

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**I**

**2014**

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**  
**В. А. Кажин**  
**Г. М. Котиков**  
**В. В. Мотов**  
**П. А. Понизовский**  
**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**  
**Vitaly Kazin**  
**Grigori Kotikov**  
**Vladimir Motov**  
**Pavel Ponizovskiy**  
**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 18.03.2014. Подписано в печать 28.03.2014. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2014-01-РА.

Цена свободная

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

## Содержание

### 25-ЛЕТИЕ НПА РОССИИ, XIV СЪЕЗД

<b>Вступительное слово президента НПА России . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>Доказательная медицина в начале XXI века — В. В. Власов . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>Клиническая психиатрия стала избыточной — А. В. Немцов . . . . .</b>	<b>12</b>
<b>Необходимость разнообразных форм диалога клинического и индуктивных методов — Ю. С. Савенко . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>Резолюция съезда . . . . .</b>	<b>16</b>

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

<b>Вопросы диагностики аутизма у взрослых и детей — Б. В. Воронков, Л. П. Рубина (СПб) . . . . .</b>	<b>17</b>
<b>Инфраструктура конструкта стигмы при расстройствах тревожно-депрессивного спектра — И. Э. Секоян, А. П. Геворкян, Э. С. Секоян (Ереван, Армения). . . . .</b>	<b>25</b>
<b>О некоторых первоочередных приоритетах политики психического здоровья на современном этапе — Ю. С. Савенко . . . . .</b>	<b>33</b>

### КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

<b>Шизоаффективное расстройство? — Ведущий проф. Б. Д. Цыганков, врачи-содокладчики Р. Н. Кондраков, Н. В. Правдина . . . . .</b>	<b>36</b>
---	-----------

### ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>К амбулаторной терапии творческим самовыражениям (М. Е. Бурно) в психосоциальной реабилитации хронических больных шубообразной шизофренией (многолетний опыт) — М. Е. Бурно. . . . .</b>	<b>59</b>
---	-----------

### ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

<b>Может ли военный билет содержать сведения, составляющие врачебную тайну? — Ю. Н. Аргунова . . . . .</b>	<b>63</b>
<b>Постановление Европейского Суда по правам человека по делу Коровиных: условия содержания пациента в психиатрической больнице впервые признаны бесчеловечным обращением — Д. Г. Баргенов (СПб). . . . .</b>	<b>67</b>

### ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

<b>Итоги дела Михаила Косенко . . . . .</b>	<b>70</b>
---	-----------

### ОБЗОРЫ

<b>Коморбидность панического расстройства — Ю. Е. Варфоломеева. . . . .</b>	<b>75</b>
---	-----------

### ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

<b>Н. Н. Баженов. Русская революция. Очерк социальной психологии (первый перевод на русский язык). (Окончание). . . . .</b>	<b>80</b>
---	-----------

### ХРОНИКА

<b>Пятый национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии. . . . .</b>	<b>88</b>
<b>Правозащитная премия президенту НПА России . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Официальная реакция на борьбу за судьбу Михаила Косенко . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Выхолащивание общественного контроля . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Завершающий этап разработки МКБ-11 и позиция отечественных психиатров . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Совещание в Правительстве относительно ст. 38 . . . . .</b>	<b>91</b>

### ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

<b>Голоса — Е. Л. . . . .</b>	<b>92</b>
-------------------------------	-----------

<b>РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .</b>	<b>98</b>
-------------------------------	-----------

<b>АННОТАЦИИ . . . . .</b>	<b>99</b>
----------------------------	-----------

# CONTENTS

## 25 ANNIVERSARY OF THE IPA OF RUSSIA, XIV-th CONGRESS

<b>Opening speech of the president of the IPA of Russia . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>Evidence based medicine at the beginning of XXI century — V. V. Vlasov . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>The clinical psychiatry has become superfluous — A. V. Nemtsov . . . . .</b>	<b>12</b>
<b>Necessity of various forms of dialogue between clinical and inductive methods — Yu. S. Savenko . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>Congress resolution. . . . .</b>	<b>16</b>

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

<b>Issues of diagnosis of autism in adults and children</b> — B. V. Voronkov, L. P. Rubina (St-Petersburg) . . . . .	<b>17</b>
<b>Infrastructure the constructs of stigma in anxiety-depression spectrum disorders</b> — I. E. Sekoyan, A. P. Gevorkyan, E. S. Sekoyan (Yerevan, Armenia) . . . . .	<b>25</b>
<b>On some priorities of policy of mental health at the present stage — Yu. S. Savenko. . . . .</b>	<b>33</b>

## DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

<b>Schizoaffective disorder? — Prof. B. D. Tsygankov, R. N. Kondrakov, N. V. Pravdina . . . . .</b>	<b>36</b>
---	-----------

## PSYCHOTHERAPY

<b>On ambulatory therapy by means of creative self-expression (M. Burno)</b> <b>in psychosocial rehabilitation of shift-like schizophrenia patients</b> <b>(long-term experience) — M. E. Burno . . . . .</b>	<b>59</b>
---	-----------

## PSYCHIATRY AND RIGHT

<b>Can military card contain medical confidential information? — Yu. N. Argunova . . . . .</b>	<b>63</b>
<b>The resolution of the European Court of Human Rights on the Korovins' case:</b> <b>conditions of the maintenance of the patient in psychiatric hospital are</b> <b>for the first time recognized as inhuman treatment — D. G. Bartenev (St-Petersburg) . . . . .</b>	<b>67</b>

## FROM AN EXPERT'S DOSSIER

<b>Summing up of Mikhail Kosenko's case — Yu. S. Savenko . . . . .</b>	<b>70</b>
--	-----------

## REVIEWS

<b>Comorbidity of panic disorder — Yu. E. Varfolomeyeva . . . . .</b>	<b>75</b>
---	-----------

## FROM CLASSICAL HERITAGE

<b>N. N. Bazhenov. Russian revolution. Sketch of social psychology</b> <b>(first translation into Russian) (ending) . . . . .</b>	<b>80</b>
--	-----------

## CHRONICLE

<b>The Fifth National Congress on Social and Clinical Psychiatry. . . . .</b>	<b>88</b>
<b>Human rights award to the president of the IPA of Russia . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Official reaction to fight for Mikhail Kosenko's destiny. . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Emasculation of public control . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Final stage of development of ICD-11 and position of Russian psychiatrists. . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Meeting in the Government concerning Art. 38 . . . . .</b>	<b>91</b>

## PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY

<b>Voices — E. L. . . . .</b>	<b>92</b>
-------------------------------	-----------

<b>RECOMMENDATIONS . . . . .</b>	<b>98</b>
----------------------------------	-----------

<b>ABSTRACTS . . . . .</b>	<b>99</b>
----------------------------	-----------



### Вступительное слово президента НПА России

Профессиональная тема настоящего съезда — Доказательная медицина в психиатрии — сохраняет свою актуальность уже несколько десятилетий, с первых лет деятельности нашей Ассоциации. Мы подчеркивали необходимость пересмотра методологии проверки эффективности новых психотропных средств как явственно односторонне-индуктивистской, статистической, опирающейся, прежде всего, на эпидемиологические исследования.

Но в самое недавнее время появились работы известных коллег, где эта односторонность апологизируется, а клинический метод — основа основ нашего предмета — с чисто формальными реверансами объявляется устаревшим, не соответствующим новым научным требованиям. При этом у этих авторов обнаруживается представление о клиническом методе как о чем-то не только исчерпанном, но даже загромождающем и излишнем.

Я могу понять молодых коллег, так как с самого начала собственной профессиональной деятельности постоянно разрывался между целостным клиническим подходом и завораживающей четкостью объективных электрофизиологических и тестологических методов исследования.

Но у зрелых коллег такого рода высказывания — синдром разочарования разве что в повседневном уровне окружающей их клинической практики, которая воспринимается как некий достигнутый потолок.

Бурное вхождение доказательной медицины в общую медицину повторяется на порядок большими бурями — и с полным на это основанием — при вхождении ее в психиатрию.

Игнорируется фундаментальная специфика психиатрии, которая состоит в том, что в отличие от фактически однослойных биологических медицинских дисциплин, психиатрия является многослойной интер- и интрадисциплинарной наукой и профессией, в силу чего механический перенос методологии доказательной медицины на психиатрию был предвидимо

чреват грубейшими искажениями, что и происходит. Это касается, прежде всего, представителей бихевиористского направления, которое опирается только на поведенческие характеристики, и ревнителей радикальной психометрии, а сейчас даже кликометрии, уверенных, что шкалы и опросники превосходят клинический метод и даже могут заменить его. Хотя хорошо известно, что психометрия не заменила психологию, таксонометрия — классическую таксономию, математическая генетика — генетику и т.д.

Но переживаемый нами момент принципиально отличается тем, что мы стоим на пороге принятия новой МКБ, которая — а это уже ясно — будет очередным, вслед за МКБ-10, шагом по лестнице, ведущей вниз, в сторону грубого опрощения и даже элиминации клинического метода. В двух последних выпусках НПЖ и на сайте нашей Ассоциации были опубликованы тексты для обсуждения на этом съезде, очень кстати появилась целая серия важных публикаций по этой теме в журнале “Всемирная психиатрия” и “Журнале им. Ганнушкина”. Хотелось бы услышать, какие пути дальнейшего развития нашего предмета видятся вам возможными? И что делать в сложившейся ситуации?

Наиболее популярное в мире, изданное на 9 языках с момента написания в 1996 году, и 5 лет назад переведенное на русский язык руководство “Основы доказательной медицины” Триши Гринхальх, написано врачом общей практики и поэтому очень понятно, живо и увлекательно. Кстати, рецензентом этой книги выступил присутствующий здесь президент российского “Общества специалистов доказательной медицины” ([www.osdm.org](http://www.osdm.org)) и директор Российского отделения Кокрановского сотрудничества, доктор мед. наук, проф. Высшей школы экономики и Первого московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Василий Викторович Власов. Поэтому я думаю, естественно начать с его выступления.

# Доказательная медицина в начале XXI века

В. В. Власов

Медицина — это социальная практика, помогающая людям в страданиях, связанных с болезнями. Доказательная медицина — это форма медицинской практики, опирающаяся на методы и данные, доказанные доброкачественными научными исследованиями. Таким доказательством являются только рандомизированные контролируемые исследования, опора на обзоры по ним, прежде всего, исследования, зарегистрированные до начала их проведения для минимизации всевозможных фальсификаций. Медицинское вмешательство должно быть ориентировано на полезный исход — продолжительность и качество жизни — а не нормализацию различных инструментальных показателей. Это и есть пациентоцентрический подход в медицине. Качественная медицинская помощь сильно зависит от ситуации в обществе.

**Ключевые слова:** доказательная медицина в психиатрии.

Медицину нередко называют наукой. По моему мнению, ее лучше определять, как социальную практику, направленную на помощь людям в страданиях, связанных с болезнями. Соответственно, многое зависит от того, что медицина и общество признает болезнями. С другой стороны, врачи столетиями (и общество поддерживает их в этом) утверждают, что медицинская практика базируется на научных достижениях и тесно связана с прогрессом наук о природе и человеке.

Врачи, по крайней мере, многие, утверждают, что в их практике сочетаются научные принципы и искусство манипулирования объектами (организмом и инструментами) и человеком как социальным существом. Последнее, в частности, выражается в популярной (и неверной) интерпретации фразы “искусство и наука медицины”, как бы подтверждающей традиционное право врача на элемент произвольности наряду с научной обоснованностью действий. Если добавить к этой сложности еще элементы вмешательства третьих сторон — общественных обстоятельств, личных (порой причудливых) предпочтений пациента и сильнейшую зависимость от возможностей и предпочтений системы здравоохранения, в которой врач оказывает помощь своим пациентам, а также давление предлагающих свои товары, иногда совершенно необходимые, производителей, то получается та зыбкая и одновременно взрывчатая среда, которую мы называем медициной или медицинской практикой. Неудивительно поэтому, что столетиями многочисленными попытками трансформации медицины, независимо от того, в каком направлении они идут и кем продвигаются, имеют как своих горячих сторонников, так и всякого рода противников. Не избежала этого и попытка радикальной рационализации медицинской практики конца XX века, наиболее известная, как доказательная медицина (ДМ, evidence based medicine).

## ABC

ДМ определяют как форму медицинской практики, отличающуюся сознательным и последовательным

использованием в ведении больных только методов, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях. В ряду схожих определений это, происходящее от Dave Sackett, который никогда не повторяет определений в одном и том же виде, кажется мне наиболее правильным из кратких.

В нем не используется слово “наука”, хотя в ином случае ДМ определяется просто как современная форма научно обоснованной медицинской практики. Из сказанного очевидно, что, при всей простоте определения, существо ДМ зависит от того, как понимается “наука” и “доброкачественные исследования”, т.е. научный метод.

Оставив науковедам дальнейшую разработку этого направления, позволю себе обратить внимание на то, что один из пионеров современной ДМ, Henrik Wulff [1] использовал для обозначения ДМ термин “рациональная медицинская практика”. Действительно, у созвездия людей, построивших ДМ в конце XX века, было два основных устремления: вытеснить из медицинской практики иррациональное, “художественное” рациональным и привнести в оценку медицинской реальности методы современной эпидемиологии. Эти два устремления взаимно связаны.

Эпидемиология, наука, изучающая связи обстоятельств, признаков, времени и места с вероятностью возникновения различных состояний, сформировалась в середине XX века. Возникшая на базе, в основном, методов изучения инфекционных болезней, она была быстро востребована учеными для изучения закономерностей появления и развития неинфекционных болезней [2]. Эти методы не были, однако, в течение нескольких десятилетий востребованы медицинским мейнстримом. Потребовались специальные усилия в виде формулирования “клинической эпидемиологии”, т.е. дисциплины, привносящей методы эпидемиологии в клинику. Именно это последнее ставит себе в заслугу D. Sackett, и вполне обоснованно [3]. Справедливо сказать, что процесс восприятия эпидемиологии как науки медицины еще далеко не завершен. Во многих странах преподавание



эпидемиологии негативно воспринимается студентами, отчасти поскольку остается недостаточно интегрированным с клиникой. В некоторых странах, в том числе в России, эпидемиология продолжает по преимуществу преподаваться как наука о распространении инфекционных болезней [4]. Ее законсервированное, нерепроформируемое состояние объясняется даже патристическими резонами — якобы, “эпидемиология — русская наука” [5].

В связи с этими проблемами освоения медициной ее научной основы (как ни парадоксально это звучит), лидерство в продвижении клинической эпидемиологии занимают отдельные специальности, в которых процесс обновления знания протекает особенно интенсивно — кардиология, клиническая фармакология. С другой стороны, поскольку продвижение ДМ в медицинскую практику происходит в основном в постуниверситетском образовании, с нею сталкиваются врачи, в студенческие годы не изучавшие современной эпидемиологии. Поэтому у них складывается впечатление, что ДМ представляет собою науку. ДМ в их глазах заменяет эпидемиологию. Более того, причудливым образом некоторые кафедры эпидемиологии начинают преподавать общую эпидемиологию под флагом доказательной медицины [6]. Таким образом возникает и поддерживается иллюзия сохранения за эпидемиологией изучения только инфекционных болезней.

Трудности с трансформацией эпидемиологии и включением современной эпидемиологии в подготовку на медицинских факультетах прискорбны, но они, все же, представляются всего лишь временным затруднением.

## 2\*2

Важнейшим и принципиальным положением рационального подхода к ведению пациента является требование применять только вмешательства, полезные для пациента. Это положение кажется элементарным, даже пошлым. Однако, вся история медицины свидетельствует о том, что вмешательства применялись и применяются на совсем иных основаниях: из соображений относительно этиологии и патогенеза болезни, из необходимости “нормализовать” те или иные переменные в организме или поведении человека, социальной желательности и т.д. Обливание холодной водой, дискуссии вокруг целевого артериального давления при лечении гипертензии и целевой концентрации глюкозы при лечении инсульта, — примерам нет числа.

Лишь в конце XX века начинает доминировать идея ориентироваться на “клинически важный исход”. Затем задача реформулируется как ориентация на “важный для пациента исход”. Проблема была и остается не в самой формулировке, а в продолжающейся и систематической подмене таких очевидно

важных для человека исходов, как продолжительность жизни и качество жизни на суррогатные исходы, такие, как артериальное давление, скорость проведения нервного импульса, толщина интимы-медии. Эта подмена не есть лишь простое следствие увлечения исследователей отдельными теориями, но результат стремления к выводу на рынок лекарств, полезность которых по критериям важных для пациентов исходов не доказана. Используя суррогатные исходы, можно провести клинические испытания быстрее и дешевле, и вывести быстрее на рынок лекарства, которые не имеют доказанного влияния на важные для пациентов исходы. Проходят долгие годы, иногда десятилетия, прежде, чем будет доказано, что вмешательство, влияющее на промежуточный исход, не влияет на важный для пациента. Это касается и немедикаментозных вмешательств. Например, удаление больших частей тонкого кишечника практиковалось десятилетиями, прежде, чем было обнаружено, что операция не делает человека здоровее, а помимо снижения массы тела приводит к катастрофическим осложнениям. Ныне более сложные хирургические вмешательства на желудочно-кишечном тракте приводят к значительному снижению массы тела, однако эта массовая практика развивается без доказательств увеличения продолжительности жизни в результате похудения.

Ориентация на клинически важные и важные для пациента исходы не случайно совпадает по времени с распространением так называемого пациентоцентрического подхода в медицине (patient centered approach). ДМ является частью этого всеобъемлющего движения, продолжающего линию от патернализма к лечению на основе информированного согласия и для достижения важных для человека целей.

На периферии этого движения находятся две проблемы: спорности личных и спорности коллективных устремлений.

Часть пациентов могут преследовать цели и желать получения от врача вмешательств, которые последний может не считать пользой. Хорошо известен случай английского хирурга, который пошел навстречу сильному желанию пациента ампутировать здоровую ногу. Хирург не пренебрег никакими правилами согласования и обоснования решения, но в итоге все равно был наказан. Религиозные врачи отказываются выполнять прерывание беременности по желанию женщины, поскольку полагают, что желаемый ею исход аморален. Нерелигиозные врачи отказываются восстанавливать гимен, поскольку полагают поиск его варварским насилием над сексуальностью женщины, и не желают участвовать в карусели насилия, является оно “культурным” или “религиозным”.

Общество может полагать полезными исходы, которые бесполезны для отдельного человека или даже преимущественно вредны. Самым ярким примером являются программы иммунизации, от которых от-

дельные люди получают лишь вред, иногда значительный, но общество в целом может при определенных условиях получать пользу.

ДМ не диктует выбор важной цели, важного исхода, который надо изменять при лечении. ДМ утверждает лишь, что нужно выбирать способы лечения, которые изменяют такой важный исход, обычно — важный для пациента.

### Причинность

Большинству людей, как более, так и менее образованных, причинно-следственные связи кажутся важными и достаточно очевидными. Даже если исключить из рассмотрения сверхъестественные объяснения, мы живем в мире, где большинство людей в большинстве случаев опираются в своей картине мира на иррациональные, магические объяснения окружающей действительности. В медицине наиболее ярко это проявляется в убежденности большинства в целительной силе слова, силы духа, наконец, в вере в эффективность плацебо. Реальная сложность причинно-следственных связей в мире мало влияет на плотника или “менеджера по продажам”, но принципиально важна для врача, для медицины.

ДМ внесла огромный вклад в продвижение в широкие массы врачей понимания связи между лечебным, профилактическим вмешательством и эффектом. То, что совершенно отсутствовало в повседневном обороте, а именно понимание того, что разные научные аргументы, разные дизайны исследований имеют разную доказательную силу, пришло в фундаментальное образование врачей и интерпретацию ими научных данных в виде “иерархии доказательств”.

Еще совсем недавно, каких-то 40 лет назад самые видные эпидемиологи (!) могли поместить в руководство в качестве доказательства эффективности снижения потребления жира для снижения смертности от рака молочной железы корреляционный анализ связи между смертностью и потреблением жира в разных странах [7]. Уже 20 лет назад такой анализ стали приводить в качестве типичного примера *экологической ошибки*.

Именно из-за того, что разнообразные по дизайну исследования трудно трактовать, движение ДМ обоснованно поставило на вершину пирамиды доказательств сравнительные испытания (двойные слепые рандомизированные контролируемые испытания, РКИ). Исследования такого дизайна принципиально не новы, описания сравнительных испытаний содержатся даже в Библии (4 Цар, 25, 30). РКИ — естественное продолжение исследований методом единственной разницы. Если между двумя реализациями есть лишь одна разница условий, то разница в результате может быть приписана этой разнице условий. Рандомизация как раз создает одинаковые группы, между ними остается одно различие — в лечении, и,

соответственно, появляется возможность связать разницу в исходах с разницей в лечении. РКИ, будучи статистически оснащены в начале XX века, стали единственным надежным способом измерить связь между вмешательством и исходом.

К концу XX века число проводимых РКИ экспоненциально увеличивалось. Накапливались примеры того, что РКИ, и только РКИ могут выявить истинные последствия лечения. Известны десятки примеров лекарств, применявшихся годами у многих миллионов людей на основании результатов когортных исследований и испытаний без контроля, которые в конце концов были проверены в РКИ, и обнаружилось, что лекарства эти не вызывают приписывавшегося им эффекта. В итоге этого бурного развития методологии к концу XX века почти все лекарства и приборы разрешаются к использованию на основании результатов РКИ. Одновременно есть страны, например, Россия, в которых наличие РКИ для обоснования разрешения лекарства к применению все еще не требуется, и в практике медицины в значительных масштабах используются лекарства, эффект которых не подтвержден в РКИ.

В кратчайшей формулировке: ДМ поставила во главу угла (в красный угол) РКИ как единственный надежный способ выявления связи клинически важного исхода с вмешательством. Именно поэтому у поверхностных наблюдателей складывается впечатление, что ДМ — это про РКИ. В действительности акцент на РКИ есть лишь главный и рациональный выход из сложной ситуации, в которой масса аргументов (исследований) имеют непонятную, малую и ничтожно малую ценность.

### Недостаток при избытке

Правилom, а не исключением является ситуация, когда применительно к конкретному лекарству, применяемому по определенному показанию, при тщательном рассмотрении всей мировой литературы не обнаруживаются хороших РКИ, доказывающих его эффективность и безопасность. Можно утверждать, что для большинства лекарств наши представления о размере лечебного (профилактического) эффекта, размере и частоте побочных эффектов приблизительны. Это справедливо даже для таких распространенных состояний, как инсульт и лечебные вмешательства при нем, вакцинация против гриппа, которой подвергаются десятки миллионов людей ежегодно.

При этом в отношении многих вмешательств, в том числе лекарств, существует совокупность исследований, иногда десятки РКИ, которые врач не может охватить своим вниманием, понять, что значат несопадающие оценки эффективности и безопасности. До конца XX века обобщение результатов отдельных исследований, в том числе РКИ, выглядело как перечисление: “с одной стороны”, “с другой стороны”.





Не менее анекдотично выглядели обобщения типа голосования (например, такое: в 6 исследованиях из 8 побочных эффектов не обнаружено). В учебниках и руководствах лекарства для лечения болезни описывались обычно как перечисление всех зарегистрированных по этому показанию препаратов<sup>1</sup>. В лучшем случае приводились сведения по эффективности отдельных препаратов на основе результатов отдельных исследований. Нередко для лечения состояния перечислялось по несколько десятков препаратов.

Решение проблемы не принадлежит ДМ, но оказалось ею в первую очередь востребованным. Это систематические обзоры. В 1993 г. была создана международная организация The Cochrane Collaboration (Cochrane.org), поставившая своей задачей создание огромного, в перспективе — исчерпывающего собрания систематических обзоров эффектов медицинских вмешательств. За двадцатилетие не только “Кокрановская библиотека” была создана, но и разработана технология подготовки высококачественных обзоров, не существовавшая ранее. Сегодня большинство продвинутых врачей ежедневно обращаются за информацией в PubMed и ищут в первую очередь систематические обзоры, кокрановские обзоры. Они делают это потому, что действительно, появился род информационного продукта, который относительно просто использовать, чтобы получать обобщенную оценку всей мировой литературы, и в котором отражается присущая нашему знанию о медицинских вмешательствах неопределенность.

Последняя часто выражается в том, что доброкачественных исследований, на которые можно было бы положиться в оценке полезности медицинского вмешательства, просто нет. Эта ситуация неприятна многим. Но виноваты в этом не составители систематических обзоров. Таково положение дел с медицинскими исследованиями в мире. Их много, но они преимущественно низкого качества и не обязательно нацелены на решение важных для общества вопросов [8].

### Против произвола

В медицинской практике в конце XX века вытеснение иррационального первоначально проходило успешно. Однако, в дальнейшем выяснилось, что такие явления как гомеопатия, психоанализ, остеопатия, имеющие широкое распространение и в различной степени институционализированные в разных странах, сохраняют свое положение вполне устойчиво, если и поскольку это положение можно измерять в параметрах коммерческого успеха. В Великобрита-

нии, с ее причудливым законодательством о клевете (libel law), были отмечены случаи привлечения к судебной ответственности врачей практиками остеопатии и проч. за публичные высказывания против научно не обоснованного оказания помощи при болезнях. Можно полагать, что такое положение с этими псевдонаучными практиками сохранится долгие годы, поскольку они в основном изолированы от научной медицины, и их вред для больных заключается в основном в бесполезных затратах и, реже, в задержке с обращением к врачу.

Удивительным образом “народная медицина”, как совокупность средств, манипуляций, способов обращения с больными, традиционно существующая рядом с обычной медицинской практикой и внедряясь в нее, оказалась отзывчивой для идей “научной проверки”. В течение последних 20 лет проведено огромное количество сравнительных испытаний препаратов народной медицины, упражнений, манипуляций и других “ортодоксальных” вмешательств. В результате накоплен значительный объем знаний. Некоторые из этих вмешательств заняли свое место в арсенале научной медицины [9].

Главной проблемой остается нежелание значительной части врачей отказаться от права на произвольное лечение в пользу “предписанного” научным знанием. Это — проблема не проponentов ДМ и не самой ДМ, а проблема медицины, системы здравоохранения. Произвольное лечение приводит к неоптимальным результатам как по исходам, так и по использованию ограниченных ресурсов здравоохранения.

Для оправдания отказа от использования наилучших научных данных используются в основном две группы аргументов.

— Первая: научно обоснованные рекомендации (рекомендации ДМ) недостаточны для адекватного ведения всех больных с их многообразными индивидуальными особенностями.

— Вторая: научные обоснования, на которые ссылаются проponentы ДМ, несовершенны.

Действительно, индивидуальные особенности людей очень широко различаются. Дополнительные вариации возникают благодаря возрастным изменениям, смене репродуктивного цикла, возникновению острых и хронических заболеваний, использованию средств самомодификации, включая медицинские, участию в трудовых процессах. Учет этих индивидуальных особенностей больных в действительности не представляет большой трудности. Все пациенты должны получать лечение, предписываемое научно обоснованными клиническими рекомендациями (КР), то есть КР, основанными на принципах ДМ. Исключением являются пациенты, относящиеся к категориям (иногда их называют “моделями болезни”), в отношении которых есть научные доказательства, свидетельствующие о том, что лечение этих пациентов должно быть иным, особенным. Иначе говоря, индивидуали-

<sup>1</sup> В 2012 г. в России в разрабатываемые стандарты ведения больных вносились все препараты, зарегистрированные по данному показанию, лишь позднее Минздрав России отказался от этой практики.

зация может и должна быть основанной на научных данных. Если нет доброкачественных научных данных, доказывающих необходимость уклонения от основного (стандартного, предписанного КР) способа ведения больного, то он должен получать стандартное лечение.

Это не формальное требование, а научно обоснованное: нет доказательств, вообще нет примеров того, чтобы лекарство в какой-то подгруппе пациентов действовало принципиально иначе, чем это показано в научных исследованиях и обосновывает его применение. Основные особенности отдельных больных, которые определяют изменения в терапии, например, получение больным цитостатической терапии или почечная недостаточность, учитываются в доброкачественных КР.

Применительно к лекарственной терапии ситуация усложняется еще формальным требованием иметь отдельную регистрацию показаний к применению у новорожденных, младенцев, детей и взрослых, а также беременных. С очевидностью даже для самых распространённых лекарств, длительно находящихся в обращении, необходимые экспериментальные обоснования для регистрации показаний во всех этих группах никогда не будут получены. Это требует от врачей почти ежедневно прибегать к применению лекарств вне зарегистрированных показаний.

Так же, как уклонение от КР допустимо, если врач способен его научно обосновать, допустимо и отклонение от зарегистрированных показаний. Оно тоже должно быть обосновано научными данными. Более того, разумно полагать, что врач в терапии должен ориентироваться именно на научные данные, а не на формально зарегистрированные показания уже потому, что зарегистрированные показания изменяются недостаточно быстро для того чтобы отражать изменяющуюся доказательную базу в виде РКИ и регистров нежелательных реакций.

Несовершенство сведений об эффективности медицинских вмешательств, получаемых в научных исследованиях, хорошо известно. Как упоминалось выше, технология измерения эффектов медицинских вмешательств в виде РКИ стала широкой практикой только после Второй мировой войны. Другие способы изучения эффектов медицинских вмешательств значительно усовершенствовались также в конце XX века. Увы, то, что называют “доказательной базой” медицины, далеко от совершенства. Но это то, что есть у современной медицины, и ДМ представляет собою наилучший способ освоения доказательной базы и ее использования в интересах человека.

### **Против лжи**

Систематический анализ данных медицинских исследований предоставляет врачам наилучшие возможные оценки эффективности и безопасности лекарств и

нелекарственных вмешательств. Одновременно в силу того, что анализируется вся совокупность публикаций, систематический анализ выявляет множество проблем, связанных с качеством самих обобщаемых медицинских исследований. В течение последних XX лет выяснилось, что совокупность первичной медицинской научной литературы (статьи и монографии с результатами исследований) совсем не является полным набором результатов работы мировой фабрики по производству нового знания [10].

Ученые не публикуют все результаты исследований, которые они получили. Чаще они не публикуют результаты исследований, не подтвердившие любимую гипотезу. В результате, судя по публикациям, операции эффективнее, лекарства безопаснее и т.д.

С целью прославиться и получить новые деньги на новые исследования ученые манипулируют результатами исследований, фальсифицируют их, обычно для продвижения лекарств или технологий, в которых они заинтересованы.

Журналы не хотят публиковать исследования, в которых не обнаружены существенные и/или статистически значимые эффекты. В результате число “негативных” исследований еще более снижается, медицинские журналы выглядят как компендиумы рапортов о победах над болезнями.

Разработчики, они же обычно и производители лекарств (спонсоры), конструируют РКИ таким образом, чтобы гарантированно получить в РКИ максимально большую оценку размера полезного эффекта. Это позволяет на минимальном числе пациентов быстро провести РКИ и скорее начать продажи, выставить выше цену. Врачи в практике никогда не смогут получить такого большого эффекта лечения, как в подобном испытании.

Спонсоры скрывают проведенные исследования, в которых их препарат не показал ожидаемой эффективности или вызывал много осложнений. В результате и врачи, и регуляторные органы оказываются дезориентированы относительно совокупности научных знаний, уже доступных спонсору. Примерно половина РКИ остаются неопубликованными, и это именно РКИ, в которых препарат не показал ожидаемой эффективности и безопасности.

Спонсоры модифицируют результаты РКИ таким образом, чтобы скрыть часть неблагоприятных побочных реакций и увеличить впечатление от обнаруженного положительного лечебного или профилактического эффекта.

Спонсоры приглашают на роль ведущих авторов видных ученых и оплачивают написание отчетов об РКИ профессиональным писателям, чем добиваются опубликования статей с материалами РКИ в самых известных научных журналах.

Исследования, которые демонстрируют значительный лечебный эффект лекарства, спонсоры публикуют многократно, десятки раз под разными назва-



ниями, в разных журналах, на разных языках, чем создают у врачей превратное впечатление о надежных доказательствах эффективности лекарства. Этот вариант дезинформации выявляется именно и только при проведении систематического обзора литературы.

Для преодоления этих и многих других рукотворных проблем с достоверностью научной медицинской информации трудно что-нибудь сделать. Но можно. По инициативе участников The Cochrane Collaboration в США, а затем и в некоторых других развитых странах началась регистрация РКИ до начала их проведения. В идеале, если РКИ зарегистрировано, то труднее скрыть его результаты. ВОЗ поддержала это начинание (<http://www.who.int/ictrp/en/>). Однако, в некоторых странах, в том числе в России Минздрав упорно отказывается от регистрации клинических испытаний — это не выгодно спонсорам, которые хотели бы сохранить произвол в проведении и обнаружении результатов испытаний.

### Заключение

ДМ, как форма медицинской практики, отличающаяся сознательным основанием на научных данных, безусловно, знаменует важный этап в развитии медицины. Вероятно, самые большие достижения в медицине ожидают нас не в результате появления волшебных медикаментов. Самые важные изменения нужны нам для того, чтобы каждый пациент получал научно обоснованное, т.е. самое эффективное лечение. Эти изменения нужны в медицине в виде справедливого и основанного на науке принятия решений. Качество медицинской помощи, включая ее доступность, сильно зависит от ситуации в обществе, от справедливого

расходования ограниченных средств на важнейшие лекарства, от отказа от бездумных закупок томографов и строительства перинатальных центров. Оценка медицинских технологий, базирующаяся на ДМ, является естественным средством реализации таких изменений. Очень важно, что возможность реализации потенциала науки в виде ДМ или оценки технологий в общественных интересах зависит от возможности свободно получать и распространять научное знание, от открытости процессов принятия решений и обеспечения свободного доступа к информации. Без этого идеал ДМ недостижим, т.е. недостижима возможность научно обоснованной медицинской практики.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Wulff H. R.* Rational diagnosis and treatment: an introduction to clinical decision-making. Oxford: Blackwell; 1981.
2. *Spitzer W. O.* The future of epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996; 49: 705-9.
3. *Sackett D. L., Haynes R. B., Guyatt G. H., Tugwell P.* Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. Boston: Little & Brown; 1991.
4. *Vlassov V. V.* Is there epidemiology in Russia? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 740-4.
5. *Покровский В. И.* Эпидемиология — русская наука. Здравоохранение Российской Федерации 1993: 3-5.
6. *Бражников А., Брико Н., Кирьянова Е., et al.* Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Москва: Гэотар; 2012.
7. *Долл Р.* Профилактика рака на основе данных эпидемиологии. Москва: Медицина.
8. *Altman D. G.* The scandal of poor medical research. *British Medical Journal* 1994/1/29; 308: 283-4.
9. *Cassileth B. R.* The alternative medicine handbook: The complete reference guide to alternative and complementary therapies. New York-London: W. W. Norton & Co; 1998.
10. *Ioannidis JPA.* Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005; 2: e124-.

## Третья международная конференция по новым психоактивным веществам

15 – 16 мая 2014 г., Рим, Италия

Подача тезисов до 31.01.2014

<http://www.novelpsychoactivesubstances.org>

# Клиническая психиатрия стала избыточной

А. В. Немцов

Тема доказательной медицины применительно к психиатрии интересна тем, что почти одновременно и независимо появились две статьи с критикой доказательной медицины. Более того, статьи вызвали и вызывают бурную дискуссию. И это произошло в то время, когда российская медицина, а вместе с ней и психиатрия, уже который год драматически деградируют. Возникает вопрос, не взаимосвязаны ли два явления? Я не готов ответить на этот вопрос, тем более не утверждаю эту связь — две статьи не выборка, однако вместе с бурной и критической дискуссией заставляет задуматься, и вопрос остается. Остаются непонятными также аргументы противников доказательной медицины.

Непонятно, что можно иметь против доказательной медицины. Это не наука, это всего лишь метод, а совершенных и всеобъемлющих методов не бывает. Доказательная медицина не более чем собрание правил, во-первых, как уберечь нас от напрасной траты денег на пустышки (актовегин, церебролизин) и не упустить время для эффективного лечения, во-вторых, выбрать для лечения наиболее эффективный препарат (способ) и, в-третьих, не навредить непроверенным лекарством. Как всякий метод, доказательная медицина имеет слабые стороны, но она сама “знает” об этом и совершенствуется. Казалось бы, что тут критиковать — ведь доказательная медицина служит для нас с вами, ибо редко кто из нас не болеет, в связи с чем принимает лекарства. Однако критический задор против доказательной медицины заставляет задуматься, почему так? Не потому ли, что доказательная медицина кого-то раздражает? Я и тут не знаю точного ответа, но есть два предположения.

Первое касается тех, кто проводит клинические испытания препаратов. Доказательная медицина мешает им жить, мешает давать облегченный и непременно позитивный ответ на запросы фирм. В этих испытаниях всегда получается так, что один новый препарат лучше старых двух. Мы не знаем, что эти испытатели пишут в отчетах фирмам-заказчикам, но это выходит на поверхность в статьях испытателей — доказательно-медицинские доводы есть, но нет доказательности. Еще отчетливее это проступает в рекламных проспектах фирм, которые уже откровенно призывают больных — гоните денежки, да еще со ссылкой на именитых ученых.

Второе предположение еще менее отчетливо для меня, но для обсуждения годится. Дело в том, что доказательная медицина не только метод, но еще идеология, которая спонтанно распространилась за пределы доказательной медицины.

Эта идеология обслуживает не только метод, но также, помимо прочего, повлияла на область методических установок науки в целом, она призывает к

строгости и структурированности научного мышления. В этом отношении у клинической психиатрии возникают естественные трудности в связи с тем, что психиатрия за более чем вековую историю накопила огромный багаж. Благо, что объект ее интересов — психически больной человек, был прекрасной для этого почвой. Клиническая психиатрия стала избыточной, и симптоматикой, и синдромологией, что дает большой простор и удовольствие (!) строить вербальные замки. Это я по себе знаю во время трехлетней работы в старческом отделении больницы им. Кащенко (теперь Алексеева). Но тогда светлой памяти проф. Эрих Яковлевич Штернберг осторожно, но настойчиво обрезал архитектурные излишества зданий, построенных мной или другими сотрудниками. Он выбирал изящный, убедительный, но значительно более короткий путь к диагнозу. Тогда лечебных препаратов было совсем мало, но и теперь дорога клинических построений, как бы изыскана она не была, приводит к выбору из трех-четырех названий, а в случае дифференциального диагноза — к пяти-шести.

Вот я и думаю, что вторая группа противников или критиков доказательной медицины состоит из любителей строить замки, которым трудно отказаться от этой увлекательной привычки. Эти замки — суть “тонкий клиницизм”, для которого никто (!) не озаботился дать определение. В связи с этим объявляю беспризывной конкурс на определение понятия “клиницизм” или “клинический метод” из одного, в крайнем случае, из двух предложений.

У меня есть еще вопрос, адресованный Марку Евгеньевичу (Бурно). Он в своем выступлении сказал, ссылаясь на свой богатый клинический опыт, что те врачи, “которые лечат по МКБ, лечат хуже, чем те, кто пользуется клиническими знаниями”. А мы обсуждаем проблему доказательной медицины и тем самым находимся в поле доказательности. Вот и возникает вопрос к Марку Евгеньевичу, на чем держится утверждение о низком качестве врачей, “которые лечат по МКБ”? Это тем более интересно, потому что, как уже сказал доктор Зорин, МКБ не имеет никакого отношения к доказательной медицине, а создание МКБ, как бы к ней не относиться, стало необходимым из-за несовершенства “клинического метода”, хотя и выросло на его основе.

В заключение хочу сказать, что на сегодняшнем заседании НПА мне было интересно, как не бывало на съездах РОП. И тут дело не столько в доказательной медицине, сколько в свободе и насыщенности выступлений участников (Б. Н. Пивень, А. Я. Перехов, А. Б. Богданов и др.), которых я слышал. Постановку на обсуждение проблем доказательной медицины также считаю смелой заслугой НПА.



## Необходимость разнообразных форм диалога клинического и индуктивного методов (заключительное слово к проблемной части юбилейного съезда)<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Вопреки давно ясной ошибочности противопоставления строго научной индуктивной методологии — клинико-феноменологической, снова повторяются попытки дискредитации и вытеснения клинического метода опросниками, анкетами и шкалами, клинического анализа — простым сопоставлением с суммой симптомов, а квалификации синдрома и нозологии — конструированием кластеров, и т.п. Но интеграция этих методов, их смешение, также неверный малопродуктивный путь. Необходимы разнообразные формы “диалога” этих методов. Причем понятие “диалога” здесь больше, чем метафора.

**Ключевые слова:** доказательная медицина в психиатрии, интеграция методов.

Заключая дискуссию проблемной части съезда, можно сказать, что мы, по крайней мере, значительно уточнили свои позиции, т.к. накануне было явное непонимание по многим линиям. Хлесткий заголовок презентации д-ра Н. А. Зорина “НПА против ДМ (доказательной медицины)” не имеет ничего общего с действительностью. Легко критиковать оглувленную позицию. Противопоставление доказательной медицины клиническому методу уже достаточно давно считается ненаучным. А рецидивы этого связаны с взаимным неадекватным пониманием исходных понятий: доказательной медицины и клинического метода.

Правильное указание проф. В. В. Власова, что ДМ это “форма медицинской практики, опирающейся на использование только тех методов и данных, полезность которых доказана в доброкачественных научных исследованиях”, следовало бы дополнить: “в области медицинской соматологии”. Механический перенос методологии однослойной биологической дисциплины на многослойную био-психо-социальную, в которой инструментальные и лабораторные биологические методы не работают, некорректен. Воскресшая альтернатива “Боткин — Захарьин” решается в психиатрии совсем иначе, чем в соматологии. Протест врачей-психиатров вызывают попытки дискредитации и вытеснения клинического метода, взятого в модусе должного, а не в небрежном или малоквалифицированном исполнении.

ДМ, опирающаяся на клиническую эпидемиологию, односторонне индуктивна. Она необходима для стандартизации, для расчета стоимости услуг, а это главное для предпринимательского, коммерческого подхода. Для успешного лечения главное — индивидуализация, а это прерогатива клинического подхода.

Очень характерно, что нападки на клинический метод исходят от тех, кто не является психиатром, или непосредственно не занимается клинической работой, либо впечатлен примерами неграмотного применения этого метода. Это аналогично тому, что про-

звучавшие здесь насмешки в отношении ссылок на Аристотеля исходили от тех, кто его никогда не читал.

Мне страшно вспомнить, как, работая в лаборатории Блюмы Вульфовны Зейгарник, я с пылом молодости выступал за возрождение тестологии, чарующей терновым венцом тогда еще не забытых преследований и строгой точностью своих математически выверенных данных, на фоне которых использовавшие в лаборатории методики казались детским садом. Приходившие ко мне математики и тестологи, предлагавшие Б. В. математическую обработку психологических данных, не могли понять ее отказа от выработки нормативов и т.п. С тех пор в этот тесный мундир одели даже короля проективных личностных тестов — метод Роршаха, и что же: его эффективность повысилась? Нет, она явно поблекла. Элементарные методики типа “классификации”, “простых аналогий”, “сравнение понятий и пословиц”, “исключение одного из четырех изображений”, “пиктограмм” и т.п., благодаря встроенности в клинический стиль проведения исследования самим экспериментатором, а не лаборантом, давали результаты намного более адекватные (валидные), чем сложные тесты. В отличие от последних, их смысл был понятен буквально на поверхности. Я рассказываю об этом не в отрицание тестологии, а в защиту вытесняемого ею клинического подхода в экспериментально-психологической практике.

Точно также наша критика направлена не на ДМ, а на попытки заменить клинический метод — клиническими опросниками, анкетами и шкалами, клинический анализ — простым сопоставлением с суммой симптомов, квалификацию синдрома и нозологии — конструированием кластеров и т.д. Все адекватно только на своем месте. Клинический метод не прост, не исчерпан и не может быть исчерпан, т.к. он неразрывно связан с характером и уровнем нашего собственного понимания, нашей рефлексии, нашего опыта... Все это часто не соответствует лучшим образцам и должно постоянно уточняться, углубляться и расширяться. Это индивидуальный метод и без него индивидуализация невозможна.

<sup>1</sup> Другие выступления будут опубликованы в следующем выпуске журнала.

ДМ основывается на массовых исследованиях, качество которых, как подтвердил проф. В. В. Власов, оставляет желать лучшего, но которые дают совершенно необходимую общую сетку координат, в рамках которой осуществляется индивидуализация. Противопоставлять эти методы — нелепость, пытаться синтезировать, смешивать их — неверный малопродуктивный путь. Их следует не интегрировать, а сочетать в разных формах в зависимости от множества конкретных обстоятельств, как “единство в неслиянности”. Понятие “диалога” здесь больше чем метафора. Это касается не только клинико-эпидемиологических исследований, но и современной методологии выяснения эффективности новых лекарственных средств. Эта методология также должна постоянно совершенствоваться и поэтапно, с накоплением определенной критической массы замечаний, меняться.

Апология научной точности не должна затмевать необходимость собственного уровня интеллектуальной обработки данных, их содержательного осмысления. Эта методология не должна превращаться в самостоятельно работающий автоматический процесс, вытесняющий специалиста лаборантом, а потом и вовсе автоматом. Метафизический остаток неизбежен и велик (Вильфредо Парето).

Возникновение таких неметрических разделов математики, как топология и теория множеств и их собственная дифференциация позволяют моделировать психические процессы, не деформируя их существа. Мы исходим из того, что моделирование психических процессов нуждается во всех формах математической презентации. Наша критика направлена на одностороннее представление психопатологических процессов метрическими и линейными методами. Но их использование должно быть обоснованным в каждом конкретном случае, а не стандартным и “синтезированным”. Так, например, стоит внести количественные показатели в ребра графа, как он теряет топологические свойства, превращаясь в метрическую модель. Но в то же время именно топология позволяет моделировать как континуальные, так и дискретные объекты (складка Уитни), воплощая новую синергетическую парадигму. Но и математика не только не уберегает, а даже располагает к мифологии. Такой крупный тополог, как А. Т. Фоменко, выйдя за пределы своей компетенции, создал квазинаучную “новую хронологию”.

В какой мере авторы новоявленной клинометрии знакомы с положением вещей на сходных направлениях истории развития вторжения количественных методов в сугубо качественные сферы? Как далеко им удалось продвинуться? Каков вывод и перспективы? Наиболее активно развивались биометрия и психометрия. Но нельзя сказать, что за более чем столетие, они очень преуспели, хотя это однослойные науки. Еще выразительнее это обнаружилось на примере таксонометрии и искусствометрии. Здесь очень показательно растянувшаяся на многие десятилетия ожесточенная полемика относительно авторства “Тихого Дона”. Компьютерные технологии смогли сыграть

здесь только вспомогательную роль, хотя это только частная проблема атрибуции, которая как раз предмет науки.

Человеческий глаз без всяких измерений и сложных расчетов чувствует золотое сечение, и каждый из нас может повесить на стену картину в точном соответствии с ним. Поэтому не только в музыке со времен Пифагора, математика с ее бесконечными возможностями пронизывает, хотя и не исчерпывает искусство. Но попытки свести искусствознание к искусствометрии всегда будут выглядеть так, как изобразил Ладо Гудиашвили. Так выглядят и попытки заменить клинический метод доказательной медициной. Что это, как неувоенный и даже непрочитанный “Фауст” с пронизательным сарказмом Мефистофеля?

“... Живой предмет желая изучить,  
Чтоб ясное о нем познание получить,  
Ученый прежде душу изгоняет,  
Затем предмет на части расчлняет  
И видит их, да жаль духовная их связь  
Тем временем исчезла, унеслась”.

Выбор методов диктуется прежде всего предметом и целями исследования. Существуют так наз. “юмовские” и “неюмовские” задачи, т.е. требующие и не требующие обучения для их решения. Существуют “феноменологические переходы” и “феноменологические пропасти”, т.е. количественные континуальные и качественные дискретные различия. Существуют, наконец, такие явления как “научная мода” и “научная мифология”.

Очень поучителен анекдотический результат чисто статистического подхода к клинической психиатрии, продемонстрированный 30 лет назад сотрудником тогдашнего Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского д.м.н. Этелием Филипповичем Казанцом. Он показал, что в статистическую обработку достаточно заложить только паспортные данные больного. Видимо, на этом эффекте до сих пор держатся астрологические и тому подобные паранаучные технологии, позволяющие успешно обкрадывать щедрые вливания в военный бюджет.

Односторонний количественный подход в конечном счете обращается против самих специалистов, примерно наказывая их. С наибольшей очевидностью это выразилось в использовании индекса цитирования для оценки продуктивности и ранжирования как отдельных специалистов, так и журналов и научных институтов. Вот венец и показательный пример того, к чему приводит наукометрический и любой другой односторонне-метрический подход.

Превосходный, поистине доказательный обзор проблемы “доказательной медицины в начале XXI века”, который представил нам сегодня проф. В. В. Власов, достойный пример чуждого всем крайностям трезвого критического подхода к современному уровню медицинской практики, тесно связанной с состоянием общества, и проясняющий путь, по которому следует двигаться дальше.



Ладо Гудишвили. За разгадкой красоты

## Резолюция съезда

25-ти летний опыт отстаивания клинических традиций отечественной психиатрии и её гуманных приоритетов в современных условиях впервые столкнулся с открытыми выпадами из собственной среды против клинического метода, как якобы исчерпанного, устаревшего, недостаточно научного. Эта очередная волна неопозитивистской идеологии, проявившаяся в новациях МКБ-11, в сочетании с активной деятельностью антипсихиатрического движения и недальновидной политикой нашего правительства в отношении психиатрии и психического здоровья, как чего-то второстепенного, определили критическую ситуацию в предмете, стоящем на краю резкого опрощения, вульгаризации. Перед лицом этой ситуации, чреватой грубым снижением качества психиатрической помощи, необходимо:

1. Консолидировать сторонников клинической психиатрии, которая не противопоставит строго научной, а восполняет её односторонний индуктивизм и определяет специфику психиатрии, а также не ограничиваться квалификацией психических расстройств по МКБ и строить свои исследования по принципу конкуренции исследовательских программ, а практическую лечебную деятельность — максимально индивидуально;

2. Продолжать борьбу за децентрализацию и разгосударствление психиатрической службы, за многообразие её форм, за профессиональную автономию, за полноценные и разнообразные формы амбулаторной и полустационарной помощи, против антисоциальной реформы, за удвоение финансирования;

3. Не ограничивать помощь людям с психическими расстройствами психофармакотерапией, шире использовать другие методы биологической терапии, активно развивать психо- и социотерапию;

4. Реализовать полноценные государственный вневедомственный (ст. 38) и общественный контроль закрытых психиатрических учреждений;

5. Вернуть психиатрические льготы для притока в нашу опасную, ответственную и сложную профессию молодые кадры;

6. Восстановить реальную состязательность судебно-психиатрической экспертизы;

7. Использовать в борьбе с дискриминацией и стигматизацией средства искусства и западный опыт.

P.S. Очень полезно перечитать резолюции предыдущих съездов (НПЖ, 2010, 4, 34-35), они отражают реальные тенденции развития отечественной психиатрии.

### **Нейробиология и комплексное лечение психиатрических расстройств и зависимостей**

*5 – 7 июня 2014 г., Варшава. Польша*

Тел.: +420 284 001444; факс: +420 284 001448

E-mail: [wpatcwarsaw2014@guarant.cz](mailto:wpatcwarsaw2014@guarant.cz)

[www.wpatcwarsaw2014.com](http://www.wpatcwarsaw2014.com)

### **XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

**ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ —  
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

*14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания*

[www.wpamadrid2014.com](http://www.wpamadrid2014.com)



## Вопросы диагностики аутизма у взрослых и детей

Б. В. Воронков<sup>1</sup>, Л. П. Рубина<sup>2</sup> (Санкт-Петербург)

В статье представлены исторический и современный аспекты отношений между понятиями аутизм и аутистическое мышление, анализируется роль интуиции в диагностическом процессе и последствия ревизии исследователями сути понятия аутизм, приведшей наряду с другими причинами к гипердиагностике раннего детского аутизма.

**Ключевые слова:** аутизм, аутистическое инобытие, аутистическое мышление, детский аутизм, аутистический спектр, фантомная психиатрия.

Наблюдая в своей клинике пациентов с dementia praecox, Е. Блейлер [1] обратил внимание на то, что отчужденность у многих сопровождалась погружением в мир грезоподобных переживаний. Эту форму дистанцирования с внешним миром он назвал аутизмом, а пребывание в мире осуществленной мечты — аутистическим мышлением, придавая основное значение тенденции этих пациентов к немотивированному уходу в себя, в свои грезы и мечты, не связанному с наличием или отсутствием психопатологической продукции и не имеющему рационального объяснения.

В патологической замкнутости он видел явление фундаментальное, не обусловленное другими психическими расстройствами и идентифицировал аутизм с новой нозологической единицей, шизофренией. Окончательного ответа на вопрос: что есть аутизм — симптом, синдром или болезнь, нет до сих пор. При этом Е. Блейлер [2] полагал, что аутизм может быть не только тем, другим и третьим, но и проявлением нормально функционирующей психики. Среди прочего оставалось неясно: что именно страдает при аутизме — интеллект, чувства, личность? Относительно субъективных переживаний пациента-аутиста ничего более или менее определенного тоже сказать нельзя.

Отождествление Блейлером понятий аутизм и аутистическое мышление и использование их при описании патологии не только шизофренического круга, но и других психических заболеваний, включая пограничные расстройства, и даже для характеристики особенностей нормальной психики, привело в дальнейшем к слишком широкому толкованию аутизма, включившему в себя различные, не сходные по происхожде-

нию и клинике психические расстройства — аутистическое мышление, феномен инобытия при шизофрении, ранний детский аутизм и многие другие состояния, объединенные лишь признаком дисгармонии общения пациента с окружающим миром.

