эффективный способ для обвиняемого в преступлении, за которое может быть назначена смертная казнь, избежать такого наказания — произвести впечатление раскаивающегося, но избегать извинений.

В заключении авторы указывают на обстоятельства, ограничивающие возможность экстраполяции полученных ими результатов. В частности, они отмечают, что выборка была сформирована из университетской популяции, которая в сравнении с общей характеризуется более высоким социально-экономическим статусом и меньшим представителем социальных меньшинств. Средний возраст представителей выборки чуть выше 18 лет, в то время как реальные присяжные часто много старше. Концептуальным ограничением исследования является то, что изучение раскаяния находится в начальной фазе своего концептуального развития в научной литературе.

“Намеренное проглатывание и введение инородных объектов: судебная перспектива” (Intentional Ingestion and Insertion of Foreign Objects: A Forensic Perspective) — публикация, которая может представить особый интерес для коллег, работающих в пенитенциарных учреждениях, судебно-психиатрических экспертных отделениях и психиатрических стационарах, осуществляющих принудительное лечение. Автор — Carolina A. Klein, MD, судебный психиатр в клинике Джорджтаунского университета и больнице Св. Елизаветы, Вашингтон, округ Колумбия.

Как отмечает автор, недавно опубликованный обзор положения дел в американской тюремной системе показывает, что ежегодно около 2 % заключенных вовлечены в самодеструктивное поведение, включая намеренное проглатывание или внедрение в свое тело инородных объектов, причем в некоторых учреждениях строгого режима или специализированных блоках для нарушителей тюремного режима подобные события — ежедневная практика. Velitchkov NG et al (1996), анализируя данные о 542 “глотателях” инородных объектов, обнаружили, что 69,9 % из них составляли заключенные. Между тем, как указывает автор, достоверные данные о частоте и распространенности данного феномена среди пациентов психиатрических стационаров и судебно-психиатрических учреждений отсутствуют.

Анализируя практику намеренного проглатывания или введения (внедрения) в свое тело инородных объектов, автор отмечает необходимость обращать внимание на часть тела, через которую вводится инородный объект, характер объекта(ов), его(их) количество, мотивы, лежащие в основе подобного поведения и наличие какого-либо психического расстройства.

Что касается глотания инородных объектов, то слово “глотание”, думаю, не нуждается в определе-

нии. “Внедрение” инородного объекта в данном контексте определяется как его введение через естественные отверстия тела (нос, ухо, уретру, вагину, прямую кишку), кожу, а также в глазницу, грудь, живот или таз. Автор отмечает, что в последнее десятилетие увеличилось число случаев введения инородных тел в уретру (чаще практикуют мужчины (1,7:1)). В то же время имеются сообщения о большей частоте внедрения инородных тел сквозь кожу женщинами, чем мужчинами.

Согласно приводимым автором сведениям, наиболее часто проглатываемыми объектами являются зубные щетки, ручки, карандаши, ложки, батарейки, лезвия бритвы, куски стекла, скрепки. Сообщается о случае проглатывания 71 металлического объекта, включая гаечный ключ, металлические пружины и лезвие бритвы, а также 206 свинцовых пуль большим шизофренией. В одном из сообщений описывается психиатрическая пациентка, проглотившая множество гвоздей, иголок, булавок, перед тем как совершить суицид путем самоповешения. В другом — указывается, что американский серийный убийца Hamilton Howard “Albert” Fish ввел себе 29 иголок сквозь кожу в область таза между прямой кишкой и мошонкой.

Побудительные причины подобного поведения особенно важны в случаях, когда речь идет об обдуманном решении проглатывать или вводить в свое тело инородные предметы. Например, медная проволока может вводиться в уретру как для целей сексуального удовлетворения, так и в попытках избавиться от имеющихся патологических изменений в мочеиспускательном канале. При этом, как отмечает автор, аутоэротизм и сексуальное наслаждение — основная движущая сила во многих случаях уретрального, вагинального и ректального введения инородных объектов.

Введение инородных тел через кожу рассматривается автором как важный показатель вероятного самодеструктивного поведения и наличия тесно связанной с таким поведением психопатологии. Описанные в литературе случаи свидетельствуют о частом выявлении расстройств личности и актуализации подобного поведения в периоды эмоциональных кризисов.

Как указывает автор, лица, незаконно транспортирующие наркотики, нередко вводят пакеты с кокаином или опиумом в вагину или прямую кишку, либо проглатывают их. В тюремных условиях заключенные намеренно проглатывают инородные объекты с целью добиться перевода в больницу. В то же время, важно исключить все другие возможные мотивы, в том числе, психопатологические, подлинное намерение причинить себе вред, совершить суицид.

Автор, обращая внимание, что не каждый случай проглатывания или введения инородного объекта ассоциируется с наличием какого-либо психического расстройства, замечает, что в необходимых случаях важно быстро оценить имеющиеся психиатрические

проблемы и обеспечить необходимое психиатрическое лечение для предотвращения рецидива подобного поведения. У психотических пациентов, глотающих инородные объекты, отмечается высокая вероятность повторения подобного поведения и большое количество проглатываемых предметов. Сообщения о случаях глотания или введения инородных объектов часто отражают наличие расстройств настроения, главным образом, депрессивного спектра. В то же время масштабное изучение распространенности расстройств настроения у пациентов, глотающих или внедряющих в свое тело инородные объекты, до настоящего времени, по имеющимся у автора данным, не проводилось.

У пациентов с выраженными расстройствами личности повторное проглатывание или введение инородных объектов обычно расценивается как разновидность провоцирующего или парасуицидального поведения. Личностные характеристики таких пациентов, как правило, включают в себя, потребность обратить на себя внимание, низкую переносимость фрустрации, зависимость от других и импульсивность со склонностью к причинению вреда самому себе.

Автор отмечает, что парорексия, встречающаяся наиболее часто среди детей, может наблюдаться и у взрослых, в таких случаях она обычно ассоциируется с другими психическими расстройствами, такими как отставание в психическом развитии, аутизм, шизофрения.

Автор напоминает, что хотя проглатывание либо введения в тело инородных объектов — гораздо менее распространенный способ лишения себя жизни, чем, например, с помощью огнестрельного оружия или путем самоповешения, важно помнить о нем, как о возможном “мотиваторе” описываемого феномена. В США ежегодно регистрируется примерно 1500 смертей в результате проглатывания инородных тел. По данным автора, в 80 – 90 % случаев проглатывание инородного объекта заканчивается самопроизвольным его выходом через ЖКТ. 10 – 20 % требуют неоперативного вмешательства (эндоскопия) и лишь менее чем в 1 % случаев необходимо хирургическое вмешательство из-за непроходимости кишечника, перфорации или кровотечения. Области физиологических сужений или резких изгибов ЖКТ — потенциальные места обструкции или перфорации.

Рассматривая тактику ведения пациента, проглотившего инородный объект, автор указывает, что следует учитывать тип объекта, его размер, форму, количество, состав, положение в ЖКТ, время, прошедшее с момента проглатывания и наличие осложнений. В случаях проглатывания наркокурьерами упаковок с наркотиками (чаще всего речь идет о кокаине), появление признаков кокаинового отравления из-за нарушения целостности упаковки или непроходимости кишечника оправдывает неотложное хирургическое вмешательство. В большинстве случаев при отсутствии симптомов такие пациенты ведутся консерватив-

но, находясь под наблюдением, пока упаковка с наркотиком движется по ЖКТ.

Автор указывает на необходимость в дополнение к назначенному медицинскому обследованию выявлять возможные психиатрические последствия введения инородных объектов внутрь тела. Результатом неадекватной оценки вероятности самодеструктивного поведения или суицидальных намерений могут стать обвинения врача в оказании субстандартной медицинской помощи. Автор подчеркивает, что оценка риска причинения повреждений самому себе должна быть введена в качестве стандартной практики ведения подобных пациентов.

Как отмечает автор, в некоторых исследованиях сообщается о задержке во вмешательстве в случаях проглатывания или введения инородных объектов из-за отсутствия согласия пациентов, в особенности, когда дело касается пациентов психиатрических стационаров. Поскольку некоторые из пациентов не могут информативно рассказать о проглатывании инородных предметов в силу возраста, интоксикации или психического расстройства, важно наличие эффективных способов распознавания и локализации инородных объектов в теле. Ручные детекторы металла и рентгенография являются предпочтительными в сравнении с инвазивными способами, такими как непосредственное обследование полостей тела, поскольку не создают у пациента ощущения вторжения в его интимную сферу и не оставляют впечатления нарушения неприкосновенности личности. В то же время важно иметь в виду присущие неинвазивным методам ограничения. Основной недостаток детекторов металлов — распознавание лишь тех инородных предметов, которые имеют металлические компоненты. Рентгенологическое исследование позволяет выявить и локализовать лишь непрозрачные для рентгеновских лучей объекты, и связано с подверганием пациента воздействию ионизирующей радиации. При неэффективности указанных методов, автор рекомендует обращаться к эндоскопии. В большинстве случаев вопрос о том, следует ли удалять инородный объект, является вопросом клиническим, а не юридическим и решается на основании клинической оценки состояния пациента. Однако, как и любая другая медицинская процедура, удаление инородного объекта требует информированного согласия пациента. Единственное исключение — неотложные случаи с непосредственной угрозой для жизни больного.

Конфиденциальность — фундаментальный принцип этики отношений врач-пациент. Автор обращает внимание, что при случайном обнаружении врачом инородных объектов в теле пациента-заключенного в процессе рутинного его обследования в условиях тюрьмы, принцип сохранения конфиденциальности оказывается под угрозой. В данном случае врач сталкивается с вопросом, сообщать ли об обнаружении инородного тела администрации учреждения. Суще-

ствующие в данной юрисдикции или учреждении нормативные документы могут помочь врачу принять решение. В отсутствие таких документов врач, как отмечает автор, должен полагаться на профессиональную медицинскую этику. Основные факторы, которые в данном случае следует рассматривать — имеется ли какая-либо необходимость для медицинского вмешательства и является ли инородный объект предметом контрабанды, который может представлять опасность для пациента или других людей. Если такой опасности нет, автор полагает, что обязанность врача сохранять конфиденциальность может перевесить потребность в сообщении об обнаружении инородного объекта.

Отмечая, что вопрос конфиденциальности приобретает особое значение при лечении лиц, перевозящих наркотики в ЖКТ и полостях своего тела, автор ставит ряд вопросов. В частности, что делать с наркотиком после извлечения хирургическим путем, в особенности, если данное лицо не находится под стражей? Сохранить терапевтический альянс с пациентом или действовать как агент государства? Должен ли врач вернуть наркотики пациенту, как их “законному владельцу” и рисковать навлечь на себя обвинение в участии в незаконном обороте наркотиков? Или он обязан передать наркотики представителям правоохранительных органов и нарушить конфиденциальность? В некоторых учреждениях, как указывает автор, существуют специальные инструкции в отношении того, как поступать с конфискованными наркотиками. Процессы может включать использование службы безопасности больницы для конфискации наркотиков и аптеки, куда они могут быть переданы. При возникновении сомнений автор рекомендует психиатру консультироваться с больничным юристом и больничным комитетом по этике.

“Диссоциативное расстройство [личностной] идентичности [расстройство в виде множественной личности] в зале суда” (Dissociative Identity Disorder in the Courtroom) — статья, в которой авторы (Marina Nakic, MD, PhD, Paul Thomas, JD — соответственно судебный психиатр и преподаватель психиатрии и права в медицинской школе Йельского университета) пытаются оценить значение для судебной психиатрии вынесенного в 2010 г. Верховным судом штата Вирджиния решения по делу Orndorff v. Commonwealth, 691 S. E.2d 177 (Va. 2010).

Goering Orndorff вступила в брак в 1993 г. К 2000 г. ее отношения с мужем ухудшились. Подозревая его в неверности, Orndorff обратилась за консультацией к юристу, специализирующемуся на расторжении браков. Она также сказала матери своего мужа, что скорее хотела бы видеть его мертвым, чем оставившим ее ради другой женщины. Слова эти не встретили свекровь, интерпретировавшую их как доказательство любви невестки к мужу. 20 марта 2000 г. Orndorff сделала два телефонных звонка: один — ад-

вокату (другу семьи), другой — в службу 911, сообщив, что она застрелила своего мужа после того, как тот пытался напасть на нее с ножом и бейсбольной битой. В разговоре с оператором службы 911 Orndorff была то спокойна и адекватна, то дезориентирована и возбуждена. Прибывшая на место преступления полиция обнаружила тело мужа Orndorff на полу в кухне с пятью огнестрельными ранами, в одной руке — нож, в другой — бейсбольная бита. Orndorff была арестована, и ей было предъявлено обвинение в умышленном убийстве и использовании огнестрельного оружия при совершении преступления. По ходатайству адвоката защиты Orndorff до суда была обследована двумя специалистами в области психического здоровья, которые, отметив у нее наличие склонности диссоциировать свои эмоции и поступки, в то же время указали, что пациентка не страдает каким-либо психическим расстройством, которое могло бы поддержать защиту от уголовного наказания на основании невменяемости. Присяжные признали Orndorff виновной. В тюрьме ее психическое состояние ухудшилось. Судья, сомневаясь, что она сможет полноценно участвовать в судебном процессе на стадии вынесения приговора, назначил обследование для установления способности Orndorff предстать перед судом. Было дано заключение о ее неспособности участвовать в судебном процессе. Orndorff была направлена в психиатрическую больницу штата, где находилась около 8 мес. В процессе пребывания в больнице “все возрастающее число альтернативных личностей демонстрировало себя различным профессионалам [в области психического здоровья]”. Эксперты по диссоциативному расстройству личностной идентичности, с которыми консультировалась больница, диагностировали у Orndorff это расстройство, однако, другие специалисты, включая тех, кто наблюдал пациентку 8 месяцев в стационаре, не были согласны с данным диагнозом. В конце концов, способность пациентки предстать перед судом была восстановлена, судебное разбирательство перешло на стадию вынесения приговора, и суд разрешил Orndorff представить жюри диагноз диссоциативного расстройства личностной идентичности в качестве смягчающего наказание фактора. Суд также выслушал показания экспертов. В дополнение к этому присяжные услышали, что Orndorff пыталась подкупить свидетеля для того, чтобы он дал ложные показания, что муж Orndorff применял к ней физическое насилие, и что Orndorff говорила сокамернице, что она, утверждая о наличии у нее многих альтернативных личностей, намеренно вводит врачей в заблуждение. Судебные эксперты указали на манипуляции с предметами на месте совершения преступления, что противоречило утверждению подсудимой о действиях в целях самозащиты. Поведение подсудимой в суде изменялось от нормального до эксцентричного, в зависимости от того, в чью пользу складывалась судебная

ситуация. Присяжные приговорили Orndorff к 32 годам тюрьмы за убийство и дополнительно к 3 годам за использование огнестрельного оружия.

Последовала серия апелляций, закончившаяся решением Верховного суда штата Вирджиния, что апелляционный суд штата правомерно отклонил ходатайство Orndorff о новом рассмотрении дела вследствие представления ею доказательств о диагностировании у нее диссоциативного расстройства личностной идентичности.

Обсуждая дело Orndorff, авторы отмечают, что за последние несколько десятков лет обвиняемые пытались использовать расстройство в виде множественной личности — диссоциативное расстройство личностной идентичности — в качестве основы для защиты на основании невменяемости в разных случаях: от управления автомобилем в состоянии интоксикации до убийства. Защита от уголовного наказания на основании наличия у правонарушителя диссоциативного расстройства личностной идентичности необычна, поскольку обвиняемые утверждают, что в их физическом теле находится более, чем одна полностью сформированная личность, и что уголовно-наказуемое деяние совершено деструктивной альтернативной личностью, о чьих действиях доминирующая личность либо имеет очень ограниченные сведения, либо не знает вовсе. Применение традиционных правил уголовной ответственности к таким случаям представляет значительные трудности. Как указывают авторы, в настоящее время в американской юридической системе отсутствует общее согласие в отношении того, в какой степени лица с диссоциативным расстройством личностной идентичности могут или должны нести ответственность за свои действия. Суды, восприимчивые к такой диагностической конструкции, используют один из трех подходов для оценки уголовной ответственности в подобных случаях. В первом случае оценивается психическое состояние той альтернативной личности, которая контролировала поступки человека в период совершения правонарушения. Во втором — психическое состояние каждой из имеющихся альтернативных личностей, в третьем — психическое состояние “личности-хозяйки” в отношении ее способности оценивать характер и качество или противозаконность действий альтернативной(ых) личности(ей), контролируемой(ых) “личностью-хозяйкой”. Среди прочих трудностей, правовая система вынуждена иметь дело с потенциально противоречащими друг другу показаниями экспертов в области психического здоровья и противоречивым отношением психиатрического сообщества в целом к данному диагнозу. Авторы отмечают, что задача “легализации” диссоциативного расстройства личностной идентичности осложняется трудностями надежной его диагностики. Отсутствие согласия в отношении клинического содержания таких терминов, как “личность” или “личностное состояние” и наблюдае-

мых и поддающихся количественному определению феноменов приводит к тому, что клиницисты диагностируют диссоциативное расстройство личностной идентичности, не имея четко сформулированных руководящих указаний.

Авторы пишут, что теоретики в области судебной психиатрии и психологии значительно расходятся в своих мнениях в отношении того, какая из личностей несет бремя уголовной ответственности. Некоторые высказывают точку зрения, что лица с подобным расстройством, как правило, не ответственны за свои преступления. Другие полагают, что фундаментальный недостаток диссоциативного расстройства личностной идентичности — возвышение личностных состояний до статуса личности. Поскольку только личность может совершить преступление, они утверждают, что суды впадают в ошибку, пытаясь определить, кому назначить ответственность за преступление — контролирующей поведение альтернативной личности “личности-хозяйке” или всем имеющимся альтернативным личностям.

По мнению авторов, вынесенное в 2010 г. решение Верховного суда штата Вирджиния по делу Orndorff, в котором отмечается, что “эксперту не удалось “обосновать фундамент для утверждения”, что Orndorff была лишена психической возможности контролировать или ограничивать действия ее “альтернативных” личностей” вносит еще больше неясности в ситуацию. Неясности, потому что подразумевается существование теста (а его нет), с помощью которого можно было бы показать наличие или отсутствие контроля со стороны “личности-хозяйки” за поведением альтернативных личностей.

