

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

ВЕСТНИК НПА

III–IV

1993

МОСКВА

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
В. Г. Батаев
А. Н. Богдан
С. С. Гурвиц
Э. Л. Гушанский
Н. И. Сафронова (лит. редактор)

Технический редактор *О. Н. Никитина*

Корректор *Н. Л. Шнайдер*

Сдано в наб. 08.09.93. Подп. в печ. 11.11.93. Формат 60×90¹/₈. Бумага типографская. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. п. л. 8,0.
Усл. кр.-отт. 8,38. Уч.-изд. л. 9,6. Зак. 1916. Изд. № 1390/11Д. С 797.

Издательство «Независимой психиатрической ассоциации», 103982, г. Москва, Лучников пер., 4
Издательство «Альба Пресс», 103001, г. Москва, Трехпрудный пер., 11/13
Ордена «Знак Почета» Издательство стандартов, 107076, Москва, Колодезный пер., 14.
Калужская типография стандартов, 248006, Калуга, ул. Московская, 256.

Содержание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Поворотные пункты в американской психиатрии 20-го века — М. Сабшин (Вашингтон)	5
Шизофрения с позиций популяционной генетики — М. В. Гончаров (Москва)	10
«Вялотекущая шизофрения» в одном, отдельно взятом, районе (сообщение второе) — С. С. Гурвиц (г. Долгопрудный)	16
Сочетанные формы психической патологии и полинозологический подход в психиатрии — Б. Н. Пивень (Барнаул)	18
К проблеме бредообразования при шизофрении — М. И. Моисеева (г. Москва)	21
Парциальные нарушения сознания как объект психотерапии и психологической коррекции — Ю. И. Полищук (г. Москва)	25
Неврозогенез: антиципационные механизмы — В. Д. Менделевич (г. Казань)	28

АРХИВ

О «schizophrenia mitis» — А. Кронфельд	31
К распознаванию мягких форм шизофрении — В. П. Осипов :	32
О дефекте при шизофреническом процессе — В. А. Внуков	34

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Если вы — «persona non grata...» — В. Г. Батаев	37
---	----

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Юлий Ким: Еще раз о Петре Якире. (Комментарий редактора по поводу одной публикации)	38
--	----

ЗАРУБЕЖНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Правовое регулирование оказания психиатрической помощи в Австрии — Ю. Н. Аргунова	41
---	----

НАШИ ИНТЕРВЬЮ

Поднимет ли Сизиф свой камень? (На вопросы Вестника НПА отвечает Мелвин Сабшин)	46
---	----

ХРОНИКА

Международные форумы с участием членов НПА	48
--	----

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

Здоровье, болезнь и лечение как мифология — Ю. С. Савенко (Москва)	50
Миф в академическом исполнении — С. С. Гурвиц (г. Долгопрудный)	53

ИСТОРИЯ

О фактах разных биографий (как «лечили» А. Д. Сахарова в Горьком)	54
---	----

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Стихи душевнобольных как часть национальной литературы! — Е. А. Некрасова, Д. И. Шустов (г. Рязань)	57
«Антипсихиатрические» заметки — Н. И. Сафронова (г. Москва)	59

РЕКОМЕНДАЦИИ

.	62
-----------	----

ОБЪЯВЛЕНИЯ

.	63
-----------	----

CONTENTS

CURRENT TRENDS IN PSYCHIATRY

Turning points in the american psychiatry in the 20th century — M. Sabshin (Washington)	5
Schizophrenia in terms of the populationist genetics — M. V. Goncharov (Moscow)	10
«Slowly progressing» schizophrenia in one, separate, district — S. S. Gurvits (Dolgoprudny)	16
Mixed mental disorders and polynozological approach in psychiatry — B. N. Piven (Barnoul)	18
On the delirium formation in schizophrenia — M. I. Moiseeva (Moscow)	21
Partial disturbances of consciousness as an object of psychotherapy and psychological correction — U. I. Polishchuk (Moscow)	25
Neurogenesis: anticipatative mechanisms — V. M. Mendeleovich (Kazan)	28

ARCHIVE

On «schizophrenia mitis» — A. S. Cronfeld	31
Identification of the light forms of schizophrenia — V. P. Osipov	32
On the defect in schizophrenia — V. A. Vnukov	34

FROM AN EXPERT'S DOSSIER

If you are «persona non grata» — B. G. Batayev	37
--	----

DOCUMENTS OF THE EPOCH

Y. Kim: About Pyotr Yakir again. Editor's comment on one publication	38
--	----

FOREIGN LEGISLATION

Legislation on psychiatric care in Austria — Y. N. Argunova	41
---	----

OUR INTERVIEWS

Will Sisyphus lift his stone? (M. Sabshin answers to the IPA herald's questions)	46
--	----

CHRONICLE

IPA participation in the international conferences	48
--	----

REVIEWS AND COMMENTS

Health, illness and treatment as a mythology — Y. S. Savenko (Moscow)	50
Myth in the academic interpretation — S. S. Gurvits (Dolgoprudny)	53

HISTORY

On the facts of different biographies (how A. D. Saharov was «treated» in Gorky)	54
--	----

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

Poetry of the mentally ill persons as a part of the national literature? — E. A. Nekrasova, S. I. Shustov (Ryazan)	57
«Antipsychiatric» notes — N. I. Safronova (Moscow)	59

RECOMMENDATIONS	62
---------------------------	----

ANNOUNCEMENTS	63
-------------------------	----

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

ПОВОРОТНЫЕ ПУНКТЫ В АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИИ ДВАДЦАТОГО ВЕКА*

Мелвин Сабшин (Вашингтон)

В 1966 г. в связи со столетием со дня рождения Адольфа Майера Теодор Лидз прочитал лекцию ему посвященную: «Адольф Майер и развитие американской психиатрии» (1).

Заклучил он так: «Отмечая эту годовщину, мы признаем ценность оставленного нам наследия и можем многое сделать для себя и для психиатрии его использованием». Джон Нил в 1980 г. в статье «Адольф Майер и американская психиатрия сегодня» (2) также писал: «Времена Майера во многих отношениях сходны с нашими. Странным образом наше профессиональное колесо очертило полный круг с 1900 г., и нам опять требуются дух Майера, холистическая перспектива. Знакомство с мудростью его наследия — важный фактор для продвижения вперед». В 1985 г. в лекции, посвященной Адольфу Майеру, Майкл Раттер (3) отметил значение работ Майера для разрешения важных проблем современной психиатрии. В его докладе «Психобиология Майера, развитие личности и роль жизненного опыта» со всей ясностью сформулированы фундаментальные положения психобиологической концепции. В этой статье, по примеру моих достопочтенных предшественников, хочу показать, в меру собственного понимания, что изучение концепций Майера сможет указать путь и к новому поворотному пункту в американской психиатрии. В самом деле, мысленным взором я различаю очертания ранних фаз, вокруг которых может формироваться следующая стадия и, надеюсь, что к началу двадцатого столетия тенденции развития будут более ясны.