Независимо от степени отгороженности от реальности и глубины погруженности в свои мечты и грезы пациента с аутистическим мышлением, мы полагаем несправедливым жестко отделять его от феномена аутизма. Аутистическое мышление патологично не потому, что оно аффективно, а потому, что пребывает в аутистическом контексте, то есть наблюдается у пациента с уже произошедшей аутистической трансформацией личности. Не стоит думать, что аутистическое мышление это механическое преобразование желаний в реальность под влиянием аффекта. Аффект может увести в мир сбывающихся грез истерическую или инфантильную личность. Искать и находить прелесть не в реальном, а в воображаемом — вовсе не значит иметь аутистическое мышление или быть аутистом. Грезы становятся явью вместе с новым пониманием значений событий, поступков и мимики окружающих, чему должны предшествовать изменившиеся само- и мироощущение. При аутистическом мышлении в мир осуществившихся желаний уводит не столько аффект, сколько изменившаяся сущность самого пациента.

Аутистическое мышление не формирует новый, отличающийся от реального, мир, сам реальный мир меняется вследствие нового его восприятия. Психотика определяется не степенью погружения в другой мир, не безудержной фантазией или странным игровым перевоплощением, а аутистическим контекстом, который и является сутью и знаком болезни. При аутистическом мышлении меняется мировосприятие и самовосприятие. Уверенность в реальности осуществленной мечты психологически понять нельзя. Рациональным доводам она не поддается, поскольку ау-

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

<sup>2</sup> Центр восстановительного лечения “Детская психиатрия” имени С. С. Мнухина.

тистическая трансформация пронизывает всю личность и исключает возможность подняться над собственным психозом и критически оценить свое состояние. В сознании больного не существует разных миров — окружающего и его собственного, “правильного, настоящего”. Толковый и чувствующий доктор понимает, что пациент пребывает в гармонии со своей болезнью. Новый мир, новое бытие не противопоставит новому “Я”, новой личности пациента. Они неразделимы. Личность больного шизофренией — часть инобытия и его олицетворение, а “...основное шизофреническое расстройство есть расстройство самого “Я” (Кронфельд А., 1936). Поэтому понятие шизофрении нельзя подменить ничем другим. Отсюда и сложности в его определении.

Произвольно выйти из нового мировосприятия больной с аутистическим мышлением не может, в отличие от непсихотика (психопата, мечтателя, здорового играющего ребенка, имеющих понятие о границе, отделяющей фантазию и мечту от реальности, воплощенной в прозаических заботах или в конкретном гвозде, на котором висит папин ремень).

Г. М. Назлоян [10] считает методологической ошибкой Е. Блейлера жесткое сопоставление им аутизма и шизофрении. Нам же представляется, что без аутистического контекста любая продуктивная и негативная симптоматика сильно теряет в весе. Блейлер именно в аутизме видит начало, создающее болезнь и источник возникновения других психических нарушений. Последнее положение представляется достаточно дискуссионным. Аутистическое инобытие это не симптом и не источник симптомов. Не из них складывается инобытие, и не из-за них оно существует. Инобытие это интуитивно улавливаемая, не состоящая из частей (симптомов), целостная сущность. С появлением “измененности”, поначалу отмечаемой и самим больным, и его близкими совершается обретение нового “Я”, новой, аутистически измененной личности. Оценивая сведения, полученные от пациента, нужно учитывать возможность смешивания фактов биографии с патологическими переживаниями, то, как изменился субъективный мир больного, его отношение к реальности и к другим людям, уловить, “почувствовать” эту измененность. Эта “измененность” и есть основное расстройство, то целое, что не выводится из элементов (брета, галлюцинаций и пр.), то качество, в котором отражена суть болезни. Это знак перехода в инобытие, феномен, не диагностируемый с помощью обычной шкалы вопросов, так как материальные способы исследования — плохой инструмент для познания душевного мира человека. Лишь интроспективно, путем самонаблюдения можно “приблизиться к инобытию пациента, попытаться понять, каково ему в его инобытии” (Ясперс К., 1997). И это понимание отнюдь не сводится к психологической понятности.

В инобытии проявляется шизофренический аутизм. Будучи одним из первичных расстройств, аутизм

характеризует или им характеризуется шизофренический способ существования. Дело не в отсутствии или искажении реакций на окружающее и не в расстройстве мышления по аутистическому типу. То и другое может проходить по разряду свойств и проявлений и вполне могут аутизму сопутствовать, но рассматривать их в качестве составляющих феномен аутизма неверно в принципе. Аутистическое мышление не составляющая аутизма, а его имманентное свойство. Возможно ли, чтобы неотъемлемое свойство психического расстройства (в данном случае, аутизма) могло бы с легкостью присутствовать при пограничных состояниях и вообще быть атрибутом здоровой психики? Как и при аутистическом мышлении, в истоках аутизма нет места психологически понятным связям. Выявляется он при непосредственном контакте с пациентом. При всей готовности и способности понять другого, при общении с аутичным больным ощущается лишь странность, чуждость, холодность, инопланетарность, недоступная пониманию инакость пребывающего в инобытии “Я” больного.

Логика и психология аутистического инобытия ни с чем не сравнима и недоступность его для понимания здоровой психикой нужно принять как данность. Глупо представлять дело так, что больные шизофренией понимают друг друга лучше. Каждый пребывает в своем инобытии. Невозможность проникновения через стену, ограждающую инобытие больного является неустранимой сущностью, составляющей основу шизофренического психоза. Следует при этом отметить, что, несмотря на отсутствие душевного контакта и ощущения партнерства (беседа без собеседника), разговор с аутистом может протекать в русле заданной темы, а его поведение внешне выглядеть разумным.

Совпадающая с началом болезни аутистическая трансформация личностного мира, изменившееся восприятие собственного “Я” и окружающего, наполненного новыми смыслами и скрытыми значениями, может переживаться как катастрофа. Это определяет природу и специфику психической жизни при шизофрении на ранней стадии психоза в большей мере, нежели формальная симптоматика в виде расстройств мышления, извращенного аффекта и т.п.

Интуитивный подход к пониманию сути шизофренических расстройств опирается на описанное Г. Рюмке [17] “чувство шизофрении”, которое не только фиксирует плохой эмоциональный контакт, иную суть мимики и жестов, но и отражает ощущение недоступности другого бытия, других правил отношений с людьми, изменившейся формы существования в мире. Новое восприятие действительности, иное понимание мотивов поведения других людей и есть следствие изменившейся сути больного, его “самости”, то есть онтологических аспектов его существования, определяющие невозможность критического осмысления, взгляда на себя со стороны.

В основу диагностики шизофрении действующей номенклатурой психических болезней положены ра-

ционально фиксируемые общие расстройства мышления, восприятия, эмоций и воли, диагностическое значение которых по-разному оценивается психиатрами. Расщеплению психических функций, аутизму как феномену инобытия, особенностям контакта с пациентом, оцениваемым, в основном, интуитивно, по-видимому, именно по этой причине в МКБ-10 места не нашлось.

Доктор, владеющий интуицией, с ее помощью в соответствии со здравым смыслом и клинической необходимостью, вопреки рекомендациям МКБ-10, прочувствует невозможность общения на метакоммуникационном уровне — уровне понимания подоплеку, того, что лежит за словами, когда весь богатейший материал восприятия другого человека оказывается скрыт выстроенной болезнью невидимой стеной. Опытный врач, наряду с психопатологическим анализом, стремится познать больного не столько по аналогии, сколько по отличию от других, не через подгонку под имеющийся в сознании шаблон, не через сличение с образцом, а через уподобление себе, через сличение с собой, старается “вчувствоваться” в переживания пациента, использует интроспекцию не только в отношении больного, но прислушивается к собственным ощущениям, возникающим при общении с больным. Умение вчувствоваться, проникнуться переживаниями больного опирается на тонкость, сложность и богатство душевной жизни самого врача, ибо “каждый слышит только то, что понимает” (Гёте).

По К. Шнайдеру [11], психопатолог, пользуясь интуитивно-феноменологическим методом, “всегда является одновременно дистанцированным и участвующим врачом, который не только наблюдает и констатирует признаки болезни, но и делает самого себя инструментом исследования, пытается проникнуть в сущность и воспроизвести в себе то, как душевное происходит из душевного”. Попытка постичь своим “Я” метафизическое инобытие, в которое погружается “Я” пациента, вчувствоваться в ощущение краха привычной реальности и тайны скрытых значений и смутных угроз нового и поначалу непонятного мира требует от врача не только профессиональных умений, но и готовности к сопереживанию.

Современные классификации исключают интуицию из диагностического процесса. Если предположить, что при шизофрении происходит слом основных структур бытия, что само по себе не может быть рационально фиксируемым диагностическим признаком, то отказ от интуитивных подходов к диагностике шизофрении кажется преждевременным и спорным, тем более что до настоящего времени не выявлено ни психопатологических симптомов, ни биологических маркеров, специфических для этого заболевания.

Кто-то полагает, что в будущем специфические маркеры шизофрении будут обнаружены. Другие уверены, что это иллюзия, и вообще перечеркивают крепелиновскую концепцию шизофрении как отдельной нозологической единицы. Третьи считают пред-

расположенность к психозам универсальным свойством человеческой популяции, что шизофрения — это генетическое изменение (“видовое событие”), связанное с переходом палеоантропа к *Homo sapiens*, и что шизофрения — это “цена, которую *Homo sapiens* платит за язык” [16], за способность к речевому общению.

Следует заметить, что в симптоматике шизофрении нет всеобъемлющего и полностью отражающего ее суть признака. Суть шизофрении в слове самих основ психической жизни, в кардинальных изменениях преморбидного “Я”, в преобразении само- и мироощущения пациента, которые, в свою очередь, являются следствием и проявлением первичного сбоя психики, заложенного в генетической программе. Нозологический и онтологический подходы к пониманию шизофрении не исключают, а гармонично дополняют друг друга, и особое существование пациента при шизофрении — целостная сущность, составляющая ее контекст — главное в программе развития болезни.

Поскольку мостик, соединяющий психику с материальными процессами пока не обнаружен, психическое остается замкнутым в самом себе и естественно-научному изучению поддается плохо. Применение методологии соматической медицины к изучению психических болезней в целом и интенсивный поиск соматоза шизофрении, в частности, не привели к ожидаемым результатам. Удручающая скудность этих результатов — залог бесперспективности насильственного внедрения в психиатрическую практику такого модного нынче принципа доказательности. “Шизофреническое расстройство располагается в самой психической организации... психические нарушения органической природы не соответствуют феноменологии шизофренического процесса” М. Блейлер [12].

К. Ясперс и К. Шнайдер, имея в виду большие психозы (шизофрению и маниакально-депрессивный психоз), говорили о “чистой психиатрии”, которая не является такой же ветвью медицины как соматические болезни, что психические болезни это особые формы реагирования человеческой сущности и к ним медицинские критерии приложимы не всегда. За этими высказываниями стоит большая правда, но не надо понимать их слишком упрощенно. И Ясперс и Шнайдер в своей научно-профессиональной деятельности прекрасно сочетали онтологический и клинико-психопатологический подходы к пониманию психических расстройств, в частности шизофрении.

Основатель нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин объединил под названием “раннее слабоумие” внешне различные симптомокомплексы (кататонию, гебефрению и параноидное слабоумие), полагая стержневым элементом психоза прогрессивное течение, приводящее к единообразному распаду психики. Э. Блейлер, введя понятие расщепления психики, усовершенствовал концепцию “раннего слабоумия” и, внедрив термин “шизофрения”, изменил название психоза. Полагая бред и гал-

люцинации вторичной симптоматикой, первичными и главными расстройствами при шизофрении Блейлер считал нарушения мышления. Он же обозначил уход больного шизофренией в мир фантазий термином “аутизм”.

В дальнейшем и вплоть до сегодняшнего дня этот термин толкуется слишком широко, понимается неоднозначно, приводит к диагностическим разночтениям и несопоставимым статистическим результатам. К. Ясперс предложил разработанный им и Э. Гуссерлем феноменологический метод в качестве ключевого элемента диагностики основного расстройства при шизофрении. В основе феноменологического метода лежит воображение. Альберт Эйнштейн когда-то сказал: “Воображение важнее знания. Знание ограничено. Воображение охватывает весь мир”. В психиатрии эрудиция не тождественна квалификации, многознание вполне может сочетаться с диагностической беспомощностью. Диагностика, в частности аутизма при шизофрении, без воображения, способности “представить себе” проблематична. К. Шнайдер вернулся к предпринимавшимся еще до Крепелина попыткам выделить наиболее диагностически значимые группы симптомов и ввел понятие специфических для шизофрении симптомов первого ранга [11].

Наличие симптома всего лишь свидетельство болезни. Клиническая или диагностическая значимость симптома заключена в его своеобразии, в его оттенках. Через них являет себя нозологическая сущность. Только в структуре конкретной болезни у конкретного больного симптомы перестают быть описанными в учебнике элементарными, стандартными знаками и признаками болезни и приобретают свойственные именно этой болезни характерные черты, становятся индивидуальными переживаниями, частью целого, повторяющей структуру этого целого, содержащей это целое, проявляющее через оттенки и своеобразие свою сущность — нозологическую основу.

В корне неверно представлять себе дело таким образом, что состояние и переживания пациента как-то связаны с истолкованием утраты понятного и привычного или беззащитности и страха перед новым. Сравнение с человеком, оказавшемся на таинственном острове или заблудившемся в незнакомом лесу, совершенно некорректно. В лесу аukaет, ищет дорогу или трясется от страха тот же человек, что собирался с утра за грибами. Переход (или перескок?) в шизофреническое (аутистическое) бытие, процесс “отплытия от нормального берега” происходит достаточно быстро и в инобытии пребывает уже новая, преображенная личность и связанные с ним (преображением) субъективные ощущения не могут быть поняты психологически.

Наши гениальные предшественники, благодаря таланту и непредвзятости, в море психических расстройств искали и находили закономерности и взаимосвязи, структурировали и гармонизировали психиат-

рию как научную дисциплину. Бездумное применение диагностических критериев МКБ-10, культивирующих шаблонное мышление, игнорирующих и тонкий психопатологический анализ, и интуитивно-феноменологический подход в восприятии пациента, лишает каждодневную практику психиатра интеллектуальной и эмоциональной наполненности, а саму профессию делает скучной. Это вдвойне печально, поскольку при существующей тенденции дробления медицины на субспециальности, изучающие отдельные органы, психиатрия остается единственной, традиционно сохраняющей интерес к больному как к личности. Сегодня, следуя рекомендациям МКБ-10, мы оказываемся ближе к подходам, существовавшим до Э. Крепелина, то есть к синдромологической парадигме.

В связи со спецификой изучаемого материала психиатрия всегда занимала и занимает в медицине особое место. В силу этой особенности квалифицированная психиатрическая практика в обозримом и, наверняка, в отдаленном будущем будет сочетать в себе интуитивное восприятие фактуры и ткани психоза с тонким психопатологическим анализом и требовать от врача соответствующего уровня и качеств личности. Клиницизм, глубина и сложность собственной душевной структуры психиатра — гарантия, что он не станет придатком схем, классификаций и лабораторных данных.

Будучи изгнанными в МКБ-10 из раздела “Шизофрения”, интуитивно определяемые аутизм, особенности контакта, психическое расщепление, свелись в описаниях статусов к упрощенно-житейским понятиям замкнутости, негативизма, неадекватности эмоций. Экзистенциальное понятие “аутизм” обрело ранг банального симптома аутизации, проявляющегося сокращением социальных связей.

Исчезнув из рубрики “шизофрения”, аутизм как будто по закону о сохранении энергии и вещества оказался широко представленным в разделе “детская психиатрия” в качестве раннего детского аутизма (РДА). Проблема детского аутизма занимает особое место в детской психопатологии. Актуальность ее связана не только с высокой частотой (от 5 до 20 случаев на 10000 детей), но и с тяжестью страдания и большим процентом инвалидов с детства. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что даже ранняя диагностика и лечение, комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция дают весьма скромные результаты.

Дискуссии относительно того, является РДА отдельным полиэтиологическим психическим расстройством с полиморфной клинической картиной и неодинаковыми прогностическими перспективами или это сборная группа дискретных состояний, объединенная погруженностью в свой мир, отгороженностью от окружающего и нарушенным в связи с этим социальным взаимодействием продолжают до сих пор. Исследователи раннего детского аутизма, оста-

вив за этим феноменом лишь функцию нарушения контактов пациента с внешним миром, допустили, на наш взгляд, серьезную методологическую некорректность, выразившуюся в том, что при отделении “детского аутизма” от эндогенных психозов были радикально ревизованы суть и метафизический смысл аутизма как феномена инобытия, а экзистенциальные состояния отчуждения, неприсутствия, погружения, номинально присутствуя в составе диагноза в виде термина “аутизм”, стали подвергаться дальнейшему упрощению, трансформируясь в нарушения общения (практически независимо от причин!), социального взаимодействия (исключительно в житейском понимании) и пр., обретшими право (чьей волей?) стать диагностическими критериями детского аутизма и сыгравшими, в ряду других причин, существенную роль в сегодняшней вакханалии в диагностике детского аутизма. Термин аутизм, утратив первоначальный, интуитивно улавливаемый, экзистенциальный смысл аутистического отчуждения, подменяется понятными для неспециалиста обиходными представлениями — уходом в себя, нежеланием общаться, самоизоляцией. Расстройства общения, будучи явлением производным, клинически аморфным и не структурированным, вряд ли убедительны в роли критерия (мерила оценки, основополагающего признака) диагностики аутизма. Но, будучи формальными, а, главное, неклиническими, они служат удобными диагностическими костылями для профанов. Использование этих чисто бытовых характеристик, попутно с расширением их трактовок, привело, во-первых, к массовому хождению термина “аутизм” и ярлыка “аутист” среди широкой публики и, во-вторых, к валу направляемых к специалистам подозреваемых в аутизме детей и подростков. На роль толкователей сложнейшей патологии, наряду со специалистами смело стали претендовать не только дилетанты — неврологи и педагоги, но и профаны — любители словесности, доморощенные философы и даже работники телевидения и документального кино. Специалист же в диагностике детского аутизма опирается на многолетний опыт общения и раздумий об этой весьма специфической патологии, в чем-то похожей, но такой разнообразной по клинике и сути в каждой из своих форм и тем более далекой от аутистического преобразования эндогенного психотического больного. Даже в “неприсутствии и отчуждении”, характерных для синдрома Каннера, хороший доктор отметит качественное их отличие от не имеющей рационального объяснения патологической замкнутости больного шизофренией или неконтактности, связанной с уходом в свои грезы и мечты.

Следует остановиться еще на одном аспекте проблемы РДА. В последние годы наблюдаются упорные попытки включить детский аутизм (в том числе синдром Каннера) в разного рода спектральные расстройства (шизофренические или собственно аутистические). В соответствии с гипотезой, что аутизм Каннера — результат асинхронии развития функций,

то есть, что он является вариантом эволютивного дизонтогенеза шизофренического спектра, ему стало отводиться промежуточное место “в континууме” патологии личностного развития “...от конституциональных шизотипических, шизоидных, к промежуточным — типа синдрома РДА Каннера, и от последних к постприступным (процессуальным шизофреническим) типам личностного поражения”. Попутно отметим, что гипотеза нарушения развития при синдроме Каннера далеко не бесспорна. Отсутствие воображения, способности понимать смыслы и значения, буквальность восприятия и т.д. вполне могут быть не следствием недоразвития, а такой же генетически обусловленной данностью, как, например, длительность инкубационного периода и характер сыпи, заложены в программе коревого вируса.

Понятия континуума и, тем более, шизофренического спектра по смыслу должны включать более или менее родственные структуры, в то время как конституционально аномальные личности и постпроцессуальный дефект личности — качественно различные образования. Необходимость в ряде случаев дифференциальной диагностики между ними не доказывает, что это явления родственного порядка. И чем вообще должна определяться “родственность”? Шизоидные личности нередко выявляются в семьях больных шизофренией, но это обстоятельство несколько не влияет на вероятность для них заболеть психозом. Скорее это говорит о генетических различиях между ними. О родстве патогенетических механизмов говорить еще труднее, да и знаем мы о них недостаточно. Опора на клиническую картину еще менее надежна, так как диагностические сложности чаще говорят не о сходстве симптоматики, а о различной ее трактовке психиатрами разных школ. Использование термина “спектр” для обозначения “родственных” клинических структур, к которым причислены шизоидные личности, шизотипические расстройства, шизофренический психоз, возможно, было бы оправданным, если бы критерии “родственности” были более четкими, и прослеживалась тенденция к взаимотрансформации этих состояний. Всего этого мы не наблюдаем. Тем более сомнительной представляется правомерность отнесения к болезням так называемого шизофренического спектра аутизма Каннера, не имеющего с шизофренией ни генетической связи, ни общих механизмов симптомообразования, ни свойственной шизофрении прогрессивности, ни сходства самого феномена аутизма.

Разнообразие проявлений детского аутизма в сфере нарушенной коммуникации, социализации и воображения побудило Л. Уинг [20] объединить разнообразные формы детского аутизма в сборную группу под названием: расстройства аутистического спектра (РАС) и представить свойственный аутистам и наиболее характерный для аутистов Каннера набор характеристик — нарушение социального взаимодействия; нарушение социального общения; нарушение соци-

ального понимания и воображения, “свидетельствующий об отсутствии у них каких-либо социальных представлений” (Wing L. 1988) и выражающийся прежде всего в явно недостаточном осознании существования других людей и их чувств. Нам кажется, что эти соображения необходимо дополнить тем, что выше-названные расстройства социального взаимодействия опираются на лежащие в основе синдрома Каннера доминирование частных характеристик предметов над осознанием их значений и функций. Суть вещей, как и смысл событий, остаются недоступными пониманию пациента, присущие ему буквальное восприятие мира, неспособность мыслить по аналогии и отсутствие воображения приводят к тому, что осмысление и познание мира становится проблематичным, барьер между аутистом и окружающим миром непреодолимым, а диагноз “аутизм Каннера” — гораздо более катастрофичным, чем даже глубокая умственная отсталость.

Поскольку Л. Уинг строит аутистический спектр на разнообразии социальных взаимодействий в зависимости от интеллекта и возраста, в основном, у детей с синдромом Каннера, авторы, опираясь на свой опыт, склонны полагать, что присущая этим детям от рождения интеллектуальная нищета, равно как и “недостаточное осознание существования других людей и их чувств” с возрастом вряд ли будут претерпевать существенные изменения.

Расстройства аутистического спектра оказались объединенными формальным признаком житейски понимаемого нарушенного социального взаимодействия. Неудивительно поэтому, что соседями по спектру или его составляющими, наряду с синдромами Каннера и Аспергера, оказались и синдром Ретта, и деменция Геллера. Вопрос в том, насколько корректно видеть в руинирующих катастрофах всего лишь утрату социальных навыков и относить последние к аутистическим расстройствам.

К аутистическому спектру, по мнению Гилберг К. и Питерс Т. [3], могут быть причислены “многие дети с расстройством внимания и тяжелой моторной неуклюжестью (дети с “дефицитом внимания, моторного контроля и восприятия”), которые имеют аутистические особенности, а также многие люди с умственной отсталостью, не подходящие под критерии аутизма, имеющие другие заболевания, похожие на аутизм, или аутистические особенности” (Уинг Л., Голд Дж., 1979; Гилберг К., 1986).

Похоже, что немалая их часть — это описанные много десятилетий назад Thiele как “дранговые” дети с синдромом насильственного состояния (Drangzustand), как дети с гиперкинетическим синдромом Kramer-Pollnow (Dranghafte Erethie) [19] и С. С. Мнухиным [8, 9] как “бестормозные” с “буйствующей подкоркой” или дети с синдромом насильственного беспокойства.

Свою роль в расширении диагностики детского аутизма сыграло введение в диагностическую прак-

тику понятия “атипичный аутизм”, повлекшее за собой диагностирование атипичного детского аутизма у большого числа детей с имбецильностью, алалией и даже идиотией. Единственным для этого основанием, как правило, служила естественная для них неспособность к полноценному общению.

Страдающими “спектральными расстройствами” можно считать детей с ограниченным общением вследствие психогений, в связи с нарушениями слуха и речи, с неврогенным мутизмом и т.п. Медицинский термин для этих состояний (“вторичная аутизация”) уже существует. Ритуальное слово “аутизм” присутствует, тенденция, таким образом, практически легитимизирована.

Использование термина “аутизм” в структуре диагноза у детей, объединенных одной общей особенностью — отсутствием гармонии личности с внешним миром, создает терминологическую путаницу и диагностические разночтения, стимулируя, таким образом, гипердиагностику раннего детского аутизма.

Отсутствие весомых диагностических критериев обеспечивает пополнение спектральных расстройств “заболеваниями, сходными с аутизмом, включающими некоторый спектр аутистической симптоматики, но не имеющие полного набора критериев аутизма и пока (слава богу — “пока” Б. В. и Л. Р.) не претендующие на присвоение им названий”, Гилберг К. и Питерс Т. [3].

К сожалению, внедрение понятия “спектр”, не прояснив сути или причин нарушенных при аутизме коммуникаций, социальной слепоты, отсутствия воображения — этих сложнейших расстройств, повлекло за собой их упрощенное понимание, как правило, игнорирующее подробную клиническую расшифровку, а широкое применение термина “аутистический спектр” в быту, в научных и популярных текстах в качестве банального нарушения общения не только открыло ворота для наполнения спектра патологией, весьма несхожей между собой по происхождению, механизмам и клинике, но и способствовало медицинской стигматизации огромного массива труднообщающихся.

Насколько правомерно внедрение в профессиональный обиход понятия, включающего генетически, патогенетически и клинически существенно разные патологии? Обозначение и попытки систематики, будучи важными, хотя и не главными, элементами познания, к пониманию сути психиатрических феноменов приближают не часто. Если понятие или обозначение (в нашем случае — аутистический спектр) не опирается на единый и четкий клинический стержень, — на выходе мы имеем котел, в котором варятся несовместимые ингредиенты. Вычленение новых и новых, лишенных клинической самостоятельности, разновидностей детского аутизма под флагом спектральных расстройств, продолжает тенденцию неограниченно-го разбухания аутистического спектра и создание

ложного впечатления эпидемии соответствующих расстройств.

В сложившихся обстоятельствах “аутизации детской психиатрии” вполне разумным представляется отказ от использования термина аутизм даже в составе устоявшихся клинических форм с аббревиатурой РДА, тем более, что его клинический смысл при них так далек от первоисточника. И тогда вместо механического наполнения корзины аутистического спектра, объединяющего принципиально разнородную патологию на базе весьма поверхностного, исключительно формального сходства, может быть, приобрели бы актуальность попытки понять почему, например, при синдроме Каннера частные характеристики предметов доминируют над осознанием их значений и функций и все ли в клинике этого синдрома можно объяснить асинхронией развития и “симптомом переслаивания”. И почему при всей клинической непохожести и разнокачественности “неприсутствия” при синдроме Каннера и аутистического инобытия при шизофрении так непроницаемы стены, отделяющие этих пациентов от реальности. И почему при грубейшей психическая гипотонии, свойственной “аутистам” С. С. Мнухина, порождающей аспонтанность, апрозексию, полевое поведение и неспособность этих детей к целенаправленной активности, интеллект сохраняется на пограничном, а иногда и на более приличном уровне. И какими были бы психопаты Аспергера, если бы природа не лишила их интуиции. И почему свойственные крепелиновским чудачкам простодушие, искренность, доброжелательность так невыгодны во все времена. Авторы считают более конструктивным глубокое исследование проблем, отражающих клиническую реальность, нежели анализ предлагаемых аутистическим спектром и претендующих на место в систематике болезней, терминологически не убедительных и клинически несостоятельных, призрачных психиатрических муляжей.

При отсутствии реальных прорывов в постижении сути психических расстройств (в том числе аутизма) безудержное размножение новых, клинически не очерченных, “спектральных” его разновидностей есть проявление квазинаучной активности, ведущей к созданию не имеющей клинического содержания фантомной психиатрии или психиатрии для бедных, для которых главным, а может быть, единственным профессиональным руководством является очередное издание международной классификации болезней.

Организуются центры помощи для детей-аутистов. Естественный оптимизм слегка омрачается впечатлением неполного понимания сложности задач, стоящих перед их организаторами. Свидетельством тому являются грандиозность заявляемых ими целей лечебной и психолого-педагогической коррекции — “выведение аутичного ребенка в контакты с внешним миром, формирование межличностных взаимоотношений, предпосылок целенаправленной социальной

деятельности, воспитание и поддержание адекватных социальных установок и интересов”. Вплоть “до получения адекватного образования как неотъемлемого условия успешной социализации”. Отметим, что в последнем случае главный детский психиатр Минздрава ведет разговор о синдроме Каннера. В его представлении “своевременно установленный клинический диагноз, раннее введение фармакотерапии, проведенная реабилитация вполне эффективны и способствуют благоприятному исходу”. Врачи-практики проявляют заинтересованность в ранней диагностике в надежде, что терапевтическое вмешательство на самых ранних этапах может оказаться более эффективным. Однако до сих пор совершенно не ясно, каким же должно быть это терапевтическое вмешательство.

А между тем, барьер между психическим пространством, в котором пребывает аутист, и окружающим миром настолько прочен, а суть его непроницаемости настолько непонятна, что неэффективность лекарственного воздействия на него не выглядит неожиданной, а сегодняшний терапевтический нигилизм представляется в этой ситуации вполне оправданным. Поскольку медикаментозное воздействие на аутистов с синдромом Каннера к значительным и даже малозначительным достижениям не привело, внимание исследователей занято разработкой разнообразных методик коррекционной работы. Целью коррекции провозглашается формирование навыков, с помощью которых аутисты могли бы взаимодействовать с другими людьми, то есть быть адаптированными в социуме. Диапазон коррекционных стратегий и, соответственно, дискуссий по этим вопросам простирается от оценки необходимости физических упражнений до выбора форм обучения. Единства мнений, естественно, нет, поскольку нет единства в понимании механизмов, тяжести и даже места, занимаемого синдромом Каннера в ряду других психических отклонений. Оценка успешности коррекционной работы зависит от поставленной цели. Если таковой является социальная адаптация, то коррекционная работа заранее обречена на неуспех. Исходить нужно из того, что аутизм Каннера — это не болезнь, которую можно вылечить, а стойкое ограничение психических возможностей, при котором не только дети, но и взрослые и даже состарившиеся аутисты всегда будут нуждаться в специальной помощи. Кроме того, не аутист должен как-то адаптироваться к чужому миру, а мир, социум должен стремиться стать для больного более удобным.

Дискуссии о преимуществах или недостатках домашнего воспитания в сравнении с воспитанием в обычном или специализированном детском саду, индивидуального или интегрированного (в любой форме) обучения должны предваряться вопросом: какова цель? Важно помнить, что все виды воспитания, обучения, все коррекционные стратегии — всего лишь средства, а целью должно быть облегчение жизни са-

тому аутисту и его несчастным родителям. Главными предпосылками и непременным условием успеха коррекционной работы должны стать обоснованный уровень ожиданий и выработка у родителей реалистических представлений о перспективах ребенка в принципе. Усилия специалистов по коррекционной работе и родных больного должны быть в первую очередь направлены на его бытовую адаптацию. Тот, кто работал с аутистами, знает, как радуются родители тому, что их ребенок самостоятельно и успешно начинает пользоваться туалетом и приемлемо вести себя за столом. Способность же озвучить напечатанный текст или произвести арифметические действия имеют, как правило, и по справедливости, подчиненное значение, поскольку в жизни она окажется, скорее всего, не востребованной. Исходя из сегодняшнего состояния проблемы, наиболее разумным для общества и государства было бы предложить аутисту такую среду, которая обеспечивала бы ему не внедрение в социум, тем более мифическую социальную адаптацию, а максимальную защиту. Реальность же такова, что современный социум по ряду причин не готов интегрировать больных с синдромом Каннера, да и сами пациенты, в силу особенностей своей психики, не испытывают потребности в обретении социального статуса.

Добросовестный врач не станет излишне обнадеживать родных аутиста с синдромом Каннера в отношении его будущего и предупредит о неимоверных усилиях, которые от них потребуются для достижения самых небольших успехов в процессе социализации, скажет о том, что степень социальной приспособленности будет настолько незначительной, что аутист с синдромом Каннера всегда будет нуждаться в опеке и призрании.

Позитивное значение организации учреждений для аутистов нивелируется дефицитом высококлассных специалистов в этой области, большим риском “социальной гипердиагностики детского аутизма” (Каган В. Е., 2003, [5]) и неизбежным дублированием этими центрами учреждений для детей “особый ребенок”.

При отсутствии общего понимания специалистами патологии хотя бы на уровне терминов, на фоне явного снижения уровня диагностики аутистических расстройств и естественной заинтересованности подобных центров в финансировании, финансовые их амбиции будут способствовать процветанию в профессии и около нее случайных людей, дальнейшему раскручиванию мифа об эпидемии аутизма и “нецелевому расходованию бюджетных средств”.

В сложившейся критической, по мнению авторов, ситуации в качестве первоочередных организацион-

ных решений по ее исправлению должны быть: 1. Немедленное прекращение практики верифицированной, идущей в стабильную, диагностики детского аутизма непрофильными специалистами (неврологами и пр.). 2. Прекращение практики проведения усовершенствования врачей преподавателями студенческих кафедр. 3. Усовершенствование детских психиатров проводить силами профильных (детских) кафедр ГИДУВов и ФУВов. 4. Вернуться к практике прохождения интернатуры по детской и подростковой психиатрии в соответствующих отделениях психиатрических больниц, являющихся базами профильных кафедр.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Е. Аутистическое мышление. Пер. с нем. Одесса, 1927.
2. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920.
3. Гилберг К., Лутерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты.: ИСПиП, 1998.
4. Гуссерль Э. Феноменология. [Статья в Британской энциклопедии] / Предисл., пер. и примеч. В. И. Молчанова // Логос. — 1991. — № 1. — С. 12 – 21.
5. Каган В. Е. Эпидемия детского аутизма? // Вопросы психического здоровья детей и подростков : научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин / Ред. Н. М. Иовчук, С. Н. Ениколопов. — 2003. — № 1. — с. 7 – 10.
6. Кронфельд А. Психология в психиатрии. Берлин, 1927 г.
7. Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении. — М., 1936
8. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей. // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968, с. 11.
9. Мнухин С. С. Труды психоневролог. ин-та им. Бехтерева В. М., 1961, т. 25, с. 66 – 77.
10. Назлоян Г. К. Концепции патологического одиночества “Московский Психотерапевтический Журнал” 2000, 2(25), апрель-июнь.
11. Шнайдер Курт. Клиническая психопатология. Издательство “Сфера”. 1999.
12. Эй Анри. Шизофрения XXII. 1973. К вопросу о “шизофренических психических расстройствах” Манфреда Блейлера. Общая концепция шизофрении. с 578 – 580.
13. Ясперс К. Общая психопатология М., “Практика”, 1997
14. Asperger H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. — Arch. Psychiat., Nervenkr., 1944, Bd. 1117, S. 76.
15. Asperger H. Probleme des Autismus im Kindesalter. — Jap. J. Child. Psychiat., 1966, V. 7, № 1, p. 1.
16. Crow T. J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? Schizophr Res. 1997 Dec 19;28(2-3):127-41.
17. Румке Н. Цит. По Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995.
18. Kanner L. Early infantile autism — J. Pediat., 1944. N 25 p. 211.
19. Klaus-Jurgen Neumarker. “The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow”. History of Psychiatry, 16(4): 435–451 Copyright© 2005 SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi).
20. Wing L. 1988. The continuum of autistic characteristics. In Diagnosis and assessment in autism, E. Schopler & G. B. Mesibov (eds), 91 – 110. New York: Plenum Press.

*Авторы выражают глубокую признательность за техническую поддержку кандидату психологических наук Грошевой Елене Владимировне.*



# Инфраструктура конструкта стигмы при расстройствах тревожно-депрессивного спектра

И. Э. Секоян<sup>1</sup>, А. П. Геворкян<sup>2</sup>, Э. С. Секоян<sup>3</sup> (Ереван, Армения)

С помощью стандартизированных шкал по оценке показателей стигмы у лиц с психическими заболеваниями (Sigma Scale, Internalised Stigma of Mental Illness, Self-stigma of Mental Illness Scale) выявлены особенности стигматизации пациентов с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory). Дана интегральная количественная оценка стигмы, с помощью многомерного анализа количественно охарактеризованы инфраструктура и интракорреляция компонентов стигмы (discrimination, disclosure, positive aspects), интернализации стигмы (alienation, stereotype, discrimination social withdrawal, stigma resistance) и ее социальных медиаторов — self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale), self-efficacy (Sherer Self-Efficacy Scale). Представлена характеристика взаимосвязей различных элементов Self-stigma (awareness, agreement, application, hurts self), обнаружена положительная корреляция стигмы с депрессией, реактивной и личностной тревогой. Сформулировано положение о том, что в механизмах интернализации стигмы при психических расстройствах специфика инфраструктуры и взаимосвязей конструкта стигмы находится в зависимости от уровня неспецифических элементов — социальных медиаторов и модулирующего фактора — симптома и/или синдрома психического расстройства. Полученные данные диктуют необходимость разработки новых подходов и методов дифференцированной дестигматизации больных с учетом особенностей взаимосвязей элементов конструкта стигмы.

**Ключевые слова:** стигма, интернализация стигмы само-стигма, депрессия, тревога.

На современном этапе развития общества, в рамках радикальных преобразований в системе охраны психического здоровья, важнейшей медико-социальной проблемой является стигматизация и дискриминация лиц с психическими расстройствами [2, 11, 49]. Общественная (*публичная*) и “*само-стигма*”, которые, начиная с Goffman [16], рассматриваясь у лиц с психическими расстройствами как единый социально-детерминированный процесс, характеризуются различиями, касающимися их инфраструктуры, предикторов, механизмов развития и взаимосвязей с основной клинической симптоматикой заболевания. Существующие концепции “*психиатрической стигмы*” [5, 8, 22, 23, 34, 41] включают в себя изучение роли этических, био-психосоциальных [24, 32, 30], расовых, этнических [31, 44], культуральных [15, 55] и транскультуральных факторов [20]. Результаты изучения особенностей интернализации стигмы и конструкции “*само-стигмы*” при расстройствах шизофренического спектра способствовали значительному углублению существующих представлений в этой области [14, 19, 27, 56]. Указанный вопрос при других психических расстройствах практически не изучен, а имеющиеся работы преимущественно касаются распространенности стигмы у лиц страдающих депрес-

сией [17, 37, 47, 50]. Между тем, на настоящем этапе важнейшей проблемой является не только констатация наличия стигмы при различных психических расстройствах, а изучение стигмы, как конструкта, тесно ассоциированного с клиническими симптомами и/или синдромами заболеваниями, что является основой для разработки новых подходов к глобальной проблеме дестигматизации лиц с психическими расстройствами [1, 37] и повышения их качества жизни [25, 26].

Целью работы явилось изучение особенностей инфраструктуры конструкта стигмы при психических расстройствах тревожно-депрессивного спектра.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 118 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (51 мужчин и 67 женщин, страдающих аффективными и невротическими расстройствами. Средний возраст мужчин —  $33 \pm 16,1$  год ( $\pm$  SD), женщин —  $37 \pm 15,2$  года. Диагноз ставился в соответствии с критериями DSM-IV<sup>TM</sup> “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” и Международной классификации болезней (МКБ-10).

Группа аффективных расстройств была представлена 72 больными, из них: биполярное аффективное расстройство [депрессия] (F31) — 23 случая, депрессивный эпизод (F32) в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (F33) — 36 случаев; депрессивный эпизод неуточненный (F32.9) — 5; дистимия (F34.1) — 8. Длительность заболевания составляла от

<sup>1</sup> Российская Академия медико-технических наук, Армянский Филиал.

<sup>2</sup> Психиатрический медицинский Центр Минздрава Армении.

<sup>3</sup> Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци.

нескольких месяцев до 22 лет, в среднем — 6 лет. Первый депрессивный эпизод отмечался у 11 пациентов.

В группу невротических расстройств вошли 46 больных: из них у 23 было диагностировано смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), у 8 — генерализованное тревожное расстройство (F41.1), у 11 — обсессивно-компульсивное расстройство (F42). При выборе шкал для изучения психиатрической стигмы придерживались рекомендаций [4].

Исследование стигмы проводили с помощью следующих шкал:

- King M. et al. Stigma Scale (SS) — для оценки уровня стигматизации по субшкалам: “дискриминация”, “признание”, “положительные аспекты” [18];
- Ritsher J. B. et al. Internalised Stigma of Mental Illness (ISMI) — для оценки уровня интернализации стигмы по субшкалам: “отчуждение”, “стереотипы”, “дискриминация”, “асоциальность”, “резистентность к стигме” [36];
- Corrigan P. W. et al. Self-stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) — для оценки и структуры само-стигмы по субшкалам: “осознание”, “согласие”, “принятие”, “ущербность” [9, 52];
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) — для определения уровня показателя “самоуважение” [40];
- Sherer M. Self-Efficacy Scale (SSES) — для определения уровня показателя “самоэффективность” [43].

**Таблица 1.** Характеристика распределения расстройств, тревожно- депрессивного спектра

	I. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	MADRS n		BDI n	
		a	b	a	b
1.	Биполярное аффективное расстройство (депрессия)	17	6	19	4
2.	Депрессивный эпизод в рамках рекуррентного депрессивного расстройства	33	3	34	2
3.	Депрессивный эпизод неуточненный	5	—	4	1
4.	Дистимия	8	—	7	1

	II. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА	STAI <sub>1</sub> (PT) n		STAI <sub>2</sub> (ЛТ) n	
		a	b	a	b
1.	Смешанное тревожное и депрессивное	3	23	1	22
2.	Генерализованное тревожное расстройство	—	8	—	8
3.	Обсессивно-компульсивное расстройство	2	9	—	11

I) a — умеренный уровень депрессии, b — высокий уровень депрессии (истинная депрессия).

II) a — умеренный уровень тревоги, b — высокий уровень тревоги. PT — реактивная тревога, ЛТ — личностная тревога.

n — число пациентов.

Для выявления депрессии и тревоги использовались:

- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) — для определения уровня депрессии [29, 53];
- Beck Depression Inventory (BDI) — для определения уровня депрессии [3];
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) — для определения уровня реактивной (STAI<sub>1</sub>) и личностной (STAI<sub>2</sub>) тревоги [45].

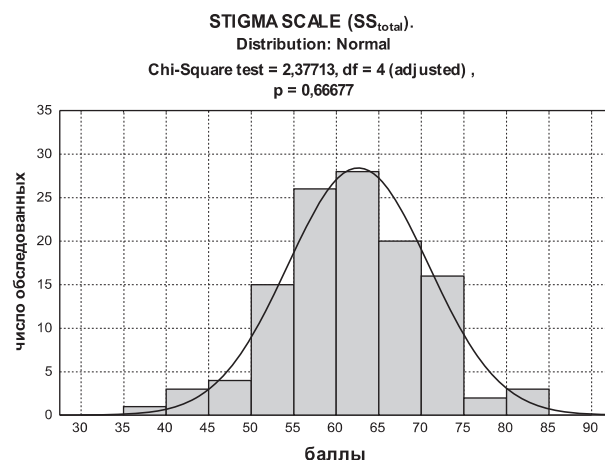
Для выявления степени внутренней согласованности и надежности стандартизированных шкал вычисляли коэффициент *Cronbach's α* [12, 13].

Исследование проведено с информированного согласия пациентов, с соблюдением этических норм [54] и требований доказательной медицины. Процедуры интервью и тестирования проводились в соответствии с существующими критериями [42, 46]. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакетов компьютерных программ STATISTICA-6 и GraphPad Prism 4. Проводились: определение достоверности их различий по *t*-критерию Стьюдента; корреляционный (непараметрическая модель *Spearman*, модель *Pearson*, линейная регрессия) и факторный анализ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно современным представлениям, психиатрическая стигма представляет собой многомерный конструкт с многообразием взаимосвязей, что диктует необходимость использования в психометрических исследованиях комплекса взаимодополняющих методов исследования и их анализа в соответствии с критериями доказательной медицины.

Полученные данные свидетельствуют, что при параллельном использовании шкал MADRS и BDI умеренный уровень депрессии выявлен в 88,9 % случаев,



**Рис. 1.** Распределение суммарного показателя стигматизации больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра

## Инфраструктура конструкта стигмы при расстройствах тревожно-депрессивного спектра

истинная депрессия — у 8 пациентов. С помощью опросника STAI высокий уровень реактивной тревоги выявлен в 86,9 %, личностной тревоги — в 89,1 % случаев (табл. 1).

### I. Инфраструктура стигмы

С помощью шкалы Stigma Scale (SS) проведена количественная оценка таких показателей, характери-

**Таблица 2.** Уровень стигматизации больных расстройствами тревожно-депрессивного спектра (в баллах)

Шкала SS	n	M	± SD	± SE
Дискриминация	118	26,2	6,3	0,63
Признание	118	27,3	5,1	0,46
Положительные аспекты	118	8,7	2,6	0,24
Стигма (сумма)	118	62,2	8,3	0,76

n — число пациентов.

**Таблица 3.** Уровень (в баллах) и корреляционные связи элементов субшкал Stigma Scale. Модель линейной регрессии (коэффициент Beta). \* — P < 0,05, \*\* — P < 0,01, \*\*\* — P < 0,001

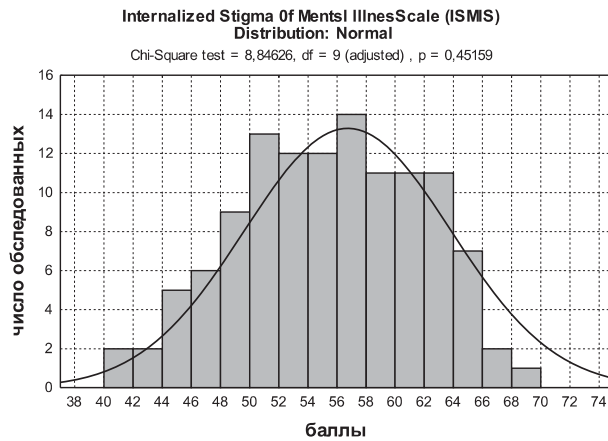
Дискриминация (Cronbach's $\alpha = 0.923$ )													
SS <sub>1</sub>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	M ± SD
1	—												1.6 ± 1.03
2	0,35*	—											2.4 ± 1.24
3	0,59**	0,62***	—										1.7 ± 1.21
4	0,38*	0,68**	0,55**	—									2.1 ± 1.16
5	—	0,44**	—	—	—								2.8 ± 1.14
6	—	0,76***	0,46**	0,49**	0,48**	—							2.4 ± 1.19
7	—	0,53**	0,35*	0,34*	0,64**	0,58**	—						2.3 ± 1.18
8	—	0,50**	0,38*	0,33*	0,61**	0,56**	0,93***	—					2.2 ± 1.14
9	0,31*	0,55**	0,51**	0,87***	—	0,41**	0,35*	0,32*	—				1.9 ± 1.28
10	—	0,44**	0,31*	—	0,53**	0,53**	0,91***	0,86***	—	—			2.3 ± 1.18
11	0,37*	0,56**	0,49**	0,86***	—	0,51**	—	—	0,78***	—	—		2.0 ± 1.12
12	—	0,63***	0,34*	0,38*	0,73**	0,71**	0,90***	0,82***	0,33*	0,77***	0,33*	—	2.5 ± 1.16

Признание (Cronbach's $\alpha = 0.857$ )												
SS <sub>2</sub>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	M ± SD
1	—											2.3 ± 1.26
2	0,36**	—										2.7 ± 1.18
3	0,62**	0,61**	—									2.6 ± 1.13
4	—	0,31*	0,39*	—								2.9 ± 1.15
5	0,56**	0,55**	0,95***	0,45**	—							2.5 ± 1.34
6	0,67**	0,46**	0,81***	—	0,75***	—						2.1 ± 1.31
7	0,59**	0,52**	0,91***	0,34*	0,86***	0,80***	—					2.5 ± 1.18
8	0,73***	0,51**	0,90***	—	0,84***	0,89***	0,88***	—				2.2 ± 1.22
9	0,62**	0,57**	0,95***	0,38**	0,89***	0,78***	0,88***	0,85***	—			2.7 ± 1.10
10	0,68**	0,47**	0,82***	—	0,79***	0,81***	0,81***	0,93***	0,78***	—		2.1 ± 1.22
11	0,62**	0,61**	0,92***	0,42*	0,90***	0,72***	0,84***	0,81***	0,86***	0,73***	—	2.7 ± 1.16

Положительные аспекты (Cronbach's $\alpha = 0.742$ )						
SS <sub>3</sub>	1	2	3	4	5	M ± SD
1	—					1.1 ± 0.89
2	—	—				2.8 ± 0.95
3	0,31*	—	—			1.8 ± 1.06
4	0,81***	—	—	—		1.2 ± 1.01
5	—	—	0,76***	—	—	1.8 ± 1.23

**Таблица 4.** Уровень интернализации стигмы при расстройствах тревожно-депрессивного спектра (в баллах)

Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)				
Показатели	n	M	± SD	± SE
Отчуждение	118	15,1	3,2	0,29
Стереотипы	118	14,1	3,4	0,31
Дискриминация	118	13,7	2,5	0,23
Асоциальность	118	14,7	4,3	0,39
Стигма (сумма)	118	57,6	7,90	0,65
Резистентность к стигме	118	11,6	3,5	0,32



**Рис. 2.** Распределение суммарного показателя интернализации стигмы больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра

зующих стигматизацию больных, как “дискриминация”, “признание”, “положительные аспекты”, и их суммарного показателя, характеризующего уровень стигматизации. Анализ полученных данных свидетельствует, что у лиц с аффективными расстройствами обнаружены высокие значения изучаемых показателей и их составляющих компонентов (табл. 2, рис. 1).

На современном этапе развития доказательной медицины оценка суммарного психометрического показателя в целом по шкале измерения или его субшкалам является недостаточной для интегральной характеристики исследуемого показателя, в данном случае количественной оценки инфраструктуры стигмы.

В частности, важными в этом плане является изучение таких показателей как “внутренняя согласованность” (*internal consistency*) и надежность, характеризующие связь каждого конкретного элемента теста с общим результатом, на который направлен весь тест.

Полученные данные свидетельствуют, что по уровню коэффициенты *Cronbach's α*, характеризующие разброс каждого элемента с общим разбросом всей шкалы, субшкалы Sigma Scale распределены в следующей последовательности “дискриминация” > “признание” > “положительные аспекты”. Одновре-

**Таблица 5.** Уровень (в баллах) и корреляционные связи элементов субшкал ISMI. Модель линейной регрессии (коэффициент *Beta*). \* —  $P < 0,05$ , \*\* —  $P < 0,01$ , \*\*\* —  $P < 0,001$

Отчуждение ( <i>Cronbach's α = 0.818</i> )							
	1	2	3	4	5	6	M ± SD
1	—						2.6 ± 0.77
2	—	—					2.6 ± 0.88
3	0,79***	—	—				2.4 ± 0.73
4	0,79***	—	0,95***	—			2.4 ± 0.81
5	0,76***	—	0,89***	0,89***	—		2.4 ± 0.87
6	0,56**	0,31*	0,68**	0,68**	0,63**	—	2.2 ± 0.82

Стереотипы ( <i>Cronbach's α = 0.803</i> )								
	1	2	3	4	5	6	7	M ± SD
1	—							2.2 ± 0.71
2	0,79***	—						2.1 ± 0.79
3	0,54**	0,65**	—					2.1 ± 0.69
4	0,79***	0,95***	0,65**	—				2.1 ± 0.68
5	0,79***	0,95***	0,65**	0,95***	—			2.0 ± 0.84
6	—	—	—	—	—	—		1.0 ± 0.75
7	0,46**	0,59**	0,36**	0,59**	0,59**	—	—	1.8 ± 0.65

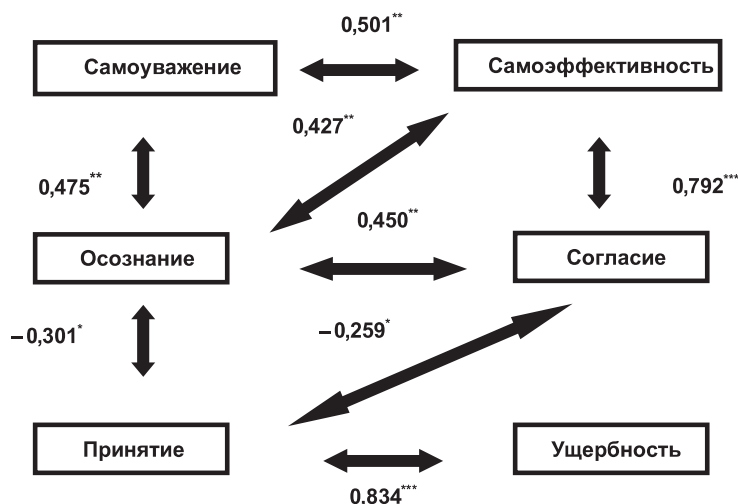
Дискриминация ( <i>Cronbach's α = 0.841</i> )						
	1	2	3	4	5	M ± SD
1	—					2.6 ± 0.78
2	0,85***	—				2.6 ± 0.73
3	0,59**	0,74***	—			2.5 ± 0.70
4	0,79***	0,92***	0,68**	—		2.4 ± 0.71
5	0,69**	0,81***	0,64**	0,90***	—	2.2 ± 0.78

Асоциальность ( <i>Cronbach's α = 0.834</i> )							
	1	2	3	4	5	6	M ± SD
1	—						2.7 ± 0.76
2	0,87***	—					2.6 ± 0.84
3	0,60**	0,68**	—				2.5 ± 0.74
4	0,46*	0,55**	0,77**	—			2.4 ± 0.73
5	0,55**	0,64**	0,90***	0,91***	—		2.3 ± 0.77
6	0,45*	0,56**	0,82**	0,86***	0,93***	—	2.3 ± 0.84

Резистентность к стигме ( <i>Cronbach's α = 0.831</i> )						
	1	2	3	4	5	M ± SD
1	—					2.8 ± 0.81
2	0,61**	—				2.4 ± 0.85
3	—	0,38*	—			2.2 ± 0.78
4	0,39*	0,63**	0,68**	—		2.1 ± 0.74
5	0,49**	0,87***	—	0,50**	—	2.3 ± 0.77

**Таблица 6.** Уровень (*в баллах*) и корреляционные связи шкал SSMIS, RSS и SSS. Модель линейной регрессии (*коэффициент Beta*). \* —  $P < 0,05$ , \*\* —  $P < 0,01$ , \*\*\* —  $P < 0,001$

	Показатели	Cronbach $\alpha$	M $\pm$ SD	1	2	3	4	5	6
1.	Осознание	0.802	46,4 $\pm$ 6,9	–					
2.	Согласие	0.646	38,7 $\pm$ 6,7	0,450**	–				
3.	Принятие	0.832	28,9 $\pm$ 5,6	-0,301*	-0,259*	–			
4.	Ущербность	0.790	27,5 $\pm$ 4,9	–	–	0,834***	–		
5.	Самоуважение	0.855	10,3 $\pm$ 1,7	0,475**	–	–	–	–	
6.	Самоэффективность	0.831	22,5 $\pm$ 3,2	0,427**	0,792***	–	–	0,501**	–



**Рис. 3.** Структура и сила корреляционных взаимосвязей шкал SSMIS, RSS и SSS. \* —  $P < 0,05$ , \*\* —  $P < 0,01$ , \*\*\* —  $P < 0,001$

менно установлен высокий уровень значений по всем 28 вопросам теста, свидетельствующий о достаточно высоком уровне стигматизации обследованных лиц и особенности корреляционных связей (коэффициента *beta*) между показателями субшкал у больных с аффективными расстройствами (табл. 3).