Заключительная статья обзора — **“Если опасен, степень опасности может не иметь отношения к делу” (Once Found Dangerous, “How Dangerous” May Be Irrelevant)**. Авторы: Joseph T. Smith, MD и Kevin V. Trueblood, MD, соответственно судебный психиатр и преподаватель психиатрии и права в Йельском университете.

В деле State v. Fuller-Balletta, 996 A.2d 133 (R.I. 2010) Верховный суд штата Род-Айленд обратился к апелляционной жалобе подсудимой Tonya Fuller-Balletta, признанной невменяемой, где утверждалось, что оценка лечащим психиатром и психиатром-экспертом в суде степени ее риска для общества как “низкой или низкой/умеренной”, свидетельствует о том, что она не является опасной для общества, и судья допустил ошибку, направив ее в психиатрический стационар.

Tonya Fuller-Balletta страдала биполярным расстройством, в последнее время ее психическое состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали психотическая симптоматика и поведенческие нарушения. 29 октября 2004 г., когда полицейский пытался произвести арест Fuller-Balletta согласно имевшемуся у него ордеру, она стала выкрикивать бранные руга-

тельства, а затем вместе с двумя своими дочерьми (12 и 13 лет) принялась пинать и бить кулаками полицейского, вынудив последнего скрыться в патрульной машине и вызвать помощь. Тем временем Fuller-Balletta и ее дочери, вооружившись ножами, забаррикадировались в своем доме и подожгли кровать в спальне. После безуспешных переговоров полицейская группа выбила дверь, ворвалась в дом, потушила пожар и эвакуировала Fuller-Balletta и дочерей из наполненной дымом комнаты. Одна из девочек получила тяжелые ожоги и отравление продуктами горения и через месяц умерла в больнице. Fuller-Balletta была обвинена в убийстве дочери, но будучи найдена неспособной предстать перед судом, направлена в психиатрический стационар для лечения. Через полтора года ее способность участвовать в судебном процессе была восстановлена. В мае 2007 г. суд признал ее невменяемой и направил в психиатрический стационар “для наблюдения и обследования в отношении того, представляет ли она опасность”. Закон штата Род-Айленд требует после решения вопроса об опасности невменяемого лица либо оставить его в психиатрическом стационаре (в случае признания опасным), либо выписать (при отсутствии признаков опасности). После соответствующего обследования в суд было представлено психиатрическое заключение, и состоялось отдельное судебное слушание по вопросу опасности Fuller-Balletta для окружающих. В психиатрическом заключении было указано, что у пациентки отмечается состояние полной ремиссии, и что вероятность, что она может причинить вред другим, находясь под наблюдением по месту жительства, является низкой.

При этом также отмечалось, что при отсутствии наблюдения за пациенткой по месту жительства, имела бы вероятность причинения ей серьезного вреда и хотя такая “вероятность была бы низкой или низкой/умеренной, но оставление ее без наблюдения представляло бы риск”. Судья решил, что имеются ясные и убедительные доказательства, что по причине наличия у Fuller-Balletta психического заболевания ее пребывание в обществе при отсутствии внешнего контроля создало бы вероятность причинения серьезного вреда, и оставил пациентку в психиатрическом стационаре. Пациентка обжаловала решение в Верховном суде штата, утверждая, что выявленная экспертом “низкая или низкая/умеренная вероятность” причинения ей серьезного вреда ниже предусмотренной законом (“существенный риск физического вреда”). Верховный суд штата утвердил решение суда первой инстанции о помещении пациентки в психиатрический стационар. Суд отметил, что в законе, на который ссылается пациентка, фраза “вероятность серьезного вреда” определяется как “значительный риск физического вреда” для себя или других и что закон не требует от эксперта устанавливать степень или уровень риска. Суд квалифицировал утверждение пациентки как “в некотором отношении семантическое”, не учитывающее обязанность судьи, решающего вопрос об опасности, рассматривать все имеющиеся материалы, а не один лишь элемент экспертного заключения. Суд также подчеркнул, что опасность — правовая, а не медицинская концепция и показания эксперта не являются здесь определяющим фактором.

**Международный тематический конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
в сотрудничестве с комитетом по биоэтике ЮНЕСКО**

**БОРЬБА С КРИЗИСАМИ И КАТАСТРОФАМИ:
ТРЕБОВАНИЯ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ**

30 сентября – 3 октября 2013 г., Мельбурн, Австралия

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Стремительное упрощение судебной процедуры: судьи отказываются заслушивать специалистов, нарушая УПК

Уже не в первый раз мы сталкиваемся с нарушениями судьями ч. 4 ст. 271 УПК РФ, гласящей: “Суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве свидетеля или специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон”. На этот раз в громком деле об изнасиловании, не только психиатр усмотрел оговор, — четыре ведущих специалиста по судебной медицине засвидетельствовали фальсификацию побоев и изнасилования. Но судья Пресненского суда г. Москвы отказался заслушивать всех пятерых на том основании, что ему и так все понятно.

Еще в 2004 году юрист Центра им. Сербского пытался обосновать, что директор этого Центра вправе не выполнять решение суда (НПЖ, 2005, 2, 67). Недавно пресса сообщила, что судьи не выполняют и решения Верховного суда, а Конституционный суд открыто поставил под сомнение необходимость выполнять решения Европейского суда. Такова общая тенденция развития нашей судебной системы, ставшей чисто декоративной в условиях фактического упразднения разделения властей.

Но вернемся на скромный, но базисный уровень повседневной практики райсудов по делам, где заме-

шаны VIP-персоны. Невооруженным глазом видна двойная бухгалтерия.

Судья Санкт-Петербургского райсуда, отказавшись заслушивать приехавшего специалиста, предоставила возможность организовать очередную судебную психиатрическую экспертную комиссию сплошь из представителей стороны защиты VIP-персоны. В конечном счете, мать лишили детей, опираясь на заключение психиатров, спасавших репутацию Санкт-Петербургского центра судебно-психиатрических экспертиз и опиравшихся на полное доверие к показаниям стороны VIP-персоны в деле А. А. (НПЖ, 2010, 2, 62; 2011, 4, 53).

Судья Костромского суда в громком деле ведущего актера Костромского театра Филиппа Яловеги, явным образом страдавшего сумеречными состояниями сознания, отказался заслушать приехавшего специалиста, а телевизионная программа Малахова превратила жизненную драму в развлекательный спектакль со специально подобранными “экспертами” (НПЖ, 2009, 2, 53; 2009, 4).

Описываемое дело показывает, что московские суды отнюдь не лучше.

Незавидное положение эксперта перед лицом фальсификаций

Установка на то, что эксперт не вправе обсуждать достоверность представленных ему для исследования материалов, обрекает экспертов и специалистов на невольное соучастие в разнообразных манипулятивных изысках самых разных сторон.

Конечно, при судебном разбирательстве прерогатива в использовании таких основных понятий как “преступление”, “невменяемость”, “недееспособность”, “фальсификация” принадлежит судье. Эксперты и специалисты обязаны выражать эти понятия развернутыми профессиональными определениями и анализировать представленные документы.

Представленный здесь пример касается крупного дела, в существо которого я был посвящен после написания своего заключения.

20.02.2012 в течение пяти часов, а на следующий день в течение трех часов я провел в Пресненском суде г. Москвы, но судья, несмотря на активные настояния адвоката, а главное — однозначно четкую

статью УПК — категорически отказался заслушать меня.

На пресс-конференции 10.04.2012, уже после завершения судебного процесса, где И. В. был осужден на 11 лет, четыре специалиста по судебной медицине озвучили свой аспект проблемы на основании предоставленных им материалов. Все они засвидетельствовали грубые противоречия в этих материалах, в частности, фотографиях следов избиений, что позволило им утверждать не только явные признаки фотомонтажа, но даже подрисовку на теле пострадавшей или ее последующее избиение, так как по срокам эти следы должны были иметь совершенно другой цвет, форму и контуры или даже исчезнуть.

Что касается жертвы насилия, А. В., то собранный адвокатом в открытом доступе интернета материал обнаружил, что это известная персона, завсегдатай ночных клубов, ведущая свободный образ жизни, активная участница многочисленных скандалов, при-

влекавшаяся к уголовной ответственности за распространение наркотиков в особо крупных размерах и т.д. По свидетельству Х. — участницы самого начала рассматриваемых событий, происходивших с 2 до 6 часов 12 июня 2007 года, А. В., встретив отказ от предлагаемого ею группенсекса и лесбийских домогательств, предлагала участникам изнасиловать Х. Наконец, фигурировавший в представленных материалах дела отец А. В. оказался вовсе не отцом, а ее сожителем. И т.д. и т.п.

Но все это стало мне известным уже после написания помещаемого ниже “Заключения специалиста”. Теперь мне хороша видна собственная ошибка в том, как либерально я отнесся к несостыковке дат перевода А. В. из одной больницы в другую, списав это на небрежность.

Если в деле А. А. VIP-персона правила бал среди психиатров своего города и в суде, то здесь “VIP-наильник”, как он фигурировал в московской прессе и на ТВ, был осужден на срок больший, чем за убийство, пять специалистов не были заслушаны в суде, а полученные 11 лет были ему предсказаны до развернувшихся событий за то, что он отказался уступить свои акции совладельца крупного банка.

В нашей современной действительности фальсификации распространились не только на медицинскую документацию, расхожим стал метод провокации: теперь подкладывают не только наркотики, патроны, крапленые деньги, но и женщин, хорошо обученных предписанной им роли, содержат штат консультантов всех профессий, оплачивают услуги любого рода. А в особо крупных делах и подбрасывать не надо, — судьи и прочие чиновники сами позаботятся об исполнении любого задания, повторяя сюжеты опер-буфф Маяковского “Баня” и “Клоп”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА

Настоящее заключение составлено 11.08.2011 г., по запросу адвоката Трепашкина Михаила Ивановича

на основании представленных им ксерокопий следующих документов:

1. Объяснения А. И. от 12.06.2007 и 20.06.2007 г.;
2. Протоколы допросов А. И. от 26.06.2007, 10.07.2007 и 02.08.2007 г.;
3. Акт судебно-медицинского исследования от 12.06.2007 – 26.06.2007 г.;
4. Заключение эксперта от 10.10.2007 – 06.11.2007 г.;

для ответа на вопрос: имеются ли основания для назначения судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы в отношении А. И., 1987 г.р., являющейся потерпевшей по уголовному делу, и если да, то какие?

Основанием для настоящего заключения стало обращение адвоката с целью получения мнения специалиста о причинах расхождений в показаниях А. И., 1987 г.р., относительно событий, происшедших с ней ночью 12.06.2007 г. с 02 часов до 06 часов, данных ею несколько раз в тот же день с их изложением 20.06.2007, 26.06.2007 и 10.07.2007 г.

Исследовательская часть

При изучении представленных адвокатом копий материалов уголовного дела были установлены существенные противоречия в показаниях А. И. при описании ею юридически значимых обстоятельств дела.

Во время судебно-медицинского освидетельствования 12.06.2007 (стр. 2) А. И. ограничилась следующим описанием: *“11 июня 2007 г. я договорилась встретиться с молодым человеком по имени Влад. Я познакомилась с ним неделю назад в клубе. Около 00:30 мы встретились в кинотеатре. Когда я пришла, там находился его друг с девушкой. Через некоторое время приехал еще один парень. Мы сидели, общались, выпивали, я выпила около 150 гр. спиртного, не опьянела. Потом один из парней предложил захватить к нему домой, чтобы он переоделся. Затем мы сели в машину и приехали в незнакомое мне место. Когда мы вышли из машины и зашли в подъезд, кто-то затолкнул меня в лифт. Я стала кричать. Лифт остановился на 6 или 7 этаже и парни стали затаскивать меня в квартиру. В квартире парни пытались меня раздеть, я стала сопротивляться и они стали меня бить кулаками по лицу, голове, туловищу. В какой-то момент я упала, и они стали меня бить ногами по телу. Мне кажется, что я потеряла сознание. Я очнулась на кровати, по-моему, в одежде и увидела, что Влад вытирает кровь с пола. Потом ребята потащили меня в ванну и стали поливать холодной водой. Имел ли место половой акт, я точно сказать не могу, так как возможно он был, когда я потеряла сознание. Затем молодые люди стали предлагать мне деньги, я отказалась и ребята выгнали меня из квартиры. Потом я позвонила отцу, и мы обратились в милицию. Из милиции мы обратились в больницу. После случая была тошнота, неоднократная рвота”.*

Но уже спустя неделю эта картина обрастает множеством ярких подробностей и делается не просто совершенно четкой и определенной в отношении изнасилования, но увиденной в деталях, доступных при взгляде со стороны, настолько подробно они проработаны во всех своих особенностях и сложной последовательности действий всех четверых действующих лиц. Неопределенные выражения заменяются четкими. Из показаний от 03.08.2007 (Заключение эксперта, стр. 4): *“Андрей... навалился на меня сверху, руками и ногами раздвинул мои ноги и совершил половой акт во влагалище, с презервативом или без него, я не*

знаю. В этот момент я закричала. Андрей нанес мне сильный удар рукой по голове, и я потеряла сознание. Очнувшись я в ванной, когда Влад мыл мне лицо, а Антон подмывал меня. Я снова закричала. Кто-то из них нанес мне удар по затылку, и я снова потеряла сознание. Очнувшись я уже на кровати. На мне были надеты джинсы и бюстгальтер”.

Многие детали носят совершенно второстепенный характер. Например, “друг Влада стоял рядом с кроватью и наблюдал за происходящим” (из протокола допроса от 10.07.2007, стр. 4, 3-я строка снизу). А вот было ли семяизвержение в рот, она не помнит (Заключение эксперта, стр. 4). И всё это в полном противоречии с собственным самописанием своего состояния 10.07.2007 г. (из протокола допроса от 10.07.2007, стр. 4, 5-я строка сверху): “Я не могла четко наблюдать за происходящим, так как была в стрессовом состоянии от происходящего”. Тем контрастнее на этом фоне выступают разноречия в мелких подробностях, которые всего достовернее и показательнее свидетельствуют о вторичном конструировании происходящих событий, а не пресловутым “оживлении следов памяти”. Это последнее давно оставлено современной психологией. Так А. И. по-разному свидетельствует, что с нее были сорваны не то “блузка и бюстгальтер” (протокол допроса от 26.06.2007, стр. 3), не то “кофта” (из показаний от 03.08.2007 в Заключении эксперта, стр. 4), не то “куртка и футболка” (из протокола допроса от 10.07.2007, стр. 3, 5-я строка снизу). Для женщины это необычно.

Первоначально 12 июня 2007 г., согласно постановлению следователя по поданному заявлению, судмедэксперт отделения судебно-медицинских экспертиз половых состояний Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, после исследования, зафиксированного в тщательном описании в Акте от 26.06.2007, квалифицировал телесные повреждения, а именно кровоподтеки и ссадины на лице и теле А. И. следующим образом:

“1... Вышеуказанные повреждения не вызвали кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности, поэтому согласно положениям “Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью” не расцениваются, как вред здоровью.

2. Каких-либо других телесных повреждений, в том числе в области половых органов и заднепроходного отверстия у А. И. при судебно-медицинском освидетельствовании не обнаружено.

3. У А. И. произведен смыв из области наружных половых органов, взято содержание влагалища, прямой кишки на тампоны, которые вместе с контрольными тампонами в упакованном виде прилагаются к данному “Акту судебно-медицинского освидетельствования”.

4. Ответить на вопрос о возможности причинения телесных повреждений “при указанных обстоятель-

ствах” не представляется возможным, поскольку в постановлении по назначению судебно-медицинского освидетельствования не указаны конкретные обстоятельства, при которых могли бы быть получены эти телесные повреждения.

Примечание: Настоящее заключение дано без учета данных об обследовании А. И. в городской клинической больнице (где, по ее словам, она обследовалась 12.06.2007 г.) в связи с непредоставлением медицинских документов из этого медицинского учреждения”. Экспертиза закончена 26 июня 2007 г.

Спустя 4 месяца, 10 октября 2007 г. (по 06 ноября 2007 г.) опять-таки по постановлению следователя в том же отделении того же учреждения, что и 12 июня, на основании совокупности всей медицинской документации, включая сведения городской клинической больницы г. Москвы от 14 июня 2007 г., областной клинической больницы от 14 июня 2007 г., и поликлиники от 12 июля 2007 г., судмедэксперт в Заключении от 06.09.2007 подтвердил, что “телесные повреждения в области туловища и конечностей у А. И. как в отдельности, так и в совокупности, не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности и **не расцениваются** как вред здоровью”. Однако в качестве основного диагноза эксперт отметил “закрытую черепно-мозговую травму в виде ушиба головного мозга в легкой степени”, которая “повлекла за собой длительное расстройство здоровья на срок свыше 3 недель и по этому признаку расценивается как **вред здоровью средней тяжести**”.

“Каких-либо других телесных повреждений и следов их заживления, в том числе в области половых органов, заднепроходного отверстия, на слизистой в преддверии и в полости рта на момент проведенных 03 августа 2007 г. и 10 октября 2007 г. судебно-медицинских экспертиз не обнаружено, а при проведении 12 июня 2007 г. судебно-медицинского освидетельствования и при осмотре гинекологом городской клинической больницы 12 июня 2007 г. не отмечено”.

На стр. 6 – 9 Заключения эксперта представлена динамика изменения неврологического диагноза от “ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени” до окончательного диагноза “ЗЧМТ, сотрясение головного мозга” в нейрохирургическом отделении больницы г. Москвы (от 12.06 до 14.06.2007 г.) до “ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени с левосторонним гемипарезом”, а затем легкой степени в областной клинической больнице (14.06.2007 – 11.07.2007). На стр. 8 – 9 зафиксировано тяжелое клиническое состояние от 15.06.2007 (слабо контактна, слабо ориентирована, горизонтальный нистагм), а 16.06 нейрохирург ставит диагноз “тяжелый ушиб головного мозга с левосторонним гемипарезом”. Такого рода динамика не является противоречивой. Диагноз контузии головного мозга обозначает дополнительное наличие

стойкой локальной мозговой симптоматики, помимо общей мозговой как при сотрясении головного мозга.

Таким образом, в конечном счете объективизирован только факт избиения и контузия головного мозга легкой степени.

Обращает внимание подчеркнута персональная роль в качестве сексуального насильника и основного истязателя Андрея, по отношению к которому другие участники (его брат Антон и хозяин квартиры Влад) выступают в основном как помощники, словно обслуживатели какого-то авторитета.