В последнее время я заметил тенденцию (не симптом) раздумывать и размышлять о более широком спектре событий; в самом деле, мне довелось быть участником и наблюдателем замечательных изменений в нашей области. Хочу рассмотреть некоторые из них, особенно произошедшие после второй мировой войны, которые стали частью моего личного опыта.

Хочу осветить четыре решающих момента:

1) подъем Майеровской психобиологии и ее кульминационного влияния во второй четверти двадцатого столетия;

2) преобладание отличающихся терапевтических концепций, включая важное влияние психоанализа в годы после второй мировой войны;

3) нынешний подъем нейронауки и психофармакологии вместе с эмпиризмом и логическим позитивизмом;

4) предсказанное возрождение аналогов Майеровской психобиологии перед началом XXI века. Оно сопровождается:

а) новой систематизированной психобиологией адаптации и активными усилиями людей преодолеть многочисленные стрессы;

б) увеличившейся базой знаний в жизненных ситуациях, превращающей сложную майеровскую систему записи истории болезни в более динамичный и точный процесс;

в) тенденцией к созданию новой нозологической системы, которая оживит и сделает более полезными существующие ныне ось IV и V (DSM—III и DSM—III—R), что поможет более эффективно устанавливать границы между здоровьем и болезнью;

г) азбукой составления истории болезни и установления границ между здоровьем и болезнью и появлением сопровождаемой соответствующим профессиональным руководством важной новой клинической психиатрии;

д) более сбалансированным общим подходом, использующим психоаналитическую, социальную психиатрическую и биологическую концепции, достаточно ясные и не требующие эмпирических проверок и

а) более рациональной терапевтической системой, подчеркивающей новые сочетания и связь между фармакотерапией и психотерапией, — вместе с новым поколением просветителей, имеющих опыт работы с этими сочетаниями.

Подъем психобиологии Майера и кульминация ее влияния во второй четверти двадцатого столетия

Я стал заниматься психиатрией в первое десятилетие после Второй мировой войны.

Ветры перемен уже изменили психиатрический ландшафт, и почти все мои клинические учителя и руководители проповедовали новую «динамическую психиатрию». Однако, учебники по психиатрии попрежнему отражали сильное влияние довоенных событий. С Адольфом Майером я был знаком в основном по его печатным трудам, а не по совместной клинической работе, консилиумам и личным контактам.

Гендерсон (4) писал, что из-за языковых трудностей, которые Майеру приходилось преодолевать, нелегко порой было понять, что он имел в виду, и его идеи представляли в более туманном свете, чем они являлись на самом деле.

* Данная работа почетного члена НПА д-ра Мелвина Сабшина, вот уже 20 лет медицинского директора Американской психиатрической Ассоциации, перепечатывается по его любезному согласию из «The American Journal of Psychiatry», 1990, т. 147, № 10, 1267—1274. Печатается с небольшими сокращениями.

Эбог (5), комментируя эту же тему, отмечал тенденцию Майера излагать идеи в общих чертах или представлять их в незавершенном виде, что соответствовало его представлениям в тот момент. Отчасти поэтому теории Майера записаны не полностью или, в лучшем случае, неправильно поняты. (Следует надеяться, что техника конца XX века даст грядущим поколениям возможность учиться у нынешних теоретических лидеров и другими способами, кроме как посредством печатного слова).

Со временем, однако, мне стало понятным всестороннее влияние, которое он оказал.

Майер несколько раз излагал собственные идеи об исторических фазах психиатрии в США (6). Он называл первую стадию «временем тринадцати» в честь создателей АПА. Характеризуя вторую стадию, он отмечал чрезмерное внимание только к мозгу как осязаемому фактору в расстройстве психики, в то время как на самом деле рабочие искали пути разрешения сложных проблем в условиях конкуренции после гражданской войны.

Майер полагал, что биологический редукционизм в конце XIX столетия был отчасти защитным маневром против притока иммигрантов в Соединенные Штаты. «Моральная психиатрия» подходила пациентам-янки и докторам в начале XIX столетия, но она не годилась в условиях постиндустриальной Америки.

Третью стадию в истории американской психиатрии — с 1890-х гг. до Первой мировой войны — Майер характеризовал в основном как период усиленной систематизации исследований. И лишь в четвертой стадии воплотились некоторые надежды и стремления Майера. Он приветствовал создание специальных психиатрических центров (исследовательских институтов), которые могли бы послужить моделью для развивающейся психиатрической науки. Размышляя о психосоматических процессах и роли психиатрии в медицине, Майер делал упор на «личность», подвергая серьезной критике дуализм и редукционизм.

В самом деле, поворотный пункт во второй четверти этого столетия означал постепенный отход от биологического редукционизма, сопровождающей его практики и системы ценностей к стадии, где клиническая психиатрия обрела новые задачи, новые методы и новые интересы. Хотя Майер характеризовал свое направление как психобиологию, его личный стиль отражал биопсихо-социальную модель, которую гораздо позднее сформулировал Энгель (7).

Будучи профессором университета Джона Хопкинса (клиника Фипса), Майер глубоко интересовался клинической практикой, проводил эксперименты в анатомических лабораториях. Одновременно он сотрудничал с руководителями других клинических отделов в деле разработки психосоматических программ. Был также в курсе философских, социальных теорий и политических событий, поддерживая дружбу и сотрудничество со многими учеными, политическими деятелями, философами. Он стал выдающимся просветителем лидеров психиатрии в следующем поколении.

Конечно, изменения в американской психиатрии происходили бы и без Майера, но контуры этих изменений обусловлены его большим влиянием.

Его подход к пациенту как к личности, основанный на биологических принципах, и одновременно интерес к социальным и общественным явлениям вызывали особое доверие.

Крепелину и его американским коллегам был брошен вызов со стороны достойного критика, который потряс мрачные основы концепции dementia praecox. Призыв Уйэра Митчелла в 1894 г. (8) к укреплению научных и клинических основ психиатрии был услышан лидером безупречной медицинской и научной репутации.

В институтах, созданных Майером и его учениками, начали распространяться настроения надежды и веры в то, что с огромными проблемами справиться удастся. Многие из учеников Майера возглавили крупные психиатрические департаменты в самой стране и за границей, однако обилие стоящих перед специальностью проблем не обещало быстрого прогресса. Сотни тысяч пациентов помещались в заведениях, приходящих в упадок; техника и методы лечения были неспецифичными; число обученных практиков было слишком мало.

И как раз тогда, когда первые лучи света начали пробиваться в конце тоннеля, разразилась Вторая мировая война. Американская психиатрия была ввергнута в водоворот, бросивший вызов многим фундаментальным догматам.

Преобладание различных терапевтических идеологий и важное значение психоанализа в годы после Второй мировой войны

Вторая мировая война вызвала большие потрясения в мире, грозившие изменить будущий ход истории. Старые границы и барьеры стали более проницаемыми; люди и идеи свободнее передвигались из одной части мира в другую.

Это движение включало иммиграцию блестящих психоаналитиков в Западную Европу, США и Канаду.