## II. Само-стигматизация

В рамках социально-психологической модели стигма у лиц с психическими расстройствами описывается с точки зрения стереотипов, предубеждений и дискриминации [6, 39]. Само-стигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности. Результаты психометрических исследований больных с аффективными расстройствами, проведенных с помощью шкалы “Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)”, свидетельствует о достаточно высоком уровне интернализации стигмы у больных с аффективными расстройствами. В равной степени это касается таких, имеющих высокий коэффициент *Cronbach’s  $\alpha$*

характеристик, как “отчуждение”, “стереотипы”, “дискриминация” и “асоциальность”, в отличие от показателя “резистентность к сигме”, уровень которого у обследованных больных понижен. С помощью модели линейной регрессии выявлены особенности корреляционных связей (коэффициента *beta*) между показателями субшкал ISMI у больных с аффективными расстройствами (табл. 4, 5, рис.2).

Само-стигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности. По мнению большинства исследователей в основе само-стигматизации (“само-стигмы”) при психических заболеваниях лежат нарушение социализации и снижение самооценки, как реакция больного на стигматизацию обществом и применения к себе стереотипов общественного сознания. Лица, помеченные психическим заболеванием, живущие в культуре с преобладанием стереотипов в отношении психического заболевания, могут ожидать и усваивать отношения, которые отражают обесценивание и дискриминацию. Само-обесценивание наиболее полно характеризуется как “три А” са-

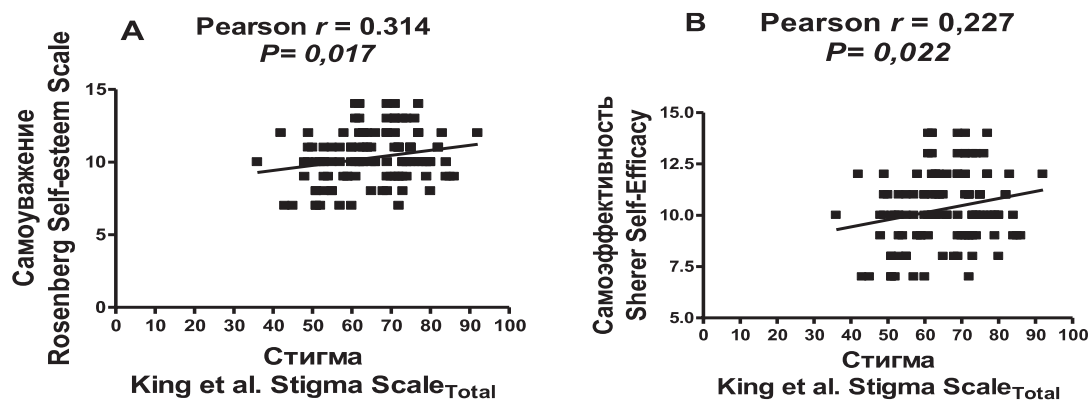


Рис. 4. Корреляция интегрального показателя стигмы по шкале SS с социальными медиаторами: “самоуважение” (А) и “самоэффективность” (В)

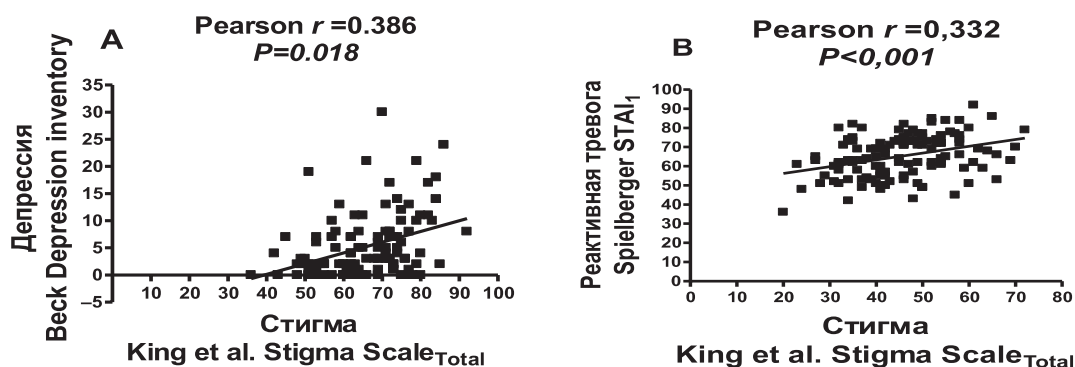


Рис. 5. Корреляция интегрального показателя стигмы по шкале SS с показателями депрессии (А) и реактивной тревоги (В)

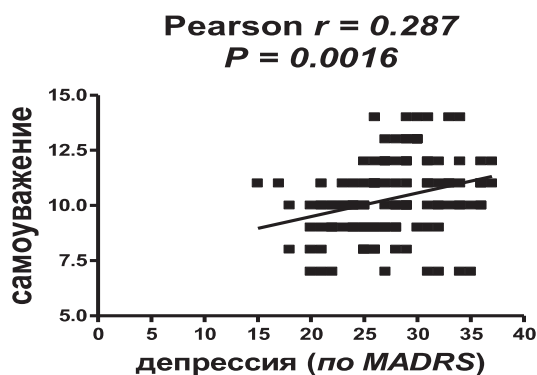


Рис. 6. Корреляция показателя “самоуважение” с депрессией (по шкале MADRS)

мо-стигмы: awareness (*осознание*), agreement (*согласие*) и application (*применение*). Предложенная Corrigan модель, являясь дополнением модифицированной теории маркировки, включает в себя: само-стигма: стереотипы, социальные медиаторы (*посредники*) — самоуважение и самоэффективность, достижение или отсутствие жизненной цели [9, 51]. Согласно данной концепции, лица, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения (*self-esteem*) и самоэффективно-

сти (*self-efficacy*) [10, 21, 35], хотя отсутствуют четкие доказательства того, являются ли указанные социальные медиаторы существенно совпадающими, как оценочные компоненты само-стигмы, или они независимы в своих воздействиях [28]. Существенно, что хотя в различных моделях само-стигмы рассматриваются ее негативные последствия [48], высокий уровень самооценки и самоэффективности при психических расстройствах, свидетельствует об их возможной связи с различными полюсами конструкта само-стигмы, что, по-видимому, лежит в основе феномена “парадокс само-стигмы” [7].

Результаты психометрических исследований, проведенных с помощью шкалы SSMIS, свидетельствует о внутренней согласованности, надежности и высоком уровне показателей само-стигмы по всем субшкалам SSMIS, включая “осознание”, “согласие”, “принятие” и “ущербность”. Методом корреляционного анализа по Spearman выявлены особенности взаимосвязи показателей само-стигмы с показателями “самоуважение” (Rosenberg Self-esteem Scale) и Sherer Self-efficacy Scale “самоэффективность” (Sherer Self-efficacy Scale), (табл. 6, рис. 3).

## Инфраструктура конструкта стигмы при расстройствах тревожно-депрессивного спектра

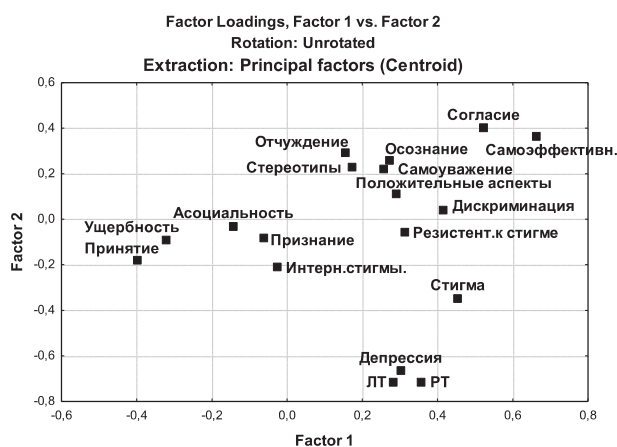


Рис. 7. Результаты факторного анализа инфраструктуры стигмы больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Обозначения: РТ — реактивная тревога, ЛТ — личностная тревога

### III. Ассоциации стигмы

Результаты проведенного исследования позволили выявить, что у обследованного контингента больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, наряду с ассоциацией элементов в структуре “само-стигмы”, обнаруживаются устойчивые корреляционные связи показателей конструкта стигмы как с социальными медиаторами стигматизации — “самоуважение” и “самоэффективность”, так и с клинической симптоматикой, в данном случае с депрессией и высоким уровнем реактивной и личностной тревоги (рис. 4 – 6).

Как свидетельствуют данные факторного анализа, интегрально характеризующего инфраструктуру, последняя представлена в виде достаточно сложного конструкта, требующего дальнейшего более детального изучения (рис. 7).

Таким образом, результаты настоящего исследования, проведенного в контексте рассмотрения “психиатрической стигмы” в качестве био-психосоциального конструкта, позволили выявить особенности стигматизации лиц с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Дана интегральная количественная оценка стигмы, с помощью многомерного анализа количественно охарактеризованы инфраструктура и интракорреляция компонентов стигмы (дискриминация, признание, положительные аспекты), интернализации стигмы (отчуждение, стереотипы, дискриминация, асоциальность) и ее социальных медиаторов (самоуважение, самоэффективность). Выявлены некоторые особенности взаимосвязи различных элементов само-стигмы (осознание, согласие, принятие, ущербность), обнаружена положительная корреляция стигмы с депрессией, реактивной и личностной тревогой.

Анализ полученных данных дает основание допустить, что, по-видимому, в механизмах интернализации стигмы при психических расстройствах, наряду с такими значимыми факторами социальной стигматизации как предубеждения, дискриминация, стереотипы и др., специфика инфраструктуры и взаимосвязей конструкта стигмы находится в зависимости от уровня неспецифических элементов — социальных медиаторов и модулирующего фактора — симптома и/или синдрома психического расстройства.

Выявленные факты приобретают существенную значимость в плане дальнейшей разработки проблемы “психиатрической стигмы” в следующих направлениях:

- в плане выявления особенностей интернализации стигмы при различных психических расстройствах;
- в аспекте изучения механизмов феноменов “на-радокс само-стигмы” и “резистентность к стигме”;
- в контексте разработки новых подходов и методов дифференцированной дестигматизации больных с учетом особенностей взаимосвязи элементов конструкта стигмы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Angermeyer M. C. From intuition- to evidence-based anti-stigma interventions // World Psychiatry. 2002. Vol. 1. P. 21 – 22.
2. Angermeyer M. C., Matschinger H. The Stigma of Mental Illness in Germany: A Trend Analysis // Int. J. Soc. Psychiatry. 2005. Vol. 51. P. 276 – 284.
3. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. et al. Kognitive Therapie der Depression. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1994.
4. Brohan E., Slade M., Clement S., Thornicrof G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures // BMC. Health Services Research. 2010. Vol. 10. P. 1 – 11.
5. Byrne P. Psychiatric stigma // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 281 – 284.
6. Corrigan P. W. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities // Psychiatr. Quart. 2002. Vol. 73. P. 217 – 228.
7. Corrigan P. W., Watson A. C. The paradox of self-stigma and mental illness // Clinical Psychology: Science and Practice. 2002. Vol. 9. P. 35 – 53.
8. Corrigan P. W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW (ed). On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association. 2005. P. 11 – 44.
9. Corrigan P. W., Watson A. C., Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy // J. Soc. Clin. Psychol. 2006. Vol. 25. P. 875 – 884.
10. Corrigan P. W., Larson J. E., Rüsich N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices // World Psychiatry. 2009. N 8. P. 75 – 81.
11. Crisp A. H., Gelder M. G., Rix S. et al. Stigmatisation of people with mental illness // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 178. P. 197 – 199.
12. Cronbach L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests // Psychometrika. 1951. Vol. 16. P. 297 – 334.
13. Cronbach L. J., Shavelson R. J. My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures // Educational and Psychological Measurement. 2004. Vol. 64. P. 391 – 418.
14. Fung K. M. T., Tsang H. W. H., Corrigan P. W. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment // Psychiatric Rehabilitation J. 2008. Vol. 32. P. 95 – 104.

15. Gibson R. C., Abel W. D., White S., Hickling F. W. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica // *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2008. Vol. 23. P. 26 – 33.
16. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
17. Griffiths K. M., Christensen H., Jorm A. F., Evans K., Groves C. Effect of web based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression: randomized controlled trial // *Br. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 185. P. 242 – 249.
18. King M., Dinos S., Shaw J., Watson R., Stevens S., Passetti F., Welch S., Serfaty M. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness // *Br. J. Psychiatry* 2007. Vol. 190. P. 248 – 254.
19. Knight M. T. D., Wikes T., Hayward P. “People don’t understand”: An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) // *J. Mental Health*. 2003. Vol. 12. P. 209 – 222.
20. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem // *Current Opinion in Psychiatry* 2002. Vol. 15. P. 37 – 41.
21. Link B. G., Cullen F. T., Frank J. et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter // *Am. J. Soc.* 1987. Vol. 92. P. 1461 – 500.
22. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing Stigma // *Annu. Rev. Sociol.* 2001. Vol. 27. P. 363 – 385.
23. Link B. G., Phelan J. C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B. A. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance // *Am. J. Public. Health*. 1999. Vol. 89. P. 1328 – 1333.
24. Link B. G., Struening E. L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J. C. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses // *Psychiatr. Serv.* 2001. Vol. 52. P. 1621 – 1626.
25. Lundberg B., Hansson L., Wentz E., Bjorkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample // *Intern. J. Soc. Psychiatry*. 2008. Vol. 54. P. 47 – 55.
26. Marcussen K., Ritter C., Munetz. M. R. The Effect of Services and Stigma on Quality of Life for Persons With Serious Mental Illnesses // *Psychiatric Services*. 2010. Vol. 61. P. 489 – 494.
27. Margetić B. A., Jakovljević M., Ivanec D., Margetić B., Tošić G. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia // *Comprehensive Psychiatry*. 2010. Vol. 51. P. 603 – 606.
28. Markowitz F. E. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness // *J. Health. Soc. Behav.* 1998. Vol. 39. P. 335 – 347.
29. Montgomery S. A., A°sberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. // *Br. J. Psychiatry*. 1979. Vol. 134. P. 382 – 389.
30. Muñoz M., Sanz M., Pérez-Santos E. et al. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness // *Psychiatry Res*. 2010. Vol. 186. P. 402 – 408.
31. Nadeem E., Lange J. M., Edge D., Fongwa M., Belin T., Miranda J. Does Stigma Keep Poor Young Immigrant and U. S.-Born Black and Latina Women From Seeking Mental Health Care? // *Psychiatric Services*. 2007. Vol. 58. P. 1547 – 1554.
32. Pădurariu M., Ciobică A., Persson C., Ștefănescu C. Self-stigma in psychiatry: ethical and bio-psycho-social perspectives // *Romanian J. Bioethics*. 2011. Vol. 9. P. 76 – 82.
33. Phelan J. C., Link B. G., Dovidio J. F. Stigma and prejudice: One animal or two? // *Social Science and Medicine*. 2008. Vol. 67. P. 358 – 367.
34. Pirutinsky S., Rosen D. D., Safran R. Sh., David H., Rosmarin D. H. Do Medical Models of Mental Illness Relate to Increased or Decreased Stigmatization of Mental Illness Among Orthodox Jews? // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198. P. 508 – 512.
35. Ritscher J. B., Phelan J. C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients // *Psychiatry. Res*. 2004. Vol. 129. P. 257 – 265.
36. Ritscher J. B., Otilingam P. G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure // *Psychiatry Res*. 2003. Vol. 121. P. 31 – 49.
37. Roeloffs C., Sherbourne C., Ünützer J., Fink A., Tang L., Wells K. B. Stigma and depression among primary care patients // *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2003. Vol. 25. P. 311 – 315.
38. Rüsçh N., Angermeyer M. C., Corrigan P. W. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma // *Eur. Psychiatry*. 2005. Vol. 20. P. 529 – 539.
39. Rüsçh N., Corrigan P. W., Wassel B. A., Michaels P., Larson J. E. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use // *Br. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 195. P. 551 – 552.
40. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
41. Rüsçh N., Todd A. R., Bodenhausen G. V., Corrigan P. W. Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma // *Psychiatry Res*. 2010. Vol. 179. P. 328 – 332.
42. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Baker R., Dunbar G. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 // *J. Clin. Psychiatry*. 1998. Vol. 59. P. 22 – 23.
43. Sherer M., Adams C. Construct validation of the self-efficacy scale // *Psychol. Rep*. 1983. Vol. 53. P. 899 – 902.
44. Sorokin D. H., Ngo-Metzger O., De Alba I. Racial / Ethnic Discrimination in Health Care: Impact on Perceived Quality of Care // *J. Gen. Intern. Med*. 2010. Vol. 25. P. 390 – 396.
45. Spielberger Ch. D. The effects and methodological issues in anxiety research. In: *Anxiety, current trends in therapy and research*. (ed. Ch. D. Spielberger). New York. London. 1972.
46. Spitzer R. L., Williams J. B. W., Gibbon M., First M. B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992. Vol. 49. P. 630 – 636.
47. Stengler-Wenzke K, Matthias C., Angermeyer M. C., Matschinger H. Depression und Stigma // *Psychiatrische praxis*. 2000. Vol. 27. P. 330 – 335.
48. Sudak H., Maxim K., Carpenter M. Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections // *Academic Psychiatry*. 2008. Vol. 32. P. 136 – 142.
49. Tal A., Roe D., Corrigan P. W. Mental Illness Stigma in the Israeli Context: Deliberations and Suggestions // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2007. Vol. 53. P. 547 – 563.
50. Wang J. L., Adair C., Fick G., Lai D., Evans B., Perry B. W., Jorm A., Addington D. Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample // *Canadian J. Psychiatry* 2007. Vol. 52. P. 442 – 449.
51. Watson A. C., Corrigan P., Larson J., Sells E. M. Self-Stigma in People with Mental Illness // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33. P. 1312 – 1318.
52. Watson A. C., Corrigan P. Understanding the impact of stigma on people with mental illness // *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1. P. 16 – 20.
53. Williams J. B. W., Kobak K. A. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-A°sberg Depression Rating Scale (SIGMA) // *Br. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 192. P. 52 – 58.
54. *World Medical Association Declaration in Helsinki*: ethical principles for medical research involving human subjects // *JAMA*. 2000. Vol. 284. P. 3043 – 3045.
55. Yang L. H., Kleinman A., Link B. G., Phelan J. C., Lee S., Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory // *Social Science and Medicine*. 2007. Vol. 64. P. 1524 – 1535.
56. Yanos P. T., Roe D., Markus K., Lysaker P. H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders // *Psychiatr. Serv.* 2008. Vol. 59. P. 1437 – 1442.



# О некоторых первоочередных приоритетах политики психического здоровья на современном этапе<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Прежде всего, я хотел бы выразить благодарность Зурабу Ильичу Кекелидзе за приглашение выступить на Пленарном заседании с изложением позиции Независимой психиатрической ассоциации России.

Нас объединяют общие цели — благо наших больных и нашего предмета — а видение их осуществления с разных сторон — на благо общему делу.

Каковы первоочередные приоритеты политики психического здоровья на современном этапе?

Российская психиатрия вслед за всем миром двинулась по пути максимального приближения психиатрической помощи к населению, преобладанию амбулаторной помощи над стационарной, введению полустационаров, опоре на сообщество и т.п., — фактически по пути, сформулированному Павлом Якоби-ем еще в 1900 году, по пути, который она уже проходила, обгоняя весь мир, в 1924 – 1935 годах под руководством Льва Марковича Розенштейна.

Тогда этот путь вдохновлялся принципами профилактики и психогигиены, но привел к столкновению с интересами советского государства, которое ни во что не ставило личность в ряду приоритетов. Профилактика и психогигиена питались идеалами не демократического, а тоталитарного устройства и вмешательства психиатрии в производство, проблемы профессиональных вредностей, экологии и т.д. в сочетании с расширительной диагностикой той формы “мягкой шизофрении”, которая начинается исподволь, без предшествующего в юности шуба, привели это направление к разгрому на Втором съезде психиатров 1936 года.

Сейчас в начале сходного цикла хорошо видно, что он питается, прежде всего, идеологией ресурсо-сбережения. Эта близорукая политика откровенно началась, когда на посту министра здравоохранения впервые стал не медик, а финансист — М. Ю. Зурабов. Она исходила из ошибочного убеждения, что стационарная психиатрическая помощь значительно дороже амбулаторной. Но только на том основании, что в нашей стране на стационарную службу всегда вместо паритета с амбулаторной шло 90 % средств, хотя в больницах находится только 14 % от состоящих на динамическом наблюдении (Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2013, 10, стр. 4 – 10). На самом деле, как мы пытались донести до Правительства, организовав семинар, обобщающий опыт

восточно-европейских и прибалтийских стран, все наоборот: полноценная амбулаторная служба дороже стационарной. Но Зурабов предпочел этим сведениям принять делегацию антипсихиатров, настаивавших, что психиатрию не надо финансировать. Разумеется, это было манипулятивным приемом. Поэтому деинституционализация в нашей стране — это не столько докатившийся до нас аналогичный европейскому вал, сколько благовидный предлог откровенного отъема средств у и без того нищей отрасли. Это очевидно из того, что сэкономленные средства не оставляются, как в других странах, для развития различных форм внебольничной помощи. В результате, новые **порядки оказания психиатрической и наркологической помощи**, утвержденные приказами МЗ РФ, не имеют финансово-организационного подкрепления. Особенно это характерно для заявленного развития реабилитационного направления в психиатрии и наркологии. Предлагается организовать реабилитационные мероприятия в пределах существующих штатов и существующих материально-технических условий. Эта важнейшая задача не носит общегосударственного характера — фактически реализация отдана на откуп регионам в зависимости от их финансовых возможностей, которые в большинстве регионов скудны из-за высокой централизации доходов в федеральный бюджет.

Одним из основных показателей работы психиатрических учреждений становится выполнение региональной Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. При этом расчет плановых показателей количества посещений врача-психиатра исходит из 15 минут в расчете на одно посещение врача-психиатра. Такие нормативы не позволяют врачу-психиатру амбулаторного звена осуществлять все необходимые процедуры, предусмотренные Законом РФ для освидетельствования (информированное согласие, сбор жалоб и анамнеза, психиатрическое интервью, физикальный осмотр, выдача направления на госпитализацию, в том числе в недобровольном порядке, оформление медицинской документации и др). Международные стандарты времени для психиатрического освидетельствования составляют 40 – 50 минут. Имеется **тенденция к повышению интенсивности работы** врача-психиатра (посещение — выполнение программы госгарантий — деньги учреждению — зарплата врачу). **Целевые показатели**, разработанные МЗ РФ (предложенные МНИИП группой проф. Гуровича И. Я.) для оценки деятельности психиатрических служб регионов (\*среднее пребыва-

<sup>1</sup> Выступление на V Национальном конгрессе по социальной психиатрии (11 декабря 2013 г.).

ние пролеченного больного на психиатрической койке, \*число амбулаторных больных, требующих стационарного лечения в течение года, \*частота повторных поступлений и \*охват психиатрических пациентов реабилитационными мероприятиями) не учитываются для целей финансирования учреждений, и таким образом, организационно-финансового обеспечения для их реализации не предусмотрено.

Критическая ситуация складывается с кадрами. Отсутствуют программы минимальной обязательной подготовки и квалификационные требования к младшему мед. персоналу (санитары) психиатрических стационаров (хотя это Рекомендации Европейского Комитета против пыток), а это они определяют психологическую атмосферу отделений. Отмечается постоянный и нарастающий **дефицит врачей в психиатрии и государственной наркологии** из-за низкой зарплаты по сравнению со средней зарплатой в других медицинских специальностях (и тем более со средней зарплатой в регионе). А ведь профессия опасна, ответственна, сложна. От прежних больших льгот для привлечения в профессию почти ничего не осталось. Количество врачей-психиатров уменьшилось за последние несколько лет на 2 тысячи — это тенденция по экспоненте. Нашу наиболее активную и способную молодежь буквально слизывают западные страны, Германия, например, предоставляя очень привлекательные условия. А ведь утечка кадров — значительно большая потеря для страны, чем утечка капиталов.

Что касается лекарственного обеспечения, то пациенты, получающие современное лечение атипичными антипсихотиками в стационаре, не могут продолжить его амбулаторно из-за отсутствия этих препаратов в списке региональной или федеральной льготы. А замена терапии дешевыми отечественными препаратами и дженериками ведет к повторным поступлениям. Выписка бесплатных рецептов сопровождается такими рогатками для больных и такой писаниной и цифирью для врача, что одно это может декомпенсировать тех и других.

**Психическое здоровье обеспечивается всем устремлением общества**, его устремлениями, его идеологией, его атмосферой, его социальной политикой, его взаимоотношениями с природой и международным сообществом.

Политика психического здоровья осуществляется широким комплексом скоординированных правовых и административных мер: организационных собственно медицинских и широко понятых профилактических, начиная с программы дестигматизации. Навязывание догматически жесткого плана действий, попытки управления вместо регуляции, глубоко деструктивны. Задача регуляции — поддерживать общее благоприятное направление идущих процессов и преодоление возникающих по ходу дела сбоев. **Теория управления уже на уровне матема-**

**тических моделей показала неоспоримое преимущество децентрализации**, свободы поиска путей достижения общей цели, гибкой регуляции вместо управления, коррекции самих планов в соответствии со складывающейся обстановкой.

Ключевое значение психического здоровья подчеркивается в резолюциях Совета Европейского Союза и ВОЗ в течение уже трех последних десятилетий. Указывается, что “государства несут ответственность за уделение проблемам психического здоровья приоритетного внимания в своих планах в области здравоохранения”.

В “Справочнике базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству” важно отметить четкую формулировку относительно роли законодательства в “создании системы защиты людей с психическими расстройствами от дискриминации и других нарушений прав человека со стороны правительства и физических лиц...”. Тем самым обосновывается необходимость помимо вневедомственного государственного еще и общественного контроля. Но **вневедомственный контроль**, в нарушение 38 статьи закона о психиатрической помощи, вот уже 20 лет Правительством не создан. А **общественный контроль** психиатрических учреждений Дума вычеркнула из соответствующего закона.

В 2005 году РОП сделало важный шаг публикацией в своем журнале Европейского Плана действий по охране психического здоровья, а под Европейской Декларацией по охране психического здоровья стоит подпись российского министра здравоохранения, а значит под признанием “психического здоровья и психического благополучия”, а также профилактики, лечения и реабилитации лиц с проблемами психического здоровья “**приоритетными задачами**”. Это еще один шаг в сторону повышения подотчетности правительств в области психического здоровья нормам международного права. Но в дополнительном финансировании социально-значимых сфер медицины спустя год после подписания Декларации (январь 2005 г. в Хельсинки) психиатрия была обойдена. Таким образом, Россией не выполнен даже исходный пункт Европейского Плана действий по охране психического здоровья. Это отражает **отсутствие национальной стратегии в области психического здоровья**. Наиболее соответствовавшая этому именованию “Программа неотложных мер...”, как известно, была профинансирована на 0,2 %.

Давно стало ясным, что **государство, в принципе, не в состоянии справиться с проблемами психического здоровья без усилий общества, без его активной позиции к самоорганизации для участия в этой осмысленной деятельности. Путь к психическому здоровью неизбежно лежит через правовое общество.**

В наших условиях необходим прогноз неизбежных издержек и их предупреждение. Иначе это будет

очередная имитация, бумажное предприятие, пиара ради. Наш качественно другой контекст может изменить до неузнаваемости результаты любого самого лучшего начинания. Поэтому совершенно необходимо вместо закрытой кулуарной практики привлечение к обсуждению и решению всех серьезных вопросов и контролю за их исполнением представителей обеих всероссийских психиатрических организаций и организаций родственников и пациентов психиатрической службы.

**Каковы национальные приоритеты России в области психического здоровья с нашей точки зрения?**

Наиболее фундаментальной и первоочередной была бы система следующих мер:

**во-первых**, прекращение использования *числа раскрытых правонарушений в качестве критерия оценки работы органов внутренних дел* и обеспечение гарантий исполнения запрета *признательных показаний в качестве доказательных*, что — как уже не раз подчеркивал акад. А. И. Воробьев — снизило бы уровень жестокого обращения с задержанными вплоть до использования пыток;

**во-вторых**, *создание профессиональной армии*, что минимизировало бы дедовщину в армии, число самоубийств и, таким образом, ежегодные небоевые потери, а также посттравматическое стрессовое расстройство в результате службы в армии;

**в-третьих**, *реформа пенитенциарных учреждений*, которые продолжают оставаться источником пограничных психических расстройств и все еще средоточием туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Что касается непосредственно психиатрической помощи, то это:

1. увеличение финансирования, по меньшей мере, вдвое;
2. реализация 38 статьи закона о психиатрической помощи;
3. наделение главных врачей правом распоряжаться выделенными средствами, исходя из реальных приоритетов;

4. возвращение в закон об общественном контроле психиатрических учреждений и ратификация факультативного протокола к Конвенции против пыток для создания “национального превентивного механизма”;

5. создание режима наибольшего благоприятствования общественным организациям родственников психически больных и самих пациентов;

6. реализация невыполненной 15 лет назад программы неотложных мер;

7. борьба с дискриминацией и стигматизацией, начиная с детских книг;

Наивно рассчитывать на правовую регуляцию посредством законов, которые кулуарно пишутся силовиками как министерские инструкции или воинские уставы для солдат. Чтобы закон заработал, надо найти для него консенсус в обществе, а это значит — разрабатывать его с реально независимыми общественными организациями.

Мы отдаем себе отчет в мере реалистичности таких задач в современных условиях, но убеждены в необходимости неослабевающего профессионального и общественного прессинга в этом направлении.

Изложенное показывает, что позиция Независимой психиатрической ассоциации солидарна с позицией руководителей организации психиатрической помощи Российского общества психиатров И. Я. Гуровича, Б. А. Казаковцева, В. С. Ястребова и К. К. Яхина, отличаясь лишь тоном, не объективистски спокойным или просящим, и требовательным и настойчивым, рисуящим перспективы сценариев, к которым ведет и неизбежно приведет нынешняя политика властей в области психического здоровья.

Озвученный первыми лицами главный приоритет власти на вооружение игнорирует экспертные заключения ученых о большей значимости для победы физического и психического здоровья и морального духа. Важно, кто будет пользоваться этим оружием.

## Шизоаффективное расстройство?

Разбор ведет проф. Б. Д. Цыганков,  
врачи-содокладчики Р. Н. Кондраков, Н. В. Правдина (21 ноября 2013 г.)

**Врач-докладчик Р. Н. Кондраков:** Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больной Шмелев Петр Петрович<sup>1</sup>, 1985 года рождения.

**Анамнез.** Наследственность психопатологически отягощена. Дед по отцовской линии однократно с психотическим состоянием лечился стационарно, в последующем у психиатров не наблюдался, лечения не получал. Бабка по материнской линии злоупотребляла алкоголем, в состоянии опьянения становилась раздражительной, гневливой, конфликтной. Мать по характеру тревожно-мнительная, после перенесенного сотрясения головного мозга лечилась у психиатра по поводу панического расстройства. Отец по характеру спокойный, уравновешенный, несколько замкнутый и малообщительный.

Пациент родился в полной семье первым ребенком, имеет младшую сестру. Беременность протекала без осложнений, роды в срок. Грудное вскармливание до двух месяцев. Раннее психофизическое развитие без особенностей. Рос тихим, спокойным, послушным ребенком. С раннего возраста беспокоили головные боли, плохо переносил жару и духоту. Детские дошкольные учреждения посещал с трех лет, первое время отказывался ходить в детский сад, капризничал, плакал. Со слов отца, не нравилась воспитательница. В этот период отмечались эпизоды подъема температуры тела до 38 градусов, объективно ни с чем не связанные. После перевода в детский сад на пятидневку, где он находился с младшей сестрой, был спокоен, с удовольствием его посещал, сохранились хорошие воспоминания об этом периоде жизни.

В школе обучался с семи лет. Учился охотно с первых классов, но быстро утомлялся, был рассеянным, беспокоили головные боли, которые усиливались при физических и умственных нагрузках. В школьном коллективе адаптировался хорошо, имел несколько близких друзей, часто играл с ними в футбол, охотно катался на велосипеде.

В связи с переездом в Московскую область, с пятого класса обучался в новой школе, где отношения с коллективом не складывались. Часто конфликтовал, дрался, избегая общения с одноклассниками, стал

прогуливать занятия. Пропуски закрывал справками, которые брал у педиатра, жалуясь ему на недомогание или простуду. Дома делал вид, что уходит на занятия, а сам бесцельно бродил по городу, гулял в парке, подолгу катался в метро, читая книги, в основном художественную литературу, которую брал из домашней библиотеки. В подобные периоды был замкнут, избегал общения со сверстниками, нарушался сон, снижался аппетит, беспокоила головная боль, слабость, головокружения, пропадал интерес к окружающему, был подавлен. Становился чувствительным к замечаниям, обидчивым. Замечания родителей о том, что нужно лучше учиться, быть более прилежным, огорчали больного, появлялись мысли сбежать из дома в никуда. Часто приезжал на вокзалы, однако конкретных попыток не совершал. Самочувствие улучшалось спонтанно, спустя две-три недели. Со временем нивелировались конфликты с одноклассниками, завязались дружеские отношения с ними, однако продолжал регулярно пропускать занятия. Из-за частых прогулов остался на второй год в возрасте 15 лет, был переведен в частную школу, а через полгода вследствие финансовых причин был переведен в общеобразовательную школу в Москве. Отношения с одноклассниками в новой школе складывались хорошие. В этот период настроение характеризует как приподнятое, охотно рассказывает, как его тянуло на демонстративные дерзости. Позволял себе срывать уроки учителей, которые, по его мнению, к нему несправедливо относились, хулиганил, мог нахамить. Родителей регулярно приглашали на дисциплинарные беседы к директору школы. После занятий стал эпизодически употреблять алкоголь в компании сверстников. В общении с родителями стал непослушным, своевольным, эпизодически приходил домой в состоянии алкогольного опьянения. На уговоры, увещевания, требования родителей не реагировал, продолжал жить, со слов больного, своей жизнью. За один раз мог выпить несколько бутылок слабоалкогольных напитков (пиво, коктейль), также потреблял водку, портвейны. В состоянии сильного опьянения становился агрессивным, раздражительным, конфликтным, совершал поступки, не свойственные ему в трезвом виде, цинично шутил, мог грубо высмеять

<sup>1</sup> Фамилия, имя, отчество изменены.

товарища, после чего на следующий день сожалел о содеянном, просил прощения.

В шестнадцатилетнем возрасте появились эпизоды ни с чем не связанного прилива жизненных сил, энергии, особого замечательного настроения с ощущением полного благополучия. Был самоуверен, резок со всеми, деятелен и активен. Появлялись нестандартные идеи, для реализации которых не жалел сил. Так, для поездки на рок-фестиваль с друзьями подрабатывал, чтобы накопить денег, спал по 4 – 5 часов в сутки, практически ничего не ел. Подобные эпизоды как болезненные не расценивал, впоследствии даже скучал по ним. Употребление алкоголя в эти периоды отрицает.

С трудом окончил десять классов. В связи с низкой школьной успеваемостью и проблемами с поведением было принято решение поступить в колледж с возможностью последующего поступления на второй курс гуманитарного института. К учебе приступил с несвойственным ему рвением, учился исключительно на “хорошо” и “отлично”, за один год окончил два курса. Однако вновь без видимых причин ухудшилось настроение, перестал интересоваться учебой, прогуливал занятия. В ответ на критические замечания родителей появились мысли о собственной никчемности, тяготился тем, что самостоятельно не зарабатывает денег, полностью зависит от родителей. В поисках идей самореализации решил пойти в армию, предполагая, что таким образом может начать новую жизнь. С этой целью обратился в деканат с просьбой отдать ему документы, был настойчив, не реагировал на уговоры преподавателей, друзей, просьбы родителей. В военкомате к его решению отнеслись спокойно.

Был призван на службу в армию весной 2003 года в Нижегородскую область. Первое время настроение было хорошее, следовал распорядку дня, часто проводил время в тренажерном зале. Постепенно стал тяготиться установленным режимом, не исполнял приказы, отказался принимать присягу, чем вызвал недовольство со стороны сослуживцев и офицерского состава части. Со слов пациента, в этот период столкнулся с жестоким обращением старших сослуживцев, регулярно подвергался различного рода унижению. Понял, что не сможет служить в таких условиях, сообщил об этом командиру части. Со слов пациента, отношение к нему после этого только ухудшилось. Утверждает, что его часто ставили в наряды, в связи с чем спал по 4 – 5 часов в сутки, усилились головные боли, испытывал крайнее истощение. В июне 2003 г., как утверждает пациент, дежурил с высокой температурой — 38 градусов, и кашлем. Был избит сослуживцами, после этого стал вести себя нелепо — испуганно озирался по сторонам, ел пищу руками, мог справить нужду посреди казармы, не понимал обращенную к нему речь, в периоды просветления отвечал на заданные вопросы невпопад и мимо, не мог справиться с простейшими гигиеническими процедурами

— умыться, почистить зубы, не знал, как пользоваться ложкой, как прикурить сигарету. Залезивался в постели, устремляя взгляд в одну точку. Не узнавал сослуживцев, родителей, приехавших по вызову начальника части. После перевода в военный госпиталь и проведения интенсивной терапии, в том числе нейрорептиками (галоперидол, доза точно не известна), состояние нормализовалось спустя несколько дней.

Об этом периоде сохранились лишь отдельные отрывочные воспоминания. Ему казалось, будто он находится в тюрьме, что вокруг сплошь надзиратели и тюремщики, которые готовятся привести в действие приговор, вынесенный ему за дезертирство, наказать и убить. Испытывал “животный ужас”, считал себя преступником, был уверен, что наказание заслуженное, и ждал лишь, когда с ним расправятся. Считал, что окружающие осуждают его, улавливал в их разговорах отдельные фразы и относил на свой счет. Комиссией врачей был признан негодным к дальнейшему несению службы.

После возвращения домой за помощью психиатра не обращался, так как полагал, что наблюдение в диспансере может иметь отрицательные последствия в будущем. Психофизиологическое состояние оставалось в целом стабильным, однако периодически отмечал подъемы настроения, когда становился активным, деятельным, испытывал прилив сил и энергии, а временами был подавлен, сонлив, безынициативен, снижалось настроение, с трудом выполнял трудовые обязанности. На подобные эпизоды внимания не обращал, связывая их с обычными жизненными обстоятельствами.

Через шесть месяцев после армии устроился на работу официантом, успешно справлялся с работой, неоднократно получал повышения. Приняв решение жить самостоятельно и независимо от родителей, переехал с девушкой в отдельную квартиру. Регулярно общался со школьными друзьями. Алкоголь практически не употреблял. Женится в 23 года на девушке, с которой познакомился на работе, отношения в тот период были теплые. Имеет двоих сыновей 2009-го и 2010 года рождения. После рождения второго ребенка и ликвидации фирмы, где работал пациент, на фоне финансовых затруднений стали возникать конфликты в семье. Устроился менеджером в бар аэропорта “Шереметьево”, где работал в две смены. Регулярно недосыпал, однако продолжал трудиться, чтобы обеспечить жену и детей всем необходимым.

Состояние ухудшилось в ноябре 2010 года, когда пациент стал меньше спать (2 – 3 часа в сутки), ощущал прилив энергии, приподнятость настроения, уверенность в себе и в собственных силах. В этот период получил повышение на работе. Постепенно в течение нескольких дней пропал сон, практически ничего не ел, курил до пяти пачек в день. Стал суетлив, раздражителен, конфликтовал с родителями и с супругой, постоянно говорил о карьере, работе, деньгах. Много

времени проводил вне дома. На уговоры жены уволиться, проводить больше времени с семьей еще больше раздражался. Накануне госпитализации после очередного скандала с супругой нелепо вел себя на работе — был многоречив, испытывал “невероятный подъем энергии и воодушевления”, задавал неуместные вопросы клиентам кафе, много шутил и смеялся. Мог привести с улицы первых попавшихся прохожих, в обмен на сигареты угостить их пивом за счет заведения. На замечания коллег не реагировал, все сводил к шутке, заявляя, что все он делает правильно. Взял машину, поехал в сторону “острова Селигер”, где у семьи пациента была дача, мотивировал это тем, что хотелось расслабиться, отдохнуть, снять напряжение. Проезжая мимо поста ГАИ, попросил у сотрудников полиции переночевать у них, получив отказ в грубой форме, отправился дальше. В районе города Торжок был остановлен сотрудниками ГИБДД, так как ехал очень медленно, с включенными противотуманными фарами в ночное время. При просьбе выйти из машины пациент стал агрессивным, выкрикивал отдельные бессвязные фразы, размахивал руками, бросил в лицо сотрудника полиции документы, грозил ему расправой, выбежал на полосу встречного движения и пытался убежать. Был задержан и доставлен в ПБ города Торжок, оттуда по настоянию отца переведен в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского города Москвы, где находился с 06.11.2010 по 01.12.2010.

Согласно выписке из истории болезни, при поступлении был крайне возбужден, суетлив, в палате вечером забирался на кровать, прыгал на ней, не реагируя на замечания и не объясняя причины. Бесцельно бродил по коридору, принимая нелепые позы, изгибаясь всем телом, объясняя это тем, что якобы сводит ноги. Был дурашлив, постоянно смеялся, шутил, гримасничал. На все вопросы демонстративно отвечал: “Я Киселев Иван Иванович”. Повторял слова врача и санитаров, оказывал сопротивление медперсоналу, шел медленно, маленькими шажками, широко раскинув руки. В кабинете у врача соглашался отвечать лишь в письменной форме, при этом на бумаге рисовал лишь крестики и сердечки. После проведенного интенсивного курса терапии: галоперидол 30 мг, аминазин 200 мг, азалептин 250 мг, сероквель 400 мг и карбамазепин 300 мг — это суточные дозы, стал спокоен, упорядочен, активно общался с больными и помогал персоналу, просил выписки и скучал по семье. О перенесенном состоянии рассказывал формально, критика поверхностная. Выписан через 25 дней с диагнозом “шизоаффективное расстройство, маниакальный тип”. Рекомендована поддерживающая терапия: сероквель 400 мг и карбамазепин 300 мг в сутки. После выписки сразу вернулся на работу, поддерживающую терапию принимал лишь месяц, объясняя это финансовыми трудностями и дороговизной препаратов. В диспансер не обращался, отношения с суп-

ругой оставались напряженными и конфликтными. Много работал, часто в две смены.

В июле 2011 года вместе с женой и детьми поехал отдыхать в Тулу к теще, где состояние постепенно ухудшилось. Стал суетлив, многоречив, раздражителен, конфликтен, перестал спать, поругался с женой и ее родственниками. На электричках, автобусах, путках добрался до города Сочи, имея в кармане только паспорт и тысячу рублей. Три дня жил на берегу моря, бесцельно бродил по улицам, пытался найти себе работу, но всюду получал отказ в связи с нелепым поведением. Приставал с разговорами к прохожим, по непонятной причине выкинул паспорт. Самостоятельно обратился в отдел полиции с просьбой о госпитализации. Был госпитализирован в ПБ г. Сочи. Отец забрал сына из больницы г. Сочи, привез в Москву. Здесь он был стационарирован ПБ № 3, где лечился с 14.08.2011 по 24.08.2011 с предыдущим диагнозом: “Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип”. На фоне терапии: галоперидол 15 мг, аминазин 200 мг, азалептин 50 мг и корректор циклодол 6 мг в сутки, состояние улучшилось. Через 10 дней, по просьбе отца и самого пациента, он был выписан с рекомендацией приема солей лития в суммарной дозе 600 мг в сутки.

После выписки в диспансер не обращался, лечение принимал нерегулярно, объясняя это тем, что испытывал побочные эффекты в виде выраженного тремора, потливости и сухости во рту. Состояние стало ухудшаться на второй день после выписки, появилось ощущение, будто снова находится в армии, стоит на посту, просил отца сменить его, называл себя Максимом, угрожал родителям физической расправой. Госпитализирован бригадой скорой психиатрической помощи 17.09.2011 в ПБ № 3. При поступлении был многоречив, демонстративен, высокомерен, себя больным не считал, но согласился на лечение. В больнице находился месяц, получал зипрексу 20 мг, азалептин 50 мг, аминазин 50 мг, хлорпромазин 50 мг, циклодол 6 мг. Выписан 18.10.2011 г. с диагнозом “шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-бредовый синдром”.

В диспансер обратился 20.10.2011, были выписаны рекомендованные стационаром препараты. Но в этот же день, в связи с ухудшением состояния, больной вместе с отцом обратился в приемное отделение ПБ № 3 и был госпитализирован в четвертый раз. На лечении находился 40 дней, в больнице прошел МСЭ, установлена II группа инвалидности, выписан с диагнозом “шизофрения параноидная, эпизодическое течение на фоне выраженного дефекта личности”.

При обращении в диспансер стал, согласно рекомендациям из стационара, регулярно получать инъекции модитен-депо, принимал циклодол, соли лития. Постепенно в амбулаторных условиях перешел на монотерапию — модитен-депо 25 мг один раз в три-четыре недели. Несмотря на побочные эффекты, посто-

янные жалобы на скованность, непровольные подергивания и сведение мышц нижних конечностей, дневную сонливость, слабость, продолжал делать инъекции. Периодически был подавлен, вял, апатичен, залеживался в постели. Стал плохо справляться с работой, снизилась память, стал рассеянным и невнимательным. Состояние было относительно стабильно в течение полутора лет, продолжал работать, несмотря на выраженные побочные эффекты от проводимой терапии, занимался воспитанием детей. Отношения с супругой в этот период носили напряженный характер, часто после очередного семейного скандала жена выгоняла больного из дома, угрожала разводом, заявляла, что если он еще раз попадет в больницу, то уйдет от него. Не хотела, чтобы он воспитывал детей, временами отказывала от встреч с ними, увозила их к своей матери в Тулу, грозила, что лишит его отцовства, так как он, с ее слов, псих. Неоднократно поднимался вопрос о разводе. Подобная ситуация сильно тяготила больного.

Состояние ухудшилось весной 2013 года, когда пропал сон, повысилось настроение, больной был многоречив, постоянно шутил. В ночь накануне госпитализации поехал в бар, где познакомился с компанией мужчин, выпивал с ними, при этом, как он утверждает, абсолютно не испытывал хмеля. Был возбужден, предлагал объехать все ночные клубы Москвы, говорил невпопад. Один из мужчин по телефону больного сообщил его матери о неадекватном поведении сына. На следующий день — 19.03.2013, больной самостоятельно обратился в ПБ № 3, был госпитализирован. Получал лечение: галоперидол 30 мг в сутки, азалептин 50 мг, циклодол 6 мг. Провел в больнице 20 дней, выписан 8.04.2013 с рекомендацией приема: галоперидол 15 мг, азалептин 50 мг в сутки. Настойчиво просил о выписке, хотел решить семейные проблемы, с чем и связывал настоящую госпитализацию. Дома в течение двух недель принимал назначенные препараты под контролем отца. Состояние оставалось нестабильным, при внешней настороженности, смазанности речи, неуверенности, неуклюжести в движениях оставался многоречивым, раздражительным, со слов больного, взбудораженным.

Вновь госпитализирован в ПБ № 3 21.04.2013г. При поступлении многоречив, возбужден, голос громкий, мимика оживленная, выразительная. Охотно рассказывал о состоянии, предшествовавшем госпитализации, фиксирован на отношениях с женой, много рассказывал о детях. Сознательно относился к лечению, искал помощи. Помогал персоналу. За весь период госпитализации психотической симптоматики не отмечалось. Получал терапию: галоперидол 30 мг, аминазин 150 мг, депакин хроно 1500, азалептин 50 мг в сутки, корректоры, однократно сделана инъекция модитен-депо 25 мг. Госпитализация продолжалась в течение 38 дней. При выписке рекомендовано продолжить прием депакин хроно 750 мг/су-

тки, инъекции модитен-депо 25 мг один раз в 3 – 4 недели, корректор. После выписки состояние оставалось нестабильным, был подавлен, раздражителен, плохо спал. Накануне госпитализации 11.06.2013 настоятельно требовал у родителей поздно вечером отпустить его к другу, разубеждению не поддавался. У друга заперся в туалете, заявлял, что не выйдет оттуда до полуночи. Из туалета вышел ровно в полночь. После уговоров отца больной согласился на лечение. Вместе с отцом приехал в приемный покой ПБ № 3 и был стационарирован 3-й больницы.

При поступлении применялась фиксация больного ввиду двигательного возбуждения и агрессивных тенденций. В беседе был многоречив, речь с напором, громкая, перескакивал с темы на тему, не заканчивал начатые предложения, дистанцию с врачом не соблюдал. Фон настроения был приподнятым, выкрикивал: “Мы, Шмелевы, пришли в приемное отделение больницы, назначьте мне суд, я хочу, чтобы меня признали недееспособным. Вы что, не знаете, что я неуязвим? Я неуязвим с детства. С трех лет я путешествую по России. Что я вообще здесь делаю?”. На фоне проведенной терапии: галоперидол 15, седалит 1200, аминазин 200, азалептин 100, корректор, состояние стабилизировалось. Выписан 08.07.2013 на 27-е сутки с прежним диагнозом.

После выписки больной категорически отказывался принимать препараты, которые рекомендовали в больнице, мотивируя это тем, что не может справиться с работой. При этом нарушился сон, больной стал агрессивным, конфликтовал с родителями и с супругой. И 30.07.2013 г. был вновь стационарирован в ПБ № 3. Согласно представленной выписке, ему изменили лечение. Введен препарат кветиапин пролонг 800 мг в сутки. Находился на лечении 61 день. Выписан на поддерживающую терапию: кветиапин пролонг 800 мг, депакин хроно 750 мг, седалит 900 мг и азалептин 100 мг в сутки. После выписки регулярно принимает терапию. Ввиду жалоб на выраженный тремор, сухость во рту, повышенную потливость, рекомендовано постепенное снижение дозы солей лития с последующей их отменой и одновременным увеличением дозы вальпроатов.

В настоящее время ориентирован всесторонне верно, в беседе вступает охотно, приветлив, доброжелателен, фон настроения ровный. Внешне опрятен, в поведении упорядочен, спокоен. На вопросы отвечает в плане заданного, последовательно, кратко, при детальном расспросе старается сообщать анамнестические сведения, хотя не всегда точно называет возраст при расспросе о тех или иных событиях. Настроен на продолжение лечения, однако отмечает некоторый дискомфорт на фоне приема препаратов, дневную сонливость и головокружение. В целом лечение переносится хорошо. Эмоциональные реакции адекватные и малодифференцированные. Критически относится к перенесенным ранее эпизодам, однако

считает, что все это было шуткой и приколом, с грустью вспоминает, как ему было хорошо, особенно в начале приступа, однако сожалеет о многих поступках, совершенных им в этот период. Фиксирован на проблемах, связанных с семейной жизнью, в настоящий момент проживает отдельно от жены и детей, планируется развод. Оставил жене машину, полностью отдает пенсию по инвалидности, разрешил жить в своей квартире. Хочет сохранить семью, хотя понимает, что с супругой вряд ли смогут ужиться, характеризует ее как эмоционально неустойчивую, раздражительную, требовательную и своевольную.

После последней выписки сразу же устроился на работу официантом, проработал всего три дня, уволился по собственному желанию. Объясняет это тем, что дрожали руки, и не мог качественно выполнять свои обязанности. Также переживал, что не справится с работой, оплошает и подведет коллег. В последующем устроился менеджером, однако не мог справиться с предъявляемыми нагрузками из-за дневной сонливости и некоторой заторможенности. Строит реальные планы на будущее, находится в поисках работы, считает это необходимым условием, чтобы вернуться в жизнь. На момент осмотра острой психотической симптоматики не выявлено, суицидальные мысли отрицает.

Больному проведено обследование.

**ЭЭГ.** На энцефалограмме имеются определенные особенности в биоактивности, которые говорят о дисфункции переднестволовых отделов головного мозга. Выявленные стигмы можно интерпретировать в плане снижения судорожной готовности головного мозга и как неспецифические признаки резидуальной органической недостаточности головного мозга.