О вторичном характере описания А. И. сексуального насилия может свидетельствовать его красочная панорамная детализация, которой обычно не бывает ни при сужении сознания в стрессовых ситуациях, ни при контузиях, то есть ушибах головного мозга. Судя по описанию А. И. в показаниях от 03.08.2007 (Заключение эксперта, стр. 4), она дважды теряла сознание после ударов по голове сверху и сзади, в первый раз в момент изнасилования, и второй раз, когда ее *“подмывали в ванной”*. Кроме того, она утверждает, что помнит что *“Андрей подпрыгивал и двумя ногами сверху бил меня по голове”*, а в момент сексуального насилия ей *“сильно врезалось в память, что у Андрея в этот момент были какие-то “звериные” глаза, изо рта у него текли слюны”*. Когда после второй потери сознания она очнулась, то лежала одетая на кровати.

Таким образом, никаких признаков ни суженого сознания, ни смутности, зыбкости воспоминаний — наоборот — ярко, красочно, со второстепенными подробностями, кто как одет, какого цвета и марки машины, кого как звали, последовательность действий, эмоциональное состояние Влада и т.д. Характерно ее требование освидетельствовать насильников, на теле которых она оставила много царапин. Почерк подписи А. И. 12.06.2007 г. отличается сочетанием обычной для нее витиеватости с неловкостью органического характера.

Изложенное делает необходимым личностное исследование потерпевшей.

Выводы:

1. Указанные выше противоречия в показаниях А. И. о юридически значимых обстоятельствах дела дают основания поставить под сомнение ее способность правильно воспринимать обстоятельства в исследуемый момент времени и давать о них показания. Это делает **необходимым проведение стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы** с проведением как клинко-психопатологического, так и клинко-психологического и экспериментально-психологического исследований с их интеграцией.

2. **Перед экспертами целесообразно поставить в числе прочих следующие вопросы:**

1) Каковы индивидуально-психологические и личностные особенности А. И.? Характерны ли для нее аффективная неустойчивость, склонность к аффективным или сверхценным фиксациям, агрессивности, мстительности, повышенному фантазированию, псевдологии, театральности, выраженной внушаемости и самовнушаемости?

2) Можно ли говорить в юридически значимый период времени о какой-либо измененности сознания у А. И. типа его сужения, диссоциации или оглушенности, снижения сенсорной ясности?

3) В какой мере могли повлиять на воспроизведение А. И. события ночи 12 июня 2007 г.: стрессовая ситуация, боль, запугивание, черепно-мозговая травма, алкоголь, актуально возникшие неприязненные отношения?

4) Отмечалась ли психогенная депрессивная реакция непосредственно на факт изнасилования или аффективное состояние А. И. объяснимо в рамках церебрастенического синдрома в силу контузии и реакции на побои?

5) В какой мере разноречия в показаниях А. И. соответствуют различным известным формам восстановления памяти в таких обстоятельствах? И в какой мере можно доверять ее показаниям относительно событий 12.06.2007 г.?

Ю. С. Савенко

Алкогольный психоз у больного, не страдающего зависимостью от алкоголя

А. Г. Гофман, А. Г. Манасевич¹

Больной И. 1968 года рождения, 29.06.2011 г. поступил в Московский НИИ психиатрии после купированного на дому психоза, возникшего на четвертый день после прекращения употребления алкоголя.

Анамнез (со слов больного, его сестры и жены). Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности. Роды без патологии. За всю жизнь перенес не более 2–3 легких ОРЗ, к врачам, сколько себя помнит, ни разу не обращался. Черепно-мозговых травм, судорог, нейроинфекций не отмечалось. Поездки в транспорте, физические нагрузки и нахождение в душных помещениях всегда переносил удовлетворительно. До 3-х лет проживал с родителями и старшей сестрой в Подольском районе, затем вместе с семьей переехал в г. Королев. Детские дошкольные учреждения не посещал, дома находился под присмотром сестры или с матерью на ее работе.

С 7 лет обучался в школе при училище, учился на “3” и “4”, зачастую ленился, домашние задания выполнял без должного прилежания, стремясь скорее пойти гулять с друзьями на улицу. Любимыми предметами были алгебра, геометрия, химия. Со сверстниками сходилась легко, имел много друзей. По характеру формировался тихим, скромным, общительным.

Впервые попробовал алкоголь в 15 лет — распил с друзьями водку, принятой дозы вспомнить не может. Состояние алкогольного опьянения понравилось из-за ощущения радости и веселья. Однако впоследствии от приема спиртного воздерживался, выпивал только по большим праздникам.

Во время обучения с 9 по 11 класс получил специальность “автослесарь”. После окончания школы-училища по специальности не работал. Отслужил 2 года в армии, 0,5 года из которых проходил обучение в Никитинской военной академии. Оставшиеся 1,5 года служил в авиации бортовым механиком. На протяжении службы периодически (около одного раза в неделю) употреблял по 0,5 л авиационного спирта.

Спустя 2–3 дня после демобилизации в состоянии алкогольного опьянения решил подшутить над приятелем — вскрыл багажник его автомашины и вы-

тащил запасное колесо, которое поставил ему же под дверь квартиры. Эти действия были замечены соседями, которые незамедлительно вызвали милицию. По факту совершения противоправных действий был осужден на 3,5 года лишения свободы. Срок наказания отбывал в колонии общего режима, работал на производстве дорожных знаков. В это же время стал пить чифир — делал по 3–4 глотка около трех раз за день, ощущал прилив сил и легкость в теле. Через 3 дня после освобождения вместе с приятелем нелегально приобрел у продавщицы магазина ящик водки. В ответ на замечание случайного прохожего избил его, сломал о его голову принадлежавшие ему же ложки. За нанесение телесных повреждений средней тяжести был осужден на 4 года колонии строгого режима. Во время заключения работал на производстве штампов, продолжил употреблять чифир в прежних количествах.

После освобождения (1994 г.) работал заведующим мебельным складом. Познакомился с женщиной, имевшей двоих детей, стал жить с ней в гражданском браке, принимал активное участие в воспитании ее детей. В этот период жизни выпивал до 1 л пива с коллегами после окончания рабочего дня, но не чаще одного раза в неделю.

В 1996 г. у приятеля, задолжавшего ему крупную сумму денег, забрал из квартиры несколько дорогостоящих вещей, пообещав вернуть их, как только тот выплатит долг. После этого должник написал заявление в милицию, обвиняя бывшего приятеля в разбое. Больной был осужден на 4 года лишения свободы, однако из-за продолжительного судебного разбирательства почти весь срок отбыл в СИЗО.

После освобождения, утратив связь с прежней сожительницей, стал проживать с другой женщиной, с которой познакомился еще до судимости. В это время стал выпивать до 1 л водки около двух раз в неделю. На следующий день алкоголь не употреблял, похмелья не испытывал. В дни, когда не хотел употреблять спиртное, от алкоголя легко воздерживался, не испытывал влечения к спиртному даже во время нахождения в “пьющих” компаниях.

¹ Московский НИИ психиатрии Росздрава.

Примерно в это же время познакомился со своей будущей супругой, проживал с ней и ее ребенком. Отношения в семье были теплые, доверительные.

С 2000 по 2001 г., не имея возможности устроиться на работу из-за судимостей, занимался рэкетом — путем угроз заставлял должников возвращать деньги его заказчикам. При выполнении одного из заказов был задержан и сильно избит сотрудниками ОМОНа, после чего на голове и лице остались глубокие шрамы. Сознание не терял, тошноту и головокружение не испытывал. Обратился в травмпункт, где были наложены швы. Вскоре после этого инцидента был вновь осужден, за то, что в состоянии алкогольного опьянения украл у друга из квартиры телевизор. Наказание отбывал в колонии строгого режима, но был условно-досрочно освобожден за примерное поведение в 2005 г.

На протяжении четырех лет работал автослесарем, по пятницам с напарником выпивали на двоих 0,5 л водки, чтобы “расслабиться” после окончания рабочей недели. Иногда встречался с бывшими сокамерниками, по 2–3 дня выпивал с ними, отмечая их освобождение.

В 2009 г. стал работать монтажником пластиковых окон. Работал практически без выходных, однако продолжал выпивать один раз в неделю с напарником на двоих 0,5 л водки. Примерно в это же время впервые после смерти жены в 2007 г. стал сожительствовать с другой женщиной. Полгода назад был уволен с работы в связи с закрытием фирмы, в дальнейшем нигде не работал, перебивался случайными заработками.

После увольнения стал ежедневно выпивать по 0,5 л водки. Промежутков трезвости не было. В состоянии опьянения был спокоен, выпивал только в компании знакомых, по возвращении домой ужинал и ложился спать. Проявления похмельного синдрома отсутствовали. Постепенно суточная доза водки повысилась до 2 л. Самостоятельно прервал алкоголизацию неделю назад. Спустя 4 дня стал подозрительным, считал, что незнакомые люди на улице хотят причинить ему зло, возможно, даже убить. Казалось, что прохожие с неодобрением смотрят на него, оборачиваются при его появлении на улице. Почти не выходил из дома, слышал из окна пятого этажа, как пенсионеры, сидевшие на лавке у подъезда, неодобрительно обсуждали его, “распускали сплетни” о нем. Слышал с улицы мужские и женские голоса, они ругали его и угрожали. Говорили, что он спился, “опустился”, стал ходить грязный и неряшливый и его надо убить, так как “такой человек не должен жить на свете”. Кроме того, стал слышать, как люди с улицы комментируют его действия: “Смотрите, на кухню пошел”, “Он на диван лег”, “Чай себе заваривает”. Услышал, как ему пытаются выломать дверь. Подбежал к двери, обнаружил, что она погнута, но тех, кто мог бы это сделать, так и не увидел. Со слов родственников, в это время метался по квартире, постоянно выбегал в об-

щий коридор и к подъезду, приговаривая, что ему грозит опасность.

27.06.2011 г. сестрой и женой был вызван нарколог, который однократно произвел инъекции аминазина, трифазина, пирогенала, феназепамы, мексидола, пикамилона, милдроната. Был также назначен трехкратный прием галоперидола, соннапакса, карбамазепина, клофелина и фенибуты. На фоне проводимой терапии больной спал около двух дней, однако после пробуждения все же сохранялась тревожность, постоянно порывался починить “выломанную дверь”. По совету знакомой обратился за помощью в Московский НИИ психиатрии и был госпитализирован.

Психическое состояние. При поступлении в ясном сознании, правильно ориентирован. На беседу с врачом идет без охоты. Выражение лица грустное, уставшее, мимика бедная, движения плавные, медленные. Во время беседы держится несколько высокомерно, сидит, облокотившись на стол врача. Речь внятная, насыщенная жаргонными выражениями, голос тихий, модулированный. На вопросы отвечает лаконично. Стремится представить себя с лучшей стороны. Говорит, что шел на преступления, потому что было тяжело жить, и со вздохом добавляет: “Тогда время такое было...” Употребление спиртного во время службы в армии объясняет сильными морозами — “пил, чтобы согреться”. К последней алкоголизации относится без должной критики, ежедневную дозу в 2 л водки в сутки не находит слишком большой. Говорит, что причина пьянства — желание заглушить горечь от потери жены и работы, “навалилось все как-то”. На вопросы, касающиеся перенесенного болезненного состояния, отвечает охотно. На момент поступления “голоса” с улицы не слышит, недоброжелательное отношение окружающих не замечает. Однако критика к перенесенному психозу отсутствует. Говорит, что ему на самом деле выломали дверь и выкрикивали оскорбления и угрозы в окно. На вопросы о причинах госпитализации не может дать вразумительного ответа. Сообщил лишь, что страдал “страхами” и сестра настояла на лечении в больнице. Жалуется на плохую память. Говорит, что не может вспомнить всех обстоятельств происходившего в тот период, когда были “страхи”. Высказывания логичные, последовательные. Настроение называет нормальным.

Физическое состояние. Высокого роста, повышенного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Лицо и волосистая часть головы покрыты многочисленными шрамами. Язык обложен белым налетом. Дыхание в легких жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление — 150/100 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений — 90 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень выступает на 1,5–2 см испод края реберной дуги. На ЭКГ определяется синусовый ритм, нарушение контура QRS(T), что соответствует

инфаркту задней стенки миокарда. В биохимическом исследовании крови установлено повышение уровня трансаминаз: АЛТ — 111 е/л; АСТ — 67 е/л. По результатам общего анализа крови выявлены лейкоцитоз, нейтрофилия, моноцитоз, тромбоцитопения и повышение скорости оседания эритроцитов: лейкоциты — $13,20 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — $8,3 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты — $1,2 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $103,4 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ — 36 мм/ч. В моче выявлены следы белка; лейкоциты (25 – 20 – 30 в п.зр.), и множественные эритроциты. Анализ крови на HBsAg, anti-HCV IgG, anti-HIV, Syphilis RPR отрицательный. При обследовании терапевтом были установлены ожирение II ст., артериальная гипертензия II ст., алкогольная кардиопатия, алкогольная болезнь печени, хронический пиелонефрит (?), простатит (?).

Неврологический статус. Реакция зрачков на свет живая, содружественная. Движения глазных яблок в полном объеме. При выполнении пробы для определения нистагма, несмотря на указания врача, поворачивает голову вслед молоточку, при этом отмечаются легкие подергивания мышц мимической мускулатуры. Координационную пробу выполнил удовлетворительно, пальценосовую пробу — с промахиванием. Отмечается легкий тремор пальцев рук. Тонус мышц конечностей удовлетворительный. На МРТ головного мозга была обнаружена смешанная сообщающаяся преимущественно наружная гидроцефалия. При осмотре неврологом были выявлены признаки начального проявления алкогольной энцефалопатии.

На протяжении всего периода пребывания в стационаре поведение было упорядоченным, рецидивов психоза не было. Никаких жалоб на состояние здоровья не высказывал. Получал терапию сероквелем (75 мг/сут.), соннапаксом (30 мг/сут.), пикамилоном (150 мг/сут.), мексидолом (375 мг/сут.), карсилем (105 мг/сут.). На третий день лечения начал охотно общаться с больными и персоналом. Постепенно появилась критика к перенесенному психозу — события того периода стал объяснять проявлением болезни, возникшей вследствие употребления алкоголя. Учитывая положительную динамику состояния, 06.07.2011 г., на восьмой день лечения, был выписан из стационара домой с рекомендацией проведения амбулаторной терапии глицином, пикамилоном, эсенциале и колме.

ОБСУЖДЕНИЕ

Острые психотические состояния, возникающие в связи со злоупотреблением спиртными напитками, но у лиц, не страдающих хроническим алкоголизмом (алкогольной зависимостью), представляют большую редкость. Если исключить патологическое опьянение, являющееся по существу спровоцированным приемом алкоголя сумеречным помрачением сознания, то описаний алкогольных психозов у лиц, не страдающих алкоголизмом, в доступной литера-

туре обнаружить не удалось. Только в книге А. Н. Молохова и Ю. Е. Рахальского есть упоминание о возможности возникновения таких психотических состояний. Авторы наблюдали за 6 лет всего 6 психозов, возникших в результате многодневного употребления спиртного лицами, не страдавшими алкоголизмом. В качестве особенностей наблюдавшихся кратковременных психозов авторы отмечают наличие возбуждения, бессвязность речи, “бредовые и галлюцинаторные явления”. Все психозы возникали на следующий день после прекращения пьянства. Ни детального описания психозов, ни иллюстрации авторы не приводят.

В приведенном наблюдении речь идет о мужчине, отличавшемся крепким здоровьем и очень высокой выносливостью к алкоголю. При отсутствии типичного алкогольного анамнеза с постепенным ростом толерантности к алкоголю больной на протяжении полугода практически ежедневно употреблял огромные дозы алкоголя (1,5 – 2 л сорокаградусной водки). При этом самочувствие оставалось удовлетворительным, ночной сон и аппетит не нарушались. Поведение в опьянении оставалось достаточно упорядоченным. Психоз возник на четвертые сутки после одномоментного прекращения потребления спиртного. Ему предшествовали выраженные нарушения ночного сна. Пропал аппетит. Симптоматика предпсихотического состояния укладывается в картину алкогольного абстинентного синдрома. Затем появились вербальные галлюцинации и тесно связанный с ними бред преследования. Особенности вербальных галлюцинаций также были типичными для острого алкогольного галлюциноза (экстрапроекция, угрожающие и осуждающие мужские и женские голоса, комментарии движений и поступков). Психоз был купирован назначением больших дозировок антипсихотиков и транквилизаторов. Достаточно быстро появилась критика к перенесенному психозу. При самом придиричивом отношении выявить наличие психической патологии, в том числе алкогольных изменений личности, не удалось.

Таким образом, приведенное наблюдение может рассматриваться как экзогенный психоз, протекавший в форме острого вербального галлюциноза и развившийся в результате длительной алкогольной интоксикации. Психоз возник при тех же обстоятельствах, при которых возникают острые алкогольные галлюцинозы — после окончания периода ежедневной алкоголизации, в первые дни воздержания от алкоголя. В этом смысле психоз может рассматриваться как психоз отнятия психоактивного вещества. Нечто аналогичное наблюдалось многие десятилетия тому назад, когда проводилось лечение длительным сном больных шизофренией. После десятидневного приема больших доз барбитала (амитала натрия) в течение первых 3 – 4 суток у некоторых

больных возникал делирий или развернутый эпилептический припадок.

Приведенное наблюдение подтверждает точку зрения, согласно которой главным этиологическим фактором возникновения острых алкогольных психозов является тяжелый абстинентный синдром. Видимо, в очень редких случаях абстинентный синдром

может возникнуть и у лиц, не страдающих алкоголизмом, но позволяющих себе длительное время ежедневно употреблять большие дозы алкоголя.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е.* Хронический алкоголизм. Медгиз, 1959 г., 149 стр.

Современные направления в развитии систем психического здоровья США

Елена Черепанов (Бостон, США)

Я работаю координатором клинических программ в региональной Ассоциации психического здоровья в Бостоне (North Suffolk Mental Health Association). Такие Ассоциации представляют собой много программ под одной крышей: программы внебольничной помощи, программы для людей с зависимостями, детей с психическими проблемами и их семей, групповые дома для людей с психическими заболеваниями и с задержкой психического здоровья и так далее. Мои программы ориентированы на поддержку людей с тяжелыми психическими заболеваниями, которые самостоятельно проживают по месту жительства. Эти программы финансируются Департаментом психического здоровья штата Массачусетс.

Кроме того, я преподаю в Кэмбридж Колледже (Cambridge College) в высшей школе психологии и консультирования. Здесь я координатор программы по подготовке специалистов по травматическому стрессу.