События привели к качественным изменениям в американской психиатрии, которые были хорошо описаны во многих отличных публикациях. Хочу подчеркнуть несколько аспектов этих изменений, которые не были достаточно освещены.

Большое число психически больных в американских войсках привлекло внимание общества. Это начали воспринимать как серьезную национальную проблему. Широкое освещение новых методов лечения травматических неврозов, разработанных способными военными психиатрами, также повлияло на умонастроения в обществе (мне посчастливилось в течение многих лет работать с Роем Гринкером (9) и я многое узнал о тех бурных днях).

Хочу подчеркнуть, что многое из тех послевоенных перемен базировалось на тенденциях, зародившихся во время Майеровского поворотного пункта. Открылись новые возможности сконцентрировать внимание на личности и на индивидуальном клиническом случае.

Биологическая психиатрия не полностью приняла брошенный ей вызов и постепенно оказалась в изоляции.

Зачатки более концентрированных усилий в области социальной и общинной психиатрии поощрялись самим Майером. Важно, что Майер прямо

косвенно поддерживал развитие психоанализа в Соединенных Штатах.

В некоторых кругах (Сарган в Англии, в частности) полагали, что психоанализ окончательно восторжествовал в американской психиатрии. Это мнение ошибочно, поскольку не принимает в расчет соперничающие идеологии (в социальной и биологической психиатрии), которые часто бросали вызов психоанализу. Тем не менее, психоанализ обрел огромную власть в академических кругах и оказал влияние на практику госпиталей, ассоциаций и их руководителей.

Я неоднократно подчеркивал фактор, который люди, принимающие решение, только начинают осознавать. Психоанализ коренным образом изменял границы психиатрии из-за его безусловного определения психопатологии, его безусловных концепций о том, что психиатры должны и что не должны делать. «Психопатология обыденной жизни» Фрейда (11) с его блестяще описанными клиническими примерами и структурными концепциями выводила заключение о почти универсальности психопатологии. Когда психоаналитическая теория сопровождалась глубокими изменениями в психиатрии детей и юношества, миру нозологии была нанесена почти смертельная рана. Психоаналитики и лидеры психиатрии, на которых анализ оказал значительное влияние, не смогли осознать, к каким это приведет последствиям в психоаналитической теории и практике. Эпидемиологию игнорировали так же, как и нозологию.

Подавляющее большинство психоаналитиков продемонстрировали минимальный интерес к изучению связи между внутриспсихическим процессом и новыми биологическими концепциями. Зацикленные на гидравлических физических моделях распределения энергии, сравнительно немногие аналитики стали заниматься транзакционными системами, кибернетикой или новыми системными научными моделями.

При всем их пренебрежении современной биологической психиатрией, отношения аналитиков к социальной и общественной психиатрии, было еще более отрицательным. Не в пример Майеру, психоаналитики в основном продолжали повторять, что внутриспсихическое более важно, чем межличностное или социальное поле отношений. Считалось, что заниматься социальной психиатрией — значит отвлекаться от основной темы.

Психоаналитики все больше стали проявлять идеологический подход, основанный на умозаключениях, системах убеждений и терапевтических ценностях. В значительной степени такое поведение объяснялось необходимостью защищаться от критиков психоанализа. Одновременно, и отчасти в качестве реакции, биологическая и социальная психиатрия разработала свои собственные идеологические системы, заметно отличающиеся друг от друга и от анализа. В свою очередь, психоаналитики окружили себя осадными колесницами даже на той стадии, когда многие вне этих колесниц думали, что настоящая власть — в руках аналитиков. Конечно, есть большая доля правды в убеждении аналитиков, что коллеги по психиатрии в лучшем случае относились к ним двойственно. Тем не менее склонность быть осажденным меньшинством нельзя объяснить только нападками со стороны. Она

укоренилась в деятельности и психологическом настроении многих аналитиков.

К середине 1960 гг. американская психиатрия характеризовалась многочисленными идеологическими разногласиями, между различными группами поддерживались лишь незначительные контакты. Когда сторонники биологической психиатрии пытались цепляться за свои медицинские «корни», они часто становились непреклонными в своей обороне. Они были ограничены применением неспецифических лекарств, таким лечением, как ЭСТ, инъекции инсулина и даже лоботомия, что вызывало неприятие со стороны многих их коллег и широкой публики. С другой стороны, психоаналитики и социальные психиатры, кажде в своей собственной манере, отошли от медицинской модели.

Их незначительный интерес к систематическим, опирающимся на опыт, этиологии, нозологии и эпидемиологии и к развитию лечения, основанного на нозологии, породил самый низкий уровень психиатрического медикаментозного лечения в Соединенных Штатах. Одновременно возникла путаница среди населения, не понимающего разницы между клиническими психологами, психиатрическими социальными работниками и психиатрами. Понятно, что чем шире границы психиатрии и определения того, что должен и чего не должен делать психиатр, тем теснее переплетения клинической психологии и психиатрии. Хотя основной упор здесь делается на влияние пограничных проблем, на дифференциацию профессионалов в психиатрии, многие другие факторы способствовали этому переплетению. Нехватка психиатров во Второй мировой войне и в послевоенный период заставила психиатров и непрофессионалов поддерживать роль лечения, применяемого в других дисциплинах.

В 1950-е годы и в большинстве 1960-х гг. требования общества об отчетности психиатров выдвигались не часто (конечно, были противоположные тенденции и исключения). Однако постепенно на горизонте стали появляться предостерегающие сигналы.

Хотя научная, но тенденциозная критика психоанализа на нашем 112 ежегодном заседании в 1956 г. (12), с которой выступил Бейли, была компенсирована в равной степени красноречивым заявлением Эрнеста Джонса на том же заседании (13), критический натиск начал усиливаться декадой позднее. В конце 1960-х гг. слияние тенденций стало ясным. Расширение границ психиатрии, преобладание идеологии над наукой и демедицинализация — это сочетание оказалось уязвимым для критики. У людей, принимающих решения, возник скепсис относительно способности психиатров диагностировать и лечить пациентов.

Критика психиатрии стала превосходить обычную критику недостатков медицины в целом, чернили психиатры. Положение стали рассматривать в контексте «позора государства» (14), резко упал статус психиатрии в медицинских школах, она утратила престиж в важных секторах общественной поддержки.

Одновременно начала достигать зенита критика госпитализации психически больных. Защитники гражданских прав указывали, что больных часто госпитализировали без достаточных гарантий про-

тив плохого обращения. Начали изменять порядок госпитализации, ширилось движение против помещения в лечебные заведения. С появлением новых психотропных лекарств тенденция к дегоспитализации крепла. Возлагались надежды на общественные центры психического здоровья, и создание законодательства о развитии этих центров стало основной задачей в 1960-х гг. Однако ресурсы для этих центров были недостаточны; к тому же они не могли должным образом решать проблемы тяжелобольных.

С расширением сети центров психического здоровья и усилением экономических ограничений возникла конкуренция между психиатрами.