**МРТ** делали на прошлой неделе. Грубых очаговых изменений головного мозга не обнаружено.

На прошлой неделе проводилось **гормональное исследование**, показатели в пределах нормы. Смотрели, в том числе, и уровень пролактина, гормоны щитовидной железы,

**Патопсихологическое исследование.** Инструкции к заданиям усваивает после первого предъявления, работает в хорошем, ровном темпе, хотя субъективно отмечает утомляемость. Критика к своим суждениям и действиям сохранна. Поддается коррекции, активно реагирует на подсказки экспериментатора. В ходе обследования испытуемый демонстрирует достаточный уровень абстрагирования по категориальному признаку. Встречаются единичные случаи актуализации формальных признаков предметов. При объяснении условного и переносного смысла пословиц и метафор встречаются витиеватые суждения. Смысл текстов и сюжетных картин передает правильно. При установлении причинно-следственных связей между событиями испытуемый не может оценить эмоциональную сторону рассказов, снижена способность к рефлексии. Во время всего обследования испытуе-

мый допускает ошибки внимания. Наблюдается лабильность психических процессов, уровень опосредованной памяти в пределах нормы. Личностная сфера испытуемого характеризуется закрытостью, нежеланием рассказывать сведения о себе, неумением распознавать свои и чужие эмоции, при этом присутствует страх взаимодействия с людьми. Таким образом, по результатам обследования можно сделать вывод о достаточном уровне обобщения при наличии некоторых особенностей: актуализация единичных латентных признаков, присутствие расплывчатых суждений, снижение способности к рефлексии, схематичность и стереотипность ассоциативных образов, выраженная интерференция, ошибки внимания, лабильность психических процессов — у незрелой личности с шизоидным радикалом.

**Ведущий.** Вопросы к доктору есть? Он очень подробно доложил историю болезни, динамику хорошо представил. Но у нас еще есть врач-содокладчик — врач стационара.

**Врач-содокладчик Н. В. Правдина:** Уважаемые коллеги, не буду повторяться, доктор подробно нам описал преморбидные особенности, достаточно подробно — первый приступ, который он перенес в армии в 2003 году. Единственное, что я видела дополнительно, — это заключение военно-врачебной комиссии, которого сейчас нет в истории болезни. Тогда ему выставлялся диагноз: “онейроидно-кататоническая шизофрения, онейроидно-кататонический приступ”, с чем он и был комиссован.

Семь лет больной был вне поля зрения психиатров, женился, работал, все было хорошо, кроме вот этих колебаний настроения. Проблемы начались с осени 2010 года. Отмечался подъем настроения с излишней активностью. Могу добавить только, что он поехал тогда в город Торжок, и был остановлен, потому что с выключенными фарами ехал по крайней левой полосе со скоростью 20 километров в час, сотрудникам ГИБДД оказывал сопротивление, выбежал на полосу встречного движения. И он попал в психиатрическую больницу города Торжка. Отец тогда забрал его из психиатрической больницы города Торжка, а к нам он поступал уже из дома.

Папа вызвал 6 ноября 2010 г. дежурного психиатра по городу, который в направлении в больницу пишет, что больной напряжен, озирается, контакту малодоступен, речь бессвязная: “Чудища вокруг”. В отделении дежурный врач описывает, что больной застывает в нелепых позах, совершает ритуальные движения, подает знаки глазами, высовывает язык. Поведение с оттенком дурашливости. В бланке согласия на госпитализацию расписывается крупным латинскими буквами: “Максим”, ставит многоточие, вопросительный знак, и крупно пишет: “Я”. Два дня он лечился по назначению дежурных врачей галоперидолом внутривенно. Был парамимичен, импульсивен, не удерживался на месте. При осмотре уже доктором



в отделении — это то, что описано, повторяю — Шмелев Петр Петрович, отмечается эхолалия. Получал лечение: галоперидол 30 мг в сутки, аминазин 200 мг. Психотическая симптоматика купирована на 3–4-е сутки. Он тогда переводился в санаторное отделение. С 23 ноября переведен на сероквель 400 мг в сутки, карбамазепин 400 мг. Это, конечно, не одновременно все назначалось. И выписался он на этом. Это я говорю о первой госпитализации в нашу больницу осенью 2010 года. Первый приступ у был в армии в 2003 году, второй — конец 2010 года. Ему тогда — 17 ноября 2010 г. было сделано психологическое обследование, согласно которому “на первый план выступают специфические процессуальные нарушения мышления, искажения процесса обобщения, разноплановость, резонерство, в эмоционально-личностной сфере ранимость, настороженность, напряженность на органически неполноценной почве”. Больной был консультирован профессором С. Ю. Циркиным, который сделал заключение, что больной стационарирован в состоянии кататонно-гебефренного возбуждения, и поставил диагноз: шизоаффективное расстройство, маниакальный тип. С этим диагнозом он и был выписан.

Вторая госпитализация в нашу больницу — с 14 августа 2011 года по 24 августа 2011 года, девять койко-дней. Отец тогда забрал его из Сочи, привез в Москву. И здесь он поступил к нам, как самостоятельно обратившийся. Больной практически все время поступал как самостоятельно обратившийся, кроме двух-трех госпитализаций. Папа доктор, он сам его привозил в приемное отделение. При поступлении описывается маниакальная симптоматика. Назначается лечение — галоперидол 15 мг в сутки, аминазин 150 мг, седалит — уже ближе к выписке. Выписывается по письменному заявлению отца, с категорическим отказом его от лечения. Девять дней он провел в больнице. Дома рекомендован прием седалита 600 мг в сутки.

Дома он пробыл 23 дня, лекарства принимал только первое время. 17 сентября 2011 г. он вновь поступает к нам в больницу (это была третья госпитализация в нашу больницу и вторая в 2011 году). С 17 сентября по 18 октября 2011 года — 30 дней он провел в стационаре. Поступает в связи с тем, что стал агрессивен к родным, нарушился сон. При осмотре на дому дежурным психиатром на контакт идет неохотно, пытается ударить окружающих, заявляет, что он в плену, и его пытаются. Из заявления отца, которое есть в истории болезни, “высказывает нелогичные мысли, утверждает, что у него теперь нет отца, что теперь его зовут Максим” и что он сейчас служит в армии. В приемном отделении в начале беседы напряжен, постепенно смягчается, ориентирован верно, бредовых идей выявить не удается, настроение снижено. Поведение свое объясняет плохими отношениями с женой. Назначен галоперидол 15 мг в сутки. В отделении первые дни расторможен, манерен, громкая речь с на-

пором, дурашлив, жалуется на сведение ног. Переведен на зипрексу 20 мг в сутки. Позже в связи с тем, что в поведении был совершенно не упорядочен, зипрекса поднималась до 30 мг в сутки, дополнительно назначался аминазин 300 мг. 24 сентября вызов дежурного врача, который фиксирует, что больной возбужден, высказывает бредовые идеи, временами слышит голоса. Доктор ставит диагноз: галлюцинозно-параноидный синдром. Купирует его назначением галоперидола. Тогда больной был выписан с диагнозом шизофрения параноидная, непрерывное течение. Дома рекомендован прием седалита, аминазина, циклодола. Дома он пробыл два дня.

Дома был оживлен, нелеп, агрессивен, конфликтен. 20 октября 2011 г. приведен отцом в приемное отделение и стационарирован. Отец связывает быстрое ухудшение с отказом от приема терапии. При поступлении описывается маниакальная симптоматика. В стационаре находился 40 дней. Проведена МСЭ, определена инвалидность 2 группы, только поэтому удалось удержать его в больнице столь долго. Было принято решение о переводе больного на модитен-депо, который начали делать в психиатрической больнице. В больнице сделана инъекция модитен-депо 50 мг, с рекомендацией в последующем по 25 мг раз в три недели. Седалит и азалептин на ночь. 30 ноября 2011 г. он выписан под амбулаторное наблюдение. Полтора года в больнице он не появлялся. Регулярно ходил в ПНД, делал инъекции модитен-депо, работал. Отец был очень доволен его состоянием. И затем он поступает к нам в 2013 году.

Пятая госпитализация с маниакальным состоянием. Обратился самостоятельно, в больнице находился с 19 марта 2013 года до 8 апреля 2013 года. Был выписан недолеченным по требованию отца переводом в дневной стационар. В ту госпитализацию на прием приходила жена. Вообще, приходит только отец, мать никогда мы не видели. Жена пришла, потому что была крайне удручена сложившейся ситуацией. Петр говорит, что она требует от него денег, что она постоянно выгоняет его на работу. По настоянию отца он уехал. Больше он жил с родителями на даче, а в квартире проживала жена с двумя детьми двух и трех лет. Естественно, она не работала и была всем этим крайне удручена. Она говорила, что Петр после 2011 года очень изменился. До этого он был хорошим мужем, помогал ей с воспитанием детей, отношения были теплыми. А после неоднократных госпитализаций в 2011 г. он дома практически с ней не жил. Постоянно провоцировал ее на какие-то конфликты, уходил и по два-три месяца проживал с родителями на даче. Потом приходил на несколько дней, опять провоцировал конфликт и уходил. Детями вообще не интересовался, что ей было обидно: “Ладно, он мной не интересуется, но почему к детям вообще даже не подходит?”. Он поступил тогда с жалобами на тревогу и апатию, это первая госпитализация в 2013 году. Перед госпитали-

зацией пришел к жене, уверял, что их пригласили в театр, что он Максим Аверин. Отец описывает, что стал возбужденным, конфликтным, подрался в метро с чеченцем. По дневникам описывается депрессивное состояние с апатией, которое, однако, купируется без антидепрессантов назначением галоперидола 20 мг в сутки и азалептина до 100 мг в сутки. По категорическому требованию отца 8 апреля он выписывается в дневной стационар.

Он говорит, что в дневном стационаре, когда «я пришел туда, все увидели, что я здоров, мне сразу сказали: «Иди работай». В общем, он лекарства, по-видимому, принимал неаккуратно. С 21 апреля до 28 мая 2013 г. (37 дней) шестая госпитализация. Состояние изменилось за несколько дней, стал говорить нелепости, переговаривался с кем-то несуществующим, не пил лекарств, называл себя другими именами. Стал испытывать страхи, был напряжен, подозрителен. Испытывал слуховые обманы хулительного и императивного содержания. При поступлении назначалась фиксация. Дежурный врач, назначавший фиксацию, пишет: «Называет себя Максимом Григорьевым, говорит, что у него сегодня день рождения, чувствует постороннее воздействие, на месте не удерживается». Это были выходные, был назначен галоперидол 25 мг в сутки, аминазин 100 мг. Через несколько дней острое психотическое состояние купировано, добавлен депакин хроносфера. Отмечался эпизод, когда вновь стал развязан, цинично шутил над дефектными больными, говорил, что их залечили, что они овощи. Добавлен депакин до 1250, потом до 1500 мг в сутки для купирования такого состояния. Все равно сохранялся повышенный аффект, но стал более упорядоченным в поведении, спокойным, отмечалась неусидчивость. Был переведен в санаторное отделение, назначался модитен-депо. Дома рекомендовано продолжить лечение: модитен-депо 25 мг раз в три-четыре недели, депакин 750 мг. Дома он провел 10 дней. Возможно, это было связано с тем, что очень быстро была снижена дозировка депакина.

10 июня — подъем настроения, поздно вечером повел отца в бар к другу, заперся там в туалете, отказывался выходить до полуночи, в 24.00 открыл дверь. И уже в 00 часов 40 минут 11.06.2013 отец привез его в приемное отделение ПБ № 3. Назначалась фиксация в связи с возбуждением, попыткой ударить медсестру ногой. Речь монологом, предложения не заканчиваются... Доктор все это уже описывал. Был назначен галоперидол 30 мг в сутки, депакин 1500 мг. В отделении оставался навязчивым, расторможенным, дурашливым, только после добавления к этой терапии седалита до 1200 мг в сутки довели, удалось купировать маниакальное возбуждение. Сразу, как он стал спокойным, папа пишет расписку, что предупрежден о том, что курс лечения не окончен, и выписывает сына под собственную ответственность. Больной находился в больнице с 11.06.2013 по 08.07.2013 г. Перед вы-

пиской была сделана инъекция галоперидола деканоата. Рекомендован галоперидол деканоат, седалит 1200 мг, вальпроат 1500 мг, циклодол.

Больной после выписки проработал две недели, ему стало сложно из-за побочных эффектов. И 30 июля 2013 г. он пришел сам, уже без отца, в приемный покой, сказал: «Наталья Владимировна, лечите, как хотите, я так жить не могу, работать не могу, у меня руки трясутся». И он у нас провел 62 дня, мы заменили ему галоперидол деканоат на сероквель 800 мг. Потом наше отделение закрылось, от перевода в санаторное отделение он отказался и 30 сентября был выписан. Выписан на достаточно больших дозировках — сероквель пролонг 800 мг и большие дозировки седалита и депакина, потому что мы считали, что другим способом удержать его сложно. Я его видела в последний раз 30 сентября, сейчас его ведет доктор в диспансере.

**Ведущий:** Он сейчас какую терапию получает?

**Врач-докладчик:** Сейчас он находится на терапии: сероквель пролонг 800 мг в сутки, депакин хроно 850 мг и все. Он на связи, мы обменялись телефонами, чтобы в случае возникновения подъема или маниакальной симптоматики быстро скорректировать терапию и купировать это состояние. Прошло 53 дня после выписки из больницы, он стабилен. Для нас каждый день дорог в его таком ровном состоянии. Он не работает, два раза пытался устроиться и сам уходил, потому что не мог справиться. Он в этом плане критичен, и как раньше, работать не может.

**Ведущий:** Есть ли вопросы к обоим докладчикам?

— Скажите, пожалуйста, какое у него образование? — *Он не имеет специального образования, у него только десять классов, он всю жизнь работал официантом, барменом, работал в ресторанном и барном бизнесе. И после больницы, буквально несколько дней прошло, он устроился официантом, три дня проработал, но был сильный тремор, не мог поднос держать. Получал замечания от старшего смены и от коллег, и сам ушел, не справился с работой. Потом, где-то через месяц, устроился менеджером в фирму, занимающуюся алкогольными напитками, сам он вообще не пьет. Но из-за дневной сонливости, выраженной седации он не мог с документами работать, было трудно выполнять счетные операции, пришлось тоже уволиться по собственному желанию. Сейчас он пытается как-то устроиться. Учиться собирается дальше, поступать в гуманитарный институт, чтобы получить специальность социального работника, у него такие планы.*

## БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— *Здравствуйте.* — Петр Петрович, я хотел Вам представиться, я профессор Цыганков Борис Дмитриевич, здесь все врачи-психиатры, и мы с Вами хотели поговорить о том, что очень много госпитализа-

ций, и нам, наверное, всем вместе надо подумать, как Вам лучше помочь, потому что и Вы недовольны своим состоянием, и врачи не удовлетворены. Поэтому Вы уж разрешите, и я буду задавать вопросы, и коллеги дальше будут задавать вопросы, может быть, мы так, коллективным умом, предложим что-то более рациональное для Вас. Вы согласны, да? — *Да, конечно.* — Давайте тогда начнем. Как Вы сами рассматриваете причины госпитализации, что с Вами вообще происходит? Ваши оценки. — *У меня как-то наваждение, то есть нервный срыв, такое бредовое состояние, подъем энергии.* — Что такое бредовое состояние? — *Ну, то есть навязчивые мысли посещают.* — А что это за мысли? — *Ну, что-нибудь сделать.* — Что такое “навязчивые”? Много желаний иногда бывает? — *Много желаний, мысли всякие — разные посещают.* — Это не навязчивые желания, а просто хочется за что-то одно взяться, за другое взяться, и Вы что-то все время продумываете, в этом плане. А что, иногда много желаний сразу возникает, а иногда ничего не хочется? — *Да-да. Нет, бывает, закливаюсь на одной мысли.* — Это что такое? — *Например, уехать куда-нибудь.* — И что-то сделать интересное? — *Да.* — Что именно, какие примеры? Что-то совершить героическое? — *Ну, на приключения тянет.* — Скажите, пожалуйста, Ваше отношение к Вашим детям, семейной ситуации каково на сегодняшний день? Беспокоит ли Вас это? — *Ну, сейчас от меня жена ушла, с детьми хорошо, общаюсь.* — Вы с детьми общаетесь, кого любите? У Вас сколько детей? — *Два сына, 3 года и 4 года.* — Любите их? — *Да, конечно.* — Вы оставляете им машину, оставляете квартиру, Вы беспокоитесь об их будущем, да? Отдаете свою пенсию, которую Вы получаете? — *Да.* — Вы хотите сделать их счастливыми, Вы их любите? — *Еще хочу устроиться на работу, и помочь еще финансово, не отказываюсь.* — А проблема с женой возникает в связи с чем? С тем, что Вы часто поступаете в больницу? — *Да, то, что я госпитализируюсь часто, вот она меня и бросила.* — Она бросила, утверждая, что Вы никак ей не помогаете, не можете оказать помощь, и что Вы несостоятельны. В этом Вас обвиняет? — *Да.* — А вы сами как считаете, на сегодняшний день у Вас хорошее самочувствие. Вы уверены, что Вы устроитесь? Или наоборот, Вы сейчас в себе не уверены? — *Нет, сейчас я чувствую себя спокойно, уверенно, хочу работу найти.* — Но насколько это уверенно? Это то состояние, когда Вы уверены, что все получится, или Вы сомневаетесь? — *Ну, я выписался только полтора месяца назад, то есть еще не адаптировался до конца.* — Скажите, на сегодняшний день Вы сомневаетесь в своих возможностях, или у Вас опять появилась полная уверенность, что Вы со всем справитесь? У Вас много планов, Вы хотите поступить в университет? — *Нет, сомневаюсь, я устраивался на работу, не смог работать, у меня руки трясутся, нервозность, то есть нервничаю сильно.* — А нерв-

ничаете, это что? Вы боитесь совершить ошибку? — *Да, боюсь совершить ошибку.* — Вы не уверены в себе? Опасаетесь, что-то произойдет, кто-то увидит, что Вы несостоятельны, и Вас уволят в связи с тем, что Вы что-то не посчитали? — *Ну да.* — То есть Вы много раз пересчитываете, Вы не можете понять... — *Боюсь ошибиться, да.* — Вы же барменом работаете? — *Да, барменом, официантом, менеджером.* — Вы честный бармен? Не подливаете ничего? — *Честный, непьющий бармен.* — Бармен, честно сдающий выручку? — *Да.* — И Вы боитесь ошибиться, недолить или сделать что-то такое, за что упрекнут, что Вы не очень порядочный и честный? — *Ну да.* — В этом страх, ошибиться? — *Да.* — И Вам приходится перепроверять много раз, чтобы не совершить ошибку? — *Перепроверять, еще боюсь там ошибиться в рецептуре приготовления коктейлей, например.* — А завершив работу, Вы продолжаете думать о том, совершили ли Вы ошибку, что-то недоделали? Тревожно, возвращаетесь... — *Ну да, бывают мысли, не могу от работы переключиться на дом.* — А сейчас у Вас тоже такое состояние, Вы опять каждый раз не уверены в своих действиях, поступках? Вы тоже боитесь ошибиться, выходите на улицу, не уверены в себе, и люди как-то смотрят на Вас? — *Нет, сейчас нормально себя чувствую, уверенно.* — То есть уверенность возвращается к Вам или вернулась? — *Ну, на работе я чувствую себя неуверенно, потому что боюсь ошибиться, я вот сейчас устраивался официантом, то есть не смог работать, руки трясутся.* — Это сколько дней назад было? — *Две недели назад.* — Две недели назад Вы уволились, потому что были не уверены в себе? — *Ну, потому что не получалось работать.* — Копались в себе, в своих ошибках? — *Да.* — На сегодняшний день вините ли Вы себя в чем-то, думаете ли о своей жизни, находите ли какие-то ошибки, вину в себе в чем-то? — *Ну, стыдно за некоторые поступки.* — Вы об этом думаете на сегодняшний день? — *Нет, в последнее время не думаю.* — Сколько дней не думаете? Вчера не думали, сегодня думаете? Когда это последний раз Вам приходило в голову? — *Когда лежал в больнице, много думал о том, что я совершил, а вот когда выписался, сейчас не думаю ничего.* — Значит, прошло 53 дня после выписки, Вы находитесь дома, Вы не думаете о своих ошибках? — *Да.* — А о чем думаете? Содержание Ваших мыслей сейчас? Какого они плана? — *Строю планы на будущее, на следующий год, то есть найти работу, пойти в бассейн, в тренажерный зал ходить.* — Но это все планы, и нет сил к их реализации? Вы можете не откладывать это, Вы 53 дня находитесь дома, и уже могли бы сто раз реализовать эти планы — пойти в бассейн, например. На работу Вы попробовали, но в бассейн могли бы сходить, поискать университет, или все это пока только планы? — *Ну, это планирую на следующий год.* — Планируете, но сил нет? — *Меня еще родители не отпускают никуда, то есть говорят пока дома побыть,*

никуда не торопиться, адаптироваться после больницы. — А Вы сейчас послушный сын стали? — Да. — Вот в этом состоянии Вы послушны? Потому что бывают состояния, когда Вы никого не слушаете, совершаете то, что Вы хотите делать, а сейчас Вы как бы прислушиваетесь? — Сейчас — да. — У Вас с кем лучше отношения, с папой или с мамой, с кем доверительнее? — Ну, последнее время с отцом, да. — То есть отец больше терпим? — Ну, он свидетель почти всех моих приступов, то есть он меня привозил добровольно в больницу, и забирал оттуда. — И он понимает Ваше состояние. А мама что говорит? “Возьми себя в руки, прекрати, и веди себя...” — Ну, мама просто переживает, нервничает, чтобы со мной что-то не случилось. — Но тоже понимает, что это болезненное состояние? — Ну да. — Так все-таки на сегодняшний день Вы как определяете свое состояние? Вы не очень улыбкивы. — Я сейчас на таблетках, сероквель, то есть у меня настроение среднее... ну, никакое, не повышенное, ни пониженное, среднее. — Что это? Нет активности, нет прилива сил? — Ну, нет заинтересованности, эмоций особо не испытываю. — А чем Вы занимаетесь целый день? Вы лежите, или смотрите телевизор? — В компьютере сижу. — И что там смотрите? Самую легкую программу? — В Интернете просто — новости, там шутки, анекдоты, ролики. — А на шутки реагируете? — Нет. — То есть Вы как бы их содержание понимаете, а эмоционально не реагируете? — Ну да. — Нет желания к общению, Вы не перезваниваетесь с друзьями, с близкими? — Перезваниваюсь, встречаюсь с друзьями, но все равно, эмоции уже не те испытываю, как раньше. — То есть ощущаете, что Вы какой-то не такой эмоциональный, теплый, и резонанс того нет, который раньше был. А сколько часов Вы спите и трудно ли вставать утром? — Утром трудно вставать, и ночью у меня... Ну, сколько, часов 8–10 я, бывает, сплю, а бывает, и 15–16 часов. — И трудно вставать, если бы Вас не трогали родители, Вы бы и больше спали? — Ну да, я просыпаюсь к обеду. — И то при помощи родителей? Они Вас уже начинают тормозить? — Ну да, то есть будят... — Активизируют Вас. А трудно Вам пойти, выполнить какие-то санитарно-гигиенические правила, почистить зубы, помыться, побриться? Или Вы это делаете сами? — Нет, даже зарядку делаю. — Когда Вас родители растормошат, то Вы еще зарядку делаете? — Угу. — Пыгаетесь, то есть Вы знаете, что это надо. — Ну, я сейчас поправился, то есть стараюсь зарядку делать. — А поправились Вы когда, за какое время? — За год последний. — Это когда Вы находитесь в больнице, или дома начинаете поправляться? — Ну, когда в больнице, я вот полгода практически в больнице провел, и поправился. — А какое количество веса Вы прибавили, сколько у Вас было до больницы, и сколько прибавили? — Около 15 килограммов. — За год? — Да. — Сколько у Вас было до больницы? — 85. — 85 кг, 15 килограмм от 85 при-

мерно 17 % за год. Достаточно много. Скажите, а у Вас аппетит повышенный сейчас, или это прибавление не связано с аппетитом? — Нет, аппетита нет. — Аппетита нет, а вес прибавляется? — Нет, я сейчас уже сбросил 5 килограммов. — Это за счет того, что Вы начали зарядкой заниматься? — И меньше есть. — А вообще, куда идет повышение веса, в какую часть тела? — В живот. — Сахар, углеводы, Вы сдавали, все в порядке? — Все анализы сдавал. — А раньше Вы когда-нибудь поправлялись в жизни или это впервые? — Раньше худой был. — То есть это впервые в Вашей жизни начинается такое резкое повышение веса? — Ну да. — Вы разрешите, мы вернемся к самому началу болезни, к тому, что произошло в армии. В армии у Вас появились какие-то конфликты, что-то стало в Вашем состоянии меняться. Вначале Вы пришли с ощущением, что армия поможет преодолеть какие-то комплексы, и Вы добивались поступления в армию. В армии через какое-то время это сменилось критическим отношением ко всей службе, к людям, поведению сослуживцев, руководства, и Вы стали протестовать. — Да. — Закончилось конфликтом и поступлением в госпиталь. Что было в госпитале, расскажите, что Вы ощущали в тот период? Вы не очень реально понимали, что это госпиталь? — Первый месяц в госпитале я вообще был потерян, не помню даже фактически. — Все-таки, что это было? — Весь день лежал на кровати, спал, и все, мне кололи уколы, капельницы ставили. — Этого не прозвучало, но по некоторым оценкам, что-то даже фантастическое было там в госпитале, Вам казалось, что Вы находитесь в каком-то другом месте. Не было ощущения посещения каких-то других планет? — Да я не помню, первый месяц у меня был в тумане, да и когда я еще до больницы, то есть я свои поступки не помню, то есть только по рассказам, то, что я делал. — Но что-то, какие-то переживания из этого периода Вы помните все-таки? — Ну, мне казалось, что я в тюрьме нахожусь, то есть меня допрашивают все время, значит, на чистосердечное признание толкают, то есть... — А Вы считали, что что-то совершили? — Ну да. — И каков масштаб этого совершения? Что, Вы подвели сослуживцев или всю страну? — Да, я подвел сослуживцев, то, что я отказывался... Нет. Отказывался принимать присягу, то есть, ну, и поэтому не знали, что со мной делать, то есть я вроде и служить хотел, и присягу не хотел принимать. — А скажите, там в госпитале, и потом, мне кажется, у Вас такие состояния повторялись? Вот здесь, в больнице было? Что это было? Вы окружающих принимали за заключенных, ждали суда, показывали все... — У меня один приступ был, мне казалось, что я в наряде, на посту, с оружием нахожусь, охраняю важный... Границу. — Один Вы осуществляете охрану всей большой границы, от Вас зависит благополучие страны. — Да. — Значит, тогда Вы мыслили категориями страны или всего человечества? — Не знаю, просто

считал себя как бы защитником. — Что у Вас такие возможности и силы, что Вы можете спасти страну? — Ну да. — Скажите, а вот еще были у Вас периоды в последнее время, возникали какие-то состояния, когда Вы называли себя Максимом, какими-то другими именами, фамилиями? Это что, Максим — наделенный какими-то особыми силами, возможностями, это что за перевоплощение? — Это связано с тем, что моя жена не хотела иметь второго сына, то есть она хотела сделать аборт, я настоял на том, чтобы она рожала. Она во время беременности делала все, чтобы плод не сохранился, то есть перевести плод. — И что, этот плод стал активным, перешел в Вас? — Это была мечта моей жизни, чтобы у меня был сын Максим, чтобы он прожил жизнь по максимуму, и все получил. — Значит, этот Максим как бы переходит в Вас, и добавляет какие-то силы, возможности? — Да, придает уверенности. — Значит, Вас становится два, Максим — это дополнительная сила, и у Вас особые возможности и силы? — Ну, это мое продолжение как бы. — И Вы ощущали это в тот момент, когда говорили здесь, что Вы Максим? — Ну да. — Максим — значит, состояние особой уверенности и двойные возможности. — Ну, это мое второе “я”. — Скажите, а в тот момент, когда Вы себя называли Максимом, Вы чувствовали, какие-то дополнительные возможности? Вы можете влиять на пациентов, люди, которые находятся с Вами, восхищаются, что у Вас есть возможность кого-то лечить, что Вы обладаете такими необычными способностями? — Да, чувство уверенности, своей правоты, то есть я считаю себя неуязвимым, то есть часто, например, на пешеходных переходах агрессивно перехожу дорогу. — Вы знаете, что с Вами ничего не случится? — Да, полная уверенность, что я неуязвимый, и что со мной ничего не случится. — Если даже машина, то Вы бессмертный человек, ничего не произойдет? — Да. — То есть было ощущение бессмертия, ощущение двойных сил. — Да. — А возможности влиять на окружающий мир? Вы тоже могли повлиять на окружающих? — У меня повышенная разговорчивость, со всеми находил контакт, общий язык. — А мысленно Вы могли влиять, как бы лечили людей? — Нет, не лечил, но у меня было чувство, что мы с одними людьми на одной волне, то есть мы могли перемигнуться, показать какие-то жесты, и все, понимали друг друга с полуслова. — А скажите, не было такого ощущения, что у Вас, например, чуть ли не божественная сила, что Вы как бы мессия? Что Вам Господь передал какие-то возможности? — Ну, было чувство, что я, можно сказать, избранный, вот так вот, но не божественный. — Не божественно избранный, но кто Вас избрал? Какой уровень избрания? — На уровне, не знаю, судьбы, может быть. — А не то, что государственная какая-то служба, что на Вас рассчитывает правительство, наш президент, что у Вас такие возможности, Вы эту роль уже начинаете играть, что Вас

избрали, что есть такая функция? — Ну, не совсем так. — А как? — Ну да, у меня было такое как бы ощущение, что я служу в гражданской обороне. — То есть Вы выполняете какую-то функцию, ходите по городу... — Да, я помогал людям, наподобие дружинника, можно сказать, так я себя чувствовал. — И в городе Вы видели, что к этому прислушиваются? — Да, в городе ходил вначале по улицам, молодежь разгонял с дворов, которые громко кричали, выпивали. — У них при Вашем появлении улучшалось поведение, или Вам нужно было непосредственно вмешаться, сделать замечание? — Да, мне нужно вмешаться, я шел на такой, на конфликт, можно сказать. — Но все люди понимали Ваше величие, значимость? — Со мной больше, ну, никто не связывался особо, потому что видно было, наверное, что я неадекватный. То есть компания там, например, стоит, 5–7 человек, я к ним подходил в наглую, делал замечание, разгонял их, можно сказать, ну... — Но Вы их в этот момент любили, или просто вот... — Наоборот, это был мой протест как бы против того, что они делают. — Значит, это просто выполнение того, что на Вас возложено было. — Ну, я считал себя правым и уверенным в себе. — Скажите, пожалуйста, иногда Вы что-то слышите, бывают голоса... — Нет, голоса не слышу. — Ни разу не слышали голоса? — Нет. — Которые Вас осуждают или хвалят? — Нет. — А в речи людей окружающих Вы иногда замечали, что Вас хвалят или восхищаются, говорят о Вас? Вы слышите или просто понимаете по поведению людей, что говорят о Вас, что хвалят, или ругают? — Нет, не замечал. — То есть Вы такого поведения, что к Вам адресовано, не замечали? — Нет. — Вы просто на расстоянии издаleка понимаете, что это абсолютно к Вам, что с Вами считаются, Вы какой-то особый, или наоборот, осуждают Вас? То есть саму речь не слышите? — Нет. — А что еще максимально фантастического Вы можете сказать о своих переживаниях, кроме того, что у Вас граница на замке? Что-то еще было такое фантастического характера? Что-нибудь можете вспомнить? — Фантастического, например, я, когда отдыхал с женой и с тещей в Туле, мне не понравился отдых, и я решил отдохнуть по-своему, то есть взял паспорт, и поехал на электричках в Сочи. Там... Ну, добирался двое суток на перекладных, то есть с людьми общался, они мне помогали, кто кормил, кто деньгами, то есть легко, без проблем добрался до Сочи. Там познакомился с бывшими военными, со спасателями, то есть устроился помощником спасателя, вот. То есть именно в Сочи поехал, потому что для меня это как Кавказ, то есть как горячая точка, только для отдыха. — А что фантастического? До Сочи добраться можно, что фантастического в этом? — Не, ну, для меня это было как такое приключение. — Это фантастика как удовольствие, а я имею в виду, фантастика из фантастических переживаний. Вы читаете фантастическую литературу? — Ну, я больше

*детективы читал.* — Все-таки представляете, что такое фантастическая литература? То, что Вы закрыли границу на большом пространстве, это уже фантастические вещи, а еще что-то примерно такого характера, масштабного, что-то было еще? — *Нет, фантастического нет.* — Если еще бы глиссер дали, дали глиссер? — *Нет.* — Не дали? А что-нибудь такого, типа границы, или лучше, интереснее, было в Вашей жизни? — *Да нет, ничего интересного.* — Скажите, а самое тяжелое для Вас состояние, когда Вы начинаете себя в чем-то винить, какой эпизод наиболее тяжелый вспоминаете? Один раз в госпитале Вы чувствовали, что Вы в тюрьме, Вас должны судить, вот такое состояние, оно повторялось еще? Что Вы опять виноваты, какое-то совершили преступление перед людьми? Было еще что-то подробное? — *Да нет, больше особо не повторялось.* — А Вы всегда, когда поступаете в эту больницу, понимаете, что в больницу? Здесь тюрьма рядом “Матросская тишина” — *Нет, я наоборот сюда добровольно, потому что уже чувствую, что мне нужно сделать укол, чтобы я заснул на пару дней, там переключился, отдохнул, чтобы мое состояние переключить.* — Даже в плохом состоянии понимаете, что это болезнь? — *Да, в последний вот приступ я четко понимаю, что все, со мной опять приступ, то есть я уже делаю неадекватные поступки, прошу отца меня отвезти, и...* — То есть в какие-то моменты неадекватности вдруг появляется сознание, что что-то происходит? — *Ну да, что я все равно живу неправильно.* — И Вы их называете приступами, понимая, что это болезненное состояние? — *Да.* — А у Вас вообще все болезненное состояние, или в Вашей жизни были какие-то такие периоды, которые Вы не считаете болезненными? Или все, что с Вами происходит, это болезненные переживания? — *Не, ну, ощущал, что...* *Когда у меня приступы, я ощущаю, что это реального характера, то есть все... ну, все четко у меня и ясно. То есть такое получается прояснение, то есть светлость у меня, уверенность, что все правильно делаю, то есть вот так вот.* — Это в момент болезни, Вы называете это болезнью, а когда проходит приступ? — *Он сам не проходит, то есть мне нужно, чтобы...* *Получается, чтобы меня отключили. То есть даже в Сочи я потом пошел уже в милицию сдаваться, чтобы меня положили в больницу.* — То есть Вы им говорите, что “я больной, мне надо в больницу”? — *Ну да, но и так видно было, что я не в себе, то есть они часа два со мной пообщались, и уже приняли решение, что меня в больницу надо сдавать.* — Но, Вы сами пришли... То есть Вы всегда понимаете, когда лучше, что это болезненные переживания? Даже в плохом состоянии есть просветы, когда Вы понимаете, что это болезненное поведение? — *Но сам я остановить это состояние не могу.* — И когда Вы как бы поправляетесь, Вы пересматриваете прошлое, у Вас нет такого ощущения прошлого, что это не болезнь? Нет ощущения, что кто-то Вам это

привил, сглазил, что-то навязал? — *Нет.* — Ничего нет, то есть Вы не приходите к пониманию, что что-то навязано? — *Нет.* — Понятно. Скажите, пожалуйста, в детском возрасте у Вас была какая-то очень плохая переносимость нагрузок, Вы уставали, были головные боли, в школьные годы Вы даже могли уйти с уроков, прогуливали. — *У меня и сейчас часто головная боль.* — Головные боли когда возникают? Когда погода меняется, или что происходит? — *Ну, больше от усталости, или если не высплюсь, например, то есть начинается мигрень, то есть даже не головная боль, а дикая боль такая.* — И сколько она длится, как она проходит? — *Либо много лекарств пить от головной боли, либо поспать.* — У Вас были состояния, когда вдруг внезапно теряли сознание, такие можете вспомнить эпизоды? — *Ну, вот в армии я терял сознание, когда меня били.* — Били — это другое, а так просто? — *Ну, бывало, в душном автобусе голова кружилась, ну, было полубморочное состояние, то есть я выходил на свежий воздух, и мне легче становилось.* — Так, чтобы отключиться полностью, не было? — *Ну, один раз как бы я в автобусе отключился, то есть не упал, было много народу, как бы присел просто, меня подняли, вынесли, все, я очнулся.* — Вы присели, опустились, или упали, Вас нашли? — *Присел. Ну, в автобусе вот.* — И на какой-то момент Вы не помните, что происходило? — *Ну да, то есть я уже оказался снаружи, на остановке.* — “Скорая помощь” не приезжала, давление, пульс Вам не измеряли? — *Нет.* — Но это свойственно с самого детства, Вас укачивает в автобусе, Вы не переносите жару, духоту? — *Ну, вот не укачивает, но духоту я вообще не переношу, то есть в баню, сауну я не могу ходить. То есть я плохо чувствую.* — А в Вашей жизни не было таких ситуаций, эпизодов, допустим, что Вы ехали в одну сторону, а оказались в другом месте? — *В смысле, потерялся, что ли?* — Не терялся, потом понимал, что оказался не там, куда собирался изначально. — *Нет.* — А не было ощущения, что меняется окружающий мир, что Вы приезжаете куда-то, и вдруг не узнаете это место, или знакомая обстановка кажется незнакомой, и Вы растерянно начинаете думать, как воспринимается этот мир? — *Нет, не было такого.* — А сны вещие, как, часто бывают в Вашей жизни, что происходит? — *Да, вот сны часто...* — Вот расскажите подробно, что происходит, когда Вы ощущаете, что это все уже было Вами раньше видено во сне? — *Ну, вот чувство “дежавю” меня часто преследует.* — “Дежавю” — это слово, а Вы приведите какой-то пример. — *Пример, это вот последний год, допустим, у меня постоянно чувство дежавю, что я выписываюсь и возвращаюсь в больницу, выписываюсь и возвращаюсь.* — Вы чувствовали, что Вы знали? — *То есть это уже то, что было. Ну, то есть мне кажется, что это со мной уже происходило.* — На самом деле происходило. А чего еще тут такого особого, “дежавю” было? А предвидение, ощущение,

что Вы уже это предвидели, что с Вами это уже происходило в какой-то жизни? — *Ну, вот летом у меня, например, приступ был перед футболом, перед матчем, собирались на футбол пойти, у меня была навязчивая идея, что сыграют, точный счет 2:2, всем говорил об этом, то есть навязывал свою мысль. — И не послушали? — Я работал в букмекерском клубе, то есть администратор заметил, что я веду себя неадекватно, то есть заподозрил, что я либо таблеток наглотался, либо накурился, позвонили моему отцу, и решили поехать в больницу. — 2:2 оказалось? — Ну, в итоге да, сыграли 2:2, этот матч я не посмотрел, то есть. — Вас не попросили вернуться в букмекерскую компанию? — Ну, я потом вернулся, они меня взяли. — Они после этого, когда все получилось, сказали, что “теперь говори”? — Нет, нет. Ну, просто обратно взяли работать, как хорошего работника, но все равно я не смог сутками работать, у меня опять были навязчивые идеи, то есть опять... Ну, опять начал активно себя вести то есть. — А как этот эпизод, который Вы рассказали, Вы оцениваете, значит, Ваше предвидение, предчувствие работает? — Ну, была полная уверенность, да. — Еще есть такие примеры, что Вы что-то предчувствуете, и так оно и происходит? — Да особо я так не помню. — Это единственный эпизод такой, да? — Вот это последний, вот летом был. — Скажите, а еще бывает так, смотришь телевизор, читаешь что-то, и вдруг информация разрывается, Вы не можете сопоставить все, что было раньше, проскакивает какая-то часть информации? — Ну, бывает наоборот, что как бы информацию вижу между строк, то есть что ты... иной смысл какой-то для себя вкладываю. — Ну, то есть всю фабулу и все то, что Вы прочитали, помните, никаких перерывов в этом нет? Или вот в разговоре, всю последовательность разговора помните, ничего не выпадает? — Да нет, вроде не выпадает. То есть нить не теряю. — Скажите, про головные боли Вы рассказываете, что боли в школьные годы и сейчас, а кроме головной боли, есть чувство разбитости, усталости, когда Вам необходимо действительно поспать, отдохнуть? — Ну, когда лекарство принимаю, вот галоперидол когда я принимал, то есть я себя чувствовал полностью разбитым, все время спать хотел. — До лечения еще, до лекарств, были эпизоды не только головной боли, когда Вы пропускали занятия, но еще и усталость — вялость, хочется лежать, нет сил. — Было, но это я больше назвал бы ленью, чем... Не хотелось учиться. — У Вас какие-то были состояния уже в подростковом возрасте, когда вдруг становились раздражительны, нетактичны, могли наругать, потом даже раскаивались. — Ну да. — И сейчас это сохраняется? Вот Вы с женой ссоритесь, иногда раскаиваетесь, что были не сдержаны, что у Вас было плохое самочувствие, что были сами инициатором конфликтов? — Ну, я не был инициатором. То есть у меня жена просто такой человек, она манипулирует*

мною, то есть все должно быть так, как я... ну, как она хочет, моего мнения нету. То есть меня это постоянно угнетало. — Доходило до драк, что Вы нетерпимы становились? — Нет, до драк не доходило. — Агрессию не проявляли? — Нет. Нет, агрессию в том, что я с ней спорил, высказывал мнение, она начинала кричать: “Помогите, он больной, сейчас меня убьет”, то есть вот такие. — Вы долго лечитесь? Госпиталь был, потом был большой перерыв, и с 2010 года Вы очень много лечитесь. Какие лекарства можете выделить: что хорошо переносите, что плохо, какие побочные эффекты? Можете, выделить какие-то препараты? — Вот галоперидол очень плохо я переношу. — Что с Вами? Скованность? — Скованность, зажатость, заторможенность. — Руки трясутся? — Руки трясутся, да. Ну, руки у меня и сейчас трясутся. — Слюнотечение бывает? — Да, вот слюнотечение, сон постоянный, ну, хочется спать, слабость. — А что-нибудь еще было такое острое, закатывались глаза, сводило что-то? — Ну, язык, бывало... — Выпадал язык? — Да. Скулы сводит, ногу сводит. — Это на галоперидоле. А другие препараты, что вспоминаете? — Ну, вот еще уколы у меня были, модитен депо. — Как Вы их переносили? — Ну, так, когда вот вколют сначала, пару дней спал беспробудно, а потом нормально, как бы раскачивался. — Не сводило Вас, не было неусидчивости? — Нет, не было. — А циклодол принимали? — Да, циклодол я принимал. — А если без циклодола, то была неусидчивость? — Да, я без циклодола не пробовал. — Другие препараты? — Ну, вот сейчас сероквель принимаю, тоже нормально. — Не сковывает, только сонливость, Вы говорите? — Да, и настроения нет никакого. — Еще что, какие препараты еще помните? У Вас еще был азалептин, как его переносили? Аминазин? — Ну, это в больнице, наверное. — Да. Это не помните. — Ну, спал... — Азалептин и аминазин Вы иногда принимаете дома? — Ну, азалептин я, когда бессонница была, я принимал азалептин. А от аминазина спал все время. — Вот то, что Вы рассказываете — язык вываливался, и тремор, и скулы сводило, это только галоперидол? — Да. — Это галоперидол в таблетках, или инъекционный? — Нет, в таблетках. — Вы на эту встречу согласились почему, какая у Вас была мотивация? — Ну, чтобы вылечиться, чтобы меня посмотрели. — Чтобы разобраться лучше? — Ну да. То есть я стремлюсь выздороветь. — А к какому врачу Вы больше привязались, с кем у Вас контакт? — Ну, со всеми хороший контакт, с участковыми врачами хорошо лажу. Лечащий врач в 3-й больнице, Наталья Владимировна. — В пятнадцатилетнем возрасте у Вас начинается, остаетесь на второй год, это было связано с тем, что Вы называете навязчивыми идеями — уже хотелось быть на улице, хотелось чем-то заниматься? — Да, меня большие улицы привлекала, чем учеба, то есть я не хотел... — Было очень много планов? — Ну да, я катался, какие-то новые знакомства заводил,

*то есть...* — Вы считали, что все это в порядке вещей, это Вам нравилось? — *Мне нравилось, да, то есть учиться не хотелось.* — Какое самое тяжелое состояние, Вы от чего хотели бы больше избавиться, от подъемов настроения с этими многими планами, или от плохого настроения, или Вас одинаково все пугает? — *Ну, большие не меня пугают, а моих родителей, то, что со мной что-то случится в итоге. Сейчас как бы обходилось, то есть то меня милиция забирала, то я в больнице оказывался, то есть ничего страшного со мной не случилось.* — Еще скажите, Вы лекарства часто сами бросали принимать, почему? Не очень понимали их необходимость, или их не было? — *Потому что у меня состояние ухудшалось, то есть я чувствовал себя сонливым, все время спать хотелось, а внутри много энергии было нерастраченной, то есть хотелось работать, я устраивался на работу, и не мог работать, то есть из-за этого переставал принимать лекарства.* — Сейчас Вы этого уже не делаете, вот 53 дня принимаете? — *Сейчас четко по схеме принимаю.* — Из страха, что все вернется? — *Ну да, уже как бы я понял, что надо пить лекарства, иначе опять окажусь в больнице.* — То есть это Вас пугает. А так бы Вы сейчас тоже, чтобы быть активным, могли бы и бросить, если были бы без опыта? — *Ну да.* — Вот Вы говорите, что головная боль все равно продолжается, боль, связанная с погодой, или с чем? — *Ну, большие связанная со стрессом, с усталостью.* — Стрессы, но Вы сейчас дома, ничего такого особого. — *Ну, сейчас у меня особо и не болит.* — А вообще, можете какую-то сезонность для себя отметить, что в какие-то сезонные периоды Вам хуже? Или это в любое время может возникать? — *Ну, самая активность у меня — весна, лето.* — Весной и летом Вы активны, а зимой всегда подавлены больше? — *Да.* — Если взять 2010 год, все-таки был какой-то период, когда Вы себя чувствовали совершенно здоровым человеком? Или все время подъемы или спады? — *Ну, у меня был подъем, у меня родился сын, то есть я старался больше работать, постоянно пропадал на работе, то есть мог и сутки, и двое работать, и не спать по трое, по пятеро суток.* — Был подъем активности? — *Да. Ну, и чувствовал я так же себя хорошо, то есть все получалось.* — Это без лекарств было? — *Без лекарств, еще до первого приступа, в 2010 году.* — Хорошо. Сейчас доктора могут задавать вопросы, пожалуйста.

#### ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Скажите, пожалуйста, когда находят вот эти приступы, во время которых Вы не понимаете порою, что происходит, называете себя Максимом, это что, совсем другая жизнь, нежели сейчас, какое-то другое состояние мира? Можете сказать? — *Ну, я просто... Не то, что состояние мира, я воспринимаю мир по-другому, другими глазами. То есть у меня мир по-*

*зитивный, как бы все у меня получается, от всего получаю удовольствие, то есть полная уверенность в себе и в своих силах.* — Вам трудно об этом вспоминать? — *Нет, нетрудно.* — Вы с охотой вспоминаете? — *Не с охотой, просто я за последнюю неделю уже раз пять, наверно, рассказывал, то есть уже нормально вспоминать.* — Что Вы делали в это время, которое в этом приступе было? — *Ну, в принципе, я ничего плохого не делал, когда были приступы.* — Вы можете об этом рассказывать подробно? — *Ну да.* — Что там происходит? — *Ну да, как о кинофильме, о приключении.* — Или неприятно рассказывать? — *Ну, приятно вспоминать, в принципе.* — Приятно? — *Да.* — Скажите, а вот были ли какие-то голоса? — *Нет, голосов не было.* — Какие-то мысли другие бывали в это время? — *Нет, все время свои мысли.* — Что это за состояние, чем оно отличается от теперешнего? — *Ну, сейчас у меня все ровно, то есть я...* — Оно отличается хорошим настроением? — *Ну, не только, то есть подъем жизненных сил, даже можно сказать, чувство эйфории такое, удовольствие получаю от всего, от жизни, то есть вкус к жизни появляется.* — Более здоровое или более болезненное? — *Больным я себя начинаю ощущать, когда уже перестаю контролировать себя.* — Чем оно тяжело для Вас, это состояние в приступе? — *Ну, то, что я уже не контролирую себя, когда это запускается, оно как снежный ком накатывается. Ну, большие окружающие говорят, что я какой-то не такой, то есть...* — А Вы сами чувствуете себя по-настоящему самим собой? — *Ну да.* — И не понимаете, почему они считают Вас другим? — *Ну, я понимаю, что я веду себя не как обычно, неадекватно. То есть меня все считают наркоманом либо обколотым, либо на таблетках, либо обкуреным. Ну, то есть я без всяких наркотических средств чувствую удовольствие.* — Спасибо. Скажите, а вот между этими приступами, Вы сейчас находитесь в таком состоянии, не в приступе, да? — *Да.* — Вот что сейчас не так, что сейчас плохо, что мешает жить сейчас? — *Ну, можно сказать, вкус к жизни потерял, вот так вот. То есть не испытываю особо эмоций никаких, ни положительных, ни отрицательных, то есть все как бы...* — Ну, это что, вкус к жизни, смысл, да? — *Ну, смысл-то я не терял.* — А вот как бы на душе вяло, сонливо? — *Ну, ближе к депрессии, что ли.* — Хотелось бы побольше радости, да? — *Да.* — А что Вас оживляет в таком состоянии? — *Ну, общение с детьми, например, но и то, вот с детьми я сейчас общаюсь, все равно, эмоции не те испытываю, как раньше.* — А общение с детьми как-то радует, оживляет? — *Радует, оживляет.* — А как это общение происходит? — *Ну, совместные игры, то есть...* — Что Вы делаете? — *Ну, последний раз я ездил, младшего сына учил на велосипеде кататься.* — Вы читаете книги? — *Ну, большие играем.* — Во что? — *В машинки, в войнушку, в прятки.* — Спасибо. — *Пожалуйста.*



Я хотел Вас спросить. Иногда нет приступа болезни, Вы в нормальном состоянии, а делаете выпады агрессивные против супруги. Чем это обусловлено: Вашей какой-то внутренней неуверенностью в себе, незащищенностью, каким-то дискомфортом? Вот это порождает агрессию или что? Или просто прямая злоба? — *Прямой злобы у меня нет, агрессия возникает, ну, с женой, например, когда она меня в чем-то ужимает, то есть пытается контролировать. У меня чувство потери свободы, что мной манипулируют, то есть нет своего мнения.*

— Еще вопрос. У вас есть одновременно такое — любовь, и не нравится. Без конфликта, Вы жену любите, детей любите, и в то же время, где-то они не нравятся? — *Нет, я вообще добрый. Ну, просто я начинаю иногда спорить, доказывать свою точку зрения, то есть, и у нас возникает конфликт.* — Спор ради спора, Вы всегда правы, это не всегда хорошо: победа ничего не дает, нужно уметь проигрывать. — *Нет, я наоборот всегда на компромисс иду, то есть я не упираюсь, что я прав, то есть я всегда ищу компромисс какой-то. Но чаще всего он не находится, и получается конфликт.* — Но все-таки вот так, невыгодно ссориться, понимаете, в этой жизни. — *Ну, я вообще не люблю ссориться. Я просто вопрос ваш не понял, в чем вопрос-то?* — Вопрос — проявлять доброту. — *Я проявляю доброту, я ищу компромисс. У меня нет негатива к жене, я к ней хорошо отношусь.*

— Скажите, пожалуйста, а Вы можете описать, с чего начинается Ваш приступ? Это изменение настроения или неадекватные поступки, что в первую очередь? — *Ну, у меня появляется много жизненной энергии, то есть я могу не спать двое-трое суток, то есть все время что-то делать, стремиться к каким-то поступкам там. Повышенная разговорчивость, желание контактировать со всеми, общаться. Начинается с бессонницы, на самом деле. Первый признак — когда я перестаю спать, то есть у меня начинаются в голове мысли разные, то есть спать не дают, и я пытаюсь их реализовать, вот.*

— Петр Петрович, когда Вы называете себя Максимом в таких приступах, Вы физически чувствуете себя Петром или Максимом? — *Петром. Ну, Максим — это больше как псевдоним, как никнейм, вот так.* — То есть это Петр, называющий себя Максимом? — *Да.* — Всегда хозяин своего тела при этом, мыслей? — *Да* — Окружающие действующие лица являются реальными для обычной человеческой жизни? — *Да, реальными.* — То есть они просто играют какие-то роли другие? — *Ну, больше я другую роль начинаю играть.* — А меняется как-то в цветах окружающее? — *Нет.*

— Вот еще к вашему вопросу, когда Вас хотели наказать или судить за то, что присягу нарушили, были ли какие-то подставные лица, провокаторы или кто-то? — *Ну, я всех считал, что все подставные лица, им нужно только одно, мое чистосердечное*

*признание.* — И они вас хотят расколоть, разыгрывают какие-то спектакли, это все подставные лица? — *Да, да.*

— Как Вы переносили зипрексу? У Вас там были большие дозы, не помните? — *Я не помню.* — Были ли побочные действия? — *Если честно, я не помню.*

— Скажите, пожалуйста, Вы больны психически или нет? Есть болезнь психическая? — *Ну, что-то в этом роде есть.* — Не слышу. — *Да, есть. Когда у меня приступы, я уже перестаю себя контролировать.* — А когда нет приступов? — *Ну, я нормальный человек.* — То есть, нет болезни, когда нет приступов? А как Вы считаете, отчего с Вами такое случилось? — *В первый раз или вообще случилось?* — Вообще. — *Ну, переоценил свои силы, то есть, можно сказать, стремился добиться чего-то, старался, то есть не спал ночами, и усталость накопилась, и такой нервный срыв.* — От переутомления? — *Ну да, можно сказать, от переутомления, нервный срыв такой случился.* — Раз мы говорим о болезни, надо знать, а в чем же она проявляется, тогда ничего не страшно. В чем, Вы можете мне сказать? Что Вы считаете болезнью? — *Ну, мне не бывает плохо, у меня когда приступы, мне не плохо, мне хорошо, то есть вот так вот.* — Как? — *Когда у меня приступы, я плохо себя не чувствую, у меня наоборот подъем жизненных сил, энергии.* — Так нет, это проявление болезни? — *Да, это проявление болезни.* — Ну, вот подъем настроения, в чем еще может выразиться психическое расстройство? — *В неординарных поступках, риск жизни.* — Это что такое? — *То есть легко на риск иду.* — Спасибо.