Возможность одновременно работать в системе психического здоровья и участвовать в подготовке специалистов позволяет мне лучше понимать контекст и тенденции в развитии этой области.

Сравнительно недавно в системе психического здоровья США наметился серьезный сдвиг, который повлиял на образ мыслей специалистов и общества, а также на то, как мы видим пациентов, и как структурируются службы психического здоровья.

Эта тенденция берет свое начало с процесса деинституализации.

В 1950-годы наметились изменения в отношении общества и государства к людям с психическими расстройствами (ПР). Некоторые ветераны 2-й мировой войны открыто заявили, что они страдают ПР и потребовали уважения и защиты своих прав. Это произошло на волне общей гуманизации общества, характерной для тех лет.

Использование антипсихотических препаратов позволило освободить госпитали и открыть возможности для трудоустройства людей с ПР.

Наконец, сыграла свою роль и личная заинтересованность политиков. Так, у президента Кеннеди, который ввел закон, предусматривающий финансирование общественных организаций, оказывающих помощь людям с ПР, была сестра, Розмари, которая страдала ПР и в свое время поверглась лоботомии.

Большое значение оказало также желание сэкономить деньги в этой сфере, поскольку оплата лечения в стационаре очень высока, что делается акцент на предупреждении госпитализаций.

Результатом этих перемен стало существенное изменение в системах психического здоровья, усиление общественно-ориентированных организаций, изменение отношения общества к людям с ПР, и создание новых структур. Одним из идеологов этого направления выступает д-р Марк Рагинс, психиатр из Калифорнии, который предложил свои статьи для публикации в России.

В частности, были созданы такие модели общественной поддержки, как: программа интенсивной помощи в сообществе (РАСТ, Program for Assertive Community Treatment) и ориентированная на сообщество гибкая поддержка CBFS (Community-Based Flexible Supports) (1998 & 2006).

Обе эти программы созданы для того, чтобы обеспечить всеохватывающую поддержку людям, страдающим тяжелыми и хроническими ПР, с тем, чтобы они могли бы получать помощь в одном месте по месту жительства. Обе эти программы существуют в дополнение к психиатрической клинике, где пациенты наблюдаются психиатром (примерно раз в месяц, что не дает возможности в традиционной лечебной системе по-настоящему узнать человека и его жизнь). В РАСТ программе есть свой психиатр в штате, который наряду с психиатрическими медсестрами, посещает людей на дому, если они не приходят в клинику.

Обе программы имеют работников, которые встречаются с клиентами, и если надо, посещают их на дому (пациенты в этой системе называются клиен-

тами, или облуживаемыми), они помогают им решать различные социальные и жизненные проблемы, напоминают о необходимости приема лекарств, узнают о проблемах и успехах, связывают с другими службами, и вообще устанавливают человеческий контакт, что чрезвычайно важно, поскольку иногда это единственный человеческий контакт, который есть у клиента.

Эти же работники подготовлены в области распознавания риска обострения заболевания и обязаны сообщать о ситуации клиническому координатору, который принимает решение, что делать, если состояние ухудшилось: госпитализировать ли клиента или попытаться встретиться с ним (ней), чтобы оценить ситуацию и уговорить опять принимать лекарства.

Другие работники этих программ: специалист по трудоустройству, специалист по жилью, специалист по злоупотреблениям алкоголем и лекарственными веществами, специалист по здоровью и профилактике. Есть также службы, помогающие человеку распоряжаться деньгами (но это не опекунство!) так, чтобы были обеспечены основные нужды: жилье, еда, лекарства. Оставшимися деньгами человек распоряжается сам, как сочтет нужным. Многие находят эту службу очень полезной, потому что знают, что ни при каких обстоятельствах не останутся бездомными из-за неоплаты аренды квартиры.

Основные принципы, лежащие в основе развития и функционирования этих программ, таковы. Главная идея подхода состоит в том, что в психиатрической работе вместо того, чтобы фокусироваться на болезни, дефицитах, и том, что человек должен делать, предлагается основываться на том, что человек может, хочет, и какие у него/нее есть сильные стороны. Вся работа строится на уважении к личности больного.

Цель работы — реабилитация: восстановление и поддержание функциональности и способности жить независимо, поддержание ежедневной активности: гигиена, принятие лекарств, питание, здоровый образ жизни и т.д. (Activities of Daily Living). Идея реабилитации хорошо знакома российской психиатрии, и я была рада узнать о недавнем открытии центра реабилитации при больнице имени Ганнушкина.

Базовые понятия:

- все службы должны быть ориентированы на восстановление (Recovery-oriented Services);
- подход должен быть центрирован на личности (Person-centered approach);
- партнерство/ все виды помощи могут быть получены в одном месте;
- травма-информированный подход;
- возможность и важность риска;
- надежда.

Коротко о каждом постулате.

Службы должны быть ориентированы на восстановление (Recovery-oriented Services): “Восста-

новление в области психического здоровья — это путь исцеления и трансформации, позволяющие человеку с проблемами психического здоровья иметь жизнь, наполненную смыслом в сообществе его/ее выбора, стремясь в то же время достигнуть полного личностного потенциала” (SAMHSA, 2004).

Цели службы, ориентированного на восстановление (Recovery)

- стимулировать восстановление;
- улучшить интеграцию в общество;
- улучшить качество жизни

Психиатрическая реабилитация — это совместная индивидуализированная работа (collaborative), направляемая самим человеком.

Методологический сдвиг в понимании служб психиатрической помощи:

“Старый взгляд”	“Новый взгляд”
Подчинение врачебным рекомендациям	Усиление мотивации к изменениям
Человек согласен с планом	Человек создает план
Работники-эксперты	У всех разная экспертиза. Человек с ПР сам эксперт своего заболевания и своей жизни
Симптомы	Ценности, роли
Проблема: Что с вами не так?	Цель: Чего вы хотите достигнуть?
Предписывание	Сотрудничество

Интегрирование лечения и реабилитации

Лечение	Реабилитация
Диагностика	Образование / обучение управления симптомами
Лекарства	Развитие умений
Управление кризисом	Предупреждение кризисов Системы поддержки

За этим стоит идея, что диагноз ничего не говорит о человеке, о том, как ему/ей жить дальше, что делать чтобы справиться с болезнью, и как быть счастливым, несмотря на болезнь.

Подход должен быть центрирован на личности (Person-centered approach)

“Ничего про нас без нас” — человек должен быть полноправным участником своего собственного реабилитационного процесса.

Важно видеть человека за диагнозом и поведением. Пример вопроса: Что этот человек любил делать до того, как заболел? Какие у него/нее сильные стороны?

Отзывчивость и чуткость к выражаемому человеком:

- Нуждам
- Ценностям
- Предпочтениям
- Желаниям;

- Сочувствие и сопереживание — никто не выбирает психические заболевания. Это трагедия для человека и его семьи.

Надежда. Это чрезвычайно важная концепция, которая была предложена д-ром Патрицией Диган (Dr. Patricia E. Deegan). Она сама страдает хроническим психическим заболеванием, с постоянными слуховыми галлюцинациями. Она разработала прекрасную трениговую программу “Слушая голоса” (“Hearing Voices”). Участникам тренинга выдаются магнитофоны с наушниками, на которых записаны голоса, так как их слышат люди с психическими расстройствами. А потом участников просят выполнить простейшие задачи. Этот тренинг разработан для сотрудников службы психического здоровья и членов семей людей с ПР, чтобы они смогли себе представить, что чувствуют пациенты и члены их семьи. Она считает, что если бы ей, ребенку с диагнозом шизофрении, когда-нибудь сказали, что она сможет стать всемирно известным ученым, который к тому же счастлив с семейной жизни, она бы никогда не поверила. Она считает, что каждый человек имеет право на мечту, которая является движущей силой и мотивацией к реабилитации, и не нам судить, возможно ли это осуществиться. Чудеса случаются, и надо относиться к этому со всей серьезностью и всячески поддерживать такие стремления. Если человек хочет стать космонавтом, то вместо того что называть это чушью, обсуждают что для этого нужно и что из человек может сделать уже сейчас: например, бросить пить, заботиться о здоровье, найти работу, скопить денег, пойти учиться и т.п.

Примеры вопросов из репертуара клинициста, который исповедует лично-центрированный подход:

“Каким бы вы хотели себя увидеть через 5 лет?”

“Опишите себя, когда вы в хорошем состоянии”

“На что вы надеетесь в результате лечения/реабилитации?”

“Что вы хотите для себя в будущем, и как мы можем вам в этом помочь?”

“Даже если вы не хотите быть здесь, что бы вы могли делать уже сейчас?”

Информация о травме. Еще один важный компонент нового подхода — получение информации о травме. Было обнаружено, что подавляющее большинство людей с ПР имеют историю психологической травмы. Это необходимо учитывать при планировании любой работы: вопрос о травме обязательно является частью первичного сбора информации. Если выясняется, что человек был травмирован, то все воздействия основаны на том чтобы избежать повторной травматизации. Обычно задается вопрос: “Что помогло вам преодолеть обстоятельства и выжить?” Такой вопрос уже предполагает, что у человека существует

потенциал к сопротивляемости (resilience), и помогает выявить его/ее сильную сторону. Аналогично, если у человека есть проблемы с алкоголизмом, вместо того чтобы спрашивать: “Почему вы начали снова пить после полугода трезвости?” предлагается спрашивать: “Что вам помогло не пить в течении 6 месяцев?” Смысл психологической травмы состоит в том, что человек не верит, что от него/нее что-то зависит, поэтому восстановление веры в то, что он способен что-то изменить в своей жизни, чрезвычайно важно, даже если для начала это такое незначительное событие, как уборка своей комнаты.

Важность риска. За этим стоит более глубокая мысль, чем может показаться.

В прошлом система здравоохранения обращалась с людьми с психическими расстройствами как с детьми и видела свою задачу в том, чтобы предупреждать все их возможные ошибки и прочеты. Но люди с ПР — это взрослые люди, и они имеют право учиться на собственных ошибках, как и все остальные. Лишая людей ответственности за их действия и возможности понимать последствий, запрещая им делать “неправильные” поступки, мы тем самым инфантилизируем их, и не даем взрослеть. У человека всегда должен быть выбор, даже если этот выбор сводится к тому, принимать ли лекарства или идти в больницу.

Многое было достигнуто в США в этом направлении: во всех организациях введена должность специалиста по правам человека, который отслеживает, чтобы права больных не нарушались; созданы мощные организации, которые представляют людей с ПР и членов их семей (NAMI — National Association for Mentally Ill); все работники служб психического здоровья, врачи скорой помощи, полицейские и другие, проходят обязательные тренинги по этому подходу.

Но по-прежнему имеется много проблем. Остаются еще серьезные предрассудки, предубеждения и дискриминация людей с ПР на бытовом уровне. Каждый известный инцидент с участием человека с ПР (например Virginia Tech shooting) сразу же становится сенсацией в прессе, и вызывает требования общества “Посадить их всех под замок!”, несмотря на тот факт, что люди с ПР гораздо чаще оказываются жертвами, чем преступниками.

Сокращения бюджета в системе психического здоровья привели к тому, что больницы вынуждены выписывать людей, которые еще не готовы жить самостоятельно, и это приводит к повторным госпитализациям и другим проблемам. Зарплата в области психического здоровья остается низкой, и многие способные молодые люди уходят в другие профессии. Но те, которые выбирают эту профессию сознательно, уже обучены лучшей традиции гуманистической психиатрии и с большим энтузиазмом стараются изменить жизнь людей с ПР и членов их семей.

Зоотерапия — перспективное направление психотерапии расстройств шизофренического спектра

С. Д. Левина¹

Индивидуальные и групповые психотерапевтические занятия с участием собак проводились амбулаторно и в Психиатрической клинической больнице № 1 им. Н. А. Алексеева. Превалировали больные с расстройствами шизофренического спектра. Были достигнуты следующие цели: привлечение к занятиям пациентов с негативными и позитивными расстройствами; создание психотерапевтической среды; обращение к личности каждого больного; развитие навыков субъект-субъектного взаимодействия и совместной работы.

Ключевые слова: зоотерапия; психотерапия; амбулаторное и стационарное лечение; расстройства шизофренического спектра.

Зоотерапия — лечение с помощью животных — представляет собой направление психотерапии. И, хотя сам термин “зоотерапия” достаточно молод, животные участвовали в лечебной работе с древнейших времен. Известно, что еще во времена Гиппократова звери, чаще всего собаки, привлекались к лечебной деятельности. Так, в Древней Греции и Древнем Риме существовало понятие “собака-целитель”. В храмах Аполлона жили специальные храмовые собаки, которые всегда находились рядом с молящимися, бродили или лежали рядом с ними, зализывали раны. Исцеленные пациенты оставляли в храмах благодарственные записи, которые зачитывались вслух при отправлении молитвы. Известна собака по кличке Дельта, жительница города Геркуланума, трижды спасавшая своего хозяина, и погибшая, защищая его ребенка во время извержения вулкана. Имя Дельты стало нарицательным и используется в названиях кинологических секций. В городе Гел, в нынешней Бельгии, с IX века животных стали использовать для помощи людям, страдающим душевными болезнями. В 1790 году в английском графстве Йоркшир было создано Общество друзей, основавших лечебницу для душевнобольных. Среди методов лечения, основанных на сострадании, любви, понимании, доверии, важную роль стали играть животные. 75 лет спустя подобное заведение было создано в городе Бетель в Германии. В США животных впервые стали использовать в стационарах в 1919 году для помощи больным реактивными состояниями. Организатором “собакотерапии” стала медсестра Элайна Смит. Она

заметила, какое благотворное действие оказывали на пациентов визиты капеллана и его собаки породы золотистый ретривер. В последующем Элайна Смит основала Международную организацию терапии животными (“Pet Therapy International”), действующую до настоящего времени. В этой организации сформулирован девиз собаки-терапевта: “Преврати слезы в улыбку и помоги заброшенным рассмеяться” (“Change tears into smiles and help the forgotten to laugh”).

Одним из теоретических источников зоотерапии считают натуртерапию. Однако целесообразность выделения лечебного влияния природы как самостоятельного психотерапевтического метода признается не всеми исследователями. По данным Б. Д. Карварского, ряд авторов не отрицают положительного воздействия контактов с природой, однако считают их лишь фоном психотерапии, а не самой психотерапией, поскольку психотерапия невозможна без информации, передаваемой речью. Другие исследователи (О. Р. Арнольд, М. Е. Бурно, Н. Л. Кряжева, Д. В. Нестерова) рассматривают целительное общение с природой как самостоятельный терапевтический метод. Н. Л. Кряжева полагает, что позитивные переживания при контактах с животными восходят к первобытной вере в могущество животного-тотема. Обращенные к тотему заклинания, смешанные с причитаниями над больным или роженицей, данный автор считает отчасти прообразами зоотерапевтических приемов.

Современный термин “**зоотерапия**” предложен американским детским психиатром Борисом Левинсоном в 1969 г. Он обратил внимание, что пациенты легче идут на контакт, если в кабинете находится его любимец-ретривер. В настоящее время применяются также термины **анимо-** или **анималотерапия** и **пет-терапия**. Иногда к методам анималотерапии относят

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Кафедра психиатрии и медицинской психологии.

не только контакты с настоящими животными, но и использование символов животных. Однако единой общепринятой терминологии у зоотерапии пока нет.

Отдельные виды анималотерапии именуются названиями животных, участвующих в лечебном процессе. Выделяют **иппотерапию** (лечение при помощи лошадей), **дельфинотерапию**, **фелинотерапию** (лечение с привлечением кошек). Имеются данные о **тюленотерапии**, проводящейся специалистами Мурманска. В принципе, при умелом подходе, многие животные могут положительно влиять на здоровье и душевное состояние человека. Однако наиболее эффективными лекарями являются, безусловно, собаки. Эти чудесные существа исцеляют благодаря своему дружелюбию, искренности, преданности человеку, а также врожденному социальному поведению. Кроме того, контакты с ними более доступны, чем, например, с лошадьми или дельфинами. Лечение с помощью собак называют **канистерапией**, или **лечебной кинологией**, и она по праву является самой востребованной отраслью зоотерапии.

В настоящее время лечебная кинология весьма распространена в западных странах. В США существуют Общество “Дельта” (Delta Society), Международная организация терапии при помощи собак (Therapy Dog International), “Лапы за здоровье” (Paws for Health). Действует организация “Читай с Ровером” (Reading with Rover; Ровер — распространенная в Америке кличка собаки), где аутичные и стеснительные дети читают вслух собакам. В 90-х годах в США министерством здравоохранения официально разрешено присутствие собак в клиниках в качестве медперсонала. С тех пор многие госпитали имеют в своем штате собак, которые получают зарплату и пользуются социальными привилегиями.

В России также появляется все больше канистерапевтических организаций. В Москве работает Центр “Солнечный пес”, организованный психологом Татьяной Любимовой, где золотистые ретриверы осуществляют реабилитацию детей с врожденной психической патологией. В Подмоскowie существует центр “Ордынцы”, специалисты которого ведут не только терапевтическую и реабилитационную, но и научную работу. Результаты их исследований использованы при написании данной статьи. Созданы Центры “Маламут-доктор”, “Кенгагарг”, Учебно-кинологический центр “Собаки — помощники инвалидов”. Федерация военного собаководства в Санкт-Петербурге ведет теоретические исследования в области канистерапии. Там же Педагогический университет разработал программу “Петербургская зоотерапия”, по которой собаки участвуют в лечебной работе детских больниц и медицинских центров. В Тверской области канистерапией занимается Центр ездового собаководства “Чу”. В Мурманске на базе специализированной школы-интерната № 1 создан клуб родителей и детей-инвалидов “Надежда”, где также используется лечебная

кинология. Канистерапия является междисциплинарной отраслью знаний и обнаруживает связи как с медициной, психологией и педагогикой, так и с зоологией, зоопсихологией и кинологией.

Отечественные авторы В. А. Ясвин и С. Д. Дерябо определили функции анималотерапии, и канистерапии в частности. Эти функции таковы:

1) Психофизиологическая функция. Известно, что взаимодействие с животными положительно влияет на вегетативные функции — нормализует АД, сердечный ритм, частоту дыхательных движений, перистальтику ЖКТ.

2) Психотерапевтическая функция. Животные гармонизируют межличностные отношения. При оценке результатов зоотерапии по методике “Анализ рисунка семьи” было выявлено улучшение по следующим комплексам: “благоприятная семейная ситуация”, “конфликтность”, “тревожность”, “чувство неполноценности”, “враждебность”.