Все больше людей, принимающих решения, и плательщиков за психиатрические услуги начали рассматривать эту область как бездонную яму, требующую неограниченных ресурсов. Постепенно регулирование стало вытеснять свободный рынок, и надомная практика оказалась неспособной принять новый регуляционный и экономический вызов.

Мы оказались в водовороте кризиса. Нам было трудно справиться с новой экономикой, и бездонная яма засасывала нас.

Нынешний подъем нейронауки и психофармакологии вместе с эмпиризмом и логическим позитивизмом

Биологическая психиатрия оказалась в изоляции в первое десятилетие после Второй мировой войны, и в 1950-е годы она отступила в борьбе с психотерапевтическим бумом.

Тем не менее, возрождение из пепла нашло свое отражение в клинических опытах с хлорпромазином. Вскоре началось практическое применение психотропных препаратов. Хотя в 1950-е годы наблюдалось сопротивление фармакотерапии, следующий поворотный пункт был обусловлен влиянием новой науки и новой экономики. В своих статьях я подчеркивал их взаимодействие, поскольку некоторые предпочитали обращать внимание только на науку или на экономику. Психиатрия должна опираться на то и другое, учитывая взаимозависимость этих отраслей.

В последние два десятилетия научные исследования в области психоневрологии проводились с головокружительной быстротой. Их результаты оказали огромное влияние на состояние психиатрии; ученые, работающие в лабораториях, специалисты, проводящие клинические исследования, получили возможность развивать свои гипотезы и проверять их на практике.

Думаю, что важную роль приобрели политические, социальные и в особенности экономические факторы. Люди, принимающие решения в комиссиях сената и палаты представителей по ассигнованиям, заявляли о готовности поддерживать институты по борьбе с алкоголизмом и наркотиками и Администрацию психического здоровья, поскольку имели возможность оценить осязаемые результаты нового поколения исследований. Создание групп общественной поддержки имело огромное значение для ускорения процесса: Национальный Союз помощи психически больным быст-

ро вырос по своим размерам и влиянию; его страстная поддержка биологической психиатрии будет представлять большой интерес для историков психиатрии в будущем столетии. Семьи тяжелых психически больных чувствовали, что на них давят психотерапевтические и социотерапевтические концепции психиатрии. Поддержка исследований Национальным Союзом помощи психически больным помогла влить жизненные силы в Национальную ассоциацию психического здоровья и способствовала созданию групп защиты больных. Они требовали новых результатов в лечении маниакально-депрессивных состояний, фобий (и панических страхов), различных неврозов, болезни Альцгеймера, шизофрении и т. д.

В последнее десятилетие в печати и электронных средствах массовой информации появились сообщения о научных успехах в области психиатрии. Таких сообщений становилось все больше, и они начали заглушать осуждающие голоса. Необходимость изменить мнение публики о психиатрии также сыграла главную роль в формировании нынешнего поворотного пункта. Истинно то, что высококачественная работа влияет на публику, именно потому, что она высококачественная. Но мы должны завоевать поддержку населения.

Генетические маркеры маниакально-депрессивного психоза привлекают больше внимания, чем сообщения о менее модных темах успешной психотерапии. Это внимание и в результате этого размещение ресурсов влияет на наши программы подготовки, процедуры сертификации и процесс аккредитации.

Одним из лучших символов американской психиатрии конца этого столетия было центральное положение психологии в нашей научной и клинической работе. С 1950 гг., когда нозологию многие считали плодом воображения, DSM—III и DSM—III—R оказали глубокое влияние на американскую психиатрию. Но на них также оказали влияние силы, действующие вне этой области. К середине 1970 гг. люди, принимающие решения, не только считали психиатрию бездонной ямой, но также начали ограничивать ассигнования на психиатрическое лечение. Сообщения о психиатрах, выступающих в судах с той и другой стороны при определении безумия, вызвали бурю критики. Высказывались сомнения вообще в возможности полагаться на психиатрический диагноз. К моменту вынесения приговора по делу Хинкли критика психиатрии достигла кульминации.

Однако, нозологи, которые создали DSM—III, попытались оградить себя от политических сил, хотя им это не всегда удавалось. Несмотря на нападки, комитеты DSM—III и группы APA представили удивительные документы, которые, в самом деле, изменили образ американской психиатрии. Хотя это и был блестящий прорыв, необходимо было закрепить объективное отношение к американской психиатрии. Предстояло доказать многим людям, что психические расстройства можно диагностировать, создать разумную основу для выбора метода лечения пациентов психиатрии. Таким образом, выдвигались настойчивые требования сопроводить DSM—III объективными директивами лечения — определяющими показания к госпитализации, сроки пребывания человека в больнице.

Эпидемиология продвинулась на центральную сцену, выйдя из своей прежней изоляции. Стала очевидной необходимость собирать обширные сведения о населении для оказания помощи по разработке политики в области психиатрии.

Универсальность психопатологической гипотезы, изложенной в «Психопатологии каждодневной жизни» Фрейда или в работе Эриксона о кризисе в юношеские годы, здесь не подходит, даже в процветающей Америке.

В начале 1990-х гг. резко возрос интерес к медикаментозной терапии. Она строится с учетом этиологии, диагноза, разумного выбора лечения, психобиологического подхода к профилактике и эпидемиологии.

В этой связи границы психиатрии, которые в 1960-х гг. казались беспредельными, несколько сузились; мы не обещали быть всемогущими для всех, ограничив наши определения болезни и области применения специальных знаний. Очевидно, преобладание науки над идеологией. DSM—III и DSM—III—R все еще широко применяются как объективные критерии для диагностирования каждой болезни. Психиатры более ясно, чем в 1960 гг., определяют свои функции. Были приняты прямые и косвенные меры для отпора критикам, которые в 1960 гг. характеризовали психиатрию как бездонную яму.

Тем не менее, все большее число наблюдателей выражает опасение, что клиническая психиатрия утрачивает жизнеспособность. Карикатуры о «безумной» психиатрии сменили прежние о психиатрии «безмозглой».

Заканчиваю статью предсказанием нового поворотного пункта, который ждет американскую психиатрию в первое десятилетие XXI столетия.

Возрождение аналогов майеровской психобиологии в начале XXI столетия: предсказание

Аргументы в пользу и против американской психиатрии предвещают изменения, которые, по моему мнению, наберут силу и обеспечат следующий поворотный пункт.

Раттер указывал, что объектами изучения следует сделать большое число людей, которые не заболевают и при наличии генетических и стрессовых факторов, могущих вызывать болезнь у многих других. Вместе с некоторыми выдающимися наблюдателями он подчеркивал замечательные индивидуальные вариации в лечении.

Майер неоднократно обсуждал это явление, которое привлекало внимание лидеров психосоматической медицины. Попробую сделать это и я, полагая, что совокупность факторов поднимет проблему адаптации в число центральных проблем в психиатрии.

В начале XXI столетия мы не сможем игнорировать способность адаптации многих людей с явной склонностью к психическому заболеванию. Отсюда задача — уменьшить риск болезни. Решать ее помогут развитие науки, экономические силы и те, кто формирует политику. Для этого они должны знать, почему же больные группы населения не заболевают.