**Ведущий:** Есть еще вопросы? Нет? Тогда мы Петра Петровича отпускаем и переходим к обсуждению? Петр Петрович, я очень Вас благодарю, мы выскажем свое мнение, это будет такой расширенный консилиум, и такое суммарное мнение. Здесь много профессоров присутствует и врачей с большим опытом, поэтому это будет общий обмен мнениями, и Ваши врачи предложат то, что было коллективно высказано. Будьте здоровы, рад познакомиться. Всего доброго, до свидания.

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик:** Инициальный этап настоящего заболевания, по нашему мнению, относится к периоду полового созревания. Проявился он в виде депрессивных и субдепрессивных эпизодов, в которых, помимо собственно аффективных расстройств, были жалобы соматического характера — это головные боли и головокружения, с признаками витальности, нарушениями сна и аппетита. Было нарушение поведения, мысли о побеге из дома, бродяжничество, прогулы, снижение успеваемости в школе, уход от общения со сверстниками.

В возрасте 16 лет перенес типичный гипоманиакальный эпизод с повышенным настроением, ощущением полного физического и психического благополучия. Также был выражен витальный компонент в виде снижения потребности в пище и усиления полового влечения, ощущения особого физического благополучия.

Первый психотический эпизод развился в армии на фоне лихорадки, протекавшей с помрачением сознания и явлениями депрессивно-параноидного синдрома, который достиг степени бреда инсценировки. Нельзя исключить, учитывая факты жестокого обращения с больным, реактивной природы данного психотического эпизода. В пользу этого говорит наличие в клинической картине симптомов псевдодеменции. У нас еще была информация от отца, который видел часть этого приступа. Было нарушение ориентировки в окружающем, манерность, регресс интеллектуальных способностей, периоды заторможенности и полной обездвиженности, нелепость поведения. Также стоит учитывать достаточно быструю редукцию психотической симптоматики при смене места. Когда его из медсанчасти перевели в госпиталь, буквально за два-три дня состояние купировалось малыми дозами галоперидола. Потом он просто был загружен. Продолжали терапию, этот самый психоз оборвался именно на этом фоне и на фоне массивной трансфузионной, дезинтоксикационной терапии, ему капали до 3 – 4 литров в день.

После демобилизации состояние оставалось стабильным в течение семи лет, за это время больной женился, стал отцом двоих детей, устроился на работу, где достаточно успешно продвигался по карьерной лестнице, материально обеспечивал жену и детей. Временами отмечались как гипоманиакальные, так и субдепрессивные эпизоды, которые не воспринимались как болезненные и связывались с обычными жизненными обстоятельствами.

Первый маниакально-бредовый эпизод в возрасте 26 лет развился на фоне длительного недосыпания, крайнего физического и эмоционального истощения, постоянных ссор с супругой. Данный приступ, как и последующие, в принципе, развивался стереотипно. Сначала сокращался ночной сон, вплоть до полного его отсутствия, больной ощущал прилив жизненных сил, становился активным, деятельным, появлялось особое ощущение физического благополучия, своего рода витальной радости, по Ануфриеву если говорить. Больному было сложно передать словами это ощущение витальной радости, ощущалось оно в виде упругости мышц, легкости во всем теле, приятного холодка и щекотания под ложечкой. Много курил, до пяти пачек сигарет в день, практически не испытывал потребности в пище. Затем повышалось настроение, с явлениями радости, яркого чувства жизни — это слова больного. Становился общительным, с легкостью заводил новые знакомства, оставался дружелюбным,

при встречах даже с малознакомыми людьми готов был “буквально расцеловать” — фраза больного. Улучшалась память, в последующем внимание, думалось и вспоминалось только хорошее. С легкостью принимал ответственные решения, мог решить любую проблему. Становился многоречивым, появлялось несвойственное больному ранее чувство юмора, мог рассмешить своих друзей и коллег, чем крайне их удивлял, потому что он всегда был по жизни замкнутым, тревожным, мнительным, необщительным. В последующем появлялась раздражительность, суетливость, не мог усидеть на месте, все время что-то делал, становился легко отвлекаемым, начав дело, не мог довести его до конца, бросал на полпути. Конфликтовал с родственниками, с коллегами на работе, при любом отказе, при невыполнении его просьб давал гневливую вспышку. Возникла своеобразная спутанность мыслей, когда больной замечал, что мыслей в голове очень много, настоящий наплыв, но при этом не мог ухватиться ни за одну из них, высказывал отрывочные, разрозненные предложения и фразы. Появлялись идеи собственной неуязвимости, сверходаренности, непогрешимости, особенности. Был крайне возбужден, раздражителен, агрессивен, критика к состоянию отсутствовала. Со слов больного, после окончания очередного психотического эпизода часть случившегося амнезировал.

Маниакально-бредовая симптоматика купировалась достаточно быстро, в течение двух-трех недель, с формированием поверхностной критики к перенесенному состоянию. Галлюцинаторных расстройств, бредовых идей персекуторного содержания, феномена психического автоматизма не наблюдалось на протяжении всего периода заболевания, несмотря на то, что это было указано в документации. Это было указано не лечащим доктором, а дежурными врачами, которые смотрели больного. А я больше доверяю лечащему врачу, который этого не фиксировал ни в одной выписке.

По нашему мнению, учащение приступов в последний год с формированием континуального безремиSSIONного течения связано с рядом факторов. Это патологически измененная почва в понимании Жилина Самуила Григорьевича. В пользу этого говорит то, что больного с раннего детства беспокоили головные боли, головокружения, непереносимость длительных физических и психических нагрузок, жары и духоты, трудности с концентрацией внимания, рассеянность, чувствительность к перепадам атмосферного давления, что можно расценить в рамках классического церебрастеничного синдрома. Кроме того, наблюдались измененные формы простого алкогольного опьянения в виде дисфорического его варианта. Во время службы в армии неоднократно получал сотрясения головного мозга, в том числе, с потерей сознания. Испытывал головные боли с детства, которые в последнее время приобрели характер мигренозных.

При проведении ЭЭГ-исследования был выявлен гиперсинхронный тип энцефалограммы, острые диффузные мультирегионарные ирритативные знаки в виде острых и заостренных волн альфа-бета-диапазона, что можно с учетом клиники, жалоб больного расценить как признак своего рода неспецифической резидуальной органической недостаточности и снижение порога судорожной готовности головного мозга.

Следующий фактор — это отсутствие приверженности к лечению, несоблюдение врачебных рекомендаций, как следствие, нетолерантность к проводимой терапии, с наличием выраженных экстрапирамидных побочных эффектов и развитием так называемого нейролептического дефицитарного синдрома на фоне приема галоперидола и нейролептической дисфории. Также возникают трудности с подбором нормотимической терапии с самого начала заболевания. Подчеркиваю, что использование типичных антипсихотиков фенотиазинового и бутерофенонового рядов именно в плане поддерживающей терапии, для него это были сверхвысокие дозы, которые он плохо переносил, и, по мнению ряда исследователей, это также могло способствовать искусственному усилению фазности, особенно фенотиазиновые антипсихотики. Ну, и нельзя не сказать о хронической психотравмирующей ситуации с супругой. Таким образом, все вышеперечисленные факторы способствовали формированию относительной резистентности к терапии и утяжеления течения заболевания.

По нашему мнению, стоит подробно остановиться на состояниях, которые возникали в периоды между госпитализациями, которые были непосредственно связаны с проводимой терапией. Больной отмечал раздражительность, подавленность настроения, тревогу, ощущение внутреннего напряжения, двигательное беспокойство с агрессивными тенденциями, что можно было расценивать либо как постпсихотическую депрессию, либо как состояние нестабильной ремиссии, либо как нейролептическую дисфорию в рамках так называемого синдрома дефицита, индуцированного нейролептиками. Кроме того, больной отмечал вялость, психическую заторможенность, снижение инициативности, побуждений, индивидуальной продуктивности, темпов протекания психических процессов, эмоциональное оскудение. Подобные расстройства следует интерпретировать, по нашему мнению, в рамках вторичной негативной симптоматики. Наибольший дистресс вызывали экстрапирамидные и нейроэндокринные побочные эффекты в виде выраженного гипокинетико-ригидного синдрома, острой дистонии, увеличения массы тела, снижения полового влечения — мы просто об этом его не спрашивали, чтобы не травмировать его. В связи с этим больной категорически отказывался продолжать терапию или принимал эпизодами, что приводило к очередной госпитализации. Введение в схему

терапии сначала солей лития, а позже вальпроатов, способствовало постепенной стабилизации состояния пациента, и когда был присоединен сероквель пролонг, это была оптимальная комбинация препаратов, которая привела к успеху проводимой терапии.

Теперь по диагнозу. В настоящем случае необходимо проведение дифференциальной диагностики между атипичной, в понимании Жислина, формой биполярного расстройства с преимущественно маниакально-бредовыми фазами, с быстроциклическим безремиссионным течением на патологически измененной почве и аффективно-доминантным вариантом шизоаффективного расстройства. Ввиду отсутствия медицинской документации и скудных сведениях о первом психотическом эпизоде заболевания возникают трудности в квалификации состояния больного, достигшего степени бреда инсценировки, депрессивно-параноидного синдрома. Это приступ, который был в армии, с помрачением сознания. Либо это дебют, как вариант дебюта шизоаффективного расстройства, который достиг в своем развитии степени бреда инсценировки, депрессивно-параноидного синдрома. Либо же это случайная констелляция событий, которые наслоились одно на другое — лихорадка, тяжелые психотравмирующие обстоятельства, патологически измененная почва, крайнее физическое и эмоциональное истощение, что выразилось наслоением на основной шизоаффективный либо биполярный фон, как мы решим, псевдодемонных проявлений, и просто реактивный психоз, как бы два психоза вместе. Ответ на этот вопрос, по нашему мнению, многое мог бы прояснить, но, к сожалению, наверное, мы его не решим.

В плане лечения целесообразно продолжить прием нормотимической терапии, он получает вальпроаты в дозе 750 – 1000 миллиграммов, и антипсихотической — сероквель пролонг 800 мг. Наверное, будем снижать потихоньку дозы, под контролем состояния пациента, все-таки он не совсем хорошо переносит эту терапию.

**Ведущий:** Вы не сказали статус на сегодняшний день.

**Врач-докладчик:** Статус определяется состоянием формирования стойкой ремиссии с явлениями субдепрессии — заторможенностью, вялостью, сниженным настроением, но не достигающими степени выраженного депрессивного эпизода. Возможно, это как психологическая реакция, но он об этом вряд ли расскажет при таком собрании докторов, реакция на перенесенный приступ, плюс проблемы социального плана, плюс проблемы с супругой. И все эти эпизоды не могли пройти бесследно для психики больного, они, безусловно, что-то забирали каждый раз, пускай это было минимальное что-то, но все-таки какое-то снижение есть.

**Ведущий:** Ну, вы уже высказали концепцию. Пожалуйста, второй докладчик, Наталья Владимировна, что-то добавите?

**Врач-содокладчик:** Да. Постараюсь не повторяться, потому что со многим согласна. Сразу скажу, что, с моей точки зрения, здесь нужно производить дифференциальную диагностику между шизоаффективным расстройством и шизофренией шубообразной. Шизоаффективное расстройство — это в понимании школы Снежневского рекуррентная шизофрения. Есть отягощенная наследственность. Колебания настроения, которые начались с юношеского возраста, носили, по моему мнению, циклотимический уровень. Конечно, не вызывает сомнений, что заболевание протекает в виде приступов. Все приступообразные психозы всегда вызывают споры в научных кругах, куда их отнести. Если мы будем рассматривать структуру приступов, то можно говорить, что в развитии приступа прослеживается последовательность, которая была установлена нашими учеными. Шизоаффективные приступы, например, описал Т. Ф. Пападопулос в монографии “Острые эндогенные психозы”, описал с красочными примерами. То есть в приступе соблюдается последовательность — это инициальный этап общесоматических и аффективных расстройств, этап бредового аффекта, этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации, следующий этап фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации, этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации, онейроидное помрачение сознания — следующий этап, и иногда это доходит до аментивноподобного помрачения сознания. Развитие шизоаффективного приступа может остановиться на любом из перечисленных этапов, этим объясняется разнообразие клинической картины, полиморфность приступов, которые мы наблюдаем при, например, рекуррентной шизофрении.

Первый приступ в армии был расценен, как онейроидно-кататонический. Затем больной выходит, что характерно для рекуррентной шизофрении, в интермиссию, потому что он семь лет был вне поля зрения психиатров. У него были циклотимоподобные колебания настроения, но, в общем-то, все было нормально. Он женился, двое детей, социально адаптирован полностью, работает успешно. Последующие приступы протекали в соответствии с этими этапами. В 2010 году одна госпитализация, это как очерченный приступ. В 2011 году он несколько дней провел дома между госпитализациями, это можно просто расценить как один приступ — две госпитализации. В 2013 году, это тоже сложно судить, но как сдвоенные приступы, как приступы со смешанными аффективными нарушениями. Даже если думать, что это рекуррентная шизофрения, то смешанный аффект это всегда менее благоприятный прогноз. Настораживает появление в последнее время сведений о наличии вер-

бального галлюциноза. Сам больной это отрицает, и в отделении этого не отмечено. Но вербальные галлюцинации неоднократно описываются врачами и в приемном отделении, и врачами, которые осматривают его на дому, дежурными психиатрами.

Еще надо отметить, что здесь наблюдался такой эпизод терапии *ex juvantibus*, то есть длительная ремиссия в полтора года отмечалась на терапии модитеном-депо без нормотимиков, которая тоже нелогична, если мы будем ставить чисто шизоаффективное расстройство. Сложно здесь, потому, что непонятно, что мы подразумеваем под шизоаффективным? То ли это по МКБ-10, то ли это рекуррентная шизофрения по Снежневскому... И, конечно, наблюдается еще депрессивно-бредовое состояние по одной из историй болезни, которое также купировалось без применения антидепрессантов, только назначением нейролептика, и уже после выхода назначались нормотимики. Это тоже, как терапия *ex juvantibus*.

Да, я забыла отметить, что если после первого приступа у пациента была интермиссия, то в последующем, после поступлений в 2010 году и в 2011 году, по данным, главным образом, от жены, у него появляются изменения в эмоционально-личностной сфере. Когда он перестал интересоваться семьей, детьми, практически постоянно жил у родителей, сам провоцировал какие-то скандалы. Она очень переживала, что он изменился, он стал не таким, каким был раньше.

И существует такая концепция, я читала об этом, что кроме типичного рекуррентного и приступообразного течения болезни, выделяется промежуточная приступообразная шизофрения с двухэтапным течением. В общем здесь можно говорить о промежуточном типе течения. Первый приступ был с выходом в хорошую интермиссию, мы не можем сейчас отследить, были там какие-то элементы дефицитарной симптоматики или нет, может быть, какие-то минимальные были. Но последующие приступы, то, что мы сейчас видим, это все-таки выход в дефект, степень выраженности которого можно будет оценить чуть позже. Вот почему диагноз шубообразная шизофрения тоже звучит.

**Ведущий:** Какие Вы можете дать терапевтические рекомендации, как его лечить? — *Терапевтические рекомендации — это нейролептики и нормотимики — Все равно? — Да, все равно. Потому что ремиссии, которые у него, они все равно с циклотимическими колебаниями.*

**Ведущий:** Спасибо. Пожалуйста, два доктора высказали свои позиции, очень близкие позиции, но есть некоторые различия. Пожалуйста, кто хотел бы принять участие в дискуссии.

**И. П. Лещинская.** Я видела его в санаторном отделении, к нам его дважды переводили, уже в течение приступа, в гипертимном состоянии. Но что настораживало? Что ни он, ни папа критики абсолютно ника-

кой не имели к состоянию. Установки на амбулаторное лечение практически не имели. Основное желание у папы было, чтобы он мог учиться, работать и так далее. Перед выпиской, мы отпустили его домой в отпуск, и он возвращался в прекрасном состоянии, но когда он выписывался, его возврат, я думаю, был в какой-то степени обусловлен еще и тем, что он нарушал прием лекарств, это раз. И второе, я тоже склоняюсь в сторону приступообразно-прогредиентной шизофрении. Потому что приступы смешанные, начинаются с аффекта, но потом вылезают вещи, свойственные чисто шизофреническим приступам, обусловленные какими-то элементарными нарушениями мышления, которые выявляют психологи. То есть на высоте аффективного приступа эти шизофренические особенности очень ярко выражены, и поэтому сказать, что это чистый приступ, как в нашем старом понятии, рекуррентный или периодический, трудно. Поэтому мы склоняемся к диагнозу приступообразно-прогредиентная шизофрения.

Сейчас он, конечно, в субдепрессии, но если его начать из нее выводить, начать давать антидепрессанты, то боюсь, он опять выйдет в манию, и снова будет у нас в больнице. Поэтому тут вся сложность в этой коррективке. Но мне кажется, что тут нужна и семейная терапия, работа с родственниками, чтобы они, наконец, поняли, что он не совсем здоров, что нуждается в лечении, что есть некие ограничения в жизненных потребностях...

**А. А. Глухарева.** Мне кажется, что это больной с аффективной патологией, она является ведущей, и ведущей была всегда. И это циклотимоподобные колебания с пубертата, когда была гипомания с психопатоподобным поведением. Я согласна, что первый приступ — это такой псевдодемонный эпизод, а дальше всегда ведущим является аффект. Это длительные мании, на высоте которых большие психотические мании, которые потом переходят в депрессии разного уровня. У него и сейчас статус субдепрессивный. И мне кажется, что это больше больной с биполярным течением, с длительными маниями и с менее выраженными депрессиями. А что касается изменений личности, будем надеяться, что преобладание аффекта даст минимальные изменения. И это не маниакально-бредовый статус, это мания с конгруэнтным аффекту маниакальным бредом. Другое дело, что мании большие, психотические, но как только уходит аффект, то уходит и приступ, купируется. И основная терапия тут — большие дозы нормотимиков. Он получает еще сероквель пролонг — это не очень сильный антипсихотик, и доза 800, 900, 1200 мг для такого больного вполне адекватна. И, кстати говоря, наличие антидепрессантов может спровоцировать маниакальный приступ, поэтому основная терапия здесь все-таки нормотимики. Спасибо.

**Л. З. Волков.** Да, доктора говорили о нозологии, тут вот прозвучало — рекуррентная и шубообразная

шизофрения. Если говорить о рекуррентной шизофрении, она все-таки должна быть более четко очерчена. Но был онейроид или нет все-таки? Мы так и не услышали. Хотя бы инсценировка настоящая была развернутая или нет? Я не услышал. Тогда это все-таки ближе к рекуррентной периодической. Шубообразная потому, что легче поставить, вероятно, и тактически правильнее было бы, потому что вот эта мания всегда прогностически не радует, всегда она дает довольно плохой прогноз.

**М. Е. Бурно.** Благодарен докладчику, доктору Роману Николаевичу, за подробную историю болезни и анализ случая. Согласен, что по МКБ-10 можно поставить “биполярное расстройство”. Но академически для меня это шубообразная шизофрения Снежневского. Андрей Владимирович описал ее во всей её клинической стройности, но, к сожалению, она осталась только пока у нас в России, в нашей ещё клинической классической психиатрии, как, убежден, классическая форма шизофрении. Но поначалу хотелось сказать как раз о том, о чем Борис Дмитриевич уже сказал — об этих клинических проявлениях, которые никакими приборами не уловишь, не измеришь. О том, как эти клинические проявления усмотреть и описать достаточно отчетливо, убедительно в истории болезни. Вот пациент сидит перед нами. Мы видим молодого человека 28 лет, у которого в жизни произошла катастрофа. У него двое детей, а он все по больницам и по больницам. И все лечится тяжелой психофармакологической “артиллерией”. А он сидит себе перед нами без тени озабоченности своим положением, своей, в общем, надломленной жизнью. Нет в нём тревожного живого участия в беседе с профессором, нет, пусть немой, но заметной, просьбы помочь как-то ему. Это, по всей видимости, обусловлено душевной разлаженностью, схизисом, он же не слабощен. Тут — блейлеровское расщепление, одновременное сосуществование противоположных, взаимоисключающих мотивов, душевных движений без борьбы и без понимания противоречивости. Гипомимичный, однотонный, вяловато безразличный, почти не жалуется, хотя ему сейчас как уже говорилось, всё же невесело. Схизис проявляется и в том, что — об этом хорошо говорилось — пациент неявно понимает, болен он или не болен, во всяком случае, в этих его приступах. В этих приступах он чувствует себя, как он говорит, по-настоящему самим собою. Вот в этом психотическом маниакальном счастье. Удивляется, почему ему говорят, что он в это время болен. Он в это время себе самому нравится. Не понимает, что происходило вокруг, не понимает, что это проявление болезни. Потом, в беседе, он соглашается, что да, это больное, но почему, не может толком объяснить. Не может объяснить даже сейчас, в постпсихотическом состоянии. Я уже не говорю об остром психозе. Больной, перенёсший острый приступ при рекуррентной шизофрении или нешизофренический психоз, обыч-

но понимает, в чем состоит его болезнь. И вот эти его агрессивно-маниакальные приступы, согласен, атипичные, потому что звучит в них, пусть не ярко выражено, но звучит инсценировка, это мы слышали. Потом, вот этот Максим. В сущности, он сам говорит о том, как он душевно, духовно продолжает в себе своего брата Максима, которого мама хотела родить. Это же парафренная сказочность, которая здесь вплетается мотивом, и мы видим здесь именно шуб. Шуб состоит из разных шубных картин — и аффективных, и парафренных, и инсценировка здесь звучит. И после этого острого психотического состояния остаётся вот эта постпсихотическая вялая грусть, эта сонливость, нет интересов, скучно жить. Он как-то старается поднимать себя к жизни, оживлять, в том числе, игрой с детьми в игрушки, как рассказывает. Но рассказывает однотонно, постно, не оживляется при этом, и это тоже все выглядит весьма схизисно, да. Ну, а с детства идут, как это бывает в таких случаях, вот эти психопатоподобные расстройства с бродяжничеством, алкоголизациями. Это инициальный этап, а с 16 лет пошли уже шубы. Приступы, которые точнее, по-моему, называть “шубы”. Согласен, что тут есть привходящие, утяжеляющие картину болезни включения. Да, конечно, органически неполноценная почва и семейные конфликты могли утяжелять заболевание. И в заключение. О лекарствах говорилось достаточно, а вот в постпсихотическом состоянии, в прибавку к лекарствам возможно было бы пациенту помогать психотерапевтически, специальными — я сейчас об этом не имею возможности подробно говорить — клиническими приемами терапии духовной культурой, творческим самовыражением, усиленным изучением картины своего психоза для лечебного творчества и укрепления критики к болезненному. Оживляя его душу, пытаясь таким образом вселить смысл в душу. Семейная психотерапия также уместна тут. Спасибо.

**Ведущий:** Спасибо. Я, прежде всего, хочу поблагодарить докладчиков, доклады были качественные, на высоком уровне. И поскольку в зале есть интерны и ординаторы первого года, я объясню несколько дифференциально-диагностических вещей.

В выступлениях всех докладчиков просматриваются две концепции. Одна концепция — речь идет о шизоаффективных психозах, близких к шизофрении, шизофренических психозах, мы их называли рекуррентные, периодические. А вторая концепция — речь идет о шубообразном. Если взять шубообразность по разработке школы Снежневского, то для шубообразности требуются два диагностических критерия. Первый — что каждый психоз оставляет изменения личности, психопатоподобные, шизофренические изменения, они должны нарастать от приступа к приступу. Это один вариант, когда не ищут ничего в структуре, а ищут изменения личности и проявления негативной симптоматики. И второй вариант, когда в самой структуре острого психоза появляются психо-

тические расстройства из другого регистра шизофрении — параноидной шизофрении. В шизоаффективной структуре психоза появляются не только чувственные моменты, но и интерпретативные. После выхода из острого психоза у больного формируется критическое отношение к болезни, а ко всему, что было интерпретативного, критики не появляется. И врачи, расспрашивая больного о структуре психоза, ищут, к чему критичен больной, а к чему не критичен в болезни. И если она является калькой редуцированного, но не критичного бреда, или есть какие-то проявления параноидного регистра, какие-то переживания персекуторного характера, тогда речь идет о том, что в самой структуре психоза уже находится неблагоприятный компонент, который говорит о том, что заболевание будет протекать приступообразно-прогредиентно, и вообще, в длительном прогнозе заболевание будет превращаться в непрерывно текущее. Здесь всех смутило, что больной в течение трех лет как бы непрерывно болен, и это вызывает ощущение перехода приступообразного в непрерывно текущее течение, и чаще всего возникают ошибки на этом основании.

Но давайте для того, чтобы анализировать болезнь, начнем со статуса. Статус субдепрессивный. Но я хотел бы обратить внимание, что это не просто субдепрессия. Первый признак, который он высказывает в своей жалобе, называется аллопсихическая деперсонализация, то есть чувство собственной измененности. Он говорит о вялости и слабости, он совершенно критически оценивает свои возможности: он хотел бы работать, но не смог. Почему? С одной стороны, потому что он изменился до такой степени, что не уверен в себе, все время ищет ошибки, боится их совершить, и поэтому его самокопание не позволяет ему реализовываться как сотруднику. Второе, он говорит о том, что эмоции настолько изменены, что он пытается читать шутки, анекдоты в Интернете, но никакого эмоционального резонанса, отклика он не получает, хотя понимает, что это должно его развеселить. Это говорит о чувстве собственной измененности. Аллопсихическая деперсонализация — это свойство аффективных нарушений, депрессии. Мы, конечно, не видим депрессию в типичном варианте, мы видим вяло-апатический компонент, который связан с двумя моментами. Он получает достаточно высокие дозы нейролептиков — сероквель в дозе 800 – 900 мг, и это антипсихотический седативный компонент. И амимичность лица, и немигающий взгляд говорят о том, что больной находится под нейролептиками, и добавляется этот вяло-апатический компонент. Трансформация депрессии происходит, даже витальной, тревожной, во время применения нейролептиков, она всегда переходит в вяло-апатический компонент седативного характера, любой нейролептик дает седативный эффект. Поэтому на сегодняшний день, оценивая статус, я бы сказал, что речь

идет о чисто аффективном расстройстве. Это по статусу больного, а все остальное мы начинаем анализировать — его критичность, его понимание болезни, его отношение к болезни.

Мне кажется, что он достаточно нас убедил в том, что он полностью критичен к болезни. Он сказал: “Я допускаю, что это связано с переутомлением, я много работал, желал достичь какого-то успеха, семье помочь”. Переутомление как фактор заболевания мы могли бы тоже учесть, здесь прозвучали и психореактивные, и органические компоненты. Любой человек ищет причину своих заболеваний. И он, как и другие, ищет причины, которые могли бы способствовать, провоцировать его заболевание. Но ни разу не прозвучало, что он ищет что-то “другое”. Я провоцировал его на это: “Может, кто-то вам навязал, заколдовали, внушили, воздействовали”. Нет, “это мое заболевание, это мой приступ”. И даже на высоте развития психотического приступа у больного именно с резидуально-органическим заболеванием есть ангуляция. Ангуляция психотических расстройств от высоты до снижения, это бывает даже в течение часов, суток. Больной может достигать самого высокого развития психоза, и потом в течение нескольких часов происходит снижение. Так вот, в эти моменты снижения он сам обращается в психиатрическую больницу, он сам приходит в милицию и просит доставить его в психиатрическую больницу, так произошло в Торжке, так произошло в Сочи. Значит, речь идет о том, что в течение суток происходит ангуляция психоза, и любое ослабление вызывает у него критическое поведение, критическое отношение, он сам себя спасает, обращается в психиатрическую больницу. Он нам говорит о том, что принимает лекарства, потому что боится повторения приступов, которые его приводят в больницы, он говорит: “Я настолько об этом беспокоюсь, что я сейчас не прекращаю прием лекарств”. Поэтому мы должны говорить о том, что у него полная критичность к своему заболеванию, это высокий уровень прогностического характера, благоприятный вариант, когда больной приходит к критическому отношению к своей болезни.

Когда мы ищем негативную симптоматику в том, что изменилось поведение в семье или изменилось отношение к детям, мы должны учитывать, что человек находится три года в болезни. Я бы сказал, что он не выходит из психоза, речь идет о континуальном биполярном течении психотических расстройств разной степени выраженности в течение последних трех лет. То есть 2010-й, 2011-й, 2012-й, 2013 годы — бесконечные госпитализации, семь госпитализаций, — это возможно, когда речь идет о затяжном психозе с разной степенью выраженности, потому что больные находятся на постоянном лечении.

В лечении происходят определенные инверсии. Какие? В ряде случаев вы выписываете из больницы больного, который внешне упорядочен, но внутренне

испытывает особую энергию, особые силы, и у него очень много желаний. Больной получает нейролептики, они вызывают седацию, и моторно больной неактивен, а внутренние переживания остаются маниакального характера. Его идеи, желания остаются нереализованными в двигательном плане. И вот больной выписывается, снижает дозы нейролептиков или отказывается от лечения, и появляется уже и моторная активность, и он начинает реализовывать, как он это называет, “навязчивые идеи”, но никаких навязчивых идей нет, есть просто буря желаний и развлечений, которые должны у него реализоваться. Врачи на это мало внимания обращали, они больше внимания обращали на упорядоченность его поведения, на отсутствие психомоторного возбуждения, отсутствие скачки идей и отсутствие гневливости.

Теперь нам надо вернуться к самой структуре заболевания. Я вижу в структуре заболевания все этапы, о которых говорила Наталья Владимировна. Рассказывали об этапах по Попадопулосу, речь шла об аффективном, иллюзорно-бредовом, иллюзорно-фантастическом, и об онейроидном состоянии. Я думаю, что элементы аментивного здесь тоже были. Потому что это больной с резидуально-органическим заболеванием ЦНС, об этом говорит вся предрасположенность детского характера, непереносимость жары, духоты, укачивание в транспорте. Это почва по Жислину, который описывал атипичные психозы и шизофрению на фоне резидуальных органических заболеваний ЦНС. И я допускаю, что первый психотический приступ начинался с аффективных колебаний и был опять-таки затяжного характера. Потому что больной перестал интересоваться учебой, прогуливал занятия, не смог учиться, настроение было подавленным. Он обращается в военкомат, потому что ищет способ преодоления этого подавленного настроения, он в себе не уверен, неактивен, и думает, что армия ему поможет состояться как личности, он пытается армией себя исправить. Его привлекают на службу в субаффективном, субдепрессивном состоянии. Но в армии меняется состояние, превращается в гипоманиакальное, и это протестное поведение с сослуживцами, замечания офицерам, которые не так воспитывают, и не так построена служба. Он не смог сдерживать свои замечания, и это приводит к конфликту. Но это уже начало биполярного аффективного колебания, которое манифестирует большим психозом. И я думаю, что врачи в госпитале достаточно правильно описывают состояние, но это не псевдомемория, речь идет о кататонно-гебефренном поведении, когда больной неадекватно что-то делает в отделении. Это похоже на пуэрильное поведение, Ганзеровский синдром, когда больной принимает непивные продукты за пивные, в поведении все говорит о гебефренном компоненте кататонического возбуждения. И то, что часть амнезируется, связано с резидуальной органикой, которая является почвой,

потому что если больной доходит до стадии аментивных расстройств, а аментивные — это инкогеренция его мышления, то у больного часть переживаний амнезируется. И возможно на высоте кататонно-гебефренного состояния появляется аментивная составляющая, которая никогда уже не может быть воспроизведена.

То, что было в аментивном состоянии, никогда уже не может быть воспроизведено пациентом. Только по высказываниям больного, можно проводить дифференциальный диагноз между аменцией и аментивноподобным расстройством. Но для этого нужно было смотреть и описывать тот статус. Чем отличается аменция от аментивноподобных переживаний? При аментивноподобных переживаниях больной высказывает часть своих фантастических переживаний, и использует существительные, например, “война”, “атом”, “танки”, “космос”. У больного аменцией органического характера тоже инкогеренция мышления, больные кричат, что испытывают страх к болезни, и используются глаголы — “бежать”, “стрелять”, “лежать”, “спасаться” и так далее. И вот врач по этим фрагментам и определяет: распад фантастических переживаний — существительные, опасность собственной жизни — глаголы. Проводить дифдиагностику по внешней поведенческой форме врач здесь не может. Здесь амнезия говорит нам о том, что это было наиболее высокое развитие приступа, который в дальнейшем не достиг онейроидного состояния.

В дальнейшем развитии психоза уходит кататонический характер, и мы видим структуру депрессивно-параноидного приступа, который вернулся. Больной помнит армейскую часть — уже депрессивная паранойя. Почему? Потому что аментивная часть исчезает, и острой депрессивно-параноидной составляющей больной не помнит, но он помнит и говорит о том, что была инсценировка, кругом были подставные лица, которые должны его “расколоть”, что он нарушил присягу, и за это он должен понести наказание, его ждет суд. Как только снизился уровень психоза, эту составляющую больной полностью помнит, но он критично рассказывает о том, что он испытал.

В дальнейшем мы также можем найти депрессивно-параноидные переживания в структуре, когда по пониженному настроению идет депрессивная паранойя. Но в одном из психозов у него были экспансивно-парафренные переживания. Если бы речь шла о парафрении, которую мы видим при приступообразной форме, мы бы нашли элементы конфабуляторные, может быть, галлюцинаторные, и сказали бы, что в парафренных переживаниях есть элемент галлюцинаторного характера. Есть еще системная парафрения, как отдаленный этап параноидной шизофрении. А экспансивная парафрения протекает на чувственном уровне. Он ходит по городу, он чувствует свои необыкновенные силы. Он и при первом психозе говорил, что он один закрыл границу, что один смог

обеспечить охрану границы страны на большом протяжении — это его возможности и его силы. Он чувствует свою силу, миссию. И при наведении порядка в городе, он соответственно себя ведет, он вовлекается и восстанавливает там порядок, призывает молодежь к правильным формам поведения. Значит, это очень выраженный чувственный компонент ощущения окружающего мира, восторга от собственных необычайно высоких возможностей. И это нам говорит о том, что шизоаффективный психоз достигает любого уровня, и онейроидный, экспансивно-парафренный, который уже является иллюзорно-фантастическим бредом, и иллюзорно-бредовая инсценировка, которая является депрессивной паранойей. То есть на этом случае мы видим, что шизоаффективный психоз может быть у одного больного совершенно разной структуры.

Но при этом, у больного после армии очень хорошая ремиссия — семь лет — это интермиссия. Он не получает никакого лечения. Он живет полноценной жизнью. Он в 23 года создает семью, работает, обеспечивает достаточно высокое качество жизни своей семье, заботится о жене и детях. Жена говорит о том периоде, что он был очень любящим, внимательным, заботливым. Мы не нашли после первого приступа никаких изменений личности у пациента. Мы не находим ничего, что говорило бы об изменениях его мыслительного процесса, элементов нелепости, алогичности поведения, психопатоподобных элементов.

Сейчас оценивать возможные изменения у больного в бесконечном маниакально-депрессивном психозе, — это нереально, потому что его поведение нарушено, человек охвачен своими переживаниями. Он не может уделять ни семье, ни детям достаточно внимания, на что жалуется жена. Но при ослаблении симптоматики после выписки из больницы он сразу же пытается идти на работу. Как только он выписывается, он идет в ресторан работать барменом. Заниженная оценка на сегодняшний день самого себя не позволила ему продуктивно работать барменом. Но идея остается та же: “Я нужен детям, я должен обеспечить, я должен помочь семье, мне нужна работа, я хочу пойти учиться, чтобы функционировать”. Ничего нелепого, вычурного, непонятного мы в его поведении не находим.

Опасность заключается в том, что если затягивается заболевание, то, конечно, есть очень высокий риск и желание поставить таким больным параноидную форму шизофрении. Тут нас пытались убедить, что и галлюциноз присутствовал. Но даже если галлюциноз присутствовал, он был в структуре его переживаний аффекта, и ничего не менял в шизоаффективном прогнозе. Потому что если голоса хвалили и говорили о его величии, или голоса его обвиняли в чем-то, это соответствовало его аффекту, и это не мешает шизоаффективному прогнозу.



Еще на что требуется обратить внимание. Речь идет не о шизоаффективном психозе, который близок к маниакально-депрессивному психозу, а о шизоаффективном психозе все-таки шизофренического характера. Это его наследственная отягощенность. На сегодняшний день генетика такова, что во всей популяции мира 1 % больных шизофренией, в России говорят о 2 %, но если есть больные шизофренией по прямой линии, то риск достигает 7 %. Если принять во внимание, что дедушка по прямой линии был психически больным, то повышается риск заболевания, генетического заболевания шизофренией.

Диагностически я согласился бы с первым докладчиком: речь идет о рекуррентной шизофрении, затяжной, континуальной. Затяжное, континуальное течение, объяснения резистентности и атипичии связаны с резидуальной органикой.

Теперь я хотел бы акцентировать ваше внимание на терапии, на ее эффективности. Если опять-таки говорить об атипичных психозах по Жислину — это и почва, и континуальное, затяжное течение, то мы должны были бы предполагать, что у него будет плохая переносимость нейролептиков. Если взять его детские вегетативные эпизоды, среди них отмечались и субфебрильные эпизоды. Острый психоз в армии у него тоже сопровождается фебрилитетом. Я думаю, что ему повезло, что в госпитале его правильно лечили, потому что здесь большой риск развития фебрильных психозов, когда есть острое начало плюс фебрилитет. У него первый психоз с точки зрения непереносимости был очень опасен. Почему? Потому что предшествовало аффективное колебание, потом фебрилитет, и потом острое развитие психоза с быстрым достижением кататонического уровня. Но, вероятно, инфузионная терапия шла с транквилизаторами, никакие нейролептики там особо не звучат, то есть было правильное, хорошее лечение, и психоз завершился достаточно хорошо.

А в дальнейшем, я не хотел бы, чтобы это прозвучало упреком, но современная концепция говорит о том, что больной с плохой переносимостью препаратов должен преимущественно лечиться монотерапией. А здесь в его терапии огромная нагрузка. Нейролептики обычного характера он не переносит, возникают острые дискинетические расстройства — выпадение языка, острый тремор и др., потом идет хронификация синдрома, потому что он заторможен, постоянная скованность лицевых мышц, и он может находиться только на корректорах. Типичные нейролептики он переносит плохо. Мы видим органическую почву, мы видим плохую переносимость типичных нейролептиков, и мы готовы проверять его неврологическую устойчивость. С одной стороны, мы назначаем ему типичные нейролептики, а с другой стороны, больной постоянно получает одновременно атипичные нейролептики, там звучит азалептин,

зипрекса, сероквель. И мы, значит, проверяем его метаболические возможности.

Он на самом деле уже не выдерживает, потому что обычно худой человек — 29 лет это не возраст, когда люди полнеют — поправился на 17 %. При приеме зипрексы и других атипичных нейролептиков 9 % прибавки веса в год — это уже много, это уже опасность метаболических расстройств. Они дают повышение веса, которое идет по абдоминальному типу, это то, что свойственно побочным эффектам нейролептиков атипичного ряда. Напоминаю о последнем предложении, чтобы в российские протоколы обязательно внести измерение индекса массы тела. Нарастание индекса массы тела — это как преддиабетическая стадия, а потом начинается диабет второго типа. Но он уже идет по этому пути, потому что с 85 килограммов в течение года поправился на 15 килограммов — это очень большое повышение. Врачи должны обращать на это внимание.

И можно ли вообще говорить о том, что вся наша терапия, которая проходила, была эффективна? Трудно упрекнуть врачей, потому что врачи делали все возможное, для того чтобы остановить биполярное континуальное течение, когда один аффект переходит в другой аффект, и это сопровождается определенными бредовыми переживаниями. Но какие можно ошибки отметить? В первые годы (2011 год) ему назначают 600 мг лития, седалита, — это неадекватная доза. Потому что в крови должно быть лития от 0,6 до 1,2 мг в промилле, а достигнуть этого можно при назначении минимум 900 — 1200 мг лития, а 600 мг — это бесполезно, это имитация нормотимической терапии, на нее нельзя было рассчитывать. Были попытки назначения вальпроата, карбамазепина, но это нормотимики, которые не оставляют возможности стабилизации больных. И врачи назначают модитен депо, галоперидол деканоат и все виды типичных нейролептиков.

Что с точки зрения хронобиологии? Мы видим, в начале хорошую интермиссию, и полное отсутствие какой-то стабилизации в течение последних двух-трех лет. Что было принято для таких больных в советский период, когда лечение было более дифференцировано, и не совсем верили в нейролептики, оставляли альтернативные формы терапии? Этот больной по континуальному длительному течению попадал в подгруппу, которой нужно было проводить инсулинокоматозную терапию. Шизоаффективные психозы очень легко поддавались психофармакотерапии, и редуцировалась вся симптоматика, но если в течение года было два-три приступа, то было одно спасение — проведение инсулинокоматозной терапии для изменения хронобиологической последовательности этих психозов. Но у этого больного как раз континуальное течение болезни, идет все время обострение аффективно-бредового состояния, и нейролептики только могут упорядочить поведение и придавить аф-

фект, не возвращая больного к глубокой интермиссии. Поэтому ему показано инсулинокоматозное лечение на стадии, когда больной уже не в психозе, а в субдепрессии.

Но это не вторичная, не нейролептическая депрессия, это называется постпсихотической депрессией, потому что она исходит из психоза, она не завершилась. На этой стадии проводится инсулинокоматозная терапия. А когда больной находится в острой стадии, маниакальной или депрессивно-бредовой стадии, то в период остроты предлагается и предлагалась электросудорожная терапия. И этот больной на высоте маниакально-депрессивной паранойи мог бы давно получать электросудорожную терапию для обрыва затянувшегося психоза.

Инсулинокоматозная терапия — это продолжение изменения хронобиологии, изменение прогрессивности и более глубокие ремиссии, а если речь идет о затягивании психоза, то лучше, чем электросудорожная терапия, никто в мире ничего не придумал. И везде, в каждой европейской психиатрической больнице есть электросудорожная терапия, американские клиники используют электросудорожную терапию, и в этом правы. Но, я думаю, что вы шоковые методы не будете здесь проводить, потому что инсулин все забыли, аппарата для проведения электросудорожной терапии нет в больнице. Поэтому для больного ничего другого нет, кроме лечения лекарствами.

Я хотел бы отметить, что сероквель для больного оказался более адекватным, чем, например, зипрекса, потому что зипрекса больше связана с повышением веса и более опасна. А сероквель как нейролептик вызывает меньше побочных эффектов. Мы видим немигающий взгляд, амимичность лица, больной несколько скован, сонлив, что является действием любого нейролептика, но мы не видим ни экстрапирамидных побочных эффектов, ничего другого. Больной с помощью диеты, физических упражнений похудел на пять килограмм, принимая сероквель, и не поправляется. То есть мы можем считать, что метаболические нарушения были связаны с приемом зипрексы, а не сероквеля.

И доктора здесь говорили — а что же делать? С одной стороны, мы видим, что депрессия не завершается, что нужен антидепрессант, а если мы назначим ан-

тидепрессант, есть опасность инверсии, возвращения маниакального состояния. Если держать на большой дозе нейролептиков, то будет затягиваться вяло-апатический компонент затяжной депрессии, которой он будет завершаться. И мы попадаем в ситуацию, когда не можем сейчас ничего предложить, чтобы быть уверенными, что это будет глубокая и полноценная продолжительная ремиссия. Можно держать на сероквеле и год, и два, и три, больной не будет полноценно функционировать, но, может быть, не будет и психоза. А может его биологический ритм все равно пробыть этот нейролептик, потому что пробивал и на более сильных нейролептиках, которые получал больной. Поэтому рассчитывать на то, что мы предлагаем какую-то особую схему, трудно.

Но мы должны вернуться к попытке удержать больного на уровне высокой нормотимической терапии, которую вы сейчас проводите в адекватной дозе, у вас вальпроат натрия идет, и литий, да? — *Без лития.* — Но вы не должны делать никаких попыток снижения препаратов, пока у вас не будет полной уверенности. И если литий, то уж в терапевтическом регистре, то есть 0,6 – 1,2 мг/промилле в крови. И попытка уменьшения нейролептической нагрузки должна быть очень медленной, постепенной. Может быть, получится, что его тенденция к инверсии аффекта будет сдерживаться литием, а нейролептик немножко уменьшает возможность, он доведет до нормализации. Нельзя совершать никаких резких действий в данном случае, не имея нормотимического прикрытия для этого пациента. И все равно придется это делать, потому что он не функционирует качественно. Назначение антидепрессанта очень рискованно, конечно, и я тоже не могу однозначно порекомендовать антидепрессант, потому что инверсия аффекта в течение этого приступа происходит очень часто. Поэтому вариант — уменьшить нейролептическую нагрузку, и создать нормотимический фон. И терапия должна проводиться очень осторожно, нужно проводить ежегодный, ежемесячный контроль метаболических нарушений, эндокринный контроль, смотреть индекс веса.

Я еще раз хотел бы поблагодарить докладчиков и всех врачей. Спасибо.

# ПСИХОТЕРАПИЯ

## К амбулаторной терапии творческим самовыражением в психосоциальной реабилитации хронических больных шубообразной шизофренией (многoletний опыт работы)

М. Е. Бурно<sup>1</sup>

Автор полагает, что разработанный им и его последователями психотерапевтический (но без психотерапевтических техник) метод терапии творческим самовыражением (не арт-терапия), приспособленный (в том числе, и в своих кратких, более простых формах) для помощи тяжёлым хроническим больным шизофренией, существенно помогает им обрести своё сильное содержательное творческое вдохновение, жизненную активность, даже общественно-полезную тропинку, а то и дорогу. Психотерапевтические техники, по мнению автора, такими пациентами обычно не воспринимаются и мало им помогают.

**Ключевые слова:** параноидная (шубообразная) шизофрения; терапия творческим самовыражением (М. Е. Бурно); психосоциальная реабилитация в психиатрии.

Тяжёлых хронических душевно больных инвалидов во всём мире, как известно, не стало меньше, нежели в наступившую 60 лет назад и продолжающуюся психофармакологическую эру [2, с. 364 – 366]. По собственному многолетнему опыту психиатрической работы, убеждён, инвалидов среди больных шубообразной шизофренией стало теперь даже больше. Пожизненное стандартное лекарственное лечение благополучно предупреждает новые шубы и приглушает постпсихотические неврозоподобные, психопатоподобные и аффективные расстройства. Оно приглушает приступы острой психотики, но ещё более ослабляет активность, душевную живость шубообразных пациентов.

Нынешняя развивающаяся во всём психиатрическом мире психосоциальная реабилитация, призванная лично оживить душевно больных инвалидов до возможной здесь активной человеческой жизни, например, вне домашнего дивана, несомненно, основывается, прежде всего, на массивной квалифицированной психотерапии. Во всяком случае, в отношении тех больных шубообразной шизофренией с выраженным дефектом, о которых здесь говорю. Но какова эта психотерапия? Это не психологические психотерапевтические техники: указанные пациенты, как правило, их не воспринимают. Это не рациональная психотерапия, порою неплохо помогающая многим шизотипическим пациентам, не психоанализ, способный здесь даже психогенно повредить. Это не амери-

канская аналитическая терапия (без раскопок детства), не арт-терапия в истинном смысле (то есть технически или иначе, но всегда не клинически, часто психоаналитически, структурированное лечение искусством и творчеством), не экзистенциальная психотерапия. Обычно немного толку здесь и от обычной гипно-суггестивной терапии. Думается, успех гипно-суггестивной или рациональной психотерапии (если он здесь присутствует) объясняется чаще не столько внушением или самим гипнотическим состоянием, или разумностью высказываний психотерапевта, сколько сердечной участливостью в голосе врача, медицинского психолога. По нашему опыту существенно и надёжно помогает этим пациентам лишь клиническая (резво-реалистически отправляющаяся от подробностей клиники) терапия духовной культурой, проникнутая особыми тёплыми земными отношениями между психотерапевтом и пациентом. Это, в частности, наша терапия творческим самовыражением [1 – 3, с. 480 – 496, 6] на основе классического эмоционального интимного психотерапевтического контакта [1, с. 132 – 158].

Что именно в клинической картине (в том числе, шубообразных пациентов) служит показанием к такого рода помощи и объясняет её? Думается, главное здесь для психотерапевта, работающего с этими больными (и, в том числе, с инвалидами), — это шизофреническая специфическая (наличествующая только у больных шизофренией), открытая более ста лет назад Эугеном Блейлером, личностная расщеплённость больных при известной здесь “шубной”, хотя и тоже расщеплённой, подвижной эмоциональности. Сего-

<sup>1</sup> Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

дня эту душевную расщеплённость чаще называют (практически во всех основных клинических психиатрических руководствах) — “утрата единства психических процессов” [4, с. 62 – 65], разнообразные расстройства “Я” [12, с. 236 – 239], что более или менее болезненно сказывается на всей жизни человека. Всё это, однако, не исключает способности к талантливым и гениальным открытиям, способности к вдохновению, смягчающему это расстройство единства, вдохновению, порою способствующего творческим открытиям. Целью психотерапии в реабилитационной западной психиатрии, как известно, является не лечение психотического и его корней, а психотерапевтическая помощь, укрепляющая хрупкую автономию “Я” [8, с. 154].

Как практически возможно в этом духе помочь пациенту? Убеждён, что вне вдохновения больной шизофренией, в сущности, не способен чувствовать себя лично истинно собою. Его “Я” раздроблено, порою мучительно, оно чувствуется-понимается пациентом хрупко-неопределённо, без надёжной опоры, с угрозой ещё более утратиться, и никакое лекарство лично не способно тут помочь. Помочь может лишь содержательное лечебное творческое вдохновение как светлая более или менее осознанная встреча с собою, несущая в себе свой смысл и свою любовь (в широком понимании). Думаю, что только по дороге творчества, терапевтической любви возможно пройти в разлаженную душу больного, собрать и осветить (хотя бы на время) его “Я” целительным вдохновением. Во всяком случае наша клиническая терапия творческим самовыражением (ТТС) по-своему воспитывает это вдохновение, о чём уже немало рассказано и в моих работах, и в работах других психотерапевтов, развивающих метод, создающих новые его варианты [5 – 7, 10].

Суть метода в двух словах состоит в посильном изучении (в разнообразном творческом самовыражении) с пациентами, более или менее, переживающими свою душевную неполноценность, — особенностей своей личности в сравнении с другими людьми (в том числе, со знаменитыми душевнобольными творцами прежних времён). Всё это происходит индивидуально или в уютной, полудомашней обстановке в группе. Постепенно пациенты учатся жить неповторимо по-своему, сообразно своим особенностям, во имя добра, проникаясь целительным вдохновением.

Здесь приведу лишь живые клинико-психотерапевтические примеры этой работы.

Немолодая пациентка, инвалид второй группы (ежемесячные инъекции модитена-депо в психоневрологическом диспансере по месту жительства) застенчиво, еле слышно, стучится в дверь моего кабинета. Она пришла, как обычно в нашу вечернюю студию целебной живописи в соседней комнате, зная, что я в это время после консультаций что-то записываю. Просит поговорить с ней — “в прибавку” к ежене-

дельной группе творческого самовыражения. Мне нужно ещё многое успеть сделать, и мы говорим стоя. Пациентка бессвязно что-то рассказывает мне о какой-то своей подруге, о подруге своей подруги (кажется, зачем мне всё это!). Рассказывает о том, как отругала одного из пациентов, с которым она в одной терапевтической группе, кажется, за то, что он не понял так, как она, стихотворение Мандельштама, другим дала по конфете, а ему пряник вместе с конфетой, и не может объяснить — почему. Ещё рассказывает о каких-то тоже малопонятных с точки зрения здравого смысла своих поступках... Что-то, тоже запутанное, — из её детства во Франции. Делаю вид, что слушаю, тепло киваю. Глядя на нас со стороны, можно подумать, что у нас происходит весьма содержательное общение. Когда пациентка прежде высказывалась в моей группе творческого самовыражения, часто выходила у неё тоже подобная “мешанина” с грубыми логическими соскальзываниями, сообщениями “мимо” поставленного в группе для всех вопроса — для ответа-размышления вслух. Вдруг в этом нашем разговоре в кабинете она широко улыбается, лицо светится. Просит разрешить ей приходить и в “чужую” группу. Загадочно благодарит и уходит.

На другой день эта пациентка приносит мне сложенный лист бумаги. Я уж привык к тому, что там набрано на компьютере что-то разлаженное о её жизни. Но вот она стала приходить в группы два раза в неделю, и с каждой неделей всё меньше разлаженности и в разговорах, и в текстах. Привожу недавний последний очерк с разрешения пациентки.