3) Реабилитационная функция. Эта функция незаменима для людей, подвергшихся тому или иному виду депривации, в том числе и в силу психических расстройств. Контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, который может способствовать как психической, так и социальной реабилитации.

4) Функция удовлетворения потребности в компетентности. Взаимодействуя с животным, пациент говорит себе “Я могу, я способен”, повышает самооценку, создает благоприятный “образ Я”, что влияет как на эмоциональное состояние, так и на социальную реадaptацию.

5) Функция самореализации. Согласно данным А. Маслоу, А. В. Петровского и других психологов, одной из важнейших потребностей человека является потребность в реализации своего внутреннего потенциала, потребность быть значимым для других, представленным в их жизни и в их личности. Используя эту функцию, больные действуют по известному принципу “исцеляя, исцеляюсь”.

6) Функция общения. Эта функция важна для пациентов, страдающих всеми видами патологии, как психической, так и телесной, так как любая болезнь вырывает человека из привычного круга общения, социальных и микросоциальных связей. И, конечно же, незаменима для людей, которые испытывают сложности в общении в силу особенностей психики.

В зоотерапии выделяют следующие виды взаимодействия человека и животного:

1. Пассивная деятельность с участием животных, построенная на субъект-объектных взаимоотношениях, когда терапевтический эффект достигается путем наблюдения за животными.

2. Активная деятельность с участием животных, при которой действуют как субъект-объектные, так и субъект-субъектные взаимоотношения. Такая деятельность подразумевает игры, прогулки с живот-

ными, уход за животными и может быть названа вариантом терапии занятостью.

3. Собственно терапия с участием животных, когда имеют место субъект-субъектные взаимоотношения между пациентом и его “зоодоктором”.

По нашим наблюдениям, канистерапия прекрасно выполняет все эти виды взаимодействий. Наши пациенты, не имевшие опыта общения с собаками, с удовольствием наблюдают за непосредственным поведением животных, затем просят разрешения погладить, подержать поводок. Во время прогулок в садике больные спрашивают, не хотят ли собачки пить, одна из пациенток трогательно пыталась поить песика из ладони. В заботе пациентов кроется даже некоторая опасность для собак-терапевтов — их постоянно пытаются кормить, и в задачу врача-кинолога входит, кроме всего прочего, предотвращение нежелательного перекармливания. Эти виды взаимодействия возникают при первом же появлении собак в отделении. Собственно терапия начинается обычно при достаточно длительном контакте с животными, но в некоторых наблюдениях уже при первом визите четвероногих котерапевтов эмоциональное состояние больных улучшается.

Круг показаний к канистерапии не определен до конца, но велик. Синдромы-мишени канистерапии могут быть сведены к следующему:

- 1. Различные виды депривации.**
- 2. Мнестико-интеллектуальные расстройства.**
- 3. Нарушения психомоторики.**
- 4. Проявления личностной дисгармонии различного генеза.**
- 5. Аффективные расстройства.**
- 6. Сердечнососудистая патология.**

Реабилитация остается наиболее распространенным приложением канистерапии. Общеизвестна работа собак-поводырей (которые могут привести хозяина по 25 – 30 маршрутам — “на работу”, “к маме”, “в магазин”), собак, помогающих людям с расстройствами двигательных функций, параличами и парезами. Имеются данные о работе собак с больными сердечнососудистой патологией, в паллиативной онкологии с пациентами хосписов. Есть непроверенные сообщения о помощи собак не только в лечении, но и в диагностике сердечнососудистых и онкологических заболеваний (с помощью нюха), но мы, как представители доказательной медицины, относимся к этим данным более чем осторожно.

Возможности собак широко используются в детской практике. Детей с нарушениями слуха и речи учат произносить слова, в присутствии животных у них усиливается мотивация. Похожим образом работают с маленькими пациентами, обнаруживающими аутизм. Для детей с ДЦП, различными видами олигофрений, разрабатывают упражнения, развивающие не только двигательные функции, но и эмоции, умственные способности. Отмечено, что у детей улучша-

ется координация движений, уменьшаются спастические расстройства, улучшается память. Для работы “котерапевтом” собака должна обладать определенными качествами. Ей нужно быть спокойной и дружелюбной, ее не должны настораживать необычные объекты (например, человек, сидящий в инвалидном кресле или держащий в руке палку), запахи лекарств и больных, резкие звуки, нестандартное поведение. Очень важно, чтобы собака любила свою работу и проявляла к людям искренний интерес. О породе собаки-терапевта специалисты высказываются по-разному. Сотрудники кафедры общей психологии Астраханского государственного университета считают лучшими “котерапевтами” лабрадоров, однако, по мнению большинства психотерапевтов-кинологов, ни порода, ни размер собаки не имеют принципиального значения. Действительно, чаще других помощниками врачей становятся ретриверы и лабрадоры, но есть сообщения о работе всех подвидов овчарок, лаек, и даже представителей пород, считающихся бойцовыми. Так, с детьми, страдающими ДЦП, успешно работают бультерьеры. Психотерапевты центра “Ордынцы” на первое занятие с детской группой приводят небольших собачек, затем с детьми контактируют представители самых разных пород, в зависимости от цели занятия.

Мы работаем с таксами, хотя правильнее сказать, что таксы работают вместе с нами. Разумеется, выбор





породы определен не столько лечебными целями, сколько страстной любовью к таксам автора этих строк. Однако выбор не случаен, поскольку личность психотерапевта, с ее собственными привязанностями, является необходимой частью лечебного процесса. Наши котерапевты таковы: длинношерстная такса Гриша и гладкошерстная такса Алекс. Есть у нас еще один гладкошерстный, Рики, но он попал к нам уже стареньким, когда от него отказались бывшие хозяева, и не сумел обучиться лечебной работе.

Как показал наш многолетний опыт, длинношерстная такса является природным терапевтом, умеющим определять эмоциональное состояние человека и влиять на него. Об этом же говорит стандарт породы такса, из которого известно, что “длинники” более мягкие по характеру, ласковые и привязчивые, чем “гладики”. Гриша — уже вторая наша длинношерстная такса, и чем дольше мы общаемся с этими прекрасными существами, тем больший восторг они вызывают у нас. В работе с собаками интересно и важно наблюдать не только реакцию больных на “котерапевтов”, но и отношение собак к пациентам с теми или иными расстройствами. “Эмпатический” Гриша явно отдает предпочтение людям с аффективной патологией. При этом он пытается осуществить телесный контакт с депрессивными больными — ставит лапки на колени, пытается лизнуть. Во время индивидуальных гипносуггестивных занятий спокойно сидит или лежит рядом с пациентом, прижимаясь к нему. Эффект такого воздействия сказывается незамедлительно — один из наших амбулаторных депрессивных больных сразу же после приветствия спрашивал: “А где мой второй доктор, веселый? Без него мне не становится легче!” Наш предшествующий котерапевт, Баксик, к величайшей печали, безвременно ушедший от нас в результате заболевания, внешне очень похожий на Гришу и принадлежавший к той же породе, обнаруживал сродство к депрессивным расстройствам еще ярче. Когда он был еще щенком и пытался лишь играть с пациентами, на психотерапевтиче-



ское занятие пришла больная, страдающая реактивной депрессией вследствие гибели мужа. Подвижный и игривый щенок лег рядом с ней, ласково прижался боком, принял позу, напоминавшую ее собственную, и спокойно пролежал все занятие. При этом ритм его дыхания приближался к ритму дыхания пациентки. С нашими собственными тягостными переживаниями после потери Баксика помог справиться Гриша. С больными в мании и гипомании Гриша пытается играть, делая призывные движения, отбегая, отпрыгивая. Выделяет он также больных с проявлениями инфантилизма, подходит к ним раньше других, спокойно ходит на поводке. Каким-то образом распознает пациентов, страдающих бредом, особенно недоступных в плане бредовых переживаний, и держится с ними настороженно. Вероятно, он реагирует на запахи и психомоторику этих больных. И безвременно ушедший Баксик, и Гриша научились работать с пациентами очень быстро, буквально с первого занятия. По всей видимости, сначала они стали подражать спокойной позе и движениям врача, как говорят психотерапевты, “подключаться” к ним. И явно полюбили эти занятия, радостно приветствовали пациентов, причем каждого несколько иначе. Поведение собак-котерапевтов, безусловно, достойно отдельного исследования совместно со специалистами-этологами. Это сопряжено с немалыми организационными трудностями, однако такая работа планируется.

Иначе ведут себя гладкошерстные таксы. Алекс скорее играет, привлекая внимание к себе, в гипносуггестивных занятиях участвует не столько по собственной инициативе, сколько подражая Грише. Однако пациентам, в зависимости от состояния в данный момент полезно и приятно общение с ними обоими. Присутствие обоих “котерапевтов” придает интересные направления групповым занятиям, открывает новые возможности. В некоторых случаях даже участие неумелого Рики приносит пользу, поскольку пациент ощущает себя адаптирующим несчастную, брошенную бывшими хозяевами собачку, при этом осуществляя терапию компетентностью, сам “лечится леча”.



Мы проводим психотерапевтические занятия со взрослыми пациентами, страдающими различными видами психических расстройств, преимущественно патологией шизофренического спектра. Собаки работают с нами и при индивидуальной, и при групповой психотерапии. Участие зверьков придает занятию доверительность, а при необходимости даже некоторую интимность, с первых минут снижает тревожность. Естественное поведение четвероногих котерапевтов невербально апеллирует к целительным силам природы. Собаки живут у нас более 12-ти лет, столько же составляет и наш опыт привлечения их к психотерапевтическим занятиям. Как известно, таксы очень любопытны, пытаются участвовать во всем происходящем, поэтому они включились в занятия стихийно. Их положительное влияние на пациентов стало заметно сразу. В первое время возникали сомнения в том, что “котерапевты” будут приятны всем пациентам, однако за долгие годы практики мы не встретили больных, недовольных присутствием собак. Напротив, пациенты, относившиеся к собакам равнодушно, начинали интересоваться ими, любить их. Беседы о собаках стали удобной вводной частью занятия. В определенной степени собаки начали служить индикатором того, насколько автор в качестве психотерапевта подходит данному пациенту.

В последние несколько лет мы, с разрешения заведующей отделением доктора Е. Н. Тулинцевой и администрации больницы, стали проводить регулярные психотерапевтические занятия с участием собак и в 18 отделении Психиатрической Клинической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева, иногда посещаем и другие отделения. Пользуясь случаем, еще раз выражаем благодарность руководству больницы за поддержку этого начинания. В некоторых отделениях больницы содержат кошек или — реже — собак, но включение животных в психотерапевтические мероприятия имеет некоторую новизну. В доступных литературных источниках мы не обнаружили сообщений об участии

собак в работе со взрослыми психически больными. Первое же появление собак в отделении вызвало радостное удивление, а затем просто радость. Подобная реакция отмечается при всех повторных визитах четвероногих помощников. Если собак нет, пациенты интересуются, когда же они приедут вновь. Такие вопросы делают контакт врача с пациентами неформальным, доверительным, придают новое направление беседам. Обстановка больницы, несмотря на все старания сотрудников, все же несравнима с домашней. Собаки же привносят в больничное отделение дух дома, непосредственность, искренность, теплоту. Вследствие этого больные, ощущавшие некоторое (или даже значительное) предубеждение против лечения в психиатрической больнице, изменяют свою позицию, то есть, осуществляется дестигматизация. Создается психотерапевтическая среда, в которую удается включить большую часть пациентов отделения. Больные могут отвлечься от тягостных переживаний, испытать новые чувства. Отмечались случаи, когда недоступные в плане болезненных переживаний пациенты раскрывали фабулу своего бреда, обращаясь к собакам. Больные гладят собак, ходят с ними по коридору, гуляют в садике. При этом отмечается улучшение психомоторики — снижаются мышечное напряжение, импульсивность. На моторику положительно действует также подражание естественным движениям животных. Многие пациенты говорят о том, что испытывают облегчение тревоги, напряженности, когда смотрят на собак, гладят их.

Таким образом, канистерапия выполняет следующие функции:

1. Способствует гармонизации актуального психического состояния, снижению уровня тревожности, напряженности, повышению эмоционального фона;
2. Стимулирует эмоциональную сферу;
3. Позитивно влияет на психомоторику;
4. Нормализует вегетативные функции;

5. Приводит к актуализации ресурсных состояний;
6. Уменьшает аутизацию;
7. Повышает уровень коммуникативных навыков;
8. Выполняет функцию самореализации;
9. Способствует дестигматизации.

Достижение этих целей наиболее важно при лечении симптомов и синдромов шизофренического спектра. Как и другие виды психотерапии, лечебная кинология эффективна при негативных расстройствах — эмоционально-волевом снижении, аутизации, дефицитарных изменениях психомоторики. В то же время, мы наблюдали положительный эффект и при позитивных расстройствах. Безусловную пользу собаки приносят депрессивным больным, успокаивают пациентов с проявлениями тревоги, гипомании и смешанных аффективных состояний. Уменьшаются кататонические стереотипии и импульсивность. Дискутабельным остается вопрос о возможности психотерапевтического воздействия на бред, однако неопровержимо утверждение С. И. Консторума о том, что психотерапия способствует инкапсуляции бреда и, тем самым, социализации больного. Эту функцию канистерапия выполняет как нельзя лучше, отвлекая пациента от бредовой фабулы и создавая приятные, противоположные бреду переживания. Разумеется, психотерапевту-кинологу желательно хотя бы в общих чертах знать содержание бреда каждого из больных, чтобы избежать нежелательных взаимодействий с бредовой фабулой. Такая опасность теоретически существует, однако за все время наших наблюдений ни один из пациентов не включил собаку-котерапевта в фабулу бреда.

При групповой психотерапии в общепсихиатрическом отделении участие собак позволяет решить следующие конкретные задачи:

- Включение в группу как можно большего количества пациентов;
- Создание доверительной атмосферы занятия;
- Обращение к личности каждого члена группы;
- Тренировка навыков субъект-субъектного взаимодействия и совместной работы.

Разумеется, в силу организационных трудностей, канистерапия не может быть рекомендована к использованию во всех отделениях психиатрических больниц, но наш опыт позволяет говорить о ее безусловной пользе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. Больной человек и его кот. — М., 2003. — 334 с.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — М.: Академический проект, 2006. — 799 с.
3. Все о собаке. — Сборник. / Под общей редакцией В. Н. Зубко. — М.: “Эра”, 1992. — 528 с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1986. — 286 с.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб. — СПб.: Питер, 2002. — 672.
6. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М.: Медицинская книга, 2010. — 173 с.
7. Кряжева Н. Л. Кот и пес спешат на помощь. Анималотерапия для детей. — М.: Академия холдинг, 2000. — 176 с.
8. Маслоу А. По направлению к психологии бытия. — М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2002. 158 с.
9. Муромцева М. А. Такса. — М.: Динамит, 1994. — 526 с.
10. Отечественные породы служебных собак. / Сост. В. А. Калинин. — СПб, МП “Издатель”, 1992. — 288 с.
11. Палмер Дж. Ваша собака. — М.: Мир, 1988. — 247 с.
12. Руководство по психиатрии: 2 т. Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 407 – 554.
13. Субботин А. В., Рацеская Л. Л. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. — Макцентр. Издательство, 2004. — 159 с.
14. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование под ред. А. В. Снежневского. — М., Медицина, 1972. — 400 с.

XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ
ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ —
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.com

Ещё раз о концепции акад. А. Б. Смулевича “Нажитые, соматогенно обусловленные ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности)”

В. Г. Остроглазов

В журнале под редакцией акад. А. Б. Смулевича опубликована моя статья (13) с характерным примечанием: “Работа выходит в свет в порядке дискуссии с позицией редакции, имеющей альтернативный характер. Эта позиция может быть дополнительно аргументирована данными более поздних, чем цитированные в статье В. Г. Остроглазова, исследований А. Б. Смулевича и его школы, выполненных в развитие концепции коэнестеziопатии. — Прим. ред.” (с. 47). Однако, вместе с редакционными сокращениями, коснувшимися в первую очередь “коэнестеziопатии”, было выплеснуто ядро дискутируемой проблемы. Необходимость вернуться к предметному обсуждению инновационной модели нажитой ипохондрической психопатии определяется её центральным значением в одном из течений российской психиатрической психосоматики, разрабатываемом исследованиями акад. А. Б. Смулевича и его школой.

Введение. Содержание концепции соматогенно обусловленных нажитых ипохондрических психопатий (НИП) тесно взаимосвязано с комплексом смежных тем: проблемой “статика и динамика психопатий”, концепцией “нажитой психической инвалидности” (НПИ) П. Б. Ганнушкина, в целом проблемной судьбой его наследия “малой психиатрии”, включавшей “неврозы” и “психопатии”.

Само перечисление этих проблем свидетельствует об их актуальности. Она особенно насущна для клинической психиатрии на этапе подготовки и обсуждения МКБ-11 пересмотра, критическая неудовлетворенность которой, как заметил проф. П. В. Морозов, нарастает среди западных клиницистов, психопатологов и историков психиатрии.

Но этого пока незаметно в российской психиатрии. Между тем, с 10-го пересмотра в МКБ-ВОЗ уже нет “неврозов”, а в Петербурге продолжают собирать российские конференции, чтобы отстаивать неврозы “по-питерски” и их “патогенетическую психотерапию”.

Нет в МКБ-10 и рубрики психопатий, а только “Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых” — F60-F69. В ней традиционному понятию психопатий или психопатических типов соответствует подрубрика “Специфических расстройств личности” (F60) как тяжелых расстройств характерологической конституции и поведенческих тенденций, сопровождающихся личностной и социальной дезинтеграцией.

В одноименной монографии проф. А. Б. Смулевича (2) среди расстройств личности (РЛ) описываются психопатии, в т.ч. новая, “нажитая” форма — НИП. Однако в отечественной литературе мне не встретились аналитические отзывы о ней. Опубликованная в

Журнале им. Корсакова восторженная рецензия проф. И. В. Боева не содержит научного анализа новой формы НИП (8), хотя сам автор говорит о ней как о гипотезе.

Именно поэтому полагаю, что обсуждение и даже полемика, касающиеся поставленных А. Б. Смулевичем сложнейших клинических проблем пограничной психиатрии и психосоматики, необходимы и были бы полезными, в т.ч. и для разработки клинко-синдромологического подхода к национальной классификации психических расстройств и заболеваний в области “малой психиатрии” в понимании П. Б. Ганнушкина.