Технологические успехи конца XX столетия дают возможность изучения механизмов адаптации так же, как мы сейчас изучаем границы предрасположения к болезни. Когда технология позволит проводить продольное изучение биологических систем и способности к адаптации, мы сумеем выдвинуть новые гипотезы.

Современная технология позволит найти разнообразное применение старым концепциям Майера (так же как и самым лучшим психосоматическим лекарствам). Частью нового главного направления будет взаимодействие между психологической адаптацией и биологическими системами. Необходимо объяснить психобиологическими терминами и патологию и здоровье.

Возросший интерес к адаптации может оказать прямое влияние на клиническую практику психиатрии в начале XXI столетия. В настоящее время упал интерес к составлению полной истории психической болезни; создание критериев для диагноза посредством DSM—III стало сейчас краеугольным камнем составления истории болезни.

С упадком психодинамических формулировок интерес к историческим и другим клиническим нюансам почти угас. Многие клинические просветители говорят об утрате клинической жизнеспособности к психиатрии. Я убежден, что возобновление интереса к адаптации поможет повернуть эту тенденцию вспять.

В настоящее время оси IV и V DSM являются в основном орудиями исследований, но я полагаю, что научные и экономические силы повысят наше внимание к области стресса и адаптации. Поскольку работники клиник и исследователи убеждены в пользе записи этих данных, сбор и интерпретация этой информации станет главной частью каждодневной клинической практики. Я надеюсь, что процесс сбора этих данных будет стимулировать новый интерес к записи истории болезни. Психодинамическая формулировка 1950 гг. может быть заменена психобиологической (или биопсихосоциальной) формулировкой в 2010 году. Эта формулировка будет содержать нечто большее, чем исторические данные, поскольку лабораторные изыскания (измерение адаптационных и патологических элементов) также приобретет большое значение.

В течение многих лет я интересовался участием психиатров в исследованиях нормальных людей. Отчасти этот интерес был основан на желании найти эмпирическую базу для проведения различия между нормальными и патологическими состояниями в психиатрии. Я убежден, что такие усилия, в конечном счете, помогут определить границы психиатрии. Есть все причины полагать, что существует гораздо большее разнообразие нормального развития, чем патологического. Продольное изучение адаптации в течение всей жизни ускорит приобретение нами знаний в этой области, и я предвкушаю поразительный прогресс, который привлечет будущее поколение исследователей и клиницистов. Изучая опыт Майера в записи истории болезни, я увидел, что он пытался следить за пациентами на всех стадиях развития, но ему недоставало инструментов и измерителей. Однако следует изучать его идеи в этом вопросе, готовясь к новому подходу к истории болезни, где будут отражены адаптационные и патологические элементы.

Я полагаю, что клиническая психиатрия начала XXI столетия может обрести свежие силы. Необходимо освободиться от раздробления, механистики и рутины, которые ослабляют нынешнюю клиническую психиатрию. Нужны возможности для развития новых гипотез.

Предстоит найти новый синтез психоаналитического, социально-психиатрического и биологического направлений.

Предвижу, что большинство психиатрических пациентов в начале будущего столетия будут лечиться сочетанием психо- и соматической терапии. И клиницисты-просветители, имеющие клинический опыт работы с такими сочетаниями, станут образцовыми руководителями и авторами учебников.

Мои предсказания основаны как на научных, так и на экономических показателях. Надеюсь, что лидеры психиатрии увидят новые возможности на будущей стадии. Я также надеюсь, что люди, принимающие решение, и общество в целом поддержат эти усилия.

Адольф Майер не был рожден в Соединенных Штатах, но он помог создать первую американскую психиатрию со времени периода моральной реформы в начале XIX столетия. После бурных лет второй половины XX века стоит вспомнить о его наследии в поисках нового равновесия. Но строить на этом фундаменте следует с помощью новых технологий, новых методик, с новой поддержкой населения, новым партнерством с пациентами и их семьями.

Всем, что может содействовать новому поворотному пункту и поддержать его.

Пер. с английского М. Н. КУРБАТОВОЙ-
ВАСИЛЬЕВОЙ

REFERENCES

1. Lidz T. Adolf Meyer and the development of American psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 1966; 123:320—332

2. Neill J. R. Adolf Meyer and American psychiatry today. *Am. J. Psychiatry*, 1980; 137:460—464

3. Rutter M. Meyerian psychobiology, personality development, and the role of life experiences. *Am. J. Psychiatry*, 1986; 143:1077—1087

4. Henderson D. Adolf Meyer: a tribute from abroad. *Am. J. Psychiatry*, 1966; 123: 332—334

5. Ebaugh F. G. Adolf Meyer: a tribute from home. *Am. J. Psychiatry*, 1966; 123: 334—336

6. Meyer A. Presidential address: thirty-five years of psychiatry in the United States and our present outlook. *Am. J. Psychiatry*, 1928; 85: 1—31

7. Engel G. L. The unified concept of health and disease. *Perspect Biol. Med.* 1960; 3; 459—485

8. Mitchell S. W. Address before the fiftieth annual meeting of the American Medico-Psychological Association, held in Philadelphia, May 16th, 1894. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1894; 21: 413—437

9. Grinker R. Psychiatry rides madly in all directions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1964; 10: 228—237

10. Sargant W. W. *Battle for the Mind: A Physiology of Conversion and Brain-Washing*. London, Heinemann, 1957.

11. Freud S. *The Psychopathology of Everyday Life*. New York, Macmillan, 1915

12. Bailey P. The great psychiatric revolution. *Am. J. Psychiatry*, 1956; 113: 387—406

13. Jones E. Psychiatry before and after Freud, in the Scientific Papers of the 112th Annual Meeting of the American Psychiatric Association in Summary Form. Washington, DC, 1956

14. Deutsch A. *The Shame of the States* (1948). New York, Arno Press, 1973

15. Sabshin M. Science, pragmatism and the progress of psychiatry, in *Contemporary Themes in Psychiatry: A Tribute to Sir Martin Roth*. Edited by Davison K., Kerr A. London, Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 1989

16. Erikson E. Identity and the life cycle. *Psychol. Issues*, 1959; 1(1)

17. Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 1986; 148: 497—508

18. Offer D. Sabshin M. *Normality and the Life Cycle*, New York, Basic Books, 1984.

19. Sabshin M. Normality and the boundaries of psychopathology. *J. Personality Disorders*, 1989; 3: 259—293

ШИЗОФРЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ГЕНЕТИКИ

М. В. Гончаров (г. Москва)

К настоящему времени шизофрению принято относить к заболеваниям с полигенным наследованием (6, 7, 14, 17, 24, 35). Предполагается, что подверженность к возникновению этой патологии носит пороговый характер (7, 14, 16, 26, 36). Если собственно шизофрения может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное течение (2, 12, 16, 35), то о менее выраженных ее проявлениях конкретных данных пока нет. Большое разнообразие и значительная распространенность шизотипических аномалий получило отражение и в Кречмеровском описании шизоидов и шизотимиков наряду с шизофрениками и в концепции Nosos et pathos А. В. Снежневского, и в гипотезах шизофреническо-

го диатеза, «спектра» шизофренических расстройств, «континуума» шизофрении (Kety S., Rosenthal D., Reich W.) и т. д.