### Париж

*Приехали. Стоит наш дом, почти обшарпанный. Изгороди живой уже нет, витого плюща тоже нет. Серый. В окне девочка читает книгу. Окно приоткрыто. Словно из живых времён живут в антураже былых лет. Нечаянно будто бы само собой, не желая, ноги понесли к садику, который тоже пришёл в упадок. Всё заросло. Ничего не возделывается, ни за чем не ухаживается. Прошлое разнообразие и пышность форм сменило однообразие пустынно стоящих одиноких деревьев. Так мы проехали мимо, быстро промелькнули в окне силуэты серых зданий и приходящего в упадок садика и в окне в дуновении ветра отлетевших занавесках обнажился лик читающей девушки.*

*Ходила по парижским улочкам. Они существенно отличаются от тех, которые были в моей памяти сорок лет тому назад. Сорок лет это не мало. Сорок лет начало жизни. Сорок лет как будто ты ещё молодой. Появляется второе дыхание, второе — потому что возраст, второе — потому что зрелость. Я любила в детстве смотреть на парижские крыши в закате солнца и даже полюбила дом, стоящий на углу бульвара Сюше. Потому что он был похож на дом в*

*центре Москвы напротив Филатовской больницы на Садовом кольце, он был такой же готический, с остроконечной крышей. Когда я смотрела с балкона на парижские крыши в закатных лучах солнца, я вспоминала далёкую бабушку, которая осталась в Москве, которая меня воспитывала до шести лет. Первый вопрос Миши, когда мы приехали в гостиницу, отведённую нам на первых порах в доме торгпредства, это: где бабушка? Бабушки не было, и начиналась жизнь самостоятельная, вдали от всего привычного. И эта милая или не милая не могу понять, уху французская речь была для ребёнка не чужим языком, но непонятным, напевом, гортанным и всё-таки красивым и изящным говором.*

*Воздух в Париже. Ещё был парижский воздух, который я ощущала кожей, прозрачный, не густой, голубой, мягкий. Пропитанный ароматом духов и дорогого бензина, запахом пряной листвы (но это отдельная песня). Воздух, мягкий, обволакивающий, и как бы умеренный в своей густоте и влажности.*

С тех пор, как пациентка не пропускает индивидуальные встречи с лечащим врачом (индивидуальная ТТС), более частые занятия в группе творческого самовыражения, стройность её мыслей и чувств как бы “накапливается”, делается более отчётливой, одухотворённой. Этой вдохновенной стройности становится больше и в наших беседах. Поступки становятся более упорядоченными. Всё это происходит не только у этой пациентки, но и у многих других шубообразных больных. Это — при всём том, что наша пациентка часто говорит мне, что не хочется ей приходиться к нам, хочется уйти от нас учиться живописи у какого-нибудь известного художника или писать диссертацию по немецкой философии под руководством какого-нибудь известного философа. Всё обещает уйти и не уходит.

Если у наших пациентов более или менее ярко пробивается “шубная” психотика с подъёмом настроения, которую участковый психиатр смягчает, гасит нейрорептиками, они становятся особенно интересными, живыми, тонкими. К нашему удивлению оказывается, что они так подробно и творчески, по-своему, усвоили психотерапевтические занятия в ТТС, рассказывают, какие именно особенности характера какому способствуют творчеству, как возникает вдохновение. Так убедительно поясняют, почему именно эти психотерапевтические занятия им существенно помогают жить в болезни, что в случае очередного спада настроения уже не сомневаешься в том, что для них важно и в молчаливой угрюмости пребывать в группе: лечение всё равно идёт, в самом тяжёлом ухудшении состояния, даже в пропитанной нейрорептиками душе могут храниться дремлющие одухотворённо-творческие богатства.

С нашей ТТС неразделимы особые человеческие отношения с эндогенно-процессуальными пациентами,

отношения (особый эмоциональный контакт), о которых упомянул выше и много писал прежде. Самое трудное здесь даже не искренне-дружеский интерес к душевному, духовному миру пациента, а искренняя психотерапевтическая способность открыть пациенту (с известной дистанцией) и свой собственный мир. И это только для эндогенно-процессуальных больных. Так пациентка, живущая в другой стране (мы никогда с ней не виделись, и только переписываемся), на многолетнем опыте своего общения с психиатрами пишет следующее важное тут для нас (с разрешением опубликовать).

*“Самораскрытие психотерапевта даёт тебе почувствовать его (психотерапевта — М. Б.) по-настоящему своим, родным человеком, которому можно довериться даже в постыдном. И ещё — какое-то удивление, ты глубоко тронут, что психотерапевт так доверился ТЕБЕ... Вот, именно потому пациенту становится легче, когда психотерапевт делает такой шаг. Значит, я не такой уж плохой! Раз мне можно такой секрет открыть! (Моя последняя книга [3], полагаю, — и для подобной помощи пациентам — М. Б.). А при соприкосновении с психоаналитической нейтральностью возникает просто страх — значит, напротив сидит не чуткий человек, а холодная безразличная стена, за которую ты никогда не проникнешь. Теряешь надежду, что тебя вообще можно понять и принять — как и всю твою жизнь. Значит, спасенья нет и быть не может. К тому ещё подозрение, что ты что-то не так сделал, вообще какой-то “не такой человек... дурак, что ты тут ищешь”. Наконец, эта милая женщина поясняет нам, почему она (“как и такие, как я”) нуждается именно в “психотерапевтической любви”. “Мне очень трудно — во всех отношениях — находиться постоянно близко рядом с любимым человеком. Это порождает во мне постоянный стресс, тревогу. В больнице легче поэтому: это не близкие, не родные. А за близкого я чувствую ответственность, которую нести мне слишком тяжело. За всю жизнь я еле научилась хоть как-то справляться сама с собою, но семья для меня — источник всего дурного. В семье я дурной становлюсь”. А в “психотерапевтической любви” психотерапевт любит пациентку за то, что она больна, страдает, любит за её творческую душу (эти пациенты практически всегда творческие люди). Он душевно-искренне помогает ей быть одухотворённо-творческой собою, “не заталкивает в постель “принцессе Несмеяне мужчины не хватает”. И “тогда обретаешь в психотерапевте созвучную душу и утешение, что и без половой жизни человек — человек”.*

Мы видим, как всё это, в большой мере, противоположно психоанализу.

Конечно, в группе творческого самовыражения среди несомненно одарённых (при всей разлаженности) пациентов сидят тоже дефензивные пациенты, но с несложной душой (впрочем, как правило, тоже

по-своему творческие). Нередко они не высказываются, не размышляют вслух в ответ на поставленный вопрос. Но просят разрешить им приходить и приходить в группу, поскольку наполняются в ней “живой светлой жизнью”. Им хорошо быть все 2 – 3 часа среди “таких необыкновенных людей” (“Я с ними вместе! Вот какая я!). Некоторые пациенты именно в группе творческого самовыражения (среди слайдов, бесед о характерах) открывают свой смысл жизни, начинают находить свой путь к Богу, так же своеобразны их душевными особенностями.

В группе творческого самовыражения (10 – 12 шубообразных пациентов), сообразуясь с клиникой, личностным состоянием, настроением пациентов, возможно обсуждать сложные характеры писателей, художников, композиторов, учёных. Многие пациенты удивительно тонко понимают логику сплетений характерологических нитей, чувствуют личностную почву. Пусть это происходит раздраженно-напряжённо, пусть вопиющее противоречие, бурное несогласие по поводу почти каждого вопроса потрясает гостиную, но главное для нас поиск. Именно он оживает, уточняет индивидуальность целительным вдохновением. Вместе с этим для менее подготовленных пациентов разбираем характеры героев народных сказок, характеры героев произведений Милна [11]: Пух, Пятючок, Ослик, Сыч и “все-все”, характеры трав, плодов и деревьев, как это остроумно предлагает Людмила Дмитриевна Протасова [10, с. 549 – 553], характеры цветов в специальной (важной и для живой практической работы не только этим) диссертации Инги Юрьевны Калмыковой “Психотерапевтическое повышение качества психической жизни больных шизофренией с переживанием своей неполноценности” (2010).

По обстоятельствам работы эти курсы терапии творческим самовыражением могут быть длительными и короткими (хотя бы одна встреча в группе или наедине), занятие может продолжаться от 20 минут до 3-х часов. Однако хороший стойкий психотерапевтический результат, конечно же, требует неспешной продолжительной работы.

Творческие переживания продолжаются у пациентов и после группового вечера. Человек всё яснее чувствуется-понимается в душе творческим самим собою со своим, пусть самым скромным, общественно-полезным предназначением в жизни. Некоторые пациенты решаются теперь и на небольшую денежную подработку к пенсии. Уже хочется ещё более усилить, обогатить творческое самовыражение, вдохновение частью в Психотерапевтическом реалистическом

театре-сообществе сотрудника Кафедры и Диспансера канд. мед. наук Инги Юрьевны Калмыковой [9].

Сегодняшняя жизнь, нынешние трудные психиатрические обстоятельства побуждают к созданию и применению новых кратких приёмов психотерапии и для помощи сравнительно тяжёлым хроническим душевнобольным в психосоциальной реабилитации. Убеждён, однако, что и эти краткие приёмы должны клинически отвечать личностной раздраженности и, значит, основой своей иметь клиническую терапию духовной культурой, терапию содержательным вдохновением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. — 719 с., ил.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд.; испр. и доп. — М.: Академический Проект, Альма Матер, 2012. — 487 с., ил.
3. Бурно М. Е. Целебные крохи воспоминаний. К живой истории московской психиатрии и психотерапии и о многом другом. Пособие по психотерапии. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2013. — 552 с.
4. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Издательство “Социально-политическая мысль”, 2012. — 1080 с.
5. Бурно М. Е. Творческое вдохновение, транс и личностная почва в психотерапии и в жизни // Психотерапия. — 2013. — № 6. — С. 42 – 48.
6. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением для российских пациентов с переживанием своей неполноценности // Психотерапия. — 2013. — № 7. — С. 8 – 14.
7. Бурно М. Е., Калмыкова И. Ю. О повышении (посветлении) качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба: Учебное пособие. — М.: МЗ и СР РФ, ГОУ ДПО “РМАПО Росздравица”, 2009. — 36 с.
8. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожак Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА — М. — 2004. — 492.
9. Калмыкова И. Ю. О сегодняшнем Реалистическом психотерапевтическом театре-сообществе // Всероссийская конференция “Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным” / Под ред. З. И. Кекелидзе и В. Н. Краснова. — СПб.: Айсит, 2011. — С. 318.
10. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М. Е. Бурно, Е. А. Добролюбовой. — М.: Академический Проект, ОППЛ, 2013. — 880 с., ил.
11. Руднев В. П. Винни Пух и философия обыденного языка. Милн А. Winnie Пух. Дом в Медвежьем Углу / Пер. с англ. Т. А. Михайловой и В. П. Руднева; Аналитич. ст. и коммент. В. П. Руднева. — Изд. 4-е, исправленное, дополненное и переработанное. — М.: Гнозис, 2010. — 286 с.
12. Шарфеттер Х. Шизофренические личности / Х. Шарфеттер [пер. с нем. Э. Л. Гушанского]. — М.: Форум, 2011. — 304 с.

## Может ли военный билет содержать сведения, составляющие врачебную тайну?

Ю. Н. Аргунова

На основе анализа законодательства и судебной практики делается вывод о несоответствии порядка ведения военного билета требованиям законодательства о соблюдении врачебной тайны.

**Ключевые слова:** врачебная тайна; оформление документов воинского учёта.

Согласно абзацу восьмому п. 4 ст. 8 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ “О воинской обязанности и военной службе” документы воинского учёта должны содержать сведения о годности гражданина к военной службе по состоянию здоровья. Как следует из п. 2 ст. 5<sup>1</sup> названного Федерального закона и п. 18 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565, заключение о годности к военной службе даётся по следующим категориям:

- А — годен к военной службе;
- Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В — ограниченно годен к военной службе;
- Г — временно не годен к военной службе;
- Д — не годен к военной службе.

### 1. Может ли в военном билете быть указан шифр заболевания?

Указывания в военном билете статьи Расписания болезней действующее законодательство не требует. Однако в имеющихся у граждан военных билетах прежнего образца, а именно в п. 29 (раздел VI. “Сведения о медицинских освидетельствованиях и прививках”) помимо (или вместо) записи о годности к военной службе по конкретной категории можно обнаружить также и указание статьи Расписания болезней. Такую конкретизацию можно расценивать как нарушение нормы о врачебной тайне. Расписание болезней, являющееся приложением к Положению о военно-врачебной экспертизе, — это документ, доступный для ознакомления каждому. Военный билет же является не только документом, удостоверяющим правовое положение военнослужащего, а для граждан, пребывающих в запасе, — его отношение к исполнению воинской обязанности, но и документом, удостоверяющим личность, который может предъявляться широкому кругу лиц. Кроме того, военный билет согласно ст. 65 Трудового кодекса РФ в обязатель-

ном порядке предъявляется работодателю, который в силу Положения о воинском учёте, утвержденного постановлением Правительства РФ от 27 ноября 2006 г. № 719, обязан вести воинский учёт граждан по месту работы. При приёме на работу в целях обеспечения постановки граждан на воинский учёт работодатель должен устанавливать, состоит ли принимаемый на работу гражданин на воинском учёте, проверить наличие и подлинность документов воинского учёта, а также подлинность записей в них. Невыполнение обязанностей по ведению воинского учёта влечёт административную ответственность (ст. 21.4. КоАП РФ). Если работник принят на работу без документа воинского учёта, например, если он заявит, что потерял военный билет, организация будет обязана проинформировать военкомат по месту его жительства о факте непредставления военного билета.

По указанным выше причинам военный билет, в п. 29 которого имеется запись с указанием статьи Расписания болезней, должен подлежать замене по просьбе гражданина.

Однако при отстаивании своего права на сохранение врачебной тайны в данной сфере правоотношений рассчитывать на успешное разрешение дела не приходится, даже в суде.

Так, Целинный районный суд Республики Калмыкия (решение от 29 августа 2013 г. по делу № 2-289/13) отказал в удовлетворении заявления Асаулы Е. И. об обязанности начальника отдела военного комиссариата Республики Калмыкия по Целинному и Кетченеровскому районам оформить военный билет без указания информации, составляющей врачебную тайну.

17 июня 2013 г. Асаулы направил начальнику ОВК заявление об обмене военного билета в связи с тем, что в нём в п. 29 (стр. 13) указана статья Расписания болезней, по которой он был комиссован. 1 августа 2013 г. он получил ответ о невозможности замены военного билета.

Асаулы в суде пояснил, что ст. 61 “Военно-врачебная экспертиза” Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) не требует указания такой информации в военном билете, а п. 9 ст. 4 и ч.3 и 4 ст. 13 этого закона запрещают внесение информации о состоянии здоровья в документы, предъявляемые широкому кругу лиц.

Начальник ОВК требований не признал и пояснил, что оснований для выдачи военного билета взамен имеющегося не имеется, поскольку заявителю был выдан военный билет 28 июня 2004 г. с внесением записи о коде диагноза в соответствии с приказом Минобороны России от 1995 г. № 206<sup>1</sup>. Согласно действующему приказу Минобороны России от 25 февраля 2000 г. № 018 обмен военного билета производится, если он утрачен или пришёл в негодность. 19 июня 2013 г. по результатам проведения медицинского переосвидетельствования в п. 30 военного билета заявителя была внесена запись о признании его годным к военной службе в соответствии с приказом Минобороны России от 19 ноября 2007 г. № 500.

Суд в своём решении указал, что требования к оформлению военного билета солдата, матроса, сержанта, старшины, прапорщика и мичмана предусмотрены приказом Минобороны России от 19 ноября 2007 г. № 500 (в ред. приказа от 21 мая 2012 г.). Так, внесение в военный билет сведений, отметок и записей, не предусмотренных Порядком ведения и хранения военного билета, запрещается. В военный билет Асауле в п. 29 “Сведения о медицинских освидетельствованиях и прививках” 9 апреля 2004 г. внесена запись о статье Расписания болезней в соответствии с решением призывной врачебной комиссии. Последующее признание 19 июня 2013 г. Асаулы годным к военной службе не является основанием для выдачи нового военного билета, поскольку это не предусмотрено действующим законодательством.

Суд не дал оценку тому факту, что нормативный акт Минобороны России, позволявший проставлять в военном билете статью Расписания болезней, утратил силу, и имеющаяся запись в военном билете заявителя (а, следовательно, его военный билет в целом) не соответствует ныне утвержденной Форме военного билета (приложение № 8 к Инструкции по обеспечению функционирования системы воинского учета граждан Российской Федерации, утвержденной приказом Минобороны России от 19 ноября 2007 г. № 500). В разделе VI военного билета, касающемся сведений о медицинских освидетельствованиях, может производиться запись лишь о категории годности к военной службе, о чём прямо указано в подстрочнике п. 29.

НПА России известны случаи, когда военкоматы производили замену военного билета с указанием статьи Расписания болезней. Эти случаи касались граждан, у которых в военном билете были проставлены статьи 14 – 20 (психические расстрой-

ства), что создавало для них большие трудности при трудоустройстве.

Представляется, что нормативно-правовая база Минобороны России демонстрирует в этой части очевидный пробел. Записи, предусматривавшиеся ранее действовавшим законодательством, имеют право на их сохранение в документе в условиях нового законодательства, однако лишь при условии, что эти записи не нарушают права и законные интересы граждан. Перечень оснований для замены военного билета должен быть, следовательно, дополнен.

## 2. Может ли в военный билет вноситься запись о диагнозе заболевания?

Ещё более серьёзная и очевидная проблема, связанная с необеспечением соблюдения врачебной тайны при оформлении военных билетов, обнаруживается при необходимости заполнения другого пункта военного билета. Это п. 22 “Полученные увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания” раздела III (стр. 9). Подстрочник, аналогичный тому, который имеется в п. 29 (стр. 13) и который уточнял бы, в какой форме должна производиться запись, в этом пункте отсутствует. А Порядок ведения и хранения военного билета солдата, матроса, сержанта, старшины, прапорщика и мичмана (приложение к приказу Минобороны России от 19 ноября 2007 г. № 500) на этот счёт лишь указывает, что в п. 22 сведения записываются на основании справок военно-лечебного учреждения (военно-врачебной комиссии). В скобках приводится ссылка на приказ Минобороны России от 20 августа 2003 г. № 200 “О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооружённых Силах Российской Федерации”. Таким образом, в нарушение норм о врачебной тайне в названный пункт военного билета проставляется даже не шифр (код), а непосредственно диагноз заболевания. Оспаривание таких действий в судебном порядке желаемого результата не приносит. Суд занимает позицию командиров войсковых частей.

Так, Балтийский флотский военный суд (апелляционное определение от 15 мая 2012 г. № 58аг) оставил без изменения решение Калининградского гарнизонного военного суда от 20 марта 2012 г. об отказе в удовлетворении заявления Коровайко В. А. об оспаривании действий командира войсковой части, связанных с внесением в п. 22 его военного билета записи об имеющемся у него заболевании. Суд первой инстанции сделал вывод, что командиры частей, военные комиссары *обязаны* указывать в п. 22 военного билета сведения о заболеваниях с указанием диагноза.

Коровайко указал, что Положением о военно-врачебной экспертизе определено, что она проводится в целях определения категории годности к военной службе. Категории годности определяются на основании медицинских показателей, которые характеризуют состояние здоровья и физического развития. То есть конечным ито-

<sup>1</sup> Имеется в виду, по-видимому, приказ Минобороны России от 22 сентября 1995 г. № 315 (в ред. приказа от 22 января 1999 г. № 206), который позволял указывать код диагноза в п. 29 военного билета.



гом проведенной военно-врачебной экспертизы является установленная категория годности к военной службе на основании имеющегося диагноза. Сама же по себе формулировка диагноза согласно ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (далее — Основы) и ст. 13 Закона об охране здоровья составляет врачебную тайну. Статья 9 Закона о психиатрической помощи относит к врачебной тайне сведения о наличии у гражданина психического расстройства. Таким образом, по мнению Коровайко, ссылки суда на необходимость внесения диагноза заболевания в п. 22 военного билета в соответствии с п. 23 Порядка ведения и хранения военного билета противоречат требованиям приведённых выше законов.

Далее в своей жалобе Коровайко указал, что не имеет под собой правовых оснований ссылка суда на ч. 3 ст. 55 Конституции РФ об ограничении прав и свобод граждан с целью обеспечения обороны страны и безопасности государства, поскольку пребывание в запасе гражданина, признанного ограниченно годным к военной службе по состоянию здоровья, не несёт угрозы конституционному строю, нравственности, правам и законным интересам других лиц независимо от того или иного заболевания, на основании которого он был освидетельствован ВВК.

Кроме того, по мнению Коровайко, Основы и Закон об охране здоровья обладают высшей юридической силой по отношению к постановлению Правительства РФ от 27 ноября 2006 г. № 719, во исполнение которого был издан приказ Минобороны России от 19 ноября 2007 г. № 500, утвердивший Инструкцию по обеспечению функционирования системы воинского учёта граждан Российской Федерации с её приложением — Порядком ведения и хранения военного билета.

Суд апелляционной инстанции не согласился с доводами заявителя и посчитал правильной ссылку суда первой инстанции на:

ч. 3 ст. 55 Конституции РФ, согласно которой права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства;

п. 7 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных” о допущении обработки специальной категории персональных данных, касающихся состояния здоровья, без согласия гражданина, если обработка данных осуществляется в соответствии с законодательством об обороне;

п. 6 ч. 4 ст. 61 Основ (п. 6 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья), в соответствии с которым предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина допускается в целях проведения военно-врачебной экспертизы;

ст. 15 Закона о психиатрической помощи, которая устанавливает, что порядок проведения психиатрического обследования для решения вопроса о годности к службе в качестве военнослужащего определяется как данным Законом, так и законодательством о военной службе. То есть федеральными законами от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ “О воинской обязанности и военной

службе” и от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ “О статусе военно-служащих”, в соответствии с которыми медосвидетельствование для определения годности к военной службе и досрочное увольнение с военной службы производится на основании заключения ВВК. Согласно утверждённому Правительством Положению о военно-врачебной экспертизе она проводится в целях определения категории годности по состоянию здоровья к военной службе, а также в целях определения причинной связи полученных увечий и заболеваний с прохождением службы.

Согласно п. 1 Приложения к форме военного билета (форма 1) военный билет является основным документом персонального воинского учёта, удостоверяющим личность и правовое положение военнослужащего, а для граждан, пребывающих в запасе, — его отношение к исполнению воинской обязанности.

В соответствии с п. 23 Порядка ведения и хранения военного билета (в ред. приказа Минобороны России от 28 февраля 2010 г. № 153) в п. 22 военного билета сведения об увечьях (ранениях, травмах, контузиях), заболеваниях записываются на основании справок военно-лечебных учреждений (военно-врачебных комиссий). На основании п. 11, 12, 26 названного Порядка категория годности к военной службе, в т.ч. при наличии заболеваний, предусмотренных Расписанием болезней, отражается в п. 6, 7, 9 разд. III “Отношение к военной службе. Прохождение военной службы” (с. 2, 3), п. 29, 30 разд. VI “Сведения о медицинских освидетельствованиях и прививках” (с. 13, 14) военного билета.

Из материалов дела следует, что заявитель приказом командира войсковой части от 2 декабря 2011 г. досрочно уволен с военной службы в запас по состоянию здоровья в связи с признанием его по заключению ВВК ограниченно годным к военной службе. При этом в п. 22 военного билета Коровайко внесена запись с указанием диагноза заболевания, установленного заключением ВВК.

Флотский военный суд счёл обоснованными выводы суда первой инстанции о том, что указание в военном билете диагноза заболевания, имеющегося у Коровайко, *не является разглашением врачебной тайны и его письменного согласия на заполнение п. 22 военного билета не требуется.*

Итак, из формулировки п. 22 военного билета действительно может следовать необходимость указания диагноза заболевания лица, равно как и диагноза, выставленного после получения лицом травмы, контузии. Однако аргументация суда в отношении правомерности такой записи представляется неубедительной.

Во-первых, в приведённой судом ч. 3 ст. 55 Конституции РФ говорится о том, что те или иные права человека могут быть ограничены в перечисленных этой нормой целях, но только федеральным законом. Однако ни один из федеральных законов, приведённых затем в судебном решении, не предусматривает в качестве такого “ограничения” разглашение диагноза заболевания лица в военном билете. Пункт 6 ч. 4 ст. 61 Основ (п. 6 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья) допускает предоставление (разглашение) све-

дений лишь для целей производства военно-врачебной экспертизы, а не для разглашения её результатов (проставляться может только вывод ВВК о категории годности к службе). Кроме того цели такой экспертизы — определение категории годности и причинной связи заболевания с прохождением службы. Постановка диагноза — это промежуточная цель, или, точнее, задача экспертизы. На это же указывает и формулировка ст. 15 Закона о психиатрической помощи, говорящая о психиатрическом обследовании для решения вопроса о годности к службе. Эти нормы, следовательно, не имеют отношения к предмету судебного спора.

Во-вторых, п. 7 ч. 2 ст. 10 Федерального закона “О персональных данных”, допускающий обработку сведений о состоянии здоровья, под обработкой понимает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в т.ч. передача, обезличивание, блокирование, уничтожение. Распространение такой информации неопределённому кругу лиц, а именно это и происходит в результате внесения соответствующей записи в военный билет, эта норма не подразуме-

вает. В свою очередь, законодательство об обороне допускает сбор (и все другие перечисленные действия, входящие в понятие “обработка”) сведений о состоянии здоровья граждан применительно к вопросам воинского учёта. Из этих норм также не следует возможность раскрытия указанных сведений путём делания их доступными всем лицам, затребующим военный билет гражданина, в т.ч. в целях, не связанных с определением правового положения лица как военнослужащего.

Таким образом, мы наблюдаем парадоксальную ситуацию. Ныне действующие правила теперь не разрешают вносить в военный билет записи с указанием кода заболевания (в п. 29), но, в то же время, эти же правила позволяют “открытым текстом” приводить формулировку диагноза (в п. 22).

Учинение в военном билете записи о диагнозе заболевания, по нашему мнению, является незаконным разглашением врачебной тайны, а ведомственный нормативный акт Минобороны России, позволяющий совершать такие действия, — не соответствующим Конституции РФ.

## **РЕКОМЕНДУЕМ:**

*Ю. Н. Аргунова*

**Недееспособность и опека (Вопросы и ответы).**

— М., 2013. — 224 с.

**Врачебная тайна (Вопросы и ответы).**

— М., 2014. — 288 с.

Заказать книги можно по электронной почте:

*info@npar.ru*

или по адресу:

*119602 Москва, Олимпийская деревня, д.15, кв.61,  
Аргуновой Юлии Николаевне*

# Постановление Европейского Суда по правам человека по делу Коровиных: условия содержания пациента в психиатрической больнице впервые признаны бесчеловечным обращением

Д. Г. Бартнев<sup>1</sup>

27 февраля 2014 года Европейский Суд по правам человека (далее — Европейский Суд) опубликовал Постановление по делу “Коровины против России” (жалоба № 31974/11), которое стало первым в российской практике решением относительно условий содержания пациента в психиатрической больнице.

Жалоба была подана в 2011 г. от имени И. В. Коровина, которому на момент обстоятельств дела было 20 лет, и касалась его принудительной госпитализации в Республиканскую клиническую психиатрическую больницу им. В. М. Бехтерева г. Казани и последующего перевода в Казанскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением в 2010 – 2012 г. после того, как в 2009 г. заявитель был признан невменяемым и освобожден от уголовной ответственности.

В указанном деле Европейский Суд установил ряд нарушений прав человека, которые касались условий содержания заявителя в Казанской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Во-первых, Европейский Суд пришел к выводу о нарушении российскими властями ст. 3 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (запрет пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения) в связи с условиями содержания заявителя в психиатрической больнице. В общей сложности в течение одного года заявитель содержался в палатах, в которых находилось от 4 до 12 пациентов, в то время как по санитарным нормам должно быть не более 4 пациентов в одной палате. Во всех палатах, в которых находился заявитель, на одного пациента приходилось менее 3 м<sup>2</sup> вместо 7 м<sup>2</sup>, положенных по санитарным нормам. Более того, в палатах отсутствовали туалеты, поэтому пациентам приходилось пользоваться общим ведром, которое опорожнялось один раз в сутки, в связи с чем в палате стоял невыносимый запах нечистот. Заявителю позволялось пользоваться душем один раз в две недели и при этом практически все время, за исключением коротких прогулок в больничном дворике, он должен был находиться в палате вместе с другими пациентами.

<sup>1</sup> К.ю.н., адвокат Санкт-Петербургского адвокатского бюро “Адвокатская Группа “ОНЕГИН”, преподаватель Санкт-Петербургского госуниверситета.

Во-вторых, нарушением ст. 3 Конвенции было признано также то, что после ссоры с другим пациентом, заявитель был помещен в изолятор (отдельную палату) и привязан к кровати в течение 24 часов. Такая мера физического стеснения (так называемые “мягкие вязки”) была применена к заявителю в качестве наказания за участие в ссоре, что не оспаривалось и самим правительством.

В-третьих, Европейский Суд установил нарушение ст. 8 Конвенции (право на уважение частной и семейной жизни), в связи с тем, что администрация психиатрической больницы подвергла цензуре переписку заявителя со своей матерью, которая являлась также его законным представителем по уголовному делу.

Наконец, Европейский Суд признал нарушением ст. 6 Конвенции (право на справедливое судебное разбирательство) то, что российские суды, рассматривавшие иск заявителя о взыскании компенсации морального вреда в связи с помещением заявителя в психиатрический стационар специализированного типа, фактически отказались дать какую-либо оценку доводам заявителя относительно бесчеловечных условий его содержания там в течение года.

Ужасающие, даже по меркам российского здравоохранения, условия содержания заявителя в деле Коровиных можно было бы рассматривать как исключительную ситуацию, однако картина во многих других психиатрических больницах и психоневрологических интернатах весьма похожа. Показательным в этом отношении является дело, рассмотренное Советским районным судом г. Казани<sup>2</sup> по иску к РКПБ им. В. П. Бехтерева. Суд взыскал в пользу пациентки этой больницы компенсацию морального вреда за негуманные условия ее содержания. Как и в деле Коровиных, основанием для вывода о бесчеловечном обращении с пациенткой стало то, что в палате отсутствовал санитарный узел, а вместо этого было установлено ведро за ширмой, находящейся рядом со столом, за которым пациенты принимали пищу. Помимо этого, пациентку незаконно подвергли мерам физического стеснения и ни разу за все время ее принудительного лечения не выводили на прогулку, что также было расценено судом как бесчеловечные условия.

<sup>2</sup> Решение от 14 марта 2012 г. по делу № 2-339/2012.

Признавая такие условия содержания негуманными, районный суд во многом ориентировался на практику Европейского Суда по правам человека по делам об условиях содержания в российских следственных изоляторах.

Дело Коровиных стало первым в практике Европейского Суда, в котором был сделан вывод о бесчеловечном характере условий содержания человека именно в психиатрической больнице, хотя вопрос о признании такого нарушения неоднократно ставился заявителями в других делах. Еще в 1992 г. Европейский Суд отказался признать нарушение ст. 3 Европейской Конвенции в деле “Херцегфалви против Австрии”, где к заявителю были применены мягкие вязки в течение более чем двух недель<sup>3</sup>. Несмотря на столь длительный период применения меры стеснения, Суд посчитал, что она была обусловлена “медицинской необходимостью”, сформулировав тем самым стандарт оценки соответствия мер стеснения гарантиям статьи 3 Конвенции:

*Суд признает, что состояние подчиненности и бессилия, типичное для пациентов, содержащихся в психиатрических больницах, требует повышенного внимания при рассмотрении того, выполняются ли предписания Конвенции. При том, что вопрос применения тех или иных терапевтических мер, при необходимости, принудительных, на основе признанных положений медицинской науки, решается медицинскими работниками для охраны физического и психического здоровья пациентов, которые полностью неспособны принимать решения самостоятельно, и за которых они, следовательно, отвечают, тем не менее, такие пациенты остаются в сфере защиты Статьи 3, требования которой не допускают отступления от соблюдения обязательств. Приемлемо, что существующие принципы медицины являются решающими в таких делах; по общему правилу, меры, применение которых терапевтически необходимо, не могут рассматриваться как бесчеловечные или унижающие достоинство. Тем не менее, Суд должен убедиться, что существование необходимости в применении медицинских мер было достоверно доказано.*

Несмотря на длительность применения мер стеснения к заявителю в деле Херцегфалви, Европейский Суд фактически не провел собственной оценки того, в чем состояла “медицинская необходимость” таких мер, по сути согласившись с доводом властей о том, что “врачам лучше знать”. Напротив, в деле “Д. Д. против Литвы” Европейский Суд указал, что приме-

нение к заявителю мер стеснения в течение получаса является исключительно серьезной мерой, вызывающей беспокойство<sup>4</sup>. Тем не менее, Суд также согласился с доводом властей о том, что такая мера была оправдана медицинской необходимостью.

Однако в том случае, если применение мер стеснения не оправдано медицинской необходимостью, а связано, например, со стремлением надзирающего персонала обеспечить удобство наблюдения за пациентом или предотвратить побег задержанного, Европейский Суд однозначно рассматривает такие меры как несовместимые с гарантиями свободы от бесчеловечного обращения<sup>5</sup>. В недавнем деле “Буреш против Чешской Республики” Европейский Суд снова подтвердил этот принцип, рассмотрев ситуацию, когда заявитель был доставлен в медицинский вытрезвитель при психиатрической больнице и сразу же привязан к кровати на 8 часов<sup>6</sup>. Суд пришел к выводу, что использование мер стеснения фактически имело своей целью наказать заявителя, поскольку власти не смогли показать, что такие меры были оправданы необходимостью предотвратить агрессивное поведение, и при этом были использованы и оказались неэффективными иные меры успокоивания заявителя.

Квалификация условий содержания пациента как бесчеловечных не только в связи с конкретными действиями медицинского персонала, но и на основании оценки общих условий оказания медицинской помощи в психиатрической больнице отражает общий подход Европейского Суда к анализу тех ограничений, которым подвергаются люди с инвалидностью вследствие психического расстройства. Напомним, что в Постановлении 2012 г. по делу “Станев против Болгарии” Большая палата Европейского Суда установила нарушение ст. 3 Конвенции в связи с тем, что заявитель в течение нескольких лет находился в социальном учреждении для людей с психическими нарушениями (в российской терминологии — в психоневрологическом интернате), где общие условия жизни были крайне бедными, в т.ч. в связи с некачественным питанием, неудовлетворительными санитарными условиями, отсутствием отопления, перенаселенностью жилых комнат и отсутствием терапевтических и культурных мероприятий для проживающих<sup>7</sup>. Ситуация является типичной для многих российских интернатов, в связи с чем можно ожидать появления аналогичных жалоб и против России.

Примечательно, что в деле Коровиных российские власти не оспаривали требование заявителя о призна-

<sup>3</sup> Дело касается обстоятельств госпитализации заявителя в 1978 – 1984 г.

<sup>4</sup> Постановление от 14 февраля 2012 г., жалоба № 13469/06.

<sup>5</sup> См.: Постановление Европейского Суда по правам человека по делу “Кучерук против Украины” от 6 сентября 2007 г., жалоба № 2570/04.

<sup>6</sup> Постановление от 18 октября 2012 г., жалоба № 37679/08.

<sup>7</sup> Постановление от 17 января 2012 г., жалоба № 36760/06.

нии бесчеловечным обращением его привязывания к кровати в течение суток, в связи с чем Европейский Суд не провел собственного анализа того, насколько такая мера имела терапевтическое основание. В данном деле такой анализ, очевидно, был бы лишен смысла, т.к. заявителя подвергли фиксации в качестве меры наказания, что является грубым нарушением российского законодательства (хотя и отражает весьма распространенную практику). В связи с этим Европейскому Суду еще предстоит высказаться относительно допустимости мер физического стеснения с точки зрения современных подходов к правам людей с психическими расстройствами. И не исключено, что такой анализ может привести к конфликту между подходом Европейского Суда, не исключающего возможность применения мер физического стеснения в медицинских целях, и подходом иных контрольных органов по правам человека, в особенности — Комитета по правам инвалидов ООН. Рассматривая периодические доклады государств, Комитет уже высказывался о том, что применение мер стеснения в психиатрических больницах не соответствует закрепленному в Конвенции о правах инвалидов запрету подвергать инвалидов, наравне с другими, жестокому видам обращения (статья 15).

По мнению Специального докладчика ООН по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания Хуана Э. Мендеса, Конвенция о правах инвалидов запрещает принудительное лечение и произвольное лишение свободы на основании инвалидности, заменяя такие прежние стандарты, как Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи 1991 г. При этом докладчик полагает, что не может быть никакого терапевтического оправдания для одиночного содержания и длительного ограничения свободы движений, поскольку длительное одиночное содержание и ограничение свободы движений могут быть равнозначными пытке или жестокому обращению<sup>8</sup>.

Сможет ли Европейский Суд по правам человека примирить в своей практике свой собственный подход к вопросу о применении мер физического стеснения в психиатрических учреждениях с подходом Комитета по правам инвалидов, покажут будущие дела. Тем не менее, уже сейчас очевидно, что подход Европейского Суда становится все более строгим, и у государств становится все меньше возможностей оправдать даже самое кратковременное применение мер физического стеснения.

<sup>8</sup> См.: Доклад Специального докладчика ООН по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания Хуана Э. Мендеса, от 1 февраля 2013 г. Док. ООН A/HRC/22/53.

**ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ**

**на Независимый психиатрический журнал!**

**Подписку можно оформить в любом отделении связи  
по каталогу Агентства «Роспечать»**

**Индекс — 73291**

# ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

## Итоги дела Михаила Косенко

10 лет, прошедшие со времени дела Юрия Буданова, наблюдалась неуклонная тенденция, проявившаяся в деле Михаила Косенко явственным воскрешением советского духа судебной психиатрии. Дело Михаила Косенко послужило термометром внутривластной атмосферы в стране.

**Ключевые слова:** судебно-психиатрическая экспертиза в России

### *Тенденция последнего десятилетия*

Сравнение наиболее громких судебно-психиатрических экспертиз последнего времени со сходными десятилетней давности обнаруживают ту же тенденцию, которую мы наблюдаем в рутинных делах: в части обоснования своих выводов они сделались значительно более небрежными, законодательство стало значительно более удобным для пресечения любой критики, а протест начал вызывать официальные санкции.

Так, итоги дела Михаила Косенко (2013) повторяют все “итоги дела Юрия Буданова” (2003)<sup>1</sup>, но отличаются заочным осуждением меня Этической комиссией РОП за “подрыв авторитета психиатрического сообщества в целом”, словно 25-летняя деятельность НПА России не спасала этот авторитет все эти годы, словно мы сами не психиатры.

Наконец, если в деле Ю. Буданова ощущалась определенная оглядка на общественное мнение, то теперь это было сделано наперекор ему: я был осужден через день после награждения престижной правозащитной премией<sup>2</sup>, о чем члены Этической комиссии знали.

Поразительная незетичность постановления Этической комиссии (12 декабря 2013 г.) сказалась в приписывании нашему Открытому письму в ВПА, размещенному на сайте, фраз, которых там никогда не было.

Мы видим довольно неловкое исполнение социальной роли по старому сценарию обличительных кампаний советских времен для возможности сослаться на “мнение профессиональной общественности” для употребления за рубежом. Таким образом, **движение к воскрешению советского стиля** налицо.

Подобно тому, как в деле Буданова, казалось бы, неожиданным и парадоксальным образом, мы защи-

тили обе стороны: не только доброе имя семьи Кунгаевых, но даже Буданова, которого иначе объявили бы фактически дементным, так и в деле Косенко мы защитили не только Косенко, но и честь отечественной психиатрии, за якобы дискредитацию которой были заочно осуждены. Осуждению подлежит односторонняя вертикаль, создавшая удушливую атмосферу в стране и вынужденную реакцию руководства психиатрии. Но реагировать можно очень по-разному: толерантно, спокойно и “по-стахановски”. Ретивость председателя Этической комиссии подвела всех, пришлось публично пытаться переиначить очевидное.

### *Основной прием нечестной полемики*

Чтобы переиначить очевидное, основным стал прием подмены. Для этого, **во-первых**, существо дела забалтывается, дробится на десятки тем и за этим фасадом **незаметно подменяется сам предмет оспаривания**. — Ну, кто будет читать многие десятки страниц? Расчет на то, что прочтут наверняка только концовку.

По этой технологии **вместо обсуждения текста СПЭ-заключения**, которое я оспаривал, **начали обсуждать все дело заново**, укоряя меня, что “оспорил диагноз экспертов, не исследуя больного”, прекрасно зная, что не имел на это ни права, ни возможности, и что выставившийся 12 лет диагноз оспорили эксперты, а я только посчитал это необоснованным. По существу вопроса Этической комиссии имело смысл опираться только на два текста: заключение амбулаторной СПЭ и мою рецензию на него, а также мое выступление на “Дожде” как аутентичные тексты. Но она предпочла **подменить** их изложением журналистских статей, которые теперь очень редко присылают на согласование. Если в амбулаторной карте обнаружили клинически значимые данные, не представленные в СПЭ-заключении, то это, скорее, фальсификация амбулаторной карты, чем недобросовестность экспертов, т.к. констатирующая часть СПЭ-заключения пишется достаточно полно и честно, а состояние Косенко в условиях многомесячного

<sup>1</sup> НПЖ, 2003, 3, 58 – 69, есть на сайте [www.npar.ru](http://www.npar.ru).

<sup>2</sup> Премия Московской Хельсинкской группы в номинации “За исторический вклад в защиту прав человека и правозащитное движение”.

пребывания в СИЗО могло только серьезно ухудшиться.

Наконец, декларируя, что дело не в диагнозе и что это не дело Этической комиссии (верно то и другое), ее члены, как и проф. З. И. Кекелидзе, строят свои выводы на перемене диагноза, и безосновательно обвиняя меня, что я сосредоточился на диагнозе, сами посвятили диагнозу почти четверть текста, **подменяя** этим существо расхождения. Еще одна подмена выразилась в том, что клиническая картина и активная терапия в ПБ № 14 12 лет назад произвольно накладывается на картину состояния, отмечавшуюся на протяжении всех последующих 12 лет.

Эксперты Центра им. Сербского, обнаружив тлеющую продуктивную симптоматику, **подменили** диагноз “вялотекущей неврозоподобной шизофренией с выраженными изменениями личности” на “непрерывно текущую параноидную шизофрению”, проигнорировав субклиническую (амбулаторную) степень выраженности и явно вялотекущий все 12 лет тип течения заболевания.

Какой смысл настаивать на другом (более тяжелом) диагнозе, искусственно делая это центром, даже основой обсуждения, если ни о каком параллелизме между диагнозом и ответом на два основных вопроса суда относительно “вменяемости” (по ошибочной формулировке суда) и опасности для себя и окружающих говорить не приходится, как давно оставленном наивном заблуждении. Такая **подмена** диагноза только повышает вероятность (“невменяемости”), не предвещая ее. Здесь мы снова сталкиваемся с упрощенным подходом, возвращающим нас к советским временам, в виде размытой облегченной формулировки: “как страдающего хроническим психическим расстройством в форме шизофренией, следует считать невменяемым” — т.е. императивное утверждение, **подменяющее** прерогативу суда. Так еще недавно формулировали свои выводы эксперты Центра им. Сербского, пока наша упорная на протяжении нескольких лет критика не положила этому конец.

#### **Как определяется опасность?**

Решение всех сложных вопросов **подменяется** простым провозглашением их решения, что якобы служит достаточной гарантией их осуществления. Например, “эксперт независим” или “государственные эксперты всегда правы” и т.п. Там, где размывается реальное разделение властей, все более тонкие разграничения становятся никчемными. Квалификация опасности экспертами предвещена формулировкой вменения вины следователем, а ответы экспертов предопределяют решение суда. Машина крутится в одну обвинительную сторону. Любой оправдательный приговор снижает рейтинг судьи.

Явно под впечатлением громкости этого, быстро ставшего политическим, дела — исходя исключи-

тельно из вмененной вины, не просто не доказанной, а противоречащей характеру Косенко, всей истории его жизни, его диагнозу и даже обстоятельствам дела, так как ОМОновец, которого он якобы толкнул или ударил, не опознал его, а видеосъемка удостоверяла, что он был от него в трех метрах, вопреки всему этому, — эксперты квалифицировали его как представляющего опасность для себя и окружающих и рекомендовали человеку, который регулярно лечился добровольно, принудительное стационарное лечение, а когда суд, ссылаясь, что у него “нет оснований не доверять государственным экспертам”, утвердил это, руководитель экспертного учреждения и члены Этической комиссии стали опираться на это решение суда, которое “не подлежит обсуждению”, тем более критике.

*На вопросы: “4. Может ли Косенко М. А. по своему психическому состоянию принимать участие в следственных действиях? 5. Способен ли ... самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве? 6. Способен ли ... правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать показания?” эксперты отвечают: “Психическое расстройство лишило Косенко М. А. в период инкриминируемых ему деяний способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию Косенко М. А. не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, не может участвовать в судебно-следственных действиях”.*

Даже суд проигнорировал этот явный перебор, который позволяет спросить: не исходит ли порой опасность для конкретных больных, подобных Михаилу Косенко, от самих судебных экспертов, как в его ситуации. Ведь они пытались лишить слова человека, который, вопреки содержанию более года в условиях СИЗО, что могло только ухудшить его психическое состояние, смог выступить на судебном процессе с заключительным словом, напечатанным “Новой газетой” (№ 111, 04.10.2013, стр. 5), в котором он, в частности, сказал: “самая большая ценность в стране — это свобода. Именно этого большинство населения нашей страны в той или иной степени лишено... Наш народ привык страдать, в России строится восточная модель общества — несвобода в обмен на сытую жизнь... Свобода — это независимость от зла...”.

“Не голоса позвали Михаила Косенко на митинг”, — говорит председатель Этической комиссии НПА России проф. А. Г. Гофман. “Поступки Михаила Косенко направлялись его мировоззренческими — духовными — установками, а не психопатологическими — душевными — расстройствами”, “удивительно,

насколько члены комиссии проигнорировали судьбу больного”, — подчеркивают другие члены нашей Этической комиссии доц. Б. А. Воскресенский и проф. М. Е. Бурно.

Эксперты явно не готовы к тому, что среди их подэкспертных могут оказаться люди, во многих отношениях превосходящие их, критически оценивающие задаваемые им вопросы. Экспертам проще расценить это как “идеи величия”.

### ***КОМУ можно игнорировать международные и отечественные стандарты?***

Вслед за экспертами Центра им. Сербского, помощником министра здравоохранения, главным психиатром Минздрава, члены Этической комиссии повторили формулу советской эпохи, когда диагноз шизофрении ставился в три раза чаще, чем во всем мире, — “вялотекущая шизофрения все равно шизофрения”. Слово принятая в качестве официального стандарта в нашей стране Международная классификация болезней десятого пересмотра не вывела из кластера шизофренических, в качестве совершенно самостоятельных, кластеры шизотипического расстройства (бывшая вялотекущая неврозоподобная и психопатоподобная шизофрения) и хронического бредового расстройства (бывшая паранойяльная шизофрения). Это также позволяет говорить, что в деле Косенко воскресла советская психиатрия, т.к. к возмущившему меня ошибочному утверждению эксперта Центра им. Сербского на судебном заседании присоединилась значительная часть руководства российской психиатрии.

Наконец, только я располагаю разрешением М. Косенко “комментировать все имеющиеся сведения”, тогда как руководитель нашей судебной психиатрии на пресс-конференции предлагал журналистам: “У меня документы с собой, могу копии показать, если возникнет сомнение”<sup>3</sup>.

### ***Что называть угрозой и что делать с непонятливыми?***

Члены Этической комиссии не нашли угроз в мой адрес в письме своего Председателя, которое было многозначительно адресовано будто бы не мне, но мне предназначалось. Но что тогда они называют угрозой? Ведь они сами ее осуществили, вынеся свой вердикт. Преднамеренность этого и есть угроза. “Письмо Ю. С. (в ВПА) считаю деструктивным, а поэтому размещение его на сайте РОП нецелесообразным”. Оно полно “явно ангажированной политизации”, и “произвольного навешивания ярлыков... на всю российскую психиатрию” и “при желании можно было бы с таким же успехом запросто обвинить само-

го Ю. С. в манипуляциях профессиональными данными и в использовании психиатрии в собственных политических целях... Об этом было бы полезно не забывать и уважаемому Ю. С.”. То, что председатель Этической комиссии ДО рассмотрения вопроса высказал свое решительное однозначное осуждение дало мне основание дать ему отвод и потребовать паритета двух этических комиссий, без чего не являться на predetermined судилище. Его категорически отказался проводить на территории Корсаковской клиники проф. Н. Н. Иванец. Именно это предваряющее письмо послужило последней каплей послать письмо в ВПА, т.к. проф. Е. В. Снедков обнаружил себя как вполне советский человек. А в январе по телефону среди ночи раздался знакомый голос, уже давно оставивший меня в покое: “Вам голову молотком еще не разбивали?”. И так почти ежедневно.

### ***Что называть “оскорблением”?***

На пересланное мне проф. Снедковым заявление в РОП проф. З. И. Кекелидзе я тотчас (13.11.13) исчерпывающе ответил, но ... словно не посылал этот ответ, ни один из его тезисов не был услышан. Поэтому привожу отрывок из него.

*“Председателю Этического комитета РОП  
проф. Е. В. Снедкову*

Глубокоуважаемый Евгений Владимирович!

В Обращении руководителя Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского проф. З. И. Кекелидзе в Этический комитет РОП содержится единственный упрек в мой адрес: в “обвинениях экспертов Центра им. Сербского в профессиональной некомпетентности, недобросовестности и даже обмане судьи”, что является “оскорблением и клеветой”.

Моя многолетняя практика выступления в судах показывает, что буквально в каждом судебном заседании на критические замечания в адрес экспертного заключения меня спрашивают: “Как Вы объясняете оспариваемые Вами суждения экспертов? Они что, некомпетентны, что ли?”. Но вместо интонации недоумения, за этим всегда слышна вызывающая интонация. А некоторые судьи даже возмущаются: “Да как вы можете оспаривать профессоров главного экспертного учреждения страны?!”. Слово судьям невдомек, что по общепринятым правилам главных в экспертизе нет. И что нужно напрягать собственное соображение, а не дублировать преподносимое всегда безгрешными экспертами государственного центра. Обычно я отвечаю, что эксперты настолько перегружены работой, что дело здесь, видимо, в торопливой небрежности.

Но ошибки бывают столь грубые, что они несовместимы с некомпетентностью, а представляют не-

<sup>3</sup> Из фонограммы (00.09.54) — <http://www.npar.ru/news/131022-kekeliдзе.htm>.



что противоположное ей — манипулятивное использование профессиональных знаний.

Всегда имея все это в виду, я никогда не использую выражения “профессиональная некомпетентность” как неадекватное и “обман” как грубое, а — как нетрудно убедиться — “введение суда в заблуждение”, “фальсификация”, “неадекватность”, “совершенно произвольная квалификация” и только в наиболее возмутительных случаях — “передергивание” и “манипулирование”.

Надо сказать, что в мой адрес эксперты Центра им. Сербского часто используют считающиеся самыми обидными среди профессионалов термины: “некомпетентность” и “непрофессионализм”. Самый последний пример документирован в 3-ем выпуске Независимого психиатрического журнала за 2013 г. (стр. 63 – 64)<sup>4</sup>. Таким образом, мне приписывается то, что практикуют сами сотрудники Центра им. Сербского.

**“... Итак, речь идет не об “оскорблении и клевете”, а об откровенно вынужденном поведении судебных психиатров в ситуации недопустимого давления, оказываемого установившейся общественной атмосферой, в которой всем хорошо понятно, что от них ждут.**

Как не раз провозглашала НПА России, мы видим выход в строго прописанных и соблюдаемых принципах примата профессионализма, который в нашей профессии включает в себя все, что нужно. Но так же, как обстоит дело с законом о психиатрической помощи, дело не столько в самом законе, сколько в гарантиях его исполнения, в реальной правоприменительной практике, не столько в профессиональном кодексе, сколько опять-таки в соответствии ему.

В 2002 г., когда Кодекс обсуждался, мы выступили с критикой, подчеркивая, что он ограничивается провозглашением должного, совершенно избегая типовых казусов, конфликта интересов, и эта незавершенность оставляет его декларативным. Наша действительность исключительно богата примерами, целенаправленный анализ которых мог бы развивать профессиональный этический Кодекс судебных психиатров в самых разных направлениях. Этому может послужить дело Михаила Косенко.

*Ю. С. Савенко*”

### ***Потемкинская, пироговская и обломовская традиции***

Все эти исконно отечественные традиции постоянно живы, разделяя власть, интеллигенцию и “остальное население”<sup>5</sup>: прямо-таки “самодержавие,

<sup>4</sup> А также на представительной пресс-конференции проф. З. И. Кекелидзе 22.10.2013.

<sup>5</sup> Понятие “народ” включает все эти три категории.

православие (духовность, культура) и народность”. Но помимо предельно наглой потемкинской и не имеющей равных по самокритике пироговской, есть еще одна, очень информативная для анализа традиция умолчания. В Постановлении Этической комиссии характернее всего то, о чем оно умолчало. А это самое главное, сама сердцевина этики для медика — судьба больного. Вместо заведомо ясного любому человеку ответа на вопрос: “Ухудшится ли состояние Косенко в условиях СИЗО?”, эксперты отвечают: “Это не в нашей компетенции”, и посылают его на верную декомпенсацию в нетерпимые для него условия стационарного принудительного лечения.

### ***Как исправить репутацию российской судебной психиатрии?***

Казалось бы, ответ на поверхности — живыми примерами непреклонных экспертиз в условиях властного давления в громких процессах, начиная с прошлого, например, экспертиз В. М. Бехтерева и В. П. Сербского вопреки И. А. Сикорскому и царской охранке в деле Бейлиса в Киеве (1911 – 1913) или вопреки первым лицам в психиатрии А. В. Снежневскому, Г. В. Морозову и Д. Р. Лунцу — их решительное опровержение комиссией Ф. Ф. Детенгофа в деле генерала Петра Григоренко в Ташкенте (1969) в эпоху, когда за такие экспертные заключения получали срок, как С. Глузман и А. Корягин. Но эти факты не знают даже многие профессионалы. Нынешняя обстановка уже не чревата сроком. Но у многих на виду была прошлогодняя история, когда председатель Белорусского общества психиатров проф. С. А. Игумнов, ссылаясь на закон о психиатрической помощи, отказал представителям МВД предоставить персональную информацию о состоящих на психиатрическом наблюдении, за что лишился не только поста директора Центра психического здоровья, но даже председательствования в Обществе на срочно созванном внеочередном съезде. Поучительный пример “успешного” использования силовых приемов.