Концепция НИП изложена проф. Смулевичем в указанной монографии (2), но более чётко — под рубрикой “в фокусе” — в Журнале им. Ганнушкина (1). Её текст взят за основу в настоящей рецензии.

Критический анализ концепции НИП

Вначале чтение текста вызывает впечатление тонкой, но слишком абстрактной эквилибристики ума, балансирующего на уровне оригинальных или заимствованных, исчезающе тонких, сомнительных понятий [вроде “коэнестеziопатии как деформации соматического склада личности”, “проприоцептивного, resp. невропатического диатеза”, “немотивированного (?) субфебрилитета”, “соматопсихической гиперперсонализации” (А. Б. Смулевич), “диснозогнозии” (J. Pilowsky), “соматических стилей” (Barsky, Klerman, 1983), “личностной упругости” (R. Druss, 1995), “ипохондрической сенсификации” и т.п. терминологических конструкций] с целью убедить читателя в возможной реальности открываемых НИП.

Служебную и, возможно, суггестивную, роль призваны играть 11 рисунков, таблиц и сложных графических построений процессов “наживания” и патомеханизмов психопатий, разобраться в которых, однако, представляется весьма непросто.

О методе исследований и материале клинических наблюдений, хотя бы в виде иллюстраций, речь не идёт.

Впрочем, и автор не переоценивает основательно сти своего сообщения, подчеркивая теоретические предпосылки “анализа проблемы соматогенно обусловленной динамики расстройств личности на основе клинической патохарактерологической модели”. По его мнению, это “позволяет существенно расширить представления о видоизменении склада личности заболевшего телесным недугом”, а “собственные наблюдения, а также данные ряда публикаций, позволяют предположить возможность патологической динамики РЛ, сопровождающейся формированием нажитых патохарактерологических свойств” (1, с. 5). Стало быть, речь идет о нажитых, соматогенно обусловленных ипохондрических психопатиях как о лишь предположительной возможности их существования, то есть о гипотезе.

Однако сформулированный автором не в предположительно-вопросительном, проблемном, а в утверждающе-констатирующем стиле заголовок статьи скорее вводит читателя в заблуждение. А подзаголовок в скобках закрепляет впечатление клинической реальности НИП будто готового научного продукта для вклада в систематику психопатий.

Имея в виду виртуальную природу попытки обоснования реальности НИП на основе “клинического патохарактерологического моделирования”, всё-таки попробуем рассмотреть эту концепцию с историко-психиатрической и клинко-психопатологической точек зрения.

С историко-психиатрической точки зрения речь может идти вполне о рецидиве пресловутой “копропсихиатрии” 19 века, рассматривавшей психозы как результат заболевания кишок, желудка и других органов живота, с тою лишь особенностью, что на этот раз она касается не психотической, пограничной области, так называемой “малой психиатрии” Ганнушкина (5).

Прототипом НИП послужила скорее всего его необоснованная и дублирующая западные модели концепция “одной из форм” нажитой психической инвалидности с астенической интеллектуальной несостоятельностью партийных активистов, к которой приводили непомерные нервные и умственные перегрузки революции и гражданской войны (3).

А с другой стороны, за три года до Ганнушкина сам вождь революции свидетельствовал о закономерности подобной инвалидности, в т.ч. и на собственном опыте: “Каждый революционер, достигший 50 лет, должен быть готовым выйти за фланг: продол-

жать работать по-прежнему он больше уже не может, ему не только трудно вести какое-нибудь дело за двоих, но и работать за себя одного, отвечать за свое дело ему становится не под силу. Вот эта-то потеря трудоспособности, потеря роковая, и подошла незаметно ко мне — я совсем стал не работник” (12). Этот “клинический” диагноз удивительно совпал с патолого-анатомическим. В Заключении протокола вскрытия его тела (22.01.1924) говорилось: “Основной болезни умершего является распространённый атеросклероз сосудов на почве преждевременного изнашивания (Abnutzungssclerose)”. Комиссия экспертов, в которую входили светила мировой медицины (Ферстер, Осипов, Дешин, Розанов, Вейсброд, Бунак, Гетье, Елистратов, Обух и Семашко) нашла подходящим этот необычный термин для характеристики казуистических особенностей сосудистой патологии мозга Ленина и формулировки диагноза болезни, приведшей к смерти, — Abnutzungssclerose, то есть склероз от изнашивания (там же)¹. Точно так же и в основе “нажитой психической инвалидности” П. Б. Ганнушкина (1926 г.) лежал ранний атеросклероз сосудов головного мозга. Однако противоречия этой концепции бросаются в глаза. Во-первых, в основе “нажитой психической инвалидности” лежит сосудистый атеросклеротический мозговой процесс, конечно же необратимый, но который сам по себе не относится к “психическим заболеваниям”. Во-вторых, этот хорошо известный в общей патологии человека процесс не имеет отношения к психогенной этиологии (И. В. Давыдовский, 1962).

Но, к сожалению, первая публикация Ганнушкина о НИП подверглась столь сокрушительному идейно-политическому остракизму, что вынудила автора публично оправдываться и отречься от неё, чтобы реабилитировать “партактив”: мол, как эта ранняя психическая инвалидность может наживаться, так и изживаться или вообще не “наживаться” при хорошей профилактике (4). Мощная реакция ВКПБ понятна. Страна вздыблена на исторический перелом построения социализма в одной отдельно взятой стране, а тут психиатры говорят о психическом нездоровье и даже о психической инвалидности наиболее революционной части партактива, которая-де не смогла справиться с непомерным нервным и умственным перенапряжением, может быть потому, что не обладала достаточной интеллектуальной силой? Но должно быть, еще более серьезное значение для власти имела пугающая ассоциация с недавно умершим революционером №1, слухи о прогрессивном параличе

¹ В контексте данной статьи нас интересует не истинный диагноз заболевания вождя (которое, кстати, лечили адекватно), который для клиницистов совершенно ясен, а сама по себе концепция раннего нервного изнашивания революционеров, приводящего к церебральному склерозу и инвалидности — Abnutzungssclerose (12).

которого еще не улеглись и будоражить их было совсем нехотят. Во всяком случае, вопрос стоял очень остро. Наверное, проф. Ганнушкин спасся своими заслугами перед революцией, благодаря которым он не мог быть зачислен в стан её врагов. Но всё равно основной вопрос о его судьбе, по-видимому, был властью предreshён. В первом 35-томном издании БМЭ (с 1928 г.) нет ни одной статьи Ганнушкина; статья “психопатии” не была доверена ни ему, ни кому-либо из его компетентных соратников или учеников, но психиатру, который и был назначен наследовать кафедру Ганнушкина. Ранняя “психическая инвалидность”, которую отстаивала вдова Софья Ганнушкина, послужила камнем преткновения и при попытке посмертного² переиздания его “Клиники психопатий” Государственным издательством биологической и медицинской литературы (БИОМЕДГИЗ) в 1937 году.

Конечно, ни критика, ни самокритика этой концепции, по сути с отречением от неё проф. Ганнушкина (4), не имели основательного научного значения, равно как и попытки осторожного возвращения к анализу этой истории, предпринятые его верными учениками (5 – 7 и др.).

На этой проблеме и её истории стоит остановиться отдельно, а мы должны сопоставить обе концепции (НПИ и НИП), отметить в них общее и отличия, чтобы вернуться к исследованию содержания концепции А. Б. Смулевича. Его НИП представляет собой по отношению к ганнушкинскому прототипу (3) тоже одну из “нажитых” психиатрических форм, но другую — не инвалидности, а психопатии.

Таким образом, в отличие от своего прототипа (НПИ), акцент ставится не на исходе в инвалидность, а на клинической форме и содержании нажитой ипохондрической психопатии, которая в сочетании с породившей её серьезной соматической болезнью, как и её прототип (3), может приводить или не приводить к финалу социально-трудовой дезадаптации. Кроме того, в ней вместо истощающего нервного фактора революции и войны с белогвардейцами и Антантой патогенная роль отведена реакции личности на заболевание собственного тела.

Но общее с прототипом доминирует. Оно, между прочим, заключается в “соматогенной” природе обеих форм “нажитой” психической патологии — и НИП, и НПИ. Причём, в концепции НПИ эта соматогенная природа выступает в более прямом, непосредственном виде: ведь в “нажитой психической инвалидности” Ганнушкина определение “психическая” относится только к этиологии НПИ, тогда как наступившая инвалидность, по мнению автора, определя-

² Здесь имеется в виду возможность переиздания, возникшая после смерти не только проф. Ганнушкина (1933), но и наследовавшего его кафедру проф. В. А. Внукова (1937) /прим. автора/.

ется ранним атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга. Это поражение ложится в основу и соматически определяет “нажитую психическую инвалидность” и тогда, когда психогенный фактор уже перестаёт действовать. И, несомненно, с этого момента перед нами — собственно сосудистый больной с атеросклеротическим поражением головного мозга. Его “нажитая психическая инвалидность” имеет анатомию раннего атеросклероза, в отличие от нажитой ипохондрической психопатии, не имеющей своей патанатомии³.

И ещё одно отличие, которое относится к сущности патобиологических процессов. НИП относится к *pathos*, тогда как НПИ с лежащим в её основе текущим атеросклеротическим процессом — к *nosos* (по И. В. Давыдовскому и А. В. Снежневскому).

Приступая к рассмотрению проблемы соматогенных провокаций ипохондрических расстройств личности (РЛ) на основании современных публикаций, проф. Смулевич перечисляет ряд концепций (внутренней картины болезни, патологического поведения в болезни, алекситимии, нозогений, посттравматического стрессового расстройства), трактующих её “в основном в контексте психологических исследований... при этом подчеркиваются психологические (ситуационные) аспекты воздействия соматической болезни в качестве основных патогенных факторов, обуславливающих динамику в форме реакций и разветвлений” (1).

Не останавливаясь, к сожалению, на критическом анализе этих концепций⁴ и резюмируя их общий психогенетический, в основном психологический подход, проф. Смулевич предлагает наряду с этими взглядами “существенно расширить представления о видоизменении склада личности заболевшего телесным недугом” клиническими аспектами на основе собственной “клинической-патохарактерологической модели” (там же, с. 5).

По автору, патологии личности, уязвимой к воздействию соматической вредности, относятся к различным типологическим группам, но объединены общим свойством — “деформацией соматического склада личности — коэнестеziопатией”. Однако, се-

³ Мнение проф. Ганнушкина о лежащем в основе НПИ атеросклеротическом поражении было, конечно, гипотетическим, ибо, по понятным причинам, клинико-анатомических исследований части “партактива”, страдавшей, по Ганнушкину, НПИ, не проводилось.

⁴ Например, “концепция нозогений подчеркивает прямую причинно-следственную связь между соматической болезнью и психогенной реакцией” (там же, с. 5), что методологически неверно: психогенная реакция на соматическую болезнь во-первых не прямая, ибо опосредована личностью, и, во-вторых, как психогенная понятная реакция, по К. Ясперсу, исключает каузальную трактовку как отношения причины и следствия, ибо несовместима с ней (В. О.).

нестопатия — патология общей чувствительности — пограничный неврологический феномен, как и боль, не имеет прямого отношения к личности и к её “деформации”. Но авторское понимание сенестопатии (а коэнестеziопатия равна сенестопатии или сенестопатии) отводит ей роль как бы готовой почвы для основного расстройства при НИП. Именно ею при формировании нажитой психопатии определяется её форма и содержание (ипохондрическое). Именно она при возникновении серьёзной и достаточно длительной соматической болезни сообщает аутопластической картине болезни Гольдшейдера (переименованной у нас Р. А. Лурия во “внутреннюю картину болезни”) особое патологическое свойство: возникновение ипохондрических личностных реакций на болезнь, патологического ипохондрического развития, которое и приводит к НИП, т.е. к необратимому психопатическому складу личности, который должен оставаться неизменным и в случае выздоровления от породившей его соматической болезни.

Эта психологическая гипотеза образования НИП путём психической реакции на соматическую болезнь уязвимой (вследствие сенестопатии, произвольно трактуемой автором как деформация соматического склада) личности представляет вариант давно отвергнутой концепции “*hypochondria cum materia*”, но в научном плане даже более архаический, нежели советская концепция сенесто-ипохондрических синдромов как прорывающейся в кору головного мозга интерорецептивной импульсации. В ней центральная общая чувствительность ошибочно отождествлялась с периферической центростремительной интерорецептивной импульсацией, а здесь — с психологическим парадоксальным понятием “коэнестеziопатического склада личности”. Коэнестеziопатия — фактически протопатический, почти неврологический феномен, однако рассматривается автором в регистре расстройств личности как нарушение ею “чувственного опознания собственного тела” (1). Но уместно ли обозначение НИП как нажитых патохарактерологических девиаций, поскольку патологический характер, т.е. психопатия, определяется на основании характерных реакций и стиля дезадаптивного личностного поведения, от которого страдает сам психопат или общество (К. Шнайдер), а не на основании отношения к собственному телу? Последнее, так сказать, его интимное внутреннее дело, тогда как психопатия — с о ц и а л ь н а я проблема. Не случайно учение о психопатиях выросло из остросоциальных проблем судебно-психиатрической экспертизы.

Для анализа работы важно прояснить авторскую концепцию. Однако, усложнённость языка, сомнительность вводимых терминов и понятий порой настолько затрудняют восприятие текста, что у неопытного психиатра может возникнуть ощущение, будто это его вина, если он не понимает.

Например: “Если акцентуация по типу невропатической (проприоцептивной) диатеза парциальна и представляет собой латентное, актуализирующееся лишь при манифестации тяжёлого соматического заболевания свойство РЛ различных типов, то связанная с таким заболеванием динамика патохарактерологических расстройств не ограничивается ипохондрической сенсбилизацией (Н. Feldman, 1972), но выражается полной деформацией соматического склада личности. В такой обусловленной соматической болезнью динамике коэнестеziопатия является сенсорной составляющей психопатологических расстройств, реализующихся в форме синдромально завершённых ипохондрических симптомокомплексов в картине реакций и развитий (рис. 3)” (1).

Это, конечно, единичный пример. Но, по-моему, напрасно пытаться понять смысл подобных высказываний, или искать его в произвольно употребляемых (неадекватно их сущности) терминах либо в их переносе из присущей им области в совершенно чуждую, где они теряют свой смысл (напр., “синтонность-дистонность по отношению к проявлениям соматопсихической сферы”, “акцентуация по типу невропатической диатеза”), или в употреблении терминов “невропатический” и “проприоцептивный” в качестве синонимов, которыми они, конечно, не являются, и т.д.

Целесообразнее сосредоточиться на прояснении в общем-то простого смысла концепции формирования НИП, не застревая в замысловатых сплетениях усложнённых психиатрического и психологического языков. Ясно, что речь здесь идёт о развитии концепций Ганнушкина о “клинике, статике и динамике психопатий”, а именно “об одной из форм” ранней нажитой психической инвалидности, и попытке создать “другую”, тоже “нажитую” форму, но психопатии (НИП).

Что касается основополагающих в данной теме психопатологических понятий, то среди них нельзя не остановить внимание на термине “коэнестеziопатия”, которую проф. А. Б. Смулевич рассматривает как общее и ведущее звено патокинеза нажитых ипохондрических психопатий, независимо от их принадлежности к разным типологическим группам.

Как одному из ключевых понятий темы ему отведён рис. 2 с определением соответствующего понятия: “Коэнестеziопатия (от термина “коэнестеziя”, введённого Johann Christian Reil в 1880) — общее чувство тела, включающего протопатические, висцеральные, гаптические, термические, кинестетические и витальные ощущения, а также восприятие физиологических и патологических процессов, в нём происходящих” (1).

В этом авторском понятии “коэнестеziопатии”, спорно трактуемом как “деформация соматического склада личности”, неправоммерно собраны вместе около десятка определений, одни из которых представля-

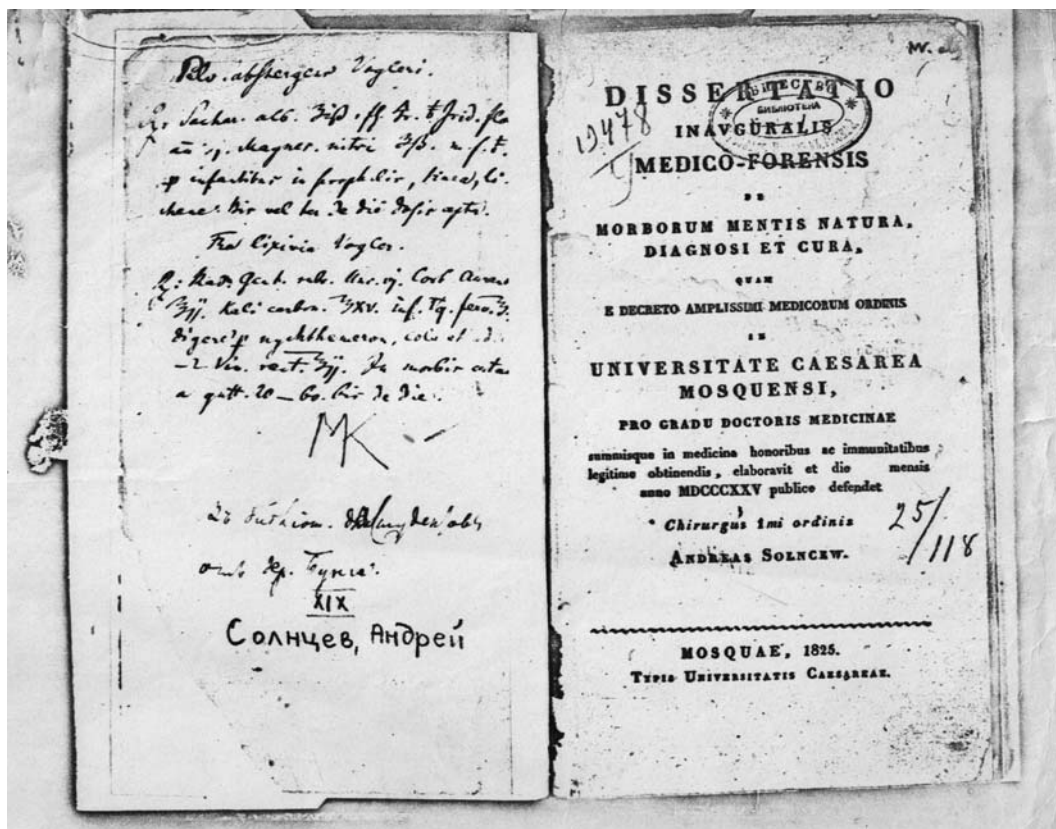


Рис. 1. Титульный лист диссертации Андрея Солнцева (1825 г.)