В связи с этим возникает ряд вопросов. Во-первых, какова эпидемиологическая градация болезни в целом (без учета различий в ее формах) по степени тяжести? Каковы критерии такой градации? Какова численность «порогов подверженности» в популяции тех индивидов, у которых выявляются шизотипические особенности (или в «шизозе» — по Claude)? Во-вторых, неясно, что собой представляет схема «подверженности» развитию заболевания (7, 28), представленная в виде Гауссовой кривой нормального распределения популя-

ции по количественному признаку. Правомерно ли такое абстрагирование, если не определен признак, который мог бы быть положен в основу этой модели при экстраполяции ее на шизофрению?

Кроме того, в проблеме важен еще один аспект. На основании собственных наблюдений (8) возьмем на себя смелость вербализовать общеизвестное клиническое положение, которое в литературе принципиально не сформулировано: шизофренический дефект после своего формирования претерпевает крайне незначительную динамику, образуя тот или иной «уровень» дефицитарных нарушений. В таком случае — какова же распространенность групп больных, разделенных по степени тяжести дефекта? И по какому — общему для негативных расстройств — признаку следует эти группы разделять?

На эти вопросы нам помогли ответить показатели, полученные в результате обследования (М. В. Гончаров, 1992) популяции состоящих на амбулаторном учете больных шизофренией (1% населения) с использованием клинико-эпидемиологического метода. При изучении качества и динамики адаптации пациентов на протяжении болезни выяснилось, что общий потенциал способностей к приспособлению у обследованных определяется в первую очередь глубиной сформированного шизофренического дефекта (без учета его конкретных особенностей). Мало того, оценка адаптивных свойств больных оказалась более адекватной для анализа болезни, чем попытка квалификации дефекта, который зачастую был маскирован позитивными расстройствами. Было выделено пять когорт¹ больных с разным «уровнем дезадаптации». (Табл. 1). Важно подчеркнуть, что контингенты, составляемые этими когортами (Табл. 2), тоже имеют общие критерии дифференциации.

Табл. 1

КОГОРТЫ	критерии стойкой дезадаптации	распространенность в населении (%)	
		полученные результаты	теоретически ожидаемые результаты
А	полная	0,02	0,025
В	«бытовая» дезадаптация	0,04	0,035
С	трудовая дезадаптация, частичное самообслуживание в быту	0,1	0,1
Д	снижение трудоспособности, самостоятельная организация быта	0,24	0,24
Е	удовлетворительная трудоспособность, потребность в постоянных консультациях психиатра	0,6	0,6

1. Под термином «когорта» мы понимаем выделенную по определенному признаку группу индивидов в однородной популяции. В данном случае признак определен по динамическому принципу, что по-своему обосновывает понятие «уровень» дезадаптации.

КОНТИН-ГЕНТЫ	критерии дифференциации	распространенность в населении (%)	
		полученные результаты	теоретически ожидаемые результаты
А	полная дезадаптация	0,02	0,025
АВ	потребность в уходе и надзоре	0,06	0,06
АВС	полная и стойкая трудовая дезадаптация	0,16	0,16
АВСД	стойкое снижение трудоспособности	0,40	0,4
АВСДЕ	потребность в лечении и наблюдении у психиатра	1,0	1,0

В отношении показателей, о которых идет речь, определение таких контингентов даже более демонстративно: на условной шкале популяции выявленные когорты образуют последовательный ряд «границ», — являющихся показателями распространенности контингентов (рис. 1). Каждый из них отличается от соседнего в 2,5 раза.

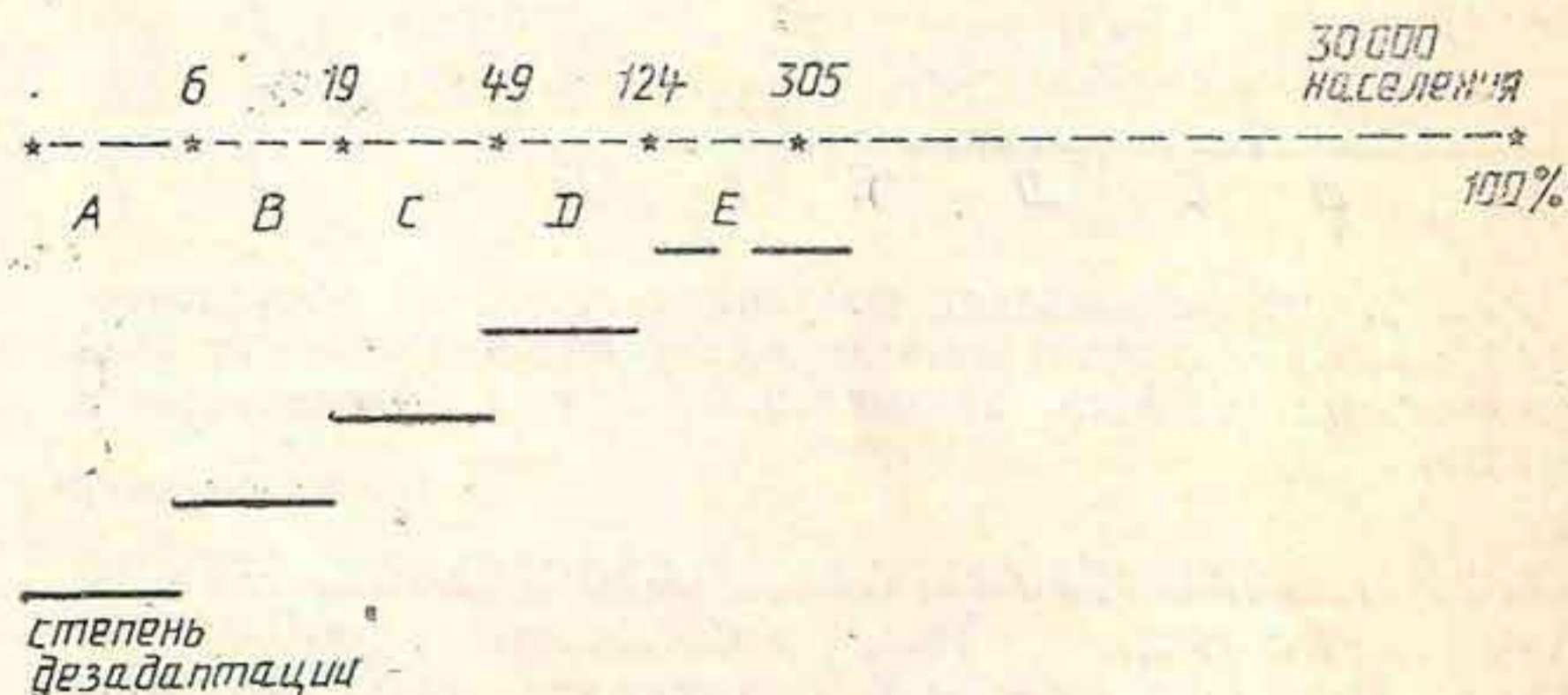


Рис. 1. Дифференциация популяции состоящих на диспансерном учете больных шизофренией по признаку — уровню их дезадаптации. (пояснение в тексте)