В настоящем из длинной череды экспертиз, отраженных в Независимом психиатрическом журнале, наиболее показательны дело АУМ Сенрике, дело полковника Юрия Буданова и недавнее дело Михаила Косенко. Наивно и неэффективно заниматься мифотворчеством и скрывать разногласия и противостояния психиатров в этих процессах. В своем заключении на экспертизу М. Косенко в Центре им. Сербского, опубликованном за год до решения суда (НПЖ, 2012, 4), я писал, что достаточно перевести ее на английский язык, чтобы оконфузиться. Я повторял это судье, советуя послать Косенко на дополнительную амбулаторную или стационарную экспертизу в Центр им. Сербского, чтобы тот не потерял лицо. Для репутации отечественной психиатрии важно, прежде всего, что всегда существовали позиции, противо-

стоящие властному давлению, и что дело, прежде всего, в нем, а не в психиатрии и психиатрах. Не стоит забывать, что мы — члены НПА России — тоже психиатры и презентуем отечественную психиатрию. Поэтому обвинения в дискредитации “всей отечественной психиатрии” игнорирует само наше 25-летнее существование. Независимая психиатрическая ассоциация как раз и спасает репутацию отечественной психиатрии. Репутация Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, его наследие и традиции, не в его собственных руках, это один из ликов нашей власти.

### *Вред чрезмерного усердия*

Советский сценарий осуждения, подписанный только двумя ведущими судебными психиатрами, был нарушен неожиданным особым мнением, выраженным в отчете об этом заседании, подписанном председателем Этической комиссии проф. Е. Н. Снедковым и проф. В. Н. Красновым. Но официальный статус приобрел только первоначальный жесткий текст, а более мягкий вариант, признающий необходимость позаботиться о судьбе больного и более содержательно отнестись к критике, остался для внутреннего употребления с указанием в самом заглавии на его конфиденциальный характер.

Парадоксальным образом НПА самим своим существованием помогает власти играть либеральную роль, будучи на деле полузадушена финансовой удавкой.

Вся эта история наглядный пример вреда всякой аффектации и пользы толерантной позиции. Проф. Е. В. Снедков сильно перестарался и оказал и Российскому обществу психиатров и властям медвежью услугу.

### *Дело Косенко как термометр внутриполитической атмосферы*

Видно, что в тексте осуждения будто бы отсутствует логика, но все зависит от преследуемой им цели. В данном случае цель проста: срочно отмежеваться от прозвучавшей критики. **Только с totally политической точки зрения все логично и правильно.** Но только политически унифицированное тоталитарное сознание в самом деле воспринимает все таким образом. Это и есть “оносороживание”<sup>6</sup>, превращение многообразия в однородную массу. Выраженность этого процесса — измеримая категория, тонкий индикатор внутриполитической атмосферы. Уже кое-кто из сочувствующих нам говорит отстраненно: “но это же политизация”, т.е. повторяет тотально политизированный одномерный стиль. Политика — это претензия на власть, на подчинение всего и всех. Мы же сопротивляемся политизации, вмешательству в свою собственно профессиональную сферу. Поэтому говорить в наш адрес “политизация” — это отказ от профессиональной независимости.

Ю. С. Савенко

<sup>6</sup> Смотрите знаменитую пьесу Эжена Йонеско “Носороги”, поставленную в театре Марка Розовского “У Никитских ворот”.

## РЕКОМЕНДУЕМ

*Жан Бодрийяр, Карл Ясперс*

## ПРИЗРАК ТОЛПЫ

В книгу вошли работы  
“Власть массы” Карла Ясперса и  
“Фантомы современности” Жана Бодрийяра

*М., 2014*

## Коморбидность панического расстройства

Ю. Е. Варфоломеева<sup>1</sup>

В последние годы произошло ощутимое усиление интереса к изучению тревожных состояний, что связано с высокой степенью распространенности этой патологии во всем мире. А. Б. Смулевич (2000) определяет тревогу, как “неопределенное, беспочвенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания; может осознаваться как беспредметное беспокойство”.

Проявления тревоги складываются из соматических и психопатологических симптомов. В первую группу входят дрожь, сотрясение тела, гипервентиляция, реакция на испуг, гиперактивность вегетативной нервной системы, парестезии, затруднения при глотании. Во вторую группу входят ощущение опасности, сверхнастороженность, “ком в горле”, желудочно-кишечные расстройства (“мутит от страха”) (Александровский Ю. А., 1997).

Система МКБ-10 включает две основные группы расстройств, выделенные с учетом преобладающей симптоматики — фобические расстройства и иные тревожные расстройства. В свою очередь, фобические расстройства разделяются на агорафобию, социальную фобию и специфическую изолированную фобию. Группа тревожных расстройств включает паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

Первое подробное клиническое описание панического расстройства было сделано американским интернистом Da Costa в 1871 году. Основными симптомами являлись сердцебиение, чувство давления в груди и одышка. Диагноз панического расстройства устанавливается лишь при наличии нижеследующих признаков — должно быть не менее 4 атак паники за четырехнедельный интервал. Приступы должны сопровождаться опасением наступления последующих. В структуре приступов должно встречаться не менее четырех признаков: одышка, головокружение, слабость; сердцебиение, тахикардия; тремор; потоотделение; ощущение удушья или нехватки воздуха; тошнота, дискомфорт в желудке; чувство жара и покраснение лица, либо чувство холода; парестезии;

боль или дискомфорт в груди; деперсонализация, дереализация; манифобия, лиссофобия (страх сойти с ума); танатофобия (страх смерти). Диагноз ПР правомерен лишь в тех случаях, когда приступы возникают внезапно и не провоцируются внешней стрессовой ситуацией. Смулевич А. Б., Сергеев И. И. (1998) отмечают, что в большинстве случаев (71,9 %) фобии развиваются на фоне церебрально-сосудистой недостаточности, последствий черепно-мозговых травм; хронической интоксикации алкоголем.

Диагноз ПР исключается, если имеется реальная угроза для жизни больного, вызывающая состояние, подобное данному расстройству, а также соматические заболевания как гипертиреозидизм, гипогликемия, феохромоцитома, кофеиновая, амфетаминовая интоксикации; при наличии большой (эндогенной) депрессии, шизофрении, эпилепсии (Reid, Wise, 1989). Проплап митрального клапана не является основанием для исключения диагноза ПР (Сторожакова Я. А., 1994).

Очевидно, что существует несколько вариантов ПР, которые различаются между собой по стереотипу появления симптоматики панических атак, тревоги ожидания и агорафобии. Основные характеристики панической атаки (острота, внезапность) сочетаются с нарастающей, всеобъемлющей тревогой, переходящей в страх “грозящей катастрофы” (Корсаков С. С., 1901).

На протяжении многих лет ПР рассматривались психиатрами в рамках пограничных нервно-психических расстройств, преимущественно неврозов (Давиденков С. Н., 1963; Карвасарский Б. Д., 1996). Симптоматика ПР не является принципиально новой, она довольно однотипна и включает как собственно психопатологические феномены (пароксизмы тревожного аффекта, танатофобия, деперсонализация) так и яркие вегетативные нарушения (тахикардия, тремор, одышка, головокружение, потоотделение и т.д.). Проблемой дифференциальной диагностики подобных состояний основательно занимались невропатологи и интернисты (Вейн А. М., Колосова О. В., 1981; Топольянский В. Д., 1986). В большинстве этих исследований приступы паники рассматривались как проявления синдрома психовегетативных расстройств перманентно-пароксизмального характера и обозначались как вегетативные кризы. При этом меньшее

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии МЗ РФ.

внимание уделялось изучению собственно тревожного аффекта и его связям с другой психопатологической и вегетативной симптоматикой, что представляет особый интерес для психиатров. К особенностям панических расстройств, встречающихся в неврологической практике, следует отнести слабую выраженность чувства страха, тревоги, (“паники без паники”, “нестраховые приступы”), у части больных эмоциональные нарушения могут обнаруживаться в чувстве тоски и подавленности, у других проявляться раздражительностью, агрессивностью или просто внутренним напряжением. У некоторых больных в обострении присутствуют также конверсионные функционально-неврологические симптомы (ком в горле, псевдопарезы, нарушение речи и голоса) (Вейн А. М. с соавт., 1997).

Из собственно психиатрических исследований следует выделить работы Вертоградовой О. П. (1991), Довженко Т. В. (1991), Сторожаковой Я. А. (1994), Калинина В. В. (1996). Авторами приводится типология синдромов ПР в связи с нозологическими формами, при которых эти синдромы встречаются, анализируется симптоматика ПР, описываются одновременно и другие особенности заболеваний, в рамках которых этот синдром встречается. Выявлена тесная взаимосвязь (коморбидность) депрессивных и панических расстройств (Калинин В. В. 1993; Сторожакова Я. А., 1994). У 92 % пациентов с паническими приступами установлено наличие расстройств депрессивного спектра. Согласно Lesser I. и соавт., частота коморбидной депрессии у больных ПР прогрессивно нарастает с давностью заболевания. Halle M., Dilsaver S. (1993) в результате проведенных исследований приходят к выводу, что большие сезонными депрессиями имеют синхронный ритм обострений и ремиссий коморбидного ПР (осень-весна). Считается несомненным, что при сочетании ПР и депрессии оба синдрома проявляются в более тяжелой форме (Смулевич А. Б., 1998; Кредитор Д., 1998).

Существует несколько этиологических теорий возникновения ПР. Катехоламиновая основана на обнаружении связи тревожных состояний с повышением уровня катехоламинов (в особенности адреналина) в моче. Большое значение придается нарушению функции т.н. “синего пятна”, которое представляет собой небольшое ядро в мозгу ствола мозга и содержит приблизительно 50 % всех норадренергических нейронов ЦНС. Стимуляция “синего пятна” приводит к симпатическому возбуждению и выбросу катехоламинов, что и формирует симптоматические проявления ПР. Другая теория связана с бензодиазепиновыми рецепторами, регулирующими метаболизм ГАМК. ГАМК открывает йонные каналцы мембраны нервных клеток, снижая возбудимость последних, и уменьшает тревогу. Полагают, что у больных ПР выделяются метаболиты, блокирующие данные рецепторы, что приводит к появлению тревоги. В связи с эффектом

серотонинергических антидепрессантов при ПР возникло предположение о роли повышенного выброса серотонина в появлении ПР. В томографических исследованиях у больных с ПР отмечена асимметрия кровотока в правой и левой парагиппокампальных извилинах.

ПР имеет серьезную генетическую основу: обнаружены свидетельства прямой передачи заболевания из поколения в поколение (заболеванием страдает 15 – 17 % родственников больных ПР первой степени).

Распространенность ПР в популяции составляет, по разным исследованиям, от 2 до 5 %. ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, у женщин оно встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Панические атаки (ПА) обычно возникают на фоне психогении (семейные конфликты, потеря близкого человека), а также биологических (гормональная перестройка) и физиогенных (физическая нагрузка, алкогольные эксцессы) факторов. ПА может возникнуть и при отсутствии предшествовавшего эмоционального и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности пациента. Симптомы ПА возникают неожиданно, приступ развивается быстро, длится в течение нескольких минут, реже — около часа. Частота приступа варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. Чаще всего наблюдается 1 – 2 приступа в неделю.

Приступ характеризуется группой вегетативных и психических расстройств. Наиболее выражены нарушения в дыхательной системе: отмечается затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией. Нарушения в сердечно — сосудистой системе представлены сердцебиением, пульсацией, ощущением перебоев, “замиранием”, “переворачиванием” сердца. Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка. Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор, парестезии, “волны” жара и холода. Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД.

Психические составляющие ПА включают в себя в первую очередь эмоционально окрашенные фобии (страх смерти, страх возникновения инфаркта, инсульта, страх сойти с ума). Возможны также дисфорические проявления (раздражительность, агрессия). Истерио-конверсионные расстройства при ПА представлены чаще всего “чувством кома в горле”, афонией, онемением или слабостью в конечностях, атаксией. Наблюдаются также дереализационные и деперсонализационные расстройства: “дурнота” в голове, чувство “отдаленности и отделенности” окружающего. Следует отметить, что, по мнению отечественных психиатров, массивные дереализационные и деперсонализационные феномены в структуре ПА, а также страх сойти с ума (лиссофобия, маниофобия), по своим характеристикам приближаются к симптомам, в

большей степени свойственным “большой психиатрии”. Они являются подозрительными в плане возможной диагностики эндогенной депрессии или процесса.

Поведение больных при ПА различно: некоторые мечутся, кричат, зовут на помощь, открывают окна, выбегают на улицу, “на свежий воздух”, другие стонут, неподвижно лежат, боясь пошевелить рукой или ногой. Пациенты принимают всевозможные (обычно сердечно — сосудистые) лекарственные препараты и в поисках спасения вызывают “скорую помощь”.

Паническое расстройство необходимо дифференцировать от клинически сходных состояний, развивающихся при феохромоцитоме, сердечной аритмии, тиреотоксикозе.

В клинической картине ПА выделяют большие (развернутые) ПА — 4 симптома и более; и малые (симптоматически бедные) — менее 4-х симптомов. Развернутые приступы возникают реже, чем малые (1 раз в неделю или месяц), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки. Больные как правило обращаются к интернистам и неврологам, не получая адекватной терапии, и не попадают в поле зрения психиатра. До 12 % из всех пациентов, обращающихся за помощью к кардиологу, составляют больные с ПР. ПА имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт). У больных возникают опасения возможности повторения приступов (тревога ожидания). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа, лифт, туннель). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх оставаться одному. Это способствует формированию особого режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания, которое способствует возникновению агорафобии. Таким образом, панический приступ, тревожное ожидание его развития и избегание провоцирующих ситуаций формируют “порочный круг” панического расстройства, ведущий к социальной дезадаптации пациентов. Стойкий фобический компонент формируется далеко не у каждого больного с ПР и, наоборот, встречаются больные, у которых наблюдается агорафобия без панических приступов. В связи с этим в МКБ-10 выделяют:

1. паническое расстройство с агорафобией,
2. паническое расстройство без агорафобии,
3. агорафобию без панического расстройства.

Помимо агорафобии частым коморбидным фобическим расстройством при ПР является социальная фобия (до 53 % случаев). Социальные фобии характеризуются выраженной реакцией тревоги при пребывании в общественных местах, при выступлениях перед аудиторией, на экзаменах и т.д., с вегетативно-соматическими симптомами. Обычно ПА возникают на фоне уже сформировавшейся социофобии, реже по-

следняя развивается после манифестации приступов паники.

ПР также часто коморбидно с алкоголизмом. Почти половина больных ПР в анамнезе злоупотребляли алкоголем. Для понимания взаимоотношений ПР, агорафобии и алкоголизма большое значение имеет последовательность возникновения этих расстройств. Одним из важнейших проявлений алкоголизма является алкогольный абстинентный синдром (ААС), формирующийся на протяжении многолетнего злоупотребления алкоголем и возникающий каждый раз при прекращении многодневного приема спиртных напитков. Особую роль тревоги в похмельном синдроме показал С. Г. Жислин (1929). По данным некоторых авторов, у 22,6 % – 68 % больных алкоголизмом возникают проблемы, связанные с тревогой. Частота тревоги в период похмелья достигает 94 % (Гофман А. Г., 1999).

Данные литературы в отношении вариантов сочетания ПР и алкогольной зависимости остаются противоречивыми (Brady КТ с соавт., 2013). Описано два варианта последовательности формирования этих нозологий. При первом варианте алкоголизация у больных следует за ПР и является механизмом патологической адаптации, когда больные используют спиртное, стараясь подавить вегетативные и психические симптомы паники (Ш. Т. Коэн, Р. Вейсс, 1998; Cosci F. с соавт., 2007). Также имеются сведения о том, что агорафобия и социофобия предшествуют злоупотреблению алкоголем (Kushner M., Sher J., 1990). При втором варианте злоупотребление алкоголем и формирование алкоголизма предшествуют появлению тревоги и панических атак (Варфоломеева Ю. Е. 2003, Коваленко А. Ю. 2006, Goodwin R. D., Stein D. J. 2013). Отмечается, что нередко появлению первых пароксизмальных тревожных состояний в рамках абстинентного синдрома предшествуют тяжёлые алкогольные эксцессы с увеличением суточных дозировок спиртного (Павличенко А. В., Чугунов Д. А. 2012).

На возникновение ПР, их характер и трансформацию оказывают влияние преморбидные особенности личности. В процессе развития алкоголизма нередко заостряются тревожно-мнительные и сензитивные черты, что предрасполагает к появлению ПР. В то же время, в межприступном периоде панического расстройства у пациентов могут возникать стойкие опасения по поводу своего здоровья, приводящие к длительному воздержанию от приема алкоголя (Tilli V. и соавт., 2012). Описаны случаи формирования ипохондри у больных ПР и коморбидной алкогольной зависимостью (Погосова И. А., Погосов А. В., 2011).

Большое количество работ посвящено изучению коморбидности ПР и депрессивных состояний, частота встречаемости которых оценивается в 30 – 60 % (Grunhaus L. с соавт, 1994; Chen Y. W. с соавт., 1995; Pini S. с соавт., 1997). Имеются данные о более высо-

ком проценте лиц, злоупотребляющих алкоголем (Young L. T. с соавт., 1993), среди пациентов с ПР и сопутствующей депрессией, чем у лиц, имеющих их по раздельности. Число симптомов в структуре ПР, сопровождающихся депрессией, значительно больше (Brown C. с соавт., 1996), чем при ПР без депрессии. Исход болезни в целом и ответ на терапию значительно хуже (Grunhaus L. с соавт., 1994), чем при изолированном ПР.

Все исследователи отмечают сложность структуры депрессий, сочетающихся с ПР и фобиями, которые характеризуются как дисгармоничные, диссоциированные. При этом ПА в рамках депрессии сохраняли определенную автономность: их возникновение зависело не только от особенностей аффективных нарушений, но и от ряда других факторов: от особенностей поведения пациентов (характера либо интенсивности деятельности), от времени суток (чаще вечером), от окружающей обстановки (количество окружающих людей, особенности местности или помещения). Установлено, что частота коморбидной депрессии у больных ПР нарастает с давностью заболевания. Возможно рассмотрение панического расстройства в качестве первого этапа неразвернувшейся депрессии. ПА часто выступает как дебют депрессии. Как правило, этому предшествуют физиологические или психологические перегрузки (чаще острая психическая травма или массивная алкоголизация), сопровождающиеся дезорганизацией вегетативной регуляции. Чаще всего ПА предшествуют развитию тревожной депрессии. При этом симптомы ПА являются как бы прообразом будущей симптоматики депрессии, после очередной ПА структура депрессии последовательно усложняется. В большинстве случаев (65,7 %) ПА выступают как манифест депрессии, реже (34,3 %) — возникают на фоне уже развившейся депрессии. В межприступном периоде (между ПА) в структуре депрессий отмечается тревожный аффект, часто сочетающийся с депрессивными расстройствами тоскливого спектра. На этом фоне постепенно развиваются явления агорафобии.

## ЛЕЧЕНИЕ ПР

В лечении панического расстройства выделяют два направления: первое — купирование приступа панической атаки; второе — предупреждение развития последующих эпизодов панических атак и сопутствующих им синдромов (таких как агорафобия, депрессия, тревога ожидания и т.д.).

В настоящее время выделяют следующие препараты, используемые для лечения панического расстройства: трициклические и тетрациклические антидепрессанты, селективные серотонинэргические препараты, ингибиторы МАО и бензодиазепины. К трициклическим и тетрациклическим антидепрессантам относятся имипрамин (мелипрамин), кломипра-

мин (анафранил), дезимипрамин (петилил, пертофран), амитриптилин (триптизол), нортриптилин, миансерин (леривон), мапротилин (людиомил). Из бензодиазепинов в лечении панических атак используются алпрозалам, клоназепам, феназепам.

К антидепрессантам избирательного действия (селективным ингибиторам обратного захвата серотонина) относятся следующие препараты: сертралин (золофт, люстрал), флуоксетин (прозак), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), ципраamil (цитоплапрам).

Трициклические антидепрессанты оказывают влияние на такие компоненты панического расстройства, как агорафобия, депрессия, тревога ожидания. Однако у этих препаратов существует очень серьезный недостаток — улучшение наступает спустя две-три недели от начала лечения, а окончательный терапевтический эффект может проявиться спустя 8–10 недель.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина считаются наиболее безопасными, для них характерно отсутствие побочных эффектов, встречающихся при приеме трициклических антидепрессантов. Их можно применять в долговременных схемах лечения при длительной профилактической терапии. Причем воздействие на тревогу не сопровождается седативным побочным эффектом. Основным недостатком этой группы препаратов является возможность появления в течение первых двух — трех недель лечения таких симптомов, как раздражительность, бессонница, нервозность, сухость во рту, потливость. Бензодиазепины контролируют и панические атаки, и тревогу ожидания. Однако в купировании агорафобических расстройств эти препараты менее эффективны, чем трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Применение бензодиазепинов позволяет добиться быстрого терапевтического эффекта (в течение нескольких дней), отсутствие ухудшения состояния на начальном этапе терапии. Для того чтобы избежать формирования зависимости, курс лечения не должен превышать четырех недель, при этом используются средние терапевтические дозы препаратов.

Помимо фармакотерапии проводятся курсы психотерапии, дыхательной гимнастики, аутотренинга. Использование так называемых вегетотропных препаратов (анаприлин, пирроксан) в сочетании с сосудисто — метаболической терапией (циннаризин, кавинтон, трентал, ноотропил, пирацетам, церебролизин) неэффективно и может способствовать хронизации заболевания.

Лечение больных алкоголизмом, у которых возникают тревожные расстройства, в том числе пароксизмальные, должно быть поэтапным и комплексным. Вначале путем проведения дезинтоксикационной терапии в сочетании с анксиолитиками купируются проявления алкогольного абстинентного синдрома.

Затем с помощью антидепрессантов и анксиолитиков устраняются аффективные нарушения. В дальнейшем проводится противоалкогольная терапия (медикаментозное подавление влечения к опьянению и психотерапевтическое воздействие).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Применение мексидола при тревожных расстройствах. М. 1997. — С. 242.
2. Банщиков Ф. Р., Гаврилюк В. Я. Терапия паксилон и динамика показателей качества жизни у больных с тревожно — депрессивными нарушениями. Журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. Т. 03. № 2, 2006 г.
3. Варфоломеева Ю. Е. Тревожные расстройства в структуре ААС. Дис... канд. мед. наук. М., 2003 г.
4. Вейн А. М., Колосова О. А. Вегетососудистая дистония. М., 1981, — 318 с.
5. Вейн А. М., Дюкова Г. М. Панические атаки. — СПб., 1997 г.
6. Гофман А. Г., Яикина И. В., Варфоломеева Ю. Е. “Современные подходы к лечению больных алкоголизмом” // Современные проблемы психического здоровья. — Москва, 2005. С. 240 — 248.
7. Давиденков С. Н. Неврозы. — Л., 1963. — 270 с.
8. Жислин С. Г. “Очерки клинической психиатрии”. Глава 16 “Алкогольный абстинентный синдром” — М.: Медицина. — 1965. — 320 стр.
9. Иванов М. В., Банщиков Ф. Р., Кильдеев В. В. Опыт применения эфевелона при лечении тревожно-депрессивных расстройств. Психиатрия и психофармакология Том 8 № 6, 2006 г.
10. Калинин В. В., Максимова М. А. Клинико-психопатологические характеристики больных с паническими расстройствами и эффективность терапии кломипрамином. Журнал невропатол. и психиатрии 1993, Т. 93, № 6. С. 46 — 49.
11. Калинин В. В. Тревожные состояния у больных эндогенными психозами и с невротическими расстройствами. Автореф. дис... докт. Мед. наук, М., 1996, 26 стр.
12. Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М., 1996. — 215с.
13. Коваленко А. Ю. Алкогольная зависимость и коморбидные панические расстройства Дис... канд. мед. наук. Томск., 2006. 26 с.
14. Павличенко А. В., Чугунов Д. А. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность. Независимый психиатрический журнал, 2012, № 2, С. 16 — 23.
15. Петрунько О. В. Депрессия и тревога в клинике соматизированного расстройства. Социальная и клиническая психиатрия. № 2, 2004. С 21 — 27.
16. Погосова И. А., Погосов А. В. Случай формирования ипохондрии у больного паническим расстройством и коморбидной алкогольной зависимостью. Неврологический вестник. 2011. — № 3. — С. 89 — 93.
17. Сергеев И. И. Условия манифестации, клинико-динамические закономерности, феноменология фобических расстройств — Тревога и обсессии — М., 1998 — с. 78 — 97.
18. Смулевич А. Б., Иванов С. В. Лечение тревожно-фобических расстройств: непосредственный и отдаленный результат, прогноз эффективности. Тревога и обсессии — М., 1998 — с. 158 — 191.
19. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М. 2005, 320 с.
20. Сторожакова Я. А. Психические расстройства пограничного уровня у больных с пролапсом митрального клапана во внебольничной психиатрической практике. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — 26 с.
21. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства. — М., 1986. — 384 с.
22. Федорова С. С. О коморбидности алкоголизма и тревожных расстройств. Журнал Наркология. Том 12, № 7, 2013, стр. 92 — 99.
23. Bosch O. G., Quednow B. B., Wetter T. C. Reconsidering GHB orphan drug or new model antidepressant Psychopharmacol; 2012, 26(5), 618 — 628.
24. Brady K. T., Haynes L. F., Hartwell K. J., Killeen T. K. Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. Soc Work Public Health. 2013, 28(3-4), 407-23.
25. 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.
26. Buckner J. D. Ledley D. R. Heimberg R. G. Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders Combining Motivation Enhancement Therapy With Cognitive-Behavioral Therapy. Chn Case Stud. 2008, 7, 3, 208 — 223.
27. Cohen S. T. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания / S. T. Cohen; R. Weiss, III. Т. Коэн, Р. Вейсс // Наркология / пер. с англ. — М., СПб.: Изд-во “БИНОМ”, “Невский Диалог”, 1998, С. 275 — 285.
28. Cosci F., Schruers K. R., Abrams K., Griez E. J. Alcohol use disorders and panic disorder: A review of the evidence of a direct relationship. Journal of Clinical Psychiatry. 2007, 68(6), 874 — 880.
29. 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.
30. Goodwin R. D., Stein D. J. Anxiety disorders and drug dependence: evidence on sequence and specificity among adults. Psychiatry Clin Neurosci. 2013, Apr., 67(3), 167 — 73.
31. 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.
32. Kushner M. G., Sher K. J., Beitman B. D. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. The American Journal of Psychiatry 1990.
33. 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.
34. Reid W., Wise M. DSM-III — R training guide. — New York. — 1989. — 269 p.
35. Tilli V., Suominen K., Karlsson H. Panic disorder in primary care: comorbid psychiatric disorders and their persistence. Scand J Prim Health Care. 2012, Dec., 30(4), 247 — 53.
36. 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.

Николай Баженов

## Русская революция.

Заметки о социальной психологии<sup>1</sup>



3.

*Я так понимаю, что вера есть способность духа. Она все равно, что талант: с нею надо родиться. Насколько я могу судить по себе, по тем людям, которых видал на своем веку, по всему тому, что творилось вокруг, эта способность присуща русским людям в высочайшей степени. Русская жизнь представляет из себя непрерывный ряд верований и увлечений, а неверия или отрицания она еще, ежели желаете знать, и не нюхала. Если русский мужик не верит в Бога, то это значит, что он верует во что-нибудь другое.*

*А. Чехов, На пути*

*Умирают только ради того, что сомнительно.*

*Ж. Ренан, Философические драмы*

*Психология человечества должна будет основываться главным образом на изучении человеческих безумств, его снов, галлюцинаций, всех тех забавных нелепостей, которые встречаются на каждой странице истории человеческой мысли.*

*Ж. Ренан, Будущее науки*

Итак, что в происходящем сейчас в России кажется таким странным, непостижимым и удивительным, отчего для объяснения ссылаются на загадочность славянской души? Анархия? Бесчинства, которые ежедневно совершаются в Петрограде, Москве и вплоть до самых маленьких городов России? Крестьянские восстания в деревнях? Разложение, царящее в армии? ..

Один очень талантливый русский писатель и к тому же революционер Н. Михайловский в работе «Герои и толпа» решил установить закон психологии

коллектива и выявить его основные движущие силы. Подводя итог выводам авторов, занимавшихся психологией толпы, он находит некоторые характерные черты. Это внушаемость толпы (например, множество случаев коллективных галлюцинаций и иллюзий зарегистрированы психиатрами и психологами); ее непостоянство (например, слова Антония над телом Цезаря у Шекспира); влияние, оказываемое на нее авторитетом некоторых лидеров (множество исторических примеров, начиная с руководителей религиозных движений, Петра Пустынника и до вождей революционеров Кромвеля, Робеспьера, Керенского, или военных Наполеона I или Гарибальди).

В связи с этим, если существует какое-то психологическое свойство, которое трудно проанализировать и привести к его первоначальным и элементарным составляющим, именно это свойство именуют (за не-

<sup>1</sup> Окончание. Начало — см. НПЖ, 2013,4. Это первый перевод на русский язык, за предоставление которого мы благодарим д-ра В. Д. Тополянского. Перевод Северовой.



имением лучшего) авторитетом и шармом. Для того, кто умеет наблюдать, совершенно очевидно, как часто встречаются лица, одаренные в той или иной степени психологическим комплексом, обычно называемым “шармом”. Это не самые красноречивые, не самые знающие и не самые работающие, но те, кто особенно легко ведут отдельных людей и толпу за собой.

На самой высокой ступеньке — народные вожаки; они рождены с этой психологической особенностью, они ей предназначены. История их представляет: их много среди властителей, царей, императоров, пап, обладающих властью и почти безграничными возможностями проявлять ее. Среди них вовсе не обязательно встречаются личности, пользующиеся авторитетом, иногда рядом с ними появляется какой-нибудь простой человек с этой особенностью, развитой до высшей степени. Отказываясь со своей стороны определять, какие психологические (а может, и физиологические) элементы составляют то, что понимают под *авторитетом*, *шармом*, прошу позволения сказать только, что массы, толпа безошибочно реагируют на это особое обстоятельство или свойство; именно массы попадают под его влияние наиболее легко и наиболее слепо.

Продолжая изложение некоторых основ психологии толпы, скажем еще, что те, кто ее составляют, находятся преимущественно на низком интеллектуальном уровне — *senatores boni viri, senatus autem mala bestia*, (лат. сенаторы — добропорядочные мужи, но сенат — дурной зверь). В области чувств, как весьма справедливо отметил Ле Бон, толпа может стоять ниже или выше, легко превращаясь как в героическую, так и криминальную. Так вооруженное и мобилизованное общество в течение трех лет мужественно и с самоотверженным героизмом почти без оружия и без боеприпасов, почти раздетое, боровшееся с врагом, прекрасно организованным, обладающим совершенной техникой, потеряв (убитыми, ранеными и пленными) около восьми с половиной миллионов человек, неожиданно пришло в упадок, когда социальные тормоза, так сказать, моральный остов нации, перестали функционировать.

Очень важный элемент психологии масс — психическая заразительность. Литературным примером здесь я выберу прежде всего самый поразительный, какой я знаю: сцена паники и бегства в Аустерлице многих русских соединений и сцена убийства Верещагина перед дворцом московского генерал-губернатора небезызвестного Ростопчина из “*Войны и мира*” графа Л. Толстого.

Психологическая заразительность прослеживается во всех народных движениях — как в крестовых походах, так и в последней русской революции. Достаточно одной туманной формулировки, адресуемой скорее к религиозным чувствам народа, чем к его разуму, чтобы породить порою широкое движение. Под словом “религиозное” я подразумеваю формулиров-

ку, которая вполне может быть атеистической, но содержит в себе все признаки веры. Подобные мысли можно найти, хотя бы в газете Кондорсе. По его словам, “французская революция — религия, и Робеспьер сотворил из нее секту: это священник, имеющий своих богомольцев... у него есть все признаки этого, но он не религиозный вождь, а глава секты. Робеспьер всего лишь священник и всегда будет только священником”.

Более близкий к нам Карлейль высказал такой афоризм: “Силен тот, кто принадлежит к какой-нибудь церкви”. Но я думаю, что именно Токвиль, человек уже нашего времени, очень точно сформулировал ту же самую мысль при изучении Французской революции: “Религиозные революции нужно сравнивать с революцией французской... Потому что у нее была явная тенденция больше к возрождению рода человеческого, чем к реформе Франции; она зажгла страсть, какую до наших дней политические революции, самые великие, ни разу не смогли возбудить. Она внушила прозелитизм и привела к рождению пропаганды. И этим она сумела придать себе вид революции религиозной, вызвавшей ужас у современников, или, скорее, она сама стала своего рода новой религией, религией несовершенной, правда, без Бога, без культа и других атрибутов. Тем не менее, она, как исламизм, заполонила всю землю своими солдатами, своими пророками и своими палачами”. (*A. de Токвиль, L’ancien régime et revolution, Paris, 1877*).

Последняя русская революция, исходя из ее методов и принципов, — революция максималистов; она представляет собой скорее религиозное движение, чем политическую революцию. Все ее вожаки — бывшие эмигранты, а вовсе не политические революционеры. Они ни во что не ставят старые либеральные принципы и берут себе на службу людей павшего режима, как это делали первые христианские церкви, принимавшие в свое лоно обращенных язычников. Напротив, их самые большие враги — не бывшие политические реакционеры и радетели о царском троне и династии, но именно те, кого в основном подавлял царский режим — члены либеральной оппозиции, не социалисты, кадеты (конституционные демократы) и даже социалисты — но не большевики.

Было бы слишком просто видеть в этом только результат германского золота, подкупающего убеждения (совесть) и формирующего бунты. Правда, были в числе вожаков несколько продавшихся и много любителей половить рыбку в мутной воде, но в основном они представляются мне людьми с мировоззрением и душой религиозных сектантов, таких, как Торквемада, Игнатий де Лойола, Петр Пустынный, Кальвин, протопоп Аввакум. Может быть, они приняли помощь и деньги Германии, но не в качестве сребреников Иуды, а вполне искренне полагая в простоте душевной, что эти деньги послужат успеху их идеала: установлению полного социализма во всем мире. Мо-

жет быть, беспокоиться об источнике денег для людей, которые надеются, хотят и готовы привести к триумфу социализма, означающего земной рай для всего человечества, — это всего лишь буржуазный предрассудок. Социализм! Вот новый идол, требующий пожертвовать многим человеческими жизнями. Психология этих священников толкает их к деспотизму самому жестокому, тому, что господствовал только во времена московских царей, например, Ивана Грозного с его опричниной. Впрочем, так ли важны все свободы и все либеральные призывы тому, кто претендует на то, что он откроет широкие ворота в земной рай для всего человечества! Сейчас, когда они пришли к этому глубокому убеждению, какое значение они придают хотя бы тем великим принципам, ради которых боролись века и посвятили свою личную свободу, а часто даже и свои жизни, лучшие представители русского народа? Какое значение рядом с этим религиозным идеалом они придают унижению родины, распаду России, гибели шедевров, созданных русской историей за многие века? ..

Только кадеты, конституционные демократы, неисправимые либералы, не веря в победу полного социализма, еще придерживаются своих старомодных недейственных принципов. И, следовательно, они враги народа, буржуазия. Буржуазия! Вот откуда исходит доказательство того, что большевистская революция в России является революцией, имеющей все характерные черты религиозного движения, новой веры: вся преемственность между прежними движениями, ставившими цель освободить русскую нацию, и новой революцией порвана. Почти полтора века назад в России появились знатные и не жалевшие себя люди; они не боялись выступать иногда открыто, иногда тайно против старого режима. В XVIII веке это были Новиков и Радищев, а в XIX — Чаадаев, декабристы, Герцен, Огарев, Чернышевский; их пропаганда, их усилия привели к революционному движению 1860 – 1880-х годов, а затем — к оппозиции четырех Государственных Дум, к формированию политической партии конституционных демократов и к свержению царской власти. Между этими людьми и соответствующими историческими фактами с одной стороны, и большевизмом с его максималистской революцией — с другой, связь была порвана. Большевистская революция не имеет ничего общего со всеми этими предшествующими усилиями; это новая глава не только в русской истории, но, возможно, (а по их мнению, наверняка), в истории всего мира...

Социализм, как, впрочем, и все новые термины (будь то в науке, или в искусстве, или в политике) родился в обширной лаборатории новых идей, именуемой Францией. Это касается, однако, и всех других идей, рожденных во Франции. Идея социализма была воспринята и в других местах, главным образом, в Германии. В России же влияние идей Прудона, Фурье или Бланки во все времена было очень слабым.

В Западной Европе и, особенно, во Франции недоумевают, как могло случиться, что огромная нация, почти 180 миллионов человек, разношерстных и на три четверти неграмотных, за несколько месяцев оказалась втянутой в максималистские идеи и дала руководить собой тираническому большевистскому кулаку? Если хоть немного знать русский народ, то просто смешно и невероятно думать и верить, что большинство русских масс и вправду приняли идеи максималистов, социалистов-демократов.

Но во время Великой Французской революции разве было иначе? Г. Ле Бон в своей такой замечательной во многих отношениях работе “*Французская революция и психология революций*” точно указывает, что якобинцы и их последователи никогда и нигде не были в большинстве. Число их, говорит он, трудно определить точно. Мы знаем только, что оно всегда было невелико; Тэн оценивает его для Парижа в пять тысяч на семьсот тысяч жителей, для Безансона — в триста на тридцать тысяч, а в целом для Франции — триста тысяч. Почему меньшинство могло властвовать во всей Франции, он объясняет тремя доводами: “Прежде всего, потому что их вера наделяла их огромной силой. Затем, потому что они представляли правительство, а в течение веков французы подчинялись тем, кто командовал... И наконец, потому что ниспровергнуть их, вернуть прежний режим, было очень страшно для многих стяжателей национальных богатств”. В России не иначе.

Вера, воодушевляющая главных вождей новой религии социализма распространяется в массах, как зараза, порождая твердые убеждения — необходимое условие успеха. Есть тут и материальная приманка: поскольку вся земля отдана крестьянам и все фабрики — рабочим, они уже кровно заинтересованы в том, чтобы поддерживать новосозданный режим большевиков. Что касается второй причины, указанной автором, которого я только что процитировал, — привычки французов, чтобы их вели и ими командовали, то такое условие можно найти всюду, за исключением, пожалуй, первобытных времен, когда социального положения людей еще не было.

На деле же с тех исторических времен, когда люди объединились в обществе, как бы оно ни именовалось — деспотической монархией или монархией конституционной, республикой или теократией, — они никогда не знали иного режима, кроме олигархического. “Никогда не существовало истинной демократии и никогда ее не будет”. Это говорю не я, это слова Ж. Ж. Руссо. (*Об общественном договоре*).

По милости Божьей” или “по воле народа” всегда были только пустыми метафизическими формулами, абсолютно лишены смысла, потому что — и Г. Тард это ясно доказал в *Lois de l’imitation*, — все человечество делится на две очень неравные по числу группы: — небольшую часть лидеров (выдумщиков), и огромную массу не только поддающихся внуше-

нию, но таких, кто только и требует, чтобы им внушали, кто мечтает, чтобы ими командовали, кто только и желает, чтобы ими правили и руководили. Правы даже те, кто придает силу некоторым формулировкам, кто, обладая даром внушения, завоевывает себе авторитет веры и определяет акты тем более мощные, что сами мотивы этих актов, оставаясь не совсем понятными, сохраняют способность производить волнения. Тысячи людей, отмечает Г. Ле Бон, позволяют себя убивать ради слов, которые они не в состоянии понять, к тому же, слов совершенно бессмысленных, как верно заметил до него Ренан. Неужели так важно было гренадерам Бонапарта, чтобы четыреста веков смотрели на них с высоты пирамид, но этого достаточно было для того, чтобы заставить их лицом к лицу встретить опасности далекой военной экспедиции, угрозу войны в пустыне, и риск заболеть чумой. Неужели теологические разногласия между католиками и протестантами или между небольшими христианскими сектами (например, между монофизитами и монофелитами или между старыми и новыми верующими в России) были способны раздражить до такой степени, что обе стороны готовы были убивать приверженцев стана противников? Но они не могли даже сформулировать *distinguo* (лат. различия), которые их разделяли! Напротив, достаточно было взять эти теологические нюансы на вооружение пропаганде, подтверждать их, повторять, внушать непреложность какого-нибудь догмата веры, без которого невозможно спасение, чтобы поднять этих людей друг против друга. Отметим мимоходом в связи с этим, что неприязнь между группами людей очень разных убеждений и мыслей (например, между язычниками и христианами, революционерами и приверженцами старого режима) гораздо менее выражена, чем между двумя группами более близкими друг другу (к примеру между двумя сектами в лоне христианства, отличающимися друг от друга разве что несколькими незначительными оттенками в деталях). Даже среди самих революционеров существует непримиримость, их разделяющая, словно пропасть между социал-демократами меньшевиками, социалистами-революционерами и конституционными демократами (партии, близкой по своим взглядам к французским радикалам-социалистам).

Это, однако, вполне понятно и объяснимо. Люди, уверенные в себе, твердо убежденные, что именно они принесут спасение нации или, еще лучше, всему человечеству, психологически должны быть непреклонными: они не могут терпимо относиться к тем, кто, стремясь к той же цели, не принимает полностью их догм и расходится с ними всего лишь в нескольких деталях. Тем не менее, такое расхождение способно, по их мнению, все скомпрометировать и перекрыть дорогу к намеченной цели. При обсуждении основных причин успехов (по крайней мере, временных) революции большевиков в России и справедливость, и беспристрастность и научная объективность требу-

ют сказать, что в своих методах они ничего не придумали, ничего не открыли нового; все правительства и все политические партии действуют одинаково. Произвести впечатление на толпу, внушить твердую веру, пустить в ход призывы, пусть даже пустые по смыслу, абсурдные или просто не вполне понятные, действовать на массы своим авторитетом, воздействовать внушением, вбивающим в души мнения, которые никакие доводы не могут уже разрушить и которые, перейдя в подсознание, определяют поведение и трансформируются в действия, — вот секрет руководства и весь секрет политического брожения масс, потому что оно заключается лишь в том, чтобы менять одно *credo* (лат. убеждение) на другое, одну веру на другую, более сильную и вытесняющую первую.

В 1905 году, во время первой русской революции, совершенной главным образом *sub signo* (лат. под знаком, под лозунгом) конституционных демократов, сделали ли мы что-нибудь другое, кроме как собрали тайный съезд, чтобы в проигранных кампаниях политических революций утверждать непреложную необходимость ввести в России всеобщее, прямое, тайное, равноправное избирательное право? Я даже вспоминаю, что в ту пору один съезд акушеров объявил: правильное акушерство в русской деревне невозможно, как и это избирательное право, которое не поддержит народ...

Теперь следует признать: некоторым скептическим умам такие выборы казались не вполне выполнимыми (тайные выборы для народа, большая часть которого неграмотна; прямые выборы в огромной стране с очень разбросанным населением...), они предпочли бы выборы более ограниченные, как например, выборы по образцу бельгийских. Но партийная дисциплина очень быстро смирила персональные мнения, обуздала индивидуумов и предложила им формулировку, принятую большинством (точнее было бы сказать, меньшинством лидеров, влияющих на других и заставляющих принять их резолюции огромную часть нерешительных или колеблющихся); впрочем, это очень легко извинить и объяснить: человек, по своим взглядам и темпераменту стремящийся к политической деятельности, вынужден примкнуть к политической партии и подчиняться ее дисциплине. Даже гений с властной волей (Наполеон, Петр Великий) не сумел бы сохранить в целостности свою индивидуальность, не пойдя на уступки окружающей его психологической среде. Но именно они, в свою очередь, становятся лидерами масс.

Нужно, чтобы человек, забывая старое изречение *primo vivere deinde philosophari* (лат. сначала жить, а потом философствовать), сначала принял решение смириться и не рассматривать бушующую вокруг него активность людей, только с точки зрения философии и социологии, чтобы он мог сохранить нетронутой и абсолютной свою интеллектуальную индивидуальность и не идти на компромиссы. Ибсен в одной

из своих драм (“*Строитель Сольнес*”) очень точно заметил: “Человек, чтобы стать сильным, должен остаться один”.

“Всякий, кто хочет понять врага, должен проникнуть в его стан”, — сказал поэт. Размышляя над состоянием анархического разложения, в которое большевики погрузили Россию, я спрашиваю себя: до какой степени они порочны в основе своей, в чем их первая и главная ошибка? Право, проще всего было бы сказать себе, что одни только продавшиеся предатели сыграли на руку Германии. Что они это сделали, тут нет никакого сомнения, но по крайней мере некоторые вожди этого движения поступили так абсолютно искренне, по простоте душевной, в желании и надежде полного триумфа социализма... Это замечательно, но это всего лишь идеал, направляющий их к претворению в жизнь того, к чему они стараются и надеются прийти. Но что остается непонятным, так это их метод, их средства на пути к успеху. На что они рассчитывали, как собирались организовать страну, будь то хотя бы только база полного социализма? Социалисты-демократы, между тем, гораздо больше “государственники”, чем “анархисты”.

Перенесясь на двенадцать лет назад, к писаниям Ленина того времени, я нахожу первую психологическую ошибку. Он утверждал в 1905 году (во время первой русской революции), что в тот момент речь шла лишь о том, чтобы снести все до основания и предоставить заботу о будущем устройстве только “народной мудрости”, здравому смыслу масс.

Я имел тогда случай полемизировать с ним и указать ему в своей работе “*Философия и политика*”, что если существует в психологии термин “безумие коллектива, импульсивность масс, помешательство толпы”, то, напротив, “мудрость и здравый смысл масс” — факт и термин, которых в психологии коллектива нет.

Я полагаю, что именно в этом лежит первая основная и принципиальная ошибка Ленина и его сподвижников. Коллектив, толпа, народ, нация часто способны на самоотречение и героизм. Под властью озаряющей его веры, импульса, дающего ему живое эмоциональное чувство, коллектив способен на возвышенное самопожертвование, но бесполезно искать в истории человечества коллективные акты, совершенные под влиянием разума и логики. Движущие силы, побуждающие к действию толпу, нерациональны, и не имеют ничего общего с логикой и рассудком.

Историки, занятые в основном не психологией толпы, а последовательностью фактов, при установлении нити событий, заметили, что мнения, решения и действия масс и коллективов управляемы какими-то мистическими неосознанными чувствами. Эти историки находят в них психологические элементы, необходимые в современном обществе. Так Г. Ферреро в своем недавнем труде о европейской войне недвусмысленно сказал: “Эта эпоха, которая считается та-

кой практичной, наоборот, является грубо и неистово мистической” (Г. Ферреро, *Европейская война, Париж, 1916*).

События Великой Французской революции и Парижской коммуны 1871 года, а сейчас — русских революций (по моему мнению, их, по меньшей мере, две — революция политическая и революция максималистов-большевиков, или, пожалуй, революция социальная) запечатлены в воспоминаниях современников, в корреспонденциях, в газетных статьях и т.д. Ныне известно множество фактов, где жестокость и зверство соперничают с предельной глупостью и отсутствием всякой понятной цели.

Помню, как во время первой русской революции, когда я жил на широком бульваре, я видел в одном месте, где не было ни одного солдата, ни одного революционера, где не шло никакого сражения, многие люди замертво падали или были ранены пулями, сыпавшимися неизвестно откуда... И сейчас еще перед моими глазами стоит молодой булочник; он шел со своей корзиной на голове и вдруг упал прямо перед моими окнами, сраженный пулей, не знаю, откуда посланной, и кем посланной; я не видел никакого повода для убийства, если только это не была охота на такую редкую дичь, как человек. ..

Я прочел в *Journal* (от 16 января 1919 года) следующую депешу, описывающую события, связанные с восстанием спартаковцев в Берлине: “Допрос арестованных спартаковцев привел к ошеломляющим ответам. Оказывается, множество молодых людей признали, что стреляли в толпу из ружей или из пулеметов исключительно ради забавы”.

В придачу к обычным толпам, подвергшимся внушению и сражающимся за свою нынешнюю веру, число активных участников народного бунта значительно возросло, потому что он вобрал в себя массу дегенератов, полубезумных, не вполне вменяемых, разных людей с нарушенной психикой, хронических алкоголиков и т.д. Именно они, главным образом, самые неистовые и самые жестокие. ..

В своем курсе лекций по психиатрии, я посвящаю одну лекцию в год, чтобы сообщить аудитории об огромной опасности современного общества. Современное государство ведет себя, по мнению его граждан, прямо противоположно тому, как должен был бы вести себя хороший фермер, с точки зрения его скотины. Хороший фермер должен был бы выбрать в своем стаде в качестве репродуктивных животных самых лучших, самых здоровых, а остальных отправить на бойню. Государство же действует совсем иначе и производит селекцию наоборот: оно расточает свои заботы на слабых и увечных и берет в популяции самых сильных, чтобы послать их в казармы или на заводы, отдавая их для популяции позже, часто уже изможденными, зараженными антигигиеническими привычками (алкоголизмом) или болезнями (сифилисом).

Это издержки цивилизации и современного прогресса, вынужденного тащить за собой ничтожную, психически неуравновешенную толпу. Лица, ее составляющие, находили себе применение в монастырях, в сектантских движениях, в армиях кондотьеров, в гражданских или религиозных войнах, в крестовых походах, в экспедициях с целью открыть и завоевать новые миры (Индию, Америку). Сегодня они остаются среди нас, не настолько душевнобольные, чтобы их помещали в приюты, но и не настолько здоровые с позиций умственного здоровья, чтобы представлять полную социальную ценность. С большой неохотой и с колебанием я употребляю слово сумасшедшие, чтобы обозначить всех этих людей, потому что “ничто не является столь относительным, как слово *безумие*, приложенное к прошлому человеческого ума. Если следовать идеям, дошедшим до наших дней, то там нет ни пророка, ни апостола, ни святого, которого не должны были бы заключить в тюрьму”. (Ренан, Апостолы)... Но я психиатр! И мы сейчас в 1919 году! Эти лица, когда они не являются элементами антисоциальными или криминальными, бродягами или проститутками, в нормальном окружении более или менее приспособляются к жизни; когда же моральная арматура общества дает трещину, они пополняют армию бунтовщиков, и именно они совершают самые большие насилия и самые худшие бесчинства.

В своих трудах по социальной психологии доктор Г. Ле Бон абсолютно прав, когда настаивает на первостепенной важности для жизни народа того, что называется душой предков, из чего сформировано сплетение традиций, верований, общих чувств, даже предрассудков, переданных по наследству, не говоря о бессознательной направленности мыслей и поступков. Качество характера, говорит он, создающие величие народа, есть дела его предков, и подсознание, где вырабатываются мотивы многих наших поступков, представляет собой конденсацию душ предков (Г. Ле Бон, *Вчера и завтра. Краткие мысли. Париж. Фламарион, 1918*).

Вот почему, несмотря на все перемены, в ходе этого катаклизма в России с заменой монархии республикой, даже социальной республикой, мы снова все увидим, и еще долго будем видеть прежнее мировоззрение и те же самые психологические реакции народа. Русские в основе своей всегда были патриотичны. Они сумели взять себя в руки в самые худшие повороты истории — в 1812 году, например, и особенно — в 1613 году, когда действительно речь шла о жизни или смерти нации. Из всех этих испытаний она вышла еще более сильной и более могущественной, чем прежде. Сейчас есть новый слой общества с его идеей полного социализма. Совершенно невозможно предвидеть, к чему приведет опыт диктатуры пролетариата, его внезапный и мощный прорыв к власти, оставивший в стороне все прочие слои общества (главным образом, всех интеллектуалов). Такое положение кажется не-

совместимым с психологией русского народа, абсолютно не подготовленного к пришествию полного социализма. Кроме того, невозможно представить себе социальную республику в России, окруженной монархическими странами с буржуазной экономикой (Япония, Германия и Австро-Венгрия) и буржуазными республиками (Соединенные Штаты Америки, Франция, Англия).

Но все эти национальные движения распространяются, и Жорес спрашивал уже более десяти лет назад: “Кто скажет, каковы будут последствия и возможные контрудары русской революции, в которой рабочий класс примет такое широкое участие?” Да, кто смог бы это сказать?

Однако необходимо ответить на этот вопрос для кого-нибудь, кто захотел бы прогнозировать. Попытаемся.

С точки зрения психологии все человечество делится на две категории. Огромное большинство, к какому бы социальному классу оно ни принадлежало и под каким бы политическим названием ни было объединено (если только оно объединено и по сей день) — по существу только оппортунисты, то есть люди, требующие осуществления своих идеалов и своих мечтаний лишь в той мере, какую считают возможной.

Другая категория, значительно менее многочисленная, составляющая меньшинство населения мира в целом, являет собой тип людей, ярко отображенных в литературе и особенно мастерски Ибсеном в персонаже под именем Брандт. Такие люди не идут на уступки, хотят все или ничего, требуют, чтобы совершенство мира было достигнуто сразу. По их мнению, если социальная справедливость не готова установиться во всем мире и властвовать в нем, так пусть лучше мир погибнет.

Эти люди — в высшей степени бескомпромиссные, фанатики, идеалисты, — используют то крайнюю доброту, то метод силы. Они обладают одинаковым мировоззрением, *mutatis mutandis* (там, в зависимости от обстоятельств) в разные времена их именовали по-разному. Они библейские пророки в истории Израиля. Они составляли первые христианские общины на заре христианства. Они были теми, кто свирепствовал во время Жакерии в XIV веке после начала Столетней войны. Они разглагольствовали в якобинских клубах во время Великой Французской революции и чуть позже, во время Директории, когда их называли Бабеф и бабувисты. Они создавали партии социалистов и анархистов. Они подписывали манифесты французских коммунаров, бежавших в Лондон. Теперь их называют большевиками и спартаковцами.