ют собой синонимы, другие несовместимы в рамках одного понятия, третьи невозможны, потому что относятся к качественно разным областям антропологии — к общей патологии и к физиологии. Поэтому с такой “коэнестеziопатией” невозможно согласиться.

Итак, “коэнестеziопатия” от термина “коэнестеziа”, обозначающего общую, или внутреннюю, чувствительность тела. По латыни это читается как сенестезия или ценестезия, отсюда — сенестопатия, ценестопатия или койнестопатия (термин, предпочитаемый наиболее компетентным в этой области советским невропатологом М. И. Аствацатуровым). Всё это — синонимы, только сенестезия относится к физиологии, т.е. к области здоровья, а сенестопатия — к патологии. История мировой психиатрии обязана постановкой проблемы сенестопатий прежде всего французской школе, а именно Э. Дюпре и П. Камю (1907). Однако ошибочно им приписывают авторство самого понятия. Дав чисто французское, элегантное и красочное определение сенестопатий, авторы запутались в их генезе — центральном или периферическом.

Эта путаница нашла полное отражение в одноименной советской докторской диссертации (Тарту, 1975) и монографии И. Р. Эглитиса “Сенестопатии” (Рига, 1977). Мы видим, что она не преодолена до сих пор, потому что, к сожалению, истории мировой пси-

хиатрии остаётся неизвестной докторская диссертация Андрея Солнцева “MORBORUM MENTIS NATURA, DIAGNOSI ET CURA”, написанная по латински, опубликованная и защищенная в Московском Университете в 1825 году (9, см. рис. 1)⁵ А между тем, в ней впервые автор “отграничил центральную (мозговую) ценестезию от органической (внутренностной) чувствительности и, рассматривая нарушения чувствительности при везании в качестве “идиопатического” расстройства ценестезии, предвосхитил современные представления А. К. Ануфриева о койнестопатии (сенестопатии) как основном патокинетическом звене острых и подострых эндогенных психозов” (11, с. 3).

Проследивая психосоматические и церебро-соматические взаимоотношения и “доходя до основ природы душевных болезней”, Андрей Солнцев выделя-

⁵ Я признателен редакции за возможность поделиться с читателями чувствами вечной благодарности покойному Андрею Георгиевичу Махину, в 1974 году в Музее книги б-ки им. Ленина продиктовавшему мне, аспиранту с темой диссертации “Психопатология сенестопатий и галлюцинаций общего чувства” (11) перевод диссертации Андрея Солнцева “MORBORUM MENTIS NATURA, DIAGNOSI ET CURA. MOSQUAE, 1825”. Его памяти посвящена эта статья.

ет тройную природу “заболеваний рассудка” и на первое место в ней ставит “душевные болезни от коэстетических нарушений, при которых первично, “идиопатически” (*то есть, эндогенно — В. О.*) нарушается телесный статус общей чувствительности (*sensorium communi*)” и (*вторично — В. О.*) нарушается сфера суждений” (9, с. 35).

Отсюда совершенно ясно, что уже в 1825 году русским психиатром Андреем Солнцевым была сформулирована и опубликована концепция патологических нарушений “коэстетизии” как первичного и основного расстройства психоза (везания), приоритет которой историки психиатрии ошибочно приписывают “бельгийскому Пинелю и бельгийскому Эскиролю” Ж. Гислену, в 1825 г. только получившему диплом врача и высказавшему сходные идеи лишь 10 лет спустя⁶.

Что касается истории термина “коэстетизия” для обозначения общей чувствительности, то очевидно его достаточная известность уже в начале 19 века. А отнесение А. Б. Смулевичем “введения” его Иоганном Христианом Рейлем (1759 – 1813) к 1880 году основано на случайном недоразумении. Скорее всего, подразумевался его одноименный труд 1795 года — J. C. Reil: *De coenaesthesi. Halae, 1795* (цит. по списку старой — до 1824 года — литературы А. Кронфельда 1941 г.). Вместе с тем, как фундаментальное биологическое понятие общая чувствительность была известна в античной медицине и философии, начиная с трактата “О душе” Аристотеля.

Но самое главное в аспекте обсуждаемой проблемы заключается в том, что сенестопатии представляют собой прямые, первичные процессуальные признаки, и, следовательно, наличие их в основе ипохондрических синдромов исключает возможность трактовки последних как суммирующихся патологических психогенных реакций, развитий и “нажитых соматогенно обусловленных ипохондрических психопатий” (по А. Б. Смулевичу).

В заключение следует подчеркнуть, что гипотетическая природа концепции “нажитых, соматогенно обусловленных ипохондрических психопатий” определяет и соответствующий теоретический характер

настоящей рецензии, в то время как последнее слово о реальной возможности или невозможности НИП остаётся за психиатрией. Поэтому прошу редакцию Журнала поддержать предложение мэтру нашей клинической школы А. Б. Смулевичу представить Российскому обществу психиатров клиническое наблюдение случая “нажитой, соматогенно обусловленной ипохондрической психопатии” с доказательным психопатологическим разбором. Концепции и классификации психических заболеваний приходят и уходят, а клиника остаётся как постамент психиатрии (А. Эй

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А. Б. “Нажитые, соматогенно обусловленные ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности). Журнал им. П. Б. Ганнушкина Психиатрия и психофармакотерапия, 2006, в. 1, с. 5 – 8.
2. Смулевич А. Б. Расстройства личности. — М.: Мед. информ. Агентство, 2007, 189 с.
3. Ганнушкин П. Б. “Об одной из форм нажитой психической инвалидности. Труды психиатрической клиники (Девичье поле). Выпуск второй. Издание М. и С. Сабашниковых. М., 1926, с. 52 – 59.
4. Он же. Об охране здоровья партактива. Революция и культура, 1930, № 4, с. 43 – 46.
5. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. Медгиз -1951- Москва.
6. Морозов В. М. Избранные труды. Москва, 2007. с.с. 121 – 123, 125 – 130, 189 – 199.
7. Кербинов О. В. Научное наследие П. Б. Ганнушкина. В кн. П. Б. Ганнушкин. Избранные труды под ред. действительного члена АМН СССР, проф. О. В. Кербинова. Изд-во “Медицина”, М., 1964, с. 3 – 23.
8. Боев И. В. Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2008, т. 8., в. 10, с. 92 – 93.
9. Solncew Andreas. Dissertatio inavgralis medico-forensis MORBORUM MENTIS NATURA, DIAGNOSI ET CURA. Pro gradu doctoris medicinae. MOSQUAE, 1825.
10. Каннабих Ю. В. История психиатрии. Государственное медицинское издательство. 1929 г., 520 с.
11. Остроглазов В. Г. Автореферат канд.дисс. “Психопатология сенестопатий и галлюцинаций общего чувства”, М.,1975.
12. Лопухин Ю. М. Болезнь, смерть и бальзамирование В. И. Ленина. Правда и мифы. — М., Республика, 1997.
13. Остроглазов В. Г. О концепции А. Б. Смулевича “Нажитые, соматогенно обусловленные ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) / Ж. Психические расстройства в общей медицине (под ред. А. Б. Смулевича), 2012, 1, с. 47 – 49.

⁶ Напр., Ю. В. Каннабих в основательной “Истории психиатрии”, указав на эту идею Ж. Гислена о первичном нарушении общей чувствительности при психозе, не понял её научного значения, а только прикладное — как “идеи, быть может неправильной, но послужившей для Гислена поводом для описания тяжёлых страданий, испытываемых душевно-больными, что было в то время далеко не лишним” (10, с. 206, 207).

Интеграция НПА России в Европейское психиатрическое сообщество

В соответствии с изменениями, внесенными в Устав Европейской психиатрической ассоциации Внеочередной генеральной ассамблеей 4 марта 2012 г. в Праге, помимо индивидуального вводится **коллективное членство** национальных психиатрических обществ/ассоциаций. Независимая психиатрическая ассоциация России обратилась с просьбой принять ее в члены ЕПА, и 14 июня 2012 г. получила официальное сообщение о том, что Правление ЕПА одобрило вступление НПА России в сообщество европейских ассоциаций. На сегодняшний день оно состоит из 33 психиатрических обществ из 30 стран Европы.

Следующий конгресс ЕПА состоится в 2013 году в Ницце, и представители НПА России будут иметь право участвовать в выборе новых членов правления ЕПА.

В соответствии с обновленным Уставом ЕПА, члены Независимой психиатрической ассоциации России автоматически становятся аффилированными членами ЕПА, а значит:

- имеют статус аффилированного члена ЕПА и не платят ежегодный членский взнос (платит Ассоциация);

- могут регулярно получать в электронном виде новости об образовательных программах, инициативах Европейского Союза, научных событиях и т.д. (для этого достаточно прислать нам свой электронный адрес и заявку на получение рассылки на английском языке);

- имеют возможность получать новости в электронном виде на русском языке (при содействии национальных психиатрических обществ);

- могут участвовать в Генеральных ассамблеях ЕПА в статусе наблюдателя;

- пользуются специальными предложениями в отношении оформления индивидуального членства в ЕПА:

 - 20 % скидка при регистрации каждого нового индивидуального члена ЕПА;

 - 30 % скидка для каждого из двух аффилированных членов ЕПА, регистрирующихся одновременно.

Оформление **индивидуального членства** в ЕПА (ежегодный взнос 100 евро) дает следующие дополнительные возможности:

- уменьшенный регистрационный взнос на Европейских конгрессах по психиатрии;

- бесплатная подписка на электронную версию европейского журнала по психиатрии;

- скидка при оплате образовательных курсов, организуемых в рамках Европейских конгрессов по психиатрии;

- право принимать участие в голосовании на Генеральной ассамблее ЕПА и возможность баллотироваться на пост члена правления ЕПА;

- иметь доступ к широкой сети европейских психиатров через электронную директорию ЕПА.

Дополнительную информацию о возможностях аффилированных и индивидуальных членов ЕПА можно получить на сайте: www.europsy.net.

Вступайте в индивидуальные члены Европейской психиатрической ассоциации! Это будет укреплять ее ряды и усиливать влияние отечественной психиатрии.

Создание международной рабочей группы по изучению сочетанных (коморбидных) форм психической патологии

Анализ положения дел в психиатрии и результаты собственных исследований свидетельствуют о том, что сочетанные (синонимы: смешанные, коморбидные, заболевания с двойным диагнозом и т.п.) формы психической патологии являются значительным и самостоятельным разделом психиатрии. На долю таких больных приходится до 50 % контингентов разных подразделений психиатрической и наркологической служб. Сочетанные заболевания имеют свои клинические и динамические закономерности. Эти формы являются наиболее трудными в диагностическом плане, а их профилактика и лечение требуют особых подходов.

Наряду с этим приходится констатировать, что сочетанные формы психической патологии остаются крайне мало изученными. Работы, посвященные им, имеют в литературе незначительный удельный вес, а их содержание касается преимущественно частных вопросов этой патологии. Это утверждение убедительно подтверждается результатами анализа публикаций, содержащихся в подшивках пяти ведущих российских психиатрических журналов (из списка так называемых ВАКовских) за последние пять лет (2007 – 2011 гг.). За обозначенный период времени в названных изданиях содержалась всего 21 статья, посвященная сочетанным формам психических заболеваний. При этом в 20 из них рассматривались сугубо конкретные варианты сочетаний, в 13 (61,9 %) из которых одной из составляющих были болезни зависимости. И только одна публикация в виде аналитического обзора литературы касалась общих вопросов коморбидной патологии.

При всей актуальности проблемы, сочетанная психическая патология не получила официального признания. Она не нашла отражения в учебниках и руководствах по психиатрии. А один из основных инструментов психиатрии — МКБ-10 рассматривает ее как нечто несущественное. В классификации предлагается чисто механически разделять сосуществующие заболевания. Эти действия предписываются комментарием к кодированию более одного диагноза: "...обычно лучше всего отметить один из них в качестве основного, а остальные — в качестве вспомогательных или дополнительных" При этом рекомендуется отдавать предпочтение диагнозу расстройств, послуживших причиной обращения пациента.

Естественно, что подобные обстоятельства не способствуют привлечению внимания исследователей к изучению сочетанных заболеваний, а практикующих врачей к их распознаванию.

РАБОЧАЯ ГРУППА. С учетом изложенного, нами — специалистами, занятыми исследованиями разных аспектов сочетанной психической патологии, было

решено объединить усилия в деле изучения сочетанных форм психических заболеваний, создав для этого рабочую группу. При этом мы полагали, что решение такой масштабной и многогранной проблемы, какой являются сочетанные психические заболевания, требует именно совместной деятельности многих специалистов, а наша группа может явиться примером создания таких коллективов. Группу сформировали:

Игумнов Сергей Александрович — д.м.н., профессор, директор Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Республика Беларусь. (E-mail: sergey igumnov@tut.by)

Пивень Борис Николаевич — заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского университета. Российская Федерация. (E-mail: b_piven@mail.ru)

Скугаревский Олег Алексеевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета. Республика Беларусь. (E-mail: skugarevsky@tut.by)

ЦЕЛЬ ГРУППЫ — создание информационной базы о сочетанной психической патологии, использование которой может способствовать дальнейшему развитию научной и практической психиатрии.

ЗАДАЧИ ГРУППЫ:

1. Накопление и обобщение сведений о сочетанной психической патологии и методах ее исследования.
2. Анализ распространенности сочетанных форм психической патологии.
3. Исследование структуры, клинико-динамических закономерностей и особенностей сочетанных форм.
4. Разработка эффективных методов терапии и профилактики сочетанных форм.
5. Разработка рекомендаций для органов здравоохранения по организации лечебно-реабилитационной помощи больным с сочетанными формами психических заболеваний и их профилактике.
6. Подготовка врачей, предусматривающая хорошее знание ими сочетанных форм психических заболеваний в диагностическом и лечебно-реабилитационном аспектах.
7. Издание соответствующей литературы.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ изучения сочетанных форм психических заболеваний:

1. Исследование сочетанной патологии, образующей собственно психическими заболеваниями (шизофрения и органические поражения головного мозга, неврозы и алкоголизм и т.п.).

2. Исследование сочетанной патологии, формирующейся близкими по сути расстройствами (депрессия и тревожность, депрессия и обсессии и т.п.).

3. Исследование сочетанной патологии, образуемой психическими и соматическими заболеваниями (шизофрения и гипертоническая болезнь и т.п.).

ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ПСИХИАТРИИ изучения сочетанных форм психических заболеваний. Есть все

основания утверждать, что всестороннее исследование крайне мало изученных сочетанных форм психической патологии будет способствовать дальнейшему развитию научной и практической психиатрии.

Приглашаем к сотрудничеству всех заинтересованных специалистов.

Б. Н. Пивень

Исполнение Россией решений Европейского суда по правам человека

29 мая Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. Л. Лукин провел круглый стол под названием “Практика исполнения Россией решений Европейского суда по правам человека с 2001 по 2011 гг. по отдельным категориям дел”.

Инициатором круглого стола выступил Российский исследовательский центр по правам человека (РИЦПЧ) и члены Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека в РФ от Независимой психиатрической ситуации России. Актуальность заявленной темы состояла в том, что в настоящее время Министерство юстиции РФ составляет план мониторинга правоприменения, который должен быть впоследствии утвержден Правительством. Мониторинг проводится в целях выполнения постановлений Европейского Суда по правам человека, в связи с которыми необходимо изменение российского законодательства, а Уполномоченный по правам человека и институты гражданского общества могут вносить свои предложения в план предстоящего мониторинга, а впоследствии и к докладу Президента по результатам мониторинга.

На круглом столе были представлены результаты проведенного Центром по правам человека исследования, касающиеся исполнения постановлений ЕСПЧ в России по отдельным категориям дел. Обсуждались, в частности, постановления ЕСПЧ, связанные с правами граждан в сфере психического здоровья (Ю. Н. Аргунова); правами, предусмотренными ст. 10 и 11 Европейской Конвенции и касающимися права на свободу слова, свободу собраний и ассоциаций (Б. Н. Панте-

леев); правом на жизнь и защиту от пыток (О. Садовская) и т.п.

В обсуждении приняли участие представители Аппарата Уполномоченного Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека и Отдела мониторинга правоприменения Министерства юстиции РФ, Судебного департамента Верховного Суда Российской Федерации, представители различных общественных организаций, а также юристы-участники программы РИЦПЧ “Дистанционное обучение адвокатов правам человека”.

Представители Министерства юстиции РФ рассказали о том, какую большую работу проводит государство по воплощению в жизнь той части Постановлений Европейского суда по правам человека, которая носит общий характер. Представители гражданского общества высказали свою озабоченность медленным продвижением в этом направлении, однако в целом обсуждение носило деловой и конструктивный характер и в очередной раз подтвердило эффективность встреч представителей власти и гражданского общества под эгидой Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации.

Были проанализированы наиболее эффективные практики взаимодействия органов государственной власти и неправительственных организаций в сфере защиты прав человека, высказано предложение о создании на базе Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека специальной группы, которая будет заниматься разработкой предложений по мониторингу правоприменения, связанного с исполнением решений Европейского Суда.

Слушания на тему совершенствования Гражданского кодекса РФ

24 апреля Российская академия юридических наук при поддержке рабочей группы по подготовке экспертных заключений Общественной палаты РФ провела Слушания по обсуждению проекта федерального закона *“О внесении изменений в части первую, вторую, третью и четвертую Гражданского кодекса Российской Федерации, а также в отдельные законодательные акты Российской Федерации”*.

Работа над проектом идет уже 4 года, и в настоящее время вступила в свою завершающую стадию. “ГК должен стать центром российского законодательства. Он должен содержать такие положения, которые будут цементировать все остальные законы”, — заявил на Слушаниях советник Президента, председатель Совета по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства Вениамин Яковлев.

Отдельным вопросом в программе слушаний стояло обсуждение проблем, связанных с защитой прав граждан, признанных недееспособными. Координационный совет по делам детей-инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности при Общественной Палате РФ предложил внести изменения в ГК РФ по вопросам, связанным с недееспособностью, опекой и попечительством. Это, прежде всего, введение института ограниченной дееспособности для лиц с психическими расстройствами, который предполагает более дифференцированную и индивидуализированную оценку состояния людей с психическими расстройствами и интеллектуальными нарушениями и позволяет сохранить человеку максимально возможную свободу принятия решений и включенность в жизнь общества. Законопроект о введении подобных революционных изменений был разработан Центром лечебной педагогики и поддержан многими российскими неправительственными организациями.