Таким образом, было установлено, во-первых, что популяция учтенных больных шизофренией дифференцируется с помощью простых социально значимых критериев; во-вторых, такая дифференциация отражает характер распространенности патологии с учетом степени ее тяжести: чем выраженнее дезадаптация, тем на меньшее количество заболевших она распространяется; и в-третьих, что самое важное, это явление имеет экспоненциальный порядок: она отвечает пуассоновскому распределению величин, что свидетельствует в пользу адекватности критериев распределения материала. Об этом же говорит опора выбранных критериев на понятие «дефект», отражающее явление, патогномичное для шизофрении. Наблюдаемая математически пропорциональная дискретность дифференциации клинических фенотипов безусловно демонстрирует большую степень генетической детерминации болезни, особенности количественных различий в такой определяемости фенотипов и наличие закономерности в структурной организованности этой биологической системы варьирования адаптивных свойств.

Результаты изучения данных литературы подтвердили неслучайность выявленной закономерности. Абсолютные значения цифрового ряда (2,5; 6; 16; 40 и т. д.) и числовое выражение разницы меж-

ду ними (2,5) стали ключевыми при обнаружении аналогий среди ранее не связанных результатов различных исследований шизофрении и их обобщения.

Так, в первую очередь, привлекают внимание сведения о том, что общее количество болеющих клинически определяемой шизофренией «примерно вдвое больше» числа тех из них, кто состоит на учете (5; 18; 27; 29). Следовательно, согласно закономерности, получает обоснование следующая когорта: «F» (150 человек на 10 тыс. населения)¹. В таком случае контингент «ABCDEF» представляет собой тот полюс популяции (а в системе подверженности — тот полюс генофонда), на который распространяются шизотипические изменения в виде болезни.

Основываясь на том, что в данных литературы есть феноменологические сведения о наличии спектра менее выраженных шизотипических изменений личности (7; 11; 12; 24; 25; 32; 34; 35; 36), нам видится целесообразным в качестве гипотезы дополнить условную шкалу населения теоретически ожидаемыми (рис. 2) когортами «F», «G», «H», «J», «K». В литературе нами найдены лишь косвенные

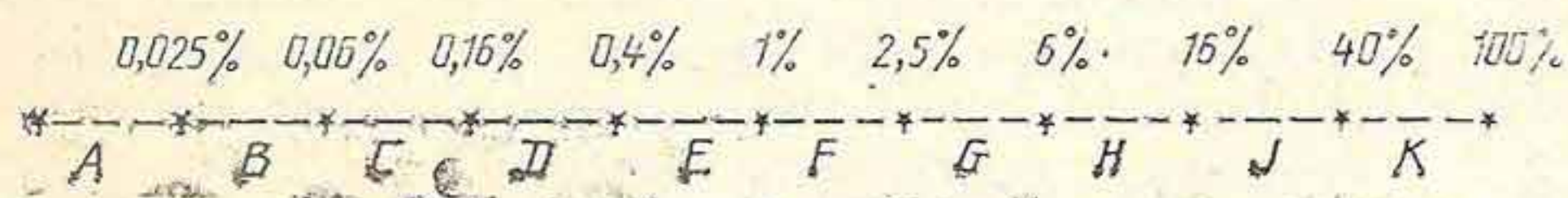


Рис. 2. Дифференциация популяции населения по условному признаку — степени шизотипических видоизменений приспособительных свойств индивидов. Гипотеза. (пояснения в тексте)

данные, подтверждающие правомерность такого предположения. Так, согласно сообщению М. С. Рицнера (1985), в результате генетико-эпидемиологических исследований получены параметры «квазирецессивной» модели отдельной («неманифестной») формы шизофрении, показатели которой удовлетворяют обсуждаемой здесь закономерности («мутантные гомозиготы» имеют 2,4 % населения (!), но лишь у 4,7 % из них болезнь фенотипически проявляется). Экстраполяция этих данных на упомянутые показатели фенотипической проявляемости шизофрении в целом (2,5 % популяции) выявляет общую распространенность «мутантных гомозигот», приближающуюся к 40 % населения. Отсюда явствует, что когорта «K» (60 % населения) шизотипически не отягощена. Однако факт ее органической сочлененности с когортами шизотипического спектра содержателен для интерпретаций.

Теперь обратимся к данным клинико-генеалогических исследований шизофрении. Известно, что если один родитель болен шизофренией, то риск развития заболевания у ребенка тяготеет к 16 %, если же больны оба родителя, то — к 40 %; если частота шизофрении для полных sibсов колеблется в пределах 16 %, то для полусибсов — 6 %. Конкордантность по шизофрении для монозиготных близнецов примерно в 2,5 раза выше, чем для дизиготных (7; 12; 16; 26). Т. е. при отягощении степени родства на одну условную единицу, риск развития заболевания возрастает в 2,5 раза.

1. По мнению Л. М. Шмаоновой (1985) эти пациенты адаптированы настолько удовлетворительно, что не учтены в ПНД.

Что касается эпидемиологических данных, то к сожалению, мы считаем невозможным сопоставлять с нашими показатели, полученные в результате других исследований социально-трудовой адаптации больных шизофренией по следующим причинам: а) отсутствие или неполная характеристика популяционного аспекта исследования, в результате чего невозможно рассчитать систематически все показатели на 10 тыс. населения; б) различия в общих критериях отбора материала (неоднородные контингенты обследования — больничный, сугубо внебольничный, привлеченный к труду в ЛТМ; если же учтенный в диспансерах — то либо в прошлые десятилетия, либо в особых демографических условиях, либо по особым дифференциальным критериям, и т. д.). И тем не менее формально эти показатели очень близки выявленным нами. Прежде всего это касается совпадений частоты спонтанно образуемых контингентов инвалидов по шизофрении — 40 % от количества состоящих на учете или от группы включенных в то или иное исследование (1; 3; 8; 10; 19; 27; 28; 30). В некоторых случаях оказывается, что амбулаторным учетом охвачены лишь около 40 больных шизофренией на 10 тыс. населения (по сравнению со 100 больными — в Москве), среди которых приблизительно 16 — имеют инвалидность (4). Таким образом, универсальность закономерности соотношения показателей проявляется и среди этих данных. Достоверность и относительность подобных соотношений в эпидемиологических показателях шизофрении уже обсуждались в литературе (М. М. Буркин, В. Г. Ротштейн 1991).