Документы, свидетельствующие о психологии французского большевизма, сейчас могут быть очень ненадежными. Тем не менее, в газете *Petit Parisien* от 16 января представлены некоторые данные о французском большевизме из Москвы. Среди редакторов “Третьего Интернационала”, органа французских

коммунистов в Москве, мы находим все образцы большевистской психологии. Вот капитан Садуль, по всей вероятности, искренний адепт “коммунизма такого, каким, судя по всему, представляют его себе русские”. Вот лейтенант Паскаль; он любил и любит Россию и русских любовью самой “искренней, самой страстной и убежден, что большевизм являл собой реализацию самой жажды абсолюта, которую он находит в глубине каждой славянской души. Обращаясь к истории религиозных движений “староверов”, он считает, что современное социальное движение всего лишь возвращение к простоте и равенству, проповедуемых в Евангелии. Считая значимым только стремление всего народа к социальному равенству, он “извиняет все бесчинства. Без сомнения, Паскаль искренен, русская жажда идеализма оказала на него слишком большое влияние”. Третий, Делафарр; он заставил величать себя маркизом де ла Фарром, “амбициозный тип, который страдал, будучи солдатом, что, по его мнению унижало его. Гордый и властный, он решил возвысить себя, и первое, что пришло ему в голову, — украсить себя титулом маркиза. Когда большевики начинали создавать свою систему террора, он, вместе с капитаном Садулем, одним из первых дезертировал из армии и перешел в стан большевиков. И сразу же оказался на самом высоком посту. Латыш Петерс, председатель комитета по борьбе с контрреволюцией, один из самых влиятельных людей Республики, взял его к себе на службу и доверил ему должность судебного следователя”. В общем, здесь можно увидеть все виды психологии большевизма, такого, с каким мы тоже столкнемся, если случится такое несчастье, что большевизм воцарится во Франции: убежденные, пустые мечтатели, амбициозные деклассированные элементы.

Мы присутствуем сейчас при последнем перевоплощении этого ничтожного, но очень решительного, очень энергичного и очень деятельного меньшинства. На этот раз огонь вспыхнул в России, и его распространение не может не тревожить. Большевизм вот-вот завоюет Германию и Австрию, которые, помалкивая из политических соображений, неразумно играли с огнем и разожгли его в России. Не следует полагаться на подавление волнения спартаковцев в Германии. В России тоже первое большевистское движение было подавлено. Разгром Каппорето свидетельствует, что он тлеет в Италии. Никто не может отрицать, что у него нет единомышленников во Франции и что он не сможет разгореться здесь (посмотрите, к примеру отчеты в местных газетах (Cirque d’Hiver, 12 января), а также в Англии и, если я получил верные сведения об этом, в Америке...

Пусть только мне не говорят, что это ничтожное меньшинство! Согласен. Меньшинство. Но это меньшинство, готовое решительно действовать, как только им предоставится случай, угрожающее, готовое к любым событиям, даже к уличным боям.

Перед этими людьми, у которых ничего нет, которым нечего терять, тогда как выиграть они могут все, людьми, не очень разборчивыми в способах действия, стоит буржуазия, напротив, чем-то владеющая. Она должна все потерять и ничего не выиграть; для нее неприемлемы определенные способы действия, несовместимые с их принципами и их воспитанием; буржуазию с ее окружением, изнеженным благополучием, составляют преимущественно люди безвольные и неорганизованные. Результат очевиден.

Вспомним, как всего лишь несколько сотен жалких и несчастных людей, неграмотных, в большинстве своем с примитивным умом, бывших рыбаков Галилеи или мелких еврейских ремесленников (к ним позже присоединились рабы), одержали победу над античным миром Эллады и Рима и утвердили там господствующую религию. В зависимости от обстоятельств такое может повториться. ..

Я родился, был воспитан и прожил всю жизнь в принципах совсем иных, а теперь слишком стар, чтобы приспособиться и примкнуть к такому решению. Но главное все-таки, что я не верю в установление большевиками золотого века на земле. В лучшем случае успех большевизма будет означать откат от цивилизации на несколько веков, может быть, к новой эпохе Ренессанса с теми же людьми, с теми же запросами, с той же капиталистической жестокостью и с той же скаредностью буржуазии.

Спрашивается, стоит ли это усилий? Стоит ли это того, чтобы принести в жертву все человеческие жизни? Столько потраченных усилий? Все былое — многие века — безвозвратно потеряно? И во что еще станет воссоздание элиты?

Человечество ходит по кругу, почти порочному, после каждого круга приходя к спирали, которую трудно преодолеть, потому что она очень протяженная. Незначительный подъем психологически труден из-за всей тяжести того, что доктор Г. Ле Бон так справедливо назвал “*нрародительской душой*” народа.

Есть еще другое решение, и к нему я присоединяюсь. Необходимо всячески противостоять этой новой “испанке”, уже завоевывающей мир вплоть до Аргентины (см. газеты от 15 января 1919 года) и задушить ее, пока еще не поздно.

Опасность серьезная. И речь идет уже не о проблемах серьезных, но наполненных насущными интересами, как, например, проблема освобождения Эльзаса и Лотарингии. Речь идет о проблемах с иными трудностями. *Речь идет просто о спасении нашей современной цивилизации.*

Бесполезен и уже набил оскомину спор об уместности интервенции и о том, как лучше ее совершить. Дом в огне! Прежде всего, надо вызвать пожарных! А дальше будет видно.

Не ради интересов России, которую тиранит и притесняет меньшинство, заменившее на худшее

жестокость царского режима. Я требую сейчас вмешательства, но в интересах цивилизации.

И на этот раз снова, как и четверть века назад, я выступаю в роли Кассандры и я почти убежден, что меня не слышат. И все же я кричу, это крик-предупреждение. Я буду кричать европейской цивилизации: опасность!

Примерно полтора века назад нашелся гениальный, полубезумный человек, интуитивно и точно предсказавший грядущее. Он сформулировал это странное и наводящее на размышление предсказание так: “Российская империя захочет покорить Европу и будет покорена сама. Татары, их подвластные или их соседи, станут их или нашими хозяевами: эта революция мне представляется неизбежной. Все короли Европы прилагают усилия для ее ускорения”. (Ж. Ж. Руссо, *Об общественном договоре*).

Европейских королей уже давно сменили президенты Республик. В России же к власти пришли не татары, а некоторая часть неграмотного народа и большевики, но революция, казавшаяся Руссо неизбежной, уже возникла со всей своей вереницей жестокости и угрожает завоевать всю Европу. *Caveant consules!* (лат. Пусть консулы будут бдительны!)

Кто, кто спасет Россию от этой ужасной погибели, в которую она погружается? Кто отведет руку этого пьяного и безумного гиганта, угрожающего одним махом своей дубины смести цивилизацию? Я хотел бы воспроизвести здесь длинную цитату из Достоевского, тоже пророческую. Но из-за недостатка места воздержусь. Ограничусь лишь советом читателям обратиться к главе “Великий инквизитор” из “Братьев Карамазовых”.

Слова, которые я хочу напомнить, принадлежат замечательному русскому историку Ключевскому. Это было в 1905 году, во время первой русской революции. Мы, человек двадцать русских интеллектуалов, сидели в гостиной одного из наших друзей. Разговаривали о политических событиях, стараясь предугадать будущее. Ключевский, поначалу молчавший, вдруг возвысил голос и высказал вот такое мнение: “Да, история всегда стремится к одной и той же цели!” Разговоры разом смолкли, и все склонились к Ключевскому, ожидая, что он расшифрует свою загадку.

Помолчав, он добавил: “к неведомому!”

*«Единство нельзя строить на лакированных мифах – мифы все равно распадутся.*

*Единство можно строить лишь на поисках истины»*

## РЕКОМЕНДУЕМ

Заказать в Интернет-книге ([www.ozon.ru/context/div\\_book](http://www.ozon.ru/context/div_book)):

### «ИСТОРИЯ РОССИИ. XX ВЕК»

в двух томах

под ред. Андрея Борисовича Зубова

АСТ, Астрель, Москва, 2009

## V Национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии

11 – 13 декабря 2013 года в знаменитом Доме ученых — одном из зданий униженной и лишенной независимости Российской академии наук накануне её 200-летнего юбилея — состоялся V Национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии.

Конгресс собрал большую аудиторию, и хотя из 80-ти докладов, только 10 были зачитаны членами НПА России, но и большинство других отличало свободное творческое отношение к разработке предмета своих исследований. Организатор конгресса проф. З. И. Кекелидзе предоставил президенту НПА России (впервые в истории этих конгрессов) возможность выступить на пленарном заседании на тему “О некоторых первоочередных приоритетах политики психического здоровья на современном этапе”.

Обсуждались “охрана психического здоровья: состояние и перспективы развития”, “психическое развитие детей и подростков, как основа гармоничного развития общества”, “суицидальная ситуация, как достоверный индикатор общественного психического здоровья и социального благополучия”, “пограничная психиатрия”, “медицинская психология и клинический психоанализ в социальной психиатрии”, “судебная психиатрия”, “сексология”, которой в России исполнилось полвека, и “психиатрия чрезвычайных ситуаций” в качестве вторых Дмитриевских чтений. Было проведено рабочее совещание “Суицидальная ситуация в России и Центральной Азии” с представителями этих стран в ВОЗ.

Традиционным, но на этот раз с несравнимым ни с чем прежде контрастом, было живое разнообразие тематики съезда и фактически умолчание грандиозного всеохватывающего процесса развала службы здравоохранения и психиатрии. А между тем, это несомненный предмет как раз социальной психиатрии.

В кулуарах все открыто и практически единодушно высказывались относительно катастрофичности проводимой антисоциальной реформы, но тема эта прозвучала, кроме выступления Ю. С. Савенко, только в докладе И. Я. Гуровича и выступлениях Ю. И. Полищука о пожарах в психоневрологических интернатах, К. К. Яхина о чудовищных профессиональных вредностях и Б. Н. Пивня об оттоке кадров, если не считать целого блока докладов относительно ситуации с суицидами (Б. С. Положий и др.). Характерно, что и выступление Ю. С. Савенко в кулуарах сочли недостаточно жестким (публикуется в этом выпуске журнала). Немало критики прозвучало и в отношении стандартов. И хотя проф. З. И. Кекелидзе сообщил, что “Минздрав принял мудрое решение, что разрабатывать стандарты должно само психиатрическое сообщество”, но как это самоочевидное положение выглядит на практике — у всех перед глазами. Мы тут же услышали, что профессиональные стандарты не включают ответственности, что например, “разработчики стандартов не знали о существовании психотерапии”, что на психотерапию в Санкт-Петербурге было выделено всего 2 млн. рублей, что в наркологию психотерапевты не идут из-за низкой оплаты, и на всю эту службу всего 200 психотерапевтов. Обещания, что на сайте РОП скоро появится стандарт по психотерапии, никого не успокоили. Перед лицом судьбы РАН и повсеместных сокращений целых учреждений, даже таких выдающихся как Институт культурологии, собственное положение для многих стало проблематичным.

Гостем конгресса усилиями П. В. Морозова был 90-летний патриарх грузинской психиатрии Ш. А. Гамкрелидзе.



## Правозащитная премия президенту НПА России



10 декабря 2013 года в Международный день прав человека Московская Хельсинская группа провела в

Центре им. акад. Андрея Сахарова ежегодную церемонию награждения премиями МХГ в области защиты прав человека.

В этом году в номинации “За исторический вклад в защиту прав человека и в правозащитное движение” премию получил президент НПА России Ю. С. Савенко, как участник многих резонансных экспертиз, от дела генерала Петра Григоренко до дела полковника Юрия Буданова, Ларисы Арап, Михаила Косенко, серии судебных процессов над новыми религиозными движениями. В прошлые годы эту премию получали Александр Юльевич Даниэль, Юрий Маркович Шмидт, Борис Павлович Пустынцев, Олег Петрович Орлов.

В церемонии награждения по другим номинациям самым ярким глубокопроникающим и воспламеняющим стало выступление народной артистки России Лии Ахеджаковой, давно остро и смело выступающей в защиту политзаключенных. Маленькая женщина своим необыкновенно сильным многострунным драматическим голосом и не менее сильным текстом буквально заворожала зал.

Людмилу Михайловну Алексееву, задержавшуюся на приеме у Президента, привез на церемонию награждения представитель его Администрации. Л. М. не преминула воспользоваться этим, чтобы походатайствовать за М. Косенко, и получила соответствующие заверения, так как “Администрация не заинтересована в раздувании этого дела”.

## Официальная реакция на борьбу за судьбу Михаила Косенко

12 декабря 2013 года Этическая комиссия РОП в расширенном составе осудила доктора Ю. С. Савенко “за дискредитацию всей отечественной психиатрии”, хотя точнее было бы сказать — отечественной судебной психиатрии, или еще точнее — конкретной экспертизы Центра имени В. П. Сербского по делу М. Косенко. Самым характерным было отсутствие на пяти страницах текста какого-либо упоминания о судьбе самого М. Косенко, подобно полному безразличию к этому как экспертов, так и их защитников.

А в январе 2013 г. на сайте РОП появился шестистраничный текст одного из руководителей в прошлом отдела Центра им. В. П. Сербского, а потом группы по изучению деструктивных культов, — проф. Ф. В. Кондратьева, который неоднократно упоминался в нашем журнале в многочисленных фальсификациях и доморощенных, полных грубых ошибок

экскурсов в религиоведение, текст в стилистике советских погромных кампаний, который противоречит декларации сайта РОП о недопущении оскорблений и дезинформации. Проф. Ф. В. Кондратьев явно уверен, что вернулись советские времена.

Доктор Ю. С. Савенко откликнулся на это следующим образом: “В первый момент я был изумлен, что на сайте РОП смог появиться текст, который роняет автора и сайт, а не мишень, на которую направлен. Но может быть, это мудрое решение: где-то хороший тест на всех, кто откликнется”.

Мы продолжаем усилия по замене стационарного принудительного лечения на амбулаторное, активно сотрудничая с адвокатами М. Косенко, М. Л. Алексеевой и В. П. Лукиным, но — вопреки заверениям Администрации Президента — апелляция в Мосгорсуде 26.03 была отклонена.

## Выхолащивание общественного контроля

После упорных десятилетних усилий первоначально разработанный известным правозащитником Валерием Васильевичем Борщевым Федеральный закон № 76 об общественном контроле за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания по рекомендации Президента РФ был принят Государственной Думой, хотя Дума успела существенно ограничить его действие и вычеркнуть из объектов контроля психиатрические учреждения. За прошедшие пять лет по всей стране были созданы общественные наблюдательные комиссии (ОНК) и налажена система обучения их членов, в которой участвует и НПА России.

Деятельность ОНК дала возможность составить отчет по делу о смерти в “Матросской Тишине” Сергея Магнитского и вскрыть много других вопиющих нарушений прав человека в тюрьмах, колониях и отделениях полиции. Это встретило мощное противодействие в рядах ФСИН и МВД, и во многих регионах страны явно по одному сценарию посредством политтехнологических манипуляций со списками руководство ОНК в ноябре 2013 года было захвачено силовиками. Были смещены даже такие известные правозащитники с огромным опытом общественного контроля и вполне конструктивной позицией в отношении взаимодействия со ФСИН и МВД как В. В. Борщев в Москве и В. Э. Шнитке в Санкт-Пе-

тербурге. Грубость этой акции привела многие ОНК к расколу.

Технология этой операции тщательно отслежена и описана во многих СМИ. Суть её состоит в том, что от первоначально предлагаемых списков кандидатов в результате целого ряда закрытых процедур остается одно воспоминание: Общественная Палата РФ отказывает правозащитникам на основании “неправильно оформленных документов”, “по техническим причинам”, и утверждает представителей тех организаций, которые, как это было в Санкт-Петербурге, согласно своему уставу вообще не имели права на выдвижение своих кандидатов. В результате, например, в Москве число членов ОНК было удвоено с 20 до 40, и из 40 кандидатов, рекомендованных Уполномоченным по правам человека в РФ В. П. Лукиным, Общественной палатой РФ было утверждено только 17, остальные 23 отданы силовикам. В некоторых регионах страны, например, в Ингушетии, ОНК вообще не были сформированы, несмотря на достаточно количество правозащитников.

Скандал, разразившийся по этому поводу, привел к тому, что Общественная палата РФ вынуждена была объявить дополнительные выборы в ОНК, однако это уже никак не повлияет на судьбу комиссий в Москве, Санкт-Петербурге и Свердловской области, где количество членов ОНК достигает возможного максимума.

## Завершающий этап разработки МКБ-11 и позиция отечественных психиатров

26 – 27 февраля 2014 года проф. В. Н. Краснов организовал научно-практическую конференцию “Международная классификация психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11” с участием старшего руководителя проекта по этой тематике Департамента психического здоровья и зависимостей ВОЗ д-ра Джеффри Рида (Женева). Открывая конференцию, проф. В. Н. Краснов приветствовал также участие в конференции президента НПА России. Д. Рид выступил с подробными разъяснениями изменений, внесенных в МКБ-11. Техническую работу по её обкатке планируется завершить в 2015 г., а решение о переходе на неё в 2017. Новая классификация характеризуется, прежде всего, уменьшением диагностических категорий, которых сейчас более 400, а останется около 100, и другими упрощениями, в частности, устранением классических подтипов шизофрении и маниакального эпизода, как отдельной категории. Классификация размещена в Интернете: [www.globalclinicalpractice.net](http://www.globalclinicalpractice.net).

Проф. В. Н. Краснов отметил, — и это наша общая позиция, что МКБ-11 характеризуется упрощенностью, противоречивостью и многими упущениями: от клинически оправданной простоты до возвращения к симптомокомплексам и даже симптомам — а это огромная дистанция. В докладе проф. Н. Г. Незнанова, А. П. Коцюбинского, А. Н. Еричева подчеркивались статистический характер классификации, необходимость биопсихосоциальной модели и введения понятий психопатологического и психосоматического диатеза. В докладе проф. А. С. Тиганова подтверждались традиционная для отечественной психиатрии приверженность примату клинической психопатологии, ошибочность отказа от первого синдромологического этапа диагностической квалификации и переход к нозологической квалификации только на втором этапе. В этом единодушны РОП и НПА России, пять членов которой выступили с докладами.

## Совещание в Правительстве относительно ст. 38

4 марта состоялось совещание у Заместителя Председателя Правительства РФ О. Ю. Голодец по вопросу о создании независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

На совещание были приглашены представители Минздрава России, Росздравнадзора, Аппарата Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Минюста, Минфина России, Института законодательства и сравнительного правоведения, ГНЦССП им. В. П. Сербского. НПА России представляла руководитель юридической службы Ю. Н. Аргунова. Собранными была единогласно одобрена идея создания такой службы при Уполномоченном по правам человека в РФ, поддержан законопроект, касающийся учреждения для этой цели государственной должности специализированного уполномоченного — заместителя Уполномоченного по правам человека в РФ.

Минздрав России, тем не менее, подтвердил свою позицию об отсутствии необходимости в создании службы. По мнению Росздравнадзора, осуществление мер по защите прав лиц, страдающих психическими заболеваниями, возможно в рамках реализации институтом Уполномоченного и уполномоченных по правам человека в субъектах РФ возложенных на них функций. В обоснование данного вывода Минздравом были положены данные об относительно небольшом количестве обращений граждан с психическими расстройствами, поступивших в федеральные органы и организации (76 обращений), а также в органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения (875) с 1 января 2011 по 1 марта 2013 г.

О. Ю. Голодец указала, что такой вывод не отвечает требованиям по незамедлительному исполнению

ст. 38 Закона о психиатрической помощи. Минздраву надлежит активизировать усилия по созданию нормативной базы такой службы, а не представлять ситуацию так, что всё хорошо.

Ю. Н. Аргунова в своём выступлении аргументировала, что малое число обращений означает ровно обратное, и указала на наиболее распространенные нарушения прав пациентов психиатрических стационаров, недостатки судебной процедуры рассмотрения дел о недобровольной госпитализации, несоблюдение процессуальных прав госпитализированных, на неэффективность прокурорского надзора в сфере защиты прав лиц с психическими расстройствами.

О. Ю. Голодец дала поручение Минздраву, Минюсту, Минфину России совместно с Уполномоченным по правам человека в РФ и заинтересованными организациями в целях реализации Закона о психиатрической помощи, его ст. 38 разработать и представить в Правительство в месячный срок проект федерального закона “О создании при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации независимой от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях”. Законопроект должен содержать нормы о полномочиях, компетенции и организационно-правовых формах деятельности службы, а также механизмах правозащитной деятельности в данной сфере на федеральном уровне и уровне субъектов Российской Федерации.

НПА России как заинтересованная организация намерена принять участие в разработке законопроекта.

*Ю. Н. Аргунова*

## Голоса

Е. Л.

### Голоса и мысли

Голоса и мысли это не совсем одно и то же.

Мысли это чувства, не сформированные в слова.

А голоса это именно слова.

Голоса звучат в голове без вашего видимого участия. И вы можете лишь соглашаться с ними или не соглашаться. То есть, они или созвучны вашему внутреннему настроению или идут в диссонанс. Вам или хочется включаться в этот внутренний диалог или не хочется.

С одной точки зрения, все, что приходит в вашу голову это ваши мысли.

Но с другой — ваши мысли, ваши чувства и эти звучащие в голове голоса могут сильно друг другу не соответствовать.

И, этот момент принципиально важен, — вы имеете возможность отслеживать, насколько голоса соответствуют вашему настроению, вашим желаниям, вашей жизненной позиции, характеру.

Мысль свободна. В голову может прийти что угодно. Но у людей есть такая чудесная способность — логическое мышление, которое позволяет ориентироваться в огромной гамме своих чувств и мыслей, находить правильные слова, принимать верные решения.

Чтобы понять, насколько просто вы можете проговаривать мысленно фразы, *попробуйте умножать и делить в уме двух — трехзначные числа, попробуйте вспомнить и визуализировать сложную мелодию и голос исполнителя, попробуйте сами себе мысленно перед сном рассказывать какую-нибудь хорошо известную сказку, например, “Колобок”*.

Насколько это у вас получится?

Голоса это целый комплекс разных ощущений, это ваши мысли и чувства по самым разным поводам и без поводов. Просто вот посмотрели на что-то и возникла мысль или чувство. Чувство может возникнуть, а может не возникнуть. Равно как и мысль.

Голоса это незаметное включение мысленного диалога, монолога, когда мысль материализуется в слова, когда идет проговаривание словами буквально всего, что приходит в голову.

В какой-то момент вы можете это заметить или не заметить, можете включиться в диалог, а можете не

включиться. Собственно, вашего участия голоса как бы и не требуют.

Часто голоса осознаются как что-то чужое, они резко вклиниваются в сознание и осознаются как нечто, пришедшее извне.

Но бывает, что отличить их невозможно. Это бывает, когда есть актуальная на данный момент тема, которую хочется обсудить и мысли, как бы кружась в свободном полете, легко облекаются в слова.

Это обычный внутренний диалог, но его отличие от такого же состояния без голосов в том, что внутренний диалог без голосов идет на уровне чувств, он не требует облеченности в слова. Мозг как бы формирует отношение к ситуации и в нужный момент, когда надо говорить, слова приходят сами. А мысленное проговаривание словами в таком режиме требует некоторого волевого участия.

На предмет твой или не твой этот внутренний голос есть разные мнения. Психиатры считают, что этот голос моделирует мозг того человека, который его слышит. Но есть и другие версии, например, телепатическое воздействие.

Не будем заморачиваться над природой возникновения голосов. Многие ученые пытались найти причину, но так пока и не нашли. Поэтому оставим этот вопрос открытым.

Главное для нас, не откуда появились голоса, а как к ним надо относиться. И еще главное, это чтобы голоса не мешали нормально жить. Они собственно и не мешают, если вы не будете их пугаться и научитесь отключать.

Но первое, что надо запомнить

### Голосам нельзя верить!

На голоса лучше вообще не сильно реагировать. Голоса бывают злые, они не стесняются говорить гадости, пошлости и провоцировать на социально опасные действия. Но почему вообще их надо слушать и слушаться? Каким образом человек решает, что вот именно эта мысль, пришедшая в голову, должна быть обязательно реализована?

Представьте, что к вам на улице подошел незнакомый человек и начал агитировать отрезать себе руку, вы бы поняли как то, что мужик не прав?

И к голосам не надо относиться как к Богу. Голосам верить нельзя!

И, кстати, голоса это те же мысли, а поэтому то, что говорится не вслух, воспринимается сознанием совершенно иначе, чем то, что вслух проговаривается.

У людей к этому совершенно разное отношение. Например, когда у человека возникает мысль, что я дурак и мне надо самоубиться, отношение к этому будет совершенно другое, чем если бы кто-то сказал ему это вслух.

В первом случае это только мысль, а мысль это ветер — ветер пролетел и нет его, возник на мгновение и исчез, не задев практически ничем.

Во втором случае ответная реакция идет намного сильнее и требует каких-то действий.

Голосам верить нельзя.

Но у человека на уровне подсознания заложено — он верит голосам! Верит всегда! даже если они врут даже не через раз, а все время. Эти установки не корректируются никак. И чтобы их обойти, надо выбирать такую тактику — сначала верить, но потом всегда проверять информацию из других источников.

Разделим информацию на две категории. К первой отнесем все, что не имеет для вас принципиального значения и в случае изменения никак не отразится практически ни на чем, разве только отзовется чувством обиды. Этой информации, полученной от голосов, можно верить всегда и без проблем переключаться на любой вариант. Определить для себя в качестве принципиальной позиции — что последнее сказано, тому и верить.

А ко второй категории относим то, что для вас важно и в случае получения неправильной информации очень тяжело может отразиться на вашей судьбе.

Голосам верить нельзя, но бывают исключения. Например, вы находитесь далеко от дома, у вас свои планы, а голос говорит, что маме плохо и надо вернуться домой. Первое, что надо сделать, это проверить информацию из других, более надежных источников — вы звоните маме и никто не берет трубку. Ну тогда надо менять планы и ехать домой. И неважно будет, если голоса в очередной раз обманут, потому что могут и не обмануть. А маме, если она встретит вас в добром здравии, можно сказать, что голова заболела и пришлось вернуться. Интуиция часто говорит внутренним голосом.

Обычно голосам нельзя верить, но иногда можно. Например, если голоса говорят, что это они причиняют боль, значит с большой долей вероятности эта боль не является болезнью тела. Это иногда полезно знать. Но иногда не все так ясно. Например, колет в боку и не понятно, бежать к врачу на предмет диагностики аппендицита или пусть колет, можно и потерпеть. И если голоса говорят, что это они причиняют такую боль, то можно успокоиться и потерпеть немного, но без фанатизма, потому что могут и соврать.

Голоса отражают внутренние проблемы человека, возможно проблемы им не осознаваемые, выводят их из подсознания на понятный язык мысли, слова, физических ощущений.

### С голосами можно разговаривать

Голоса болтливы. Они все время включают темы, которые вам небезразличны. Этот внутренний диалог помогает с разных сторон посмотреть на проблемы, которые у вас есть. И это хорошо, так легче найти решение. С голосами можно вспоминать книжку, фильм, любимую песенку, что угодно... И еще вам надо научиться задавать тему, которая интересна и отключать неинтересные темы.

Голоса апеллируют прежде всего к вашим чувствам. Прежде чем в вашем мозгу появляется мысль, сформированная в слово, там прокручивается много воспоминаний и чувств.

Это во внешнем мире в диалоге участвуют двое и можно легко идентифицировать себя и собеседника. А в мире чувств и энергий используются совершенно иные инструменты, они намного разнообразнее и интересней.

Если интересно разговаривать с голосами — пожалуйста! Обычно это не доставляет никаких неудобств, но бывает так, что вместе с голосами появляется сильная напряженность мышц лица.

Как только вы это замечаете, переходите на режим медитации — оцените, что голоса несут дискомфорт, оттягивая внимание на себя, затем сделайте акцент на напряжениях мышц лица и головы и затем попытайтесь снять эти напряжения, выходя на уровень внутреннего комфорта.

Иногда голоса отключаются сами и появляется как бы пустота в голове. Это нормальное состояние. Впечатление, что мысли кончились, возникает от эффекта перехода из одного режима мозга в другой.

Мысли не кончились, а кончилось проговаривание мыслей словами. Поэтому лучше сразу уходить на режим медитации и сознательно стирать все приходящие в голову слова и мысли.

### Голоса могут могут склонять к агрессии

Голоса не всегда отражают истинные чувства и желания человека. Голоса могут склонять к суициду, самоповреждениям и к действиям, которые могут быть опасны для окружающих. Лучше не идентифицировать себя с этими голосами, а ругать их, как будто это не голоса твоего подсознания, а ветер, который не есть именно ты. И всегда надо иметь ввиду, что ваши чувства также могут не соответствовать реальной ситуации и могут управлять вашими действиями лучше всяких голосов. Но в принципе это не так страшно, как кажется. Мозг так запрограммирован, что он умеет различать нюансы. И на это собственно

надо ориентироваться — на то, что человек может это делать и должен делать. Это может не получиться с первого раза, но опыт приходит со временем.

На директивные указания типа “пойди и утопись!” или “иди — увольняйся!” или “убей!”, надо отвечать круто матом, подчеркивая свою позицию по этому поводу. И не стоит забывать, что голоса идут в комплексе с разными другими состояниями, например, акцентуация внимания может раздуть незначительные детали до масштабов вселенной. И в этом случае, принимая решение, лучше сто раз все обдумать.

### Навязчивые мысли

Предположим, посмотрели фильм, он вам понравился, и вы надолго включаете его тему. Мысленно можно долго, очень долго возвращаться, например, к одной и той же сцене — день-два-неделя, месяц — пока не надоест. Это очень интересный момент, если бы вы также долго и с такой же частотой возвращались к одной и той же сцене в обычном диалоге, от вас бы стали шараться люди, а во внутреннем диалоге это обычный процесс, потому что должна совершиться определенная работа и пока она не будет проделана, вы не уйдете от темы.

И вот вы мысленно говорите, говорите на эту тему, а потом вдруг понимаете, что ушла яркость восприятия, и эти мысли уже не включают чувства, а начинают доставать своей назойливостью. Или, например, понравилась песенка и вы начинаете ее напевать мысленно.

Вначале сознание держит энергетику оригинала, до мелочей воспроизводя нюансы мелодии и голоса исполнителя, а потом всё это уходит и остается лишь неинтересная копия, тень от музыки и слова без голоса и без выражения. В таком виде песенка неинтересна, но слова возникают в памяти снова и снова. Это реально достает. Искать тут уже нечего, от этого надо уходить. Ну просто отслеживать, говорить себе, что это уже достало, и как-то выключать.

Как только замечаете, что мысли начинают прокручивать одну и ту же тему по новому кругу, сразу делайте акцент на том и говорите себе, — “а вот это опять одно и то же, проблема решена и замыкаться на ней не стоит”. И тут же переключайтесь на другую тему, которых обычно находится не мало. Через некоторое время та же навязчивая тема возвратится, незаметно притягивая ваше внимание, и вы не сразу даже заметите, что она опять вошла в сознание. И опять, заметив это, делайте на ней акцент, давая понять, что вы заметили и не хотите больше замыкаться на теме.

Это как игра. Перестанет включаться одна тема, начнет включаться другая. Но и другую выключаем также. И так постепенно выкруливаете на нормальный образ мышления.

Но в общем, такие навязчивые мысли это достаточно распространенное явление. Оглянитесь на своих знакомых, и вы легко найдете среди них людей, обожающих поболтать, которые могут на одну и ту же тему говорить часами, прокручивая ее раз за разом, лишь немного меняя порядок слов в предложениях. Так бежит белка в колесе — все время по одному и тому же кругу. Это свойство памяти включать энергетический образ давно прошедших событий много-много раз, каждый раз с той же силой чувства, как и в первый.

Есть некоторые приемы для ухода от навязчивых мыслей, которые также можно использовать перед сном, ну чтобы побыстрее заснуть:

– мысленно рассказывать себе на ночь хорошо известные сказки;

– умножать и делить в уме 2-х, 3-х значные числа;

– вспоминать и воспроизводить мысленно сложные мелодии.

Вот эта песенка по моему, подходит идеально. — “Сирень цветет” С. Каца и А. Суркова.

С такими перепадами мелодии, она принципиально не дает перевести ее в серое и тусклое русло навязчивых мыслей.

Над тихой гречихой,  
Над гривой овса  
Девчонке грустить  
Не велят голоса.

Подружка подружке  
Частушку поет.  
Подружка подружке  
Надежду дает:

“Сирень цветет,  
Не плачь — придет.  
Сирень цветет,  
Весна придет.  
Твой милый, подружка, вернется”.

Иногда просто здорово резонансно включаться в красивую песню и выводить, мысленно естественно, голос певца на уровень идеала, включаясь в атмосферу песни и практически выпадая из реальности. Вот как бы проживая маленькую яркую сцену, как артист в театре.

### Голоса можно выключать

Совсем не обязательно поддерживать беседу с голосами. Можно обрывать ее в любой момент на середине фразы, на полуслове. Голоса часто создают сильную внутреннюю напряженность, тянут внимание на себя, и когда вы расслабляете мышцы лица, то голоса уходят вместе с этой напряженностью.

### Как итог

Попробуйте поработать с голосами. В голосах нет ничего страшного. Самое главное — им не надо ве-

речь. Их можно отключать, если они вам неинтересны или неприятны. Просто переставайте обращать на них внимание — отключайте интерес к разговору, к теме и вообще вырубайте. Они конечно не отключатся сразу, но сам процесс отключения вам надо понимать.

С голосами можно разговаривать, задавать тему разговора. Разговор может происходить не только на уровне слов, но и на уровне чувств. Поэтому, обратите внимание на свои чувства, которые несут намного больше информации, чем просто слова. В плане самовыражения они дают неограниченные возможности, но так же, как и голоса могут восприниматься как нечто чужое, не присущее вашей сущности.

В любой момент можно переводить акцент на то, что хочется, на любую тему, на то, что интересно и приятно, что вызывает отклик в душе, что притягивает внимание. Голоса поддерживают любые движения души.

Голоса можно и нужно посылать матом в некоторых случаях.

Голоса можно и нужно отключать на полуслове в некоторые моменты.

Голоса это не всегда то же, что и вы. Иногда они сливаются с вашими чувствами, иногда говорят то, что противно вашей сущности. Но вы здесь на своей территории и должны как-то сориентироваться и понять, в какой мере сказанное ими отражает ваши чувства и в какой мере резко возникающие чувства соответствуют вашей сущности. Вариант игры в этом есть. Главное — не отключайте разум и логику, не ведитесь слепо, как зомби, на сильные чувства. Картина мира очень сильно меняется в зависимости от испытываемых в данный момент чувств. То, что кажется невероятно важным в данный момент, через час может оказаться проблемой далеко не первого плана только лишь потому, что немного погасло доминантное чувство, только лишь отступило немного назад и больше ничего не изменилось, кроме этого обстоятельства.

### Техника медитации

Мозг человека штука сложная. Он имеет способность саморегулироваться и самонастраиваться. Если человеку плохо, если он заболел, это значит произошла дезадаптация организма во внешнем энергетическом потоке.

Вот предположим, организм столкнулся с неизвестным вирусом. Сразу как минимум поднимается температура и начинается работа, невидимая глазом работа, по обнаружению вируса, выработке антител, обезвреживанию вируса и т.п. То есть организм начинает работу по адаптации в изменившейся внешней среде.

Представим мозг больного психическим расстройством не как сбой системы управления, а как нормальную реакцию организма на изменившиеся

внешние параметры. Происходит дезадаптация и идет полная картина болезни. И чтобы восстановится, организм в результате тонкой настройки должен найти точный уровень ответной реакции.

Нейролептики сильно осложняют этот процесс, так как они снижают порог чувствительности головного мозга и вносят свой фон.

Проблемы психики происходят от дезадаптации организма во внешнем энергетическом потоке. И чтобы включить адаптационные механизмы, надо понимать, что на уровне физического тела дезадаптация проявляется как повышенная напряженность мышц тела. Но работать более или менее эффективно возможно только с мышцами лица и головы. Снимая эти напряжения, по крайней мере, ориентируясь на снятие, а не на поддержание этих напряжений, можно снимать и все некомфортные психические состояния.

Поэтому очень важно овладеть техникой медитации. Она достаточно простая. Закрываете глаза, чтобы ничего не отвлекало и пытаетесь не расслабиться, а только отследить все напряжения в теле, которые лишают вас комфортного состояния, обращая особое внимание на мышцы лица и головы. А потом, уже не обращая внимания на эти напряжения, постарайтесь достигнуть комфортного состояния. При этом выйти на комфортное состояние вы можете на достаточно сильных мышечных напряжениях. Люди часто не замечают эту сильную мышечную напряженность и на бессознательном уровне ее поддерживают. Эта напряженность может быть настолько сильной, что ваших усилий не хватит, чтобы ее снять. Но усилия должны быть направлены не на поддержание напряжений, а на их снятие. Для этого надо ориентироваться на состояние внутреннего комфорта.

Вы можете заметить, что внутренние напряжения как бы оттягивают ваше внимание на себя, постарайтесь тогда вначале сконцентрировать внимание именно на этой напряженности, локализованной в каком-то конкретном месте, и некоторое время не предпринимайте никаких действий. Только отслеживайте и как бы перемещайте свое внимание в эту точку локализации. А потом надо как бы выйти из-под этой концентрации внимания. Это можно назвать техникой рассеянного внимания.

Предполагаю, что вы этого до конца не поймете, пока не попробуете делать самостоятельно. Потом может произойти такая штука — вы сконцентрировали внимание на каком-то месте, смогли расслабить мышцы, но напряженность не ушла, а поменяла конфигурацию, ушла в другое место. Вы опять отслеживаете ее и опять снимаете, и опять она уходит в другое место. Так можно медитировать сколько угодно. Если будет получаться, то определенный кайф в этом есть. Лучше конечно ночью, но можно в любой момент времени. В автобусе, в метро закрыть глаза и моментально отключиться хотя бы на минутку, хотя бы на 15 секунд. Можно на всю ночь. Организм прекрасно

восстанавливается в таком режиме, потому что главное это не сон, а нормальное расслабление.

При депрессии или для того, чтобы снять сильные чувства не ориентируйтесь на эмоциональную окраску чувства, а только лишь на его силу. Причиной для депрессии может быть что угодно и чувства соответственно могут быть очень разные.

Или возьмем для примера чувство ненависти. Сильные чувства несут еще и очень сильную внутреннюю напряженность. В случае депрессии ее трудно заметить, потому что она очень сильная, но на маленькой амплитуде, то есть это не взрыв эмоций, а как бы фон. Человек воспринимает депрессию, тоску, как чувства, а это еще и внутренняя напряженность. И вот эту напряженность надо снимать.

А чтобы ее снимать, надо понять, что она есть.

А поняв, еще раз повторю — игнорируйте эмоциональную окраску чувства!

Для расслабления может помочь такой прием — оцените уют и тепло комнаты, погоды, тишину ночи и свое напряженное состояние. Оцените, насколько ваше внутреннее состояние находится в диссонансе с внешним миром. Представьте себя таким маленьким жутко напряженным кусочком, который есть часть этого огромного мира, такого спокойного и такого большого. В общем, оглянитесь вокруг и посмотрите на мир вокруг вас. И потом постарайтесь гармонизировать свое внутреннее состояние с этим миром.

Скорее всего, быстро снять эти напряжения не получится, но надо понимать, что они есть, и надо понимать, где они локализируются и насколько сильны.

### Акцентуация внимания

Внимание фиксируется на каких то деталях, выхватывает отдельные фразы, предметы, как бы делая акцент на них. Это состояние можно вызывать сознательно без всяких последствий для психики.

Только ограничьте себя во времени, предположим — один день.

Это похоже на магию, вы каким то образом начинаете создавать новую реальность, которая закручивается вокруг вас и включает вас в свою игру.

Вот вы выходите утром из дома и все, что можно прикинуть на себя, прикидываете на себя — случайно услышанные обрывки разговоров, случайно увиденные строчки в газетах, в руках у случайных прохожих, выхваченные фразы дикторов радио и телевизора, заголовки объявлений и т.п. Под вечер, я уверяю, вы увидите насколько точно эти знаки вплетаются в вашу жизнь, насколько точно оценивают ситуацию, насколько мудрые и полные дают советы. Включите вечером телевизор на какую-нибудь программу, которая чем-то зацепит вас, и вы услышите большой диалог или монолог о себе, о своей жизни, о планах на будущее.

Есть такой эффект, когда в комнате включен телевизор или радио, ты ложишься, закрываешь глаза, но не засыпаешь, а просто отключаешься от внешних звуков. Или может быть не ложишься и не засыпаешь, а только что называется, слушаешь радио краем уха. Внешние звуки не уходят совсем, а прорываются в сознание случайно выхваченными фразами. Эти фразы переплетаются с собственными мыслями, с голосами и создают странную картинку, которая приобретает какой то удивительный смысл, это может быть разговор о событиях в твоей жизни, это может быть какой-то другой легкий разговор. Но каждая вновь выхваченная фраза очень логично его дополняет, и складывается впечатление, что телевизор говорит о тебе или с тобой.

При акцентуации внимания взгляд может непроизвольно выхватывать острые предметы, которыми можно убить. Взгляд не то, чтобы останавливается на них, как раз напротив, человек боится смотреть на ножи, старается побыстрее убрать их из зоны видимости, боится неконтролируемой реакции и как бы понимает в это время, что такая реакция может пойти. Могут возникать в голове мысли об убийстве, которые также несут страх от возможности их реализации.

### Агрессия

А можно ли снять агрессию самостоятельно и без таблеток?

Ну во-первых, надо понять, как проявляется агрессия на уровне физического тела. Да собственно, той же сильно повышенной напряженностью мышц тела, в особенности, лица и головы. Именно такая напряженность, не осознаваемая, но доведенная до предела, несет страх перед неспособностью проконтролировать свои действия.

И действительно, ситуация может выйти из под контроля, но она может выйти из под контроля только при полном отключении сознания, а это маловероятно. Либо при сознательном нежелании человека контролировать свои чувства и действия, что в общем тоже не редкость, но в данном случае абсолютная глупость. Расслабление тут в общем поможет, но не сильно.

Агрессия может возникать в душе сильнейшим чувством злости и ненависти, буквально требующим реализации во внешнем мире. Я не буду говорить о том, что прежде надо понять, насколько эти чувства соответствуют реальной ситуации. Может соответствовать, а может и нет. Но они нуждаются в проработке хотя бы потому, что сила чувства переходит тут все мыслимые пределы.

Предположим, вы никого не убьете и даже не повысите голос, но уровень внутренней напряженности может зашкаливать.

Кое-какие техники снятия агрессии все-таки есть.



Попробуйте снимать напряжение по максимуму юморными комментариями. И самое важное, не отождествляйтесь с этими мыслями. Поймите, что есть вы, который в шоке от этих мыслей и есть нечто, что несет что-то совершенно чуждое вашей сущности, то, что ваша сущность не принимает в принципе. И вы можете вступать в диалог всячески укоряя и ругая ее (лучше матом). Говорите себе, что есть святое, что никогда не может быть нарушено, что в этот прекрасный солнечный день, который создан для счастья и любви, я не стану тем придурком, который загубит чужую жизнь и свою тоже не загубит, потому что на х..., а те которые это даже подумать могут об этом это критичные болваны, ничего не понимающие ни людей ни вообще... Подберите слова, я думаю, у вас получится мысленный диалог. Желательно с юмором — меняйте акценты.

Слать матом надо для того, чтобы четко сформулировать свою позицию и избежать колебаний на тему “быть или не быть”. Твердо сделанный выбор как бы уводит эти игры из чисто психологического плана на другой — снятие внутренней напряженности. В этих случаях сомнений быть не должно. Поэтому здесь просто необходимо четкое определение своей позиции и именно словами — провокация! сгинь нечистая! Зае...сь! И разными другими определениями и пожеланиями. Не вслух, естественно!

Ну в общем — нам же нужен результат, а не шашечки!

Агрессия такого плана также очень хорошо гасится перенаправлением агрессии. Например, проходя мимо лавочек на улице, можно бить их со всей возможной мысленной силой. Можно пойти по пути японцев, которые вывешивают в своих офисах манекены начальников, чтобы подчиненные на них оттягивались. В нашем случае это будет не манекен, а образ или просто мимолетное упоминание объекта. Главное не ошибиться с выбором.

Не голоса диктуют действия, хотя они могут подерживать, диктуют действия направление мысли и чувств.

И обычно нормальный человек в этом ориентируется, мысль свободна, мало ли что может прийти в голову. Мозг обладает такой прекрасной способностью

разделять нормальные мысли от абсурдных и фильтровать чувства. Нормальный человек, поболтавшись в этих ощущениях, желании убить, изнасиловать, быстро находит выход и уходит на другие планы сознания.

Сильные нейролептики снижают порог чувствительности мозга, но не добавляют способности ориентироваться во всей гамме происходящих в голову чувств и мыслей.

## Сны

И касательно сновидений — сны это ветер, только ветер! Ветер пролетел и нет его! Сны надо учиться забывать, отключаться от них сразу же, как только проснулись. Не вспоминать их, уходить от всех чувств и мыслей, связанных с ними. Если сразу же после пробуждения этого не сделать, то воспоминания сна как бы включаются в вашу реальность, становятся вашими воспоминаниями и потом долго, очень долго, может быть всю жизнь, будут доставать снова и снова, заставляя их интерпретировать, проводить параллели со своей жизнью, заново переживать непонятную и сильную тоску.

Есть, естественно, исключения. Если что-то заинтересовало в каком-то сне и хочется, действительно, вспомнить его, проиграть сюжет, включиться в тему, если кажется, что сон несет что-то важное, очень значимое для тебя, то стоит прислушаться к нему и, может быть, вести себя осторожнее в этот день.

В остальных случаях заморачиваться на снах не стоит.

Практически все состояния, какими бы странными или тяжелыми они ни были, можно переносить без таблеток. Со временем вырабатывается ответная реакция, которая позволяет снимать или серьезно гасить депрессию, сильные эмоции, мышечные напряжения и тому подобное. Но для этого придется подключать силу воли и переступать через боль. Потому что в этом случае боль часто не несет угрозы и не является индикатором разрушения организма. Угрозу организму несет паника и страх. И с ними в первую очередь необходимо бороться.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

Эстетика немецких романтиков (ред. С. Я. Левит) (антология) М. — СПб. 2014.

*Соболева Майя* — Философская герменевтика. Понятия и позиции. М., 2014.

Вещь. Метафизика предмета в искусстве //Апполон, № 4 СПб. 2013.

*Фихте И. Г.* Основа естественного права согласно принципам наукоучения. М., 2014.

*Мизес Людвиг фон.* Всемогущее правительство. Тотальное государство и тотальная война. М. — Челябинск, 2013.

*Мюллер Ян-Вернер.* Споры о демократии. Политические идеи в Европе XX века. М., 2014.

*Берлин Исайя.* Философия свободы. Европа. М., 2014.

*Берлин Исайя.* Философия свободы. Россия. М., 2014.

\* \* \*

Теория и практика экзистенциальной психологии (ред. С. Римский) (антология). М., 2014.

*Леви-Стросс Клод.* Обратная сторона Луны. М., 2013

Vita Cogitans 2013 # 8 (весь альманах посвящен гелологии — науке о смехе).

*Хорни Карен.* Новый путь в психоанализе. М., 2014.

\* \* \*

*Фридрих Великий.* Наставления о военном искусстве к своим генералам. Анти-Макиавелли. М., 2014.

*Клаузевиц Карл Фридрих фон.* О войне. М., 2013.

*Каку Митио.* Физика будущего. М., 2013.

\* \* \*

*Клейн Лев.* Расшифрованная “Илиада”. СПб., 2014.

*Яковенко Б. В.* История великой русской революции. Февральско-мартовская революция и её последствия. М., 2013.

\* \* \*

*Флорин Дмитрий.* Кого воюем? М., 2014. (бывший омовец о чеченской бойне).

*Рыклин Михаил.* Пристань Диониса. М., 2013 (судебный процесс над выставкой “Осторожно — религия!” через одну драматическую судьбу).

*Сандлер Б., Сандлер И.* Парк советского периода. Советско-израильские отношения в зеркале политической карикатуры. М. — Иерусалим, 2009.

\* \* \*

*Бодлер Шарль.* Мое обнаженное сердце. СПб., 2013 (впервые на русском).

*Беккер Исаак.* По обе стороны окна (повесть и рассказы из досье эксперта) М., 2013.

*Губерман Игорь.* Восьмой дневник. М., 2013.

*Губерман Игорь.* Искусство стареть. М., 2013.

# ABSTRACTS

---

---

## **Evidence based medicine at the beginning of XXI century**

*V. V. Vlasov*

Medicine is a social practice helping people in suffering connected with diseases. The evidence based medicine is a form of medical practice guided by methods and data proved by high quality scientific research. As such proof serves only randomized and controlled trails, relying on its survey, first of all research registered before standing it for minimization all kind of falsification. Medical care should be oriented to useful aim — longevity and quality of life, but not to normalization of various instrumental indices. This is exactly patient-oriented approach in medicine. Qualified medical care depends largely on situation in society.

**Key words:** evidence based medicine in psychiatry.

## **Necessity of various forms of dialogue between clinical and inductive methods**

*Yu. S. Savenko*

Regardless of clearly evident mistake of contraposition of strictly scientific inductive methodology to clinico-phenomenological one, once again are being repeated attempts of discredit and ousting of clinical method by questionnaires, forms and scales and clinical analysis by simple confronting with a sum of symptoms and qualification of syndrome and nosology by constructing clusters and so on. But integration of these methods, their mixing is also a wrong ineffective way.

Contemporary evidence based medicine is designed for medical somatology, while bio-social model is conformable to psychiatry. The protest of doctors-psychiatrists is directed not against the evidence based medicine, but attempts of discredit and ousting of the clinical method. Both trends are necessary, but their practical use is still very imperfect. They shroud not be integrated, but combined in various forms in accordance with concrete tasks.

Various forms of “dialogue” of these methods are necessary. And here conception of a “dialogue” is greater than a metaphor.

**Key words:** evidence based medicine in psychiatry, integration of methods.

## **Issues of diagnosis of autism in adults and children**

*B. V. Voronkov, L. P. Rubina (St-Petersburg)*

The article presents a historical and contemporary aspect of relationships between concepts of “autism” and “autistic thinking”, analyzes the role of intuition in the diagnostic process and the consequences of the revision by researchers concept of autism. This revision, along with several other factors led to overdiagnosis of infantile autism.

**Key words:** autism, autistic thinking, autistic existence, infantile autism, disorders of autistic spectrum, phantom psychiatry.

## **Infrastructure the constructs of stigma in anxiety-depression spectrum disorders**

*I. E. Sekoyan, A. P. Gevorkyan, E. S. Sekoyan  
(Yerevan, Armenia)*

Stigmatization peculiarities of patients with in anxiety-depression spectrum disorders (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) are revealed by means of the standartised scales on estimation of stigma indicators in persons with mental diseases (Sigma Scale, Internalised Stigma of Mental Illness, Self-stigma of Mental Illness Scale). An integrated quantitative estimation of stigma, quantitative characteristics of infrastructure and intracorrelation of stigma components (discrimination, disclosure, positive aspects), stigma internalizations (alienation, stereotype, discrimination social withdrawal, stigma resistance) and its social mediators — self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale), self-efficacy (Sherer Self-Efficacy Scale) are given by means of the multidimensional analysis. Characteristics of interrelations between various elements of Self-stigma (awareness, agreement, application, hurts self) is presented, positive correlation of stigma with depression, reactive and personal anxiety is found out. There is formulated a position that in internalization of stigma mechanisms in mental disorders, the specificity of infrastructure and interrelations of stigma construct are in dependence from the level of nonspecific elements — social mediators and modulating factor — symptom and/or syndrome of mental disorder. Obtained data dictate the necessity to develop new approaches and methods of differentiated destigmatization of patients taking into account peculiarities of interrelations of stigma construct elements.

**Key words:** stigma, stigma internalizations Self-stigma, depression, anxiety.

## **On ambulatory therapy by means of creative self-expression (M. Burno) in psychosocial rehabilitation of shift-like schizophrenia patients (long-term experience)**

*M. E. Burno*

The author believes that the method worked out by him and his followers (not art therapy) used for the mentioned patients (also in its short and more simple forms) helps them rather much to acquire creative inspiration, activity, their own socially useful path and even their way — as far as all this is possible for them. Ordinary psychotherapeutic techniques usually are not good for such patients as the author thinks.

**Key words:** paranoid (shift-like) schizophrenia; therapy by means of creative self-expression (M. Burno); psychosocial rehabilitation in psychiatry.

**Can military card contain  
medical confidential information?**

*Yu. N. Argunova*

On the basis of analysis of the legislation and judicial practice the conclusion has been made about incompatibility of compiling military cards with requirements of legislation on medical confidentiality.

**Key words:** medical secret, filling military card.

**Summing up of Mikhail Kosenko's case**

*Yu. S. Savenko*

During 10 years since Yury Budanov's case the steady tendency of resurrection of Soviet spirit of forensic psychiatry so evidently revealed in the case of Mikhail Kosenko has been continued. The case of Mikhail Kosenko has served as a thermometer of inner political atmosphere.

**РЕКОМЕНДУЕМ**

*Ханна Арендт*

**О НАСИЛИИ**

Москва, Новое издательство, 2014

Вышла книга *Ю. С. Савенко*

**ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ**

Критическая психопатология

*под ред. проф. А. Г. Гофмана*

*М.: "Логос", 2013. — 448 с.*

Книга включает 9 разделов: предмет, методы и единицы анализа психиатрии, основные изменения и систематика психических расстройств, диагноз, модели и патогенез психических расстройств, социальная психиатрия и социология психиатрии.

**В приложении:** "Тревожные психотические синдромы", "Скрытые депрессии", "Новая парадигма в психиатрии".

В работе показано, что основной метод клинической психиатрии — феноменологическое (а не естественно-научное) описание непосредственного общения с психически больным и реконструкция истории его болезни — является самым сложным, так как требует высокого уровня критической рефлексии, интеграции феноменологических и индуктивных единиц анализа и рассмотрения в различных измерениях. Обсуждается современная классификация психических расстройств и ее развитие.

Работа предназначена для широкого круга специалистов, как начинающих психиатров, так и опытных коллег, в силу важных вкладов феноменологического направления, новой научной парадигмы, адекватных философских и математических представлений.

Изложенный подход открывает широкий горизонт для новых исследований.

*В Москве книгу можно приобрести в офисе НПА России по адресу: Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3, комн. 5-а; в книжных магазинах "Фаланстер" и "Циолковский" и киоске "Экспресс-Хроника" у выхода из М. "Чеховская". Стоимость книги 400 руб., с пересылкой 520 руб. (при заказе нескольких экземпляров стоимость пересылки сокращается). Заказать книгу можно по адресу: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru) или по тел. (495) 625-0620.*