Законопроект предусматривает возрастание роли института опеки и попечительства, законодательно обязывая опекуна учитывать мнение и предпочтения опекаемого лица, способствовать его обучению и воспитанию, развитию и восстановлению утраченных или недостаточно развитых способностей и возможностей, оказывать поддержку в обеспечении жизне-

деятельности и решении разнообразных жизненных задач. Предполагается также расширить модели опекуна и попечительства и включить в круг лиц, которые могут быть опекунами и попечителями, профильные некоммерческие и благотворительные организации, осуществляющие деятельность в сфере поддержки лиц с ограниченными ментальными возможностями.

Выступивший на Слушаниях эксперт НПА России адвокат Д. Г. Баргенов, подчеркнул, что необходимость реформы института недееспособности прямо вытекает из только что ратифицированной Конвенции о правах инвалидов. Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова заявила, что психиатрическое сообщество понимает необходимость реформы и готово принимать в этом активное участие. “Справедливая критика в адрес судебно-психиатрических экспертов, которые очень легко выносят свое суждение относительно того, что человек по своему психическому состоянию “не может понимать значение своих действий и руководить ими”, связана с тем, что психиатры не имеют другой возможности кроме альтернативы: “может — не может” и стараются защитить человека и общество от опасных последствий непродуманного поведения людей с психическими расстройствами. Возможность ограничивать дееспособность психически больного человека не полностью, а в определенных сферах стала бы существенным шагом на пути соблюдения прав человека, защиты прав лиц с психическими расстройствами”.

Материалы по законопроекту Центра лечебной педагогики о введении института ограниченной дееспособности можно посмотреть на сайте “Особое детство”. К сожалению, разработанный Центром законопроект адекватен лишь для лиц с задержками психического развития и умственной отсталостью, т.е. для того, контингента, с которым работают сотрудники Центра. Для людей с психическими расстройствами следует искать другие подходы, и это является первоочередной задачей НПА России.

По результатам обсуждения предложения Рабочей группы Общественной Палаты переданы в Государственную думу РФ.

Реформирование института недееспособности должно быть продолжено

4 июня 2012 г. Конституционный Суд Российской Федерации рассмотрел жалобу жительницы Санкт-Петербурга на положения Гражданского кодекса РФ, которые не предусматривают ограничения дееспособности гражданина, страдающего психическим расстройством, в минимально необходимой степени. Предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ являются пункты 1 и 2 статьи 29, пункты 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса РФ. Интересы заявительницы представляет адвокат Дмитрий Баргенов, эксперт Независимой психиатрической ассоциации России.

Заявительница Ирина Делова является инвалидом с детства и уже более двадцати лет проживает в специализированном психоневрологическом интернате в Санкт-Петербурге. Все это время она самостоятельно распоряжалась своей пенсией. В 2010 году по заявлению интерната она была признана судом недееспособной и лишилась возможности самостоятельно распоряжаться своим имуществом, в частности, пенсией. Эксперты признали, что Ирина Делова имеет адекватное представление об окружающей реальности и вполне способна распоряжаться деньгами для совершения бытовых сделок. В то же время сфера более сложных операций, например сделок с недвижимостью, была признана трудной для самостоятельного понимания подопечной интерната.

При решении вопроса районный суд руководствовался действующим гражданским законодательством, которое предусматривает только полное лишение гражданина дееспособности в случае наличия у него психического расстройства. Опекуном заявительницы в настоящее время является администрация интерната.

По мнению Ирины Деловой, ее психическое расстройство не угрожает правам и законным интересам других лиц, в целях защиты которых права и свободы человека могут быть ограничены федеральным законом. Поэтому, как полагает заявительница, оспариваемые нормы носят дискриминационный характер. Заявительница просит признать оспариваемые нормы не соответствующими статьям 19, 23, 35 и 55 (ч. 3) Конституции РФ.

В ходе четырехчасовой дискуссии 4 июня Конституционный Суд в открытом заседании выслушал позиции сторон: представителя заявительницы и органов власти, принявших оспариваемый закон. В слушаниях также принимает участие директор интерната, которая категорически возражает, чтобы ее подопечной позволили распоряжаться пенсией.

Свое решение по делу Ирины Деловой Конституционный Суд примет в закрытом режиме, после чего постановление будет оглашено публично.

11-ый всемирный конгресс по биологической психиатрии

23 – 27 июня 2013 г., Киото, Япония

www.wfsbp-congress.org

21-ый всемирный конгресс по социальной психиатрии

**БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ —
БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ**

29 июня – 3 июля 2013 г., Лисабон, Португалия

www.wasp2013.com

“Сорок калик со каликою” (отрывок из былины)*

...Говорила им княгинюшка Опраксея:
“Развожу ли я вас всех по единому”.
Разводила княгинюшка по единому,
А к себе брала Михайлушка сына Михайловича.
А к себе она взяла да во свою грыню.
Повалила на кроваточку тесовую,
На маленьки подушечки тяжелые,
Под то ли одеялышко соболиное,
Не простого соболя было, заморского.
А сама повалилась на печку на муравлену.
А случилось ночи во первом часу,
Соходила тут княгинюшка Опраксея
Со той же со печки да со муравленой
А на ту ли на кроваточку на тесовую,
На ту ли на перину да на пуховую,
А на маленьки подушечки тяжелые,
Под то ли одеялышко черна соболя,
Не простого соболя было, заморского.
Накинула на Михайлушка ручку правую,
Накинула на Михайлушка ножку правую,
Прижала она Михайлушка к ретиву сердцу:
“Уж ты ой еси, Михайлушко сын Михайлович!
Ты влюбись в меня в княгинюшку в Опраксею,
Ты останься от калик да перехожих,
А наймись ко Владимиру во служеньице,
Уж мы станем ли с тобой да за едино жить,
А казна ли тебе будет не закрытая”.
Говорил тут Михайлушко сын Михайлович:
“Ты поди-ко прочь, княгинюшка Опраксея!
У нас кладена заповедь великая,
А великая заповедь тяжелая:
Еще кто из нас, братцы, заворуется,
Кто из нас, братцы, заплутуется,
Кто из нас, братцы, да за блудом пойдет, —
Нам судить такового чтобы своим судом,
Не ходить ни к царям, ни к царевичам,
Не ходить ни к королям, ни к королевичам;
Нам копать во сыру землю по поясу,
А речист язык да тянуть теменем,
Еще очи-те ясны да всё косицами,
Ретиво ли сердечушко промежду плеча
И оставить казненного на чистом поле”.
Осердилася княгинюшка Опраксея,

А ушла она на печку да на муравлену.
А случилось ноченьки во втором часу,
Соходила тут княгинюшка Опраксея
Со той же со печки со муравленой
А на ту же на кроваточку тесовую,
На ту же на перину да на пуховую,
Под то же одеяло да черна соболя,
А на маленьки подушечки тяжелые.
Накинула на Михайлушка ручку правую,
Накинула на Михайлушка ножку правую,
Прижала она Михайлушка к ретиву сердцу:
“Уж ты ой еси, Михайлушко сын Михайлович”
Ты влюбись в меня в княгинюшку в Опраксею,
Ты останься от калик да перехожих,
А наймись ко Владимиру во служеньице,
Уж как станем с тобой да за едино жить,
За едино станем жить, станем любовь творить,
Золота тебе казна будет не закрытая”.
Говорил тут Михайлушко сын Михайлович:
“Ты поди-ко прочь, княгинюшка Опраксея!
У нас кладена заповедь великая,
А великая заповедь тяжелая:
Еще кто из нас, братцы, заворуется,
Еще кто из нас, братцы, заплутуется,
Кто из нас, братцы, да за блудом пойдет, —
Нам судить такового чтобы своим судом,
Не ходить ни к царям да ни к царевичам,
Не ходить ни к королям, ни к королевичам;
Нам копать во сыру землю по поясу,
А речист язык да тянуть теменем,
Уж как очи-те ясны да всё косицами,
Ретиво сердечушко промежду плечми,
А оставить казненного на чистом поле”
Ай осердилася княгинюшка Опраксея,
А ушла она на печку на муравлену.
А случилось ноченьки да во третьем часу,
Соходила со печки да со муравленой
(А заспал Михайло да богатырским сном)
И брала она братынечку серебряну,
Из которой братыни да князь с приезде пьет,
И брала его да всё ведь по-старому,
И клала ему братынечку серебряну,
И зашила-застегала да все по-старому...

* Библиотека русского фольклора, том I — Былины, М., 1988 г.

“Калика” — паломник, богатырь во смиреннии, странствующий богатырь.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Пылаев М. А. Категория «священное» в феноменологии, теологии и философии XX века — М., 2011
Чедвек Оуэн. Реформация. Противостояние католиков и протестантов в Западной Европе XVI – XVII вв. — М., 2011

* * *

Декарт Рене. Человек. — М., 2012 (первый перевод)
Ницше Фридрих. Полное собрание сочинений. Т. 11. — М., 2012
Ясперс Карл. Философия. Книга 3. Метафизика. — М., 2012
Павленко Андрей. Пределы intersубъективности. Критика коммуникативной способности обоснования знания. — СПб., 2012
Перевод философии /Философия перевода // Логос, 5 – 6, 2011

* * *

Хомский Ноам. Государство будущего. — М., 2012
Кроули Эрнест. Мистическая роза. Исследование о первобытном браке. — М., 2011
Бочаров В. В. Неписанный закон. Антропология права. — СПб., 2012
Бартелеми Доминик. Рыцарство. От древней Германии до Франции XII века. — СПб., 2012

* * *

Саломе Лу. Эротика. — М., 2012 (в частности, воспоминания о Ницше, Рильке и Фрейте)
Лакан в Японии (ред. В. Мазин, А. Юран) — СПб., 2012

* * *

Кацис Л. Ф. Смена парадигм и смена парадигмы. Очерки русской литературы, искусства и науки XX века. — М., 2012
Русские литературные универсалии (ред. А. А. Фаустов). — Воронеж, 2011
Егоров Б. Ф. Обман в русской культуре. — СПб., 2012
Штуден Лев. Литература Содомы. — М., 2012
Гаспаров М. Л. Филология как нравственность. — М., 2012
Комм Дмитрий. Формулы страха. Введение в историю и теорию фильмов ужасов — СПб., 2012

* * *

Биллингтон Джеймс Х. Икона и топор. Опыт истолкования истории русской культуры. Т. 1 — М., 2011
Яковенко Н. Очерк истории Украины в средние века и раннее новое время. — М., 2012
Печенкин А. Гибель военной элиты. 1937 – 1938 гг. — М., 2011
Гуревич Арон. История историка. — М.-СПб., 2012
Репина Л. П. Историческая наука на рубеже XX – XXI веков. — М., 2011

* * *

Цветаева Марина. Неизданное. Семья: история в письмах. — М., 2012
Гамбрович Витольд. Дневник. — СПб., 2012

* * *

Ирвинг Вашингтон. Жизнь пророка Мухаммеда. — М., 2012
Гюлар Жан. Наполеон. — М., 2012
Бароян Жан Батист. Бодлер. — М., 2012

ABSTRACTS

Clinical Recovery in Manifested Progredient Forms of Schizophrenia (part 2)

A. G. Mkrtchyan (Yerevan, Armenia)

The study applied clinical psychopathological, clinical cathamnestic and psychometric testing approaches to examine 243 institutionalized chronic patients with manifested progredient forms of schizophrenia in residual phase of the disease.

While differentiating the forms of the outcomes, the study found psychotic form of residual condition in 9.5 %, the form with reduced positive symptoms in 35.8 %, deficit form in 42.0 % and outcome in the form of clinical recovery in 12.8 % of the investigated cases. The form of clinical recovery of residual phase was presented with the most expressed regredient course of the schizophrenia after the long-term episodes of psychosis and rapid progredient course of the disease followed by the development of the residual phase of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, progredience, outcome in schizophrenia, recovery.

To the Issue of Diagnostics of Combined Forms of Mental Diseases

B. N. Piven, O. S. Bulat, L. V. Leshchenko (Barnaul)

Analysis of medical documentation of 414 mental patients treated during one year in two psychiatric inpatient departments as well as 434 outpatients with schizophrenia revealed high prevalence rate of combined forms of mental disorders. On the other hand, analysis of the verbatim transcripts of the clinical case conferences published in the Independent Psychiatric Journal in 2008 – 2011 demonstrated lack of positive attitude from the part of physicians with regard to identification of combined psychiatric pathology, and its inadequate detection in everyday clinical practice. The facts that combined mental disorders didn't find their adequate representation in psychiatric textbooks and that ICD-10 considers such disorders as something insignificant contribute to the problem. Meanwhile, such an attitude of the physicians reduces the efficacy of psychiatric service.

Key words: combined, comorbid, mental disorder, case, conference.

Panic Disorder with Agoraphobia: Diagnostic Issues and Comorbidity

A. V. Pavlichenko, D. A. Chugunov

We have sorted out 59 inpatients with the diagnosis of "Panic Disorder" according to the DSM-IV criteria for PD. The research was naturalistic follow-up. We investi-

gated the course of illness during relapses leading to subsequent hospitalizations or to outpatient treatment.

Age of onset for PD was $36,5 \pm 10,8$ years. Dynamics of PD was either episodic (33,9 %) or chronic but waving (66,1 %). It has been identified three phases of the course of PD. First phase (0 – 3 years after first episode of illness) was characterized by situationally predisposed Panic Attacks (PA) that were accompanied not only by somatic and cognitive symptoms, but also conversion signs (30,5 %) and social phobias (10,2 %). In most cases (81,4 %) it led to avoidance of travelling alone on public transport, illness phobia (54,2 %), subclinical generalized anxiety disorder (37,3 %) and subclinical secondary depression (27,1 %). Coping strategies included the travelling with only relatives and taking drugs or drinking during PA. In the second phase (an average of 2 – 5 after onset of PD) individuals experienced significant agoraphobic avoidance even driving and being alone outside the home. Spontaneous PA were accompanied by only somatic and conversion symptoms. Comorbid disorders included somatoform disorders (30,5 %), generalized anxiety disorder (27,1 %) and alcohol abuse (20,3 %). Avoiding going out alone and dependence on relatives had prevailed among the coping strategies. Limited symptom attacks and decrease in agoraphobic avoidance have been associated with the third or residual phase (4 years or more after manifestation of PD). The most common patterns of comorbidity were OCD (aggressive impulses, pathological doubts) — 15,3 %, personality disorders (dependent and histrionic) — 11,8 % and major depression (10,1 %). Coping strategies were dependent on certain comorbid conditions. Histrionic personality disorder was accompanied by desire to get the disability benefits, pathological doubts — with checking and rechecking and dependent personality disorders — with overprotection and dominance from others. The favorable prognosis of PD has been associated with the development of first PA following exposure to a stressful event, the presence of only somatic symptoms during PA, absence of agoraphobia, late age of onset and generalized anxiety disorder as only comorbid condition. Symptoms of poor prognosis were the following: absence of any situational triggers before manifestation of PA, the presence of depersonalization and fear of losing control during PA, significant agoraphobic avoidance, OCD and histrionic personality disorder as comorbid conditions.

In conclusion, our prospective follow-up research has revealed the natural course of PD from full-blown PA — through agoraphobia — to limited symptom attacks and the direction of associations between PD and comorbid conditions. That PD, agoraphobia, illness phobia and generalized anxiety disorder frequently occur together suggests their coexistence is not due to chance, and may rep-

Аннотации

resent a specific syndrome having an important diagnostic value.

Key words: panic disorder, agoraphobia, comorbidity, course, dimensional approach.

To a Problem of Neuroleptic Malignant Syndrome

V. P. Volkov

Patient's records of the Tver regional clinical mental hospital No. 1 and literary data about such rare, but potentially life-threatening condition as neuroleptic malignant syndrome (39 own and 50 literary cases) were studied by means of statistical method. The purpose of this work is to characterize the major clinical manifestations of this disease, to clarify their frequency and to allocate indicators which are the most informative for the diagnosis. Higher awareness on NMS guarantees its early diagnostics and the correct treatment and warns a deadly outcome.

Key words: neuroleptic malignant syndrome; clinical and laboratory aspects.

Psychiatric inpatients: their needs and satisfaction of mental health care

E. B. Lyubov and the Investigation Group

Review of 378 psychiatric inpatients stressed the need to improve the tolerability and effectiveness of pharmacotherapy as well as the need to the target psychosocial work.

Key words: psychiatric inpatients, needs.

Independence of an Expert: Position of the European Court of Human Rights

Yu. N. Argunova

The analysis of legislative regulations establishing the principle of expert's independence is given and flaws in its formulation are revealed. The author examines the

ECHR's decision of 11.12.2008 in *Shulepova v. Russian Federation*. Some measures on improvement of legislation and law enforcement, and expert practice are proposed.

Key words: forensic psychiatric, examination, independence of expert.

The Right of the Citizens to Obtain Information about Their Health May Be Found under Threat of Violation

A. G. Ustinov

Legal-technical analysis of the article 22 of the Federal Law of November 22, 2011, # 323 FL "On the Principles of the Health Safety of the Citizens in the Russian Federation" is conducted, and the need of introduction of changes in mentioned article is justified. The author draws attention to the necessity of speedy adoption by the Ministry of Health of the Russian Federation of the normative legal act establishing grounds, procedure and time frame for granting medical documents (their copies) and excerpts from them.

Key words: information on a state of health, medical documents, patient.

Zootherapy — Available Tendency of Schizophrenic Specter Disorders Psychotherapy

S. D. Levina

Individual and group psychotherapy was used for outpatients and inpatients of Mental Hospital ¹ 1. Schizophrenic patients prevailed. The succeeded aims: attraction of patients with negative and positive disorders; creation of psychotherapeutic environment; appeal to each patient's personality; training of subject-subject communications and cooperative work practice.

Key words: zootherapy; psychotherapy; outpatients' and inpatients' treatment; schizophrenic specter disorders.

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПУБЛИКУЕМЫМ В НЕЗАВИСИМОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ

1. Статьи должны соответствовать общенаучным требованиям и иметь указание, в какую рубрику журнала направляются.
 2. Помимо печатного варианта статьи необходимо представлять электронную версию работы.
 3. Для оригинальных научных работ обязательна аннотация (около 1/2 страницы) на русском и английском языках, повторяющая традиционную структуру статьи, с ключевыми словами.
 4. Объем работы — до 10 – 12 страниц стандартного текста (1800 знаков на странице).
-