Выдвинутая гипотеза о характере и структуре шизотипического спектра отвечает на поставленные вопросы. Кроме того, выявленная экспоненциальная закономерность ставит под сомнение оценку шизофрении с помощью шкалы «подверженности» (7; 35; 36) развитию мультифакториальной болезни. Значение собственно средовых факторов при такой математически четкой дифференциации фенотипов теоретически сводится к нулю. Экспоненциальный характер распространенности шизотипии в популяции отвергает теорию «подверженности», опирающуюся на Гауссову колоколообразную кривую «нормального распределения». Очевидно, что эта теория могла возникнуть по частичному формальному сходству — боковые ветви такого графика экспоненциальны у полюсов, что при архаичном делении шизофрении по принципу «болезнь—аномалия—здоровье» (где частота «болезни» не превышала 1 %, а распространенность «аномалии» не была определена) могло быть оправдано. Но собственно признак, равно свойственный и изучаемому явлению, и всей популяции, не был определен, и попытка оценки шизофрении с помощью «нормального распределения» была преждевременна. Между тем уже известны данные, которые при определенном методологическом подходе могут наметить направление нахождения подобного признака.

На основании многолетних исследований трудами коллектива ученых Центра психического здоровья под руководством А. В. Снежневского определены и апробированы критерии дифференциации шизофрении по формам течения заболевания (20; 21). Клинико-генеалогические исследования (опре-

делили генотипическую предпочтительность этой типологии по сравнению с другими, разработанными Крепелиным, Леонгардом, Американской школой и т. д. (6; 12; 22; 25).

Наиболее обоснованные данные (4; 10; 27; 29) клинико-эпидемиологических исследований шизофрении демонстрируют следующие показатели распространенности пяти основных форм течения шизофрении среди амбулаторно учтенного контингента: злокачественная: 3—4%; параноидная (среднепрогредиентная непрерывно-текущая): 14—20%; вялотекущая (малопрогредиентная — неврозоподобная и психопатоподобная): 30—40%; шубообразная (приступообразно-прогредиентная): 25—35%; рекуррентная: 11—18%. Собственные данные (табл. 3) представлены нами схематично (рис. 3.а.) для демонстрации следующего: если расположить эти группы последовательно от непрерывно-текущих «с неблагоприятным прогнозом» к приступообразным «с благоприятным», то можно, на наш взгляд, дать схеме особую интерпретацию. Полученная картина распределения контингента учтенных случаев шизофрении по клиническому признаку принципиально аналогична классическому (31) нормальному распределению популяции по количественному признаку.

Такая интерпретация известных данных приносит новые смысловые возможности как в понимание сущности использованной типологии, так и в концептуальное видение дисперсии шизотипического диатеза в целом. Образованный континуум требует, на основе первой гипотезы, теоретического разделения на когорты и «надстройки» гипотетических когорт вверх, до границ популяции.

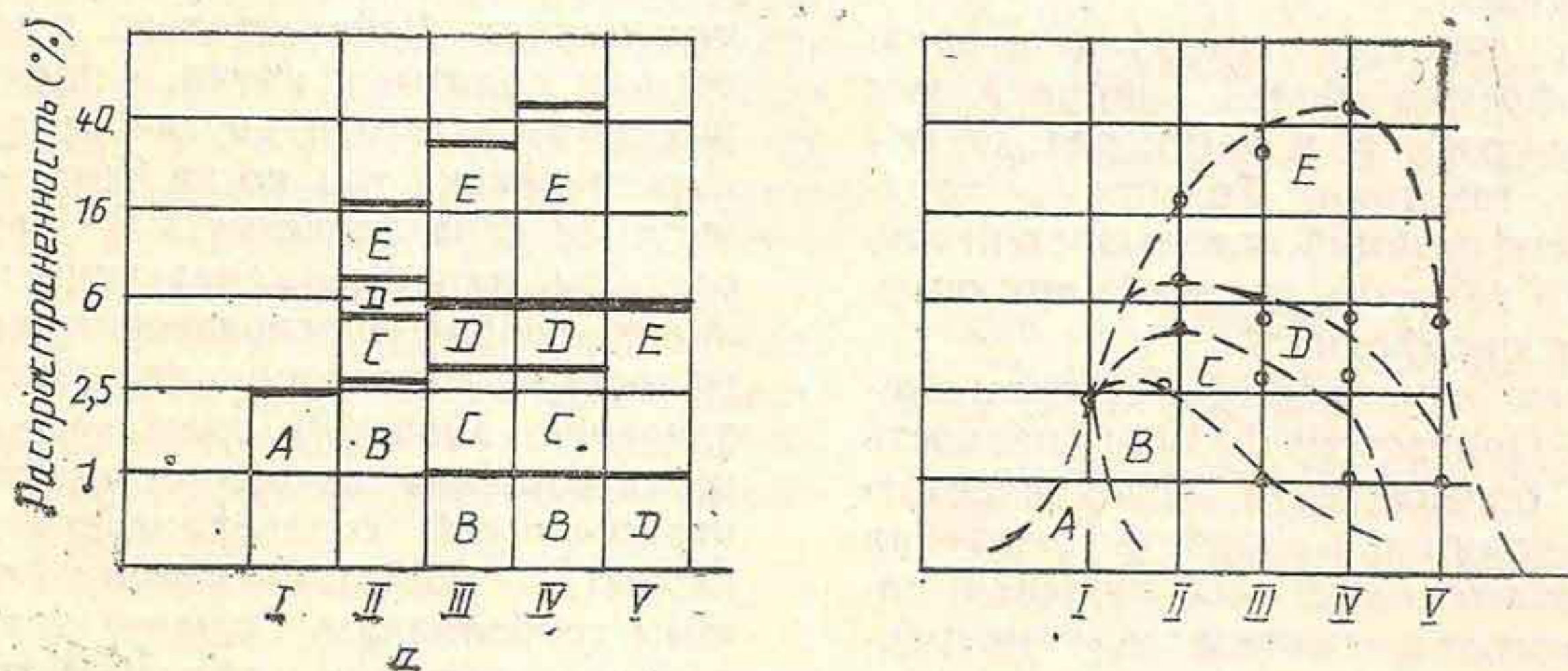
Используем для этого собственные наблюдения: распределение обследованных больных шизофренией на группы по клиническому признаку (формам течения процесса) принципиально соответствовало указанным данным литературы. Дифференциация каждой такой группы по уровням дезадаптации больных (Табл. 3) позволило получить схему, демонстрирующую особенности дифференциации шизофрении по двум признакам (рис. 3б).

На основании этих наблюдений представляется достаточно обоснованной попытка построения общего гипотетического континуума популяции (рис. 4), который можно использовать в качестве димерной модели системы генофонда, ответственной за детерминацию тех или иных проявлений шизотипического диатеза.

ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
распространенность среди населения
в (%)

Табл. 3

	Всего	злокачественная	непрерывно-текущая (параноидная)	непрерывно-текущая мало-прогредиентная (вялотекущая)	приступообразно-прогредиентная (шубообразная)	рекуррентная
A	0,02	0,02				
AB	0,06	0,02	0,02	0,01	0,01	
ABC	0,16	0,02	0,06	0,04	0,04	
ABCD	0,41	0,02	0,07	0,15	0,16	0,01
ABCDE	1,01	0,02	0,12	0,40	0,42	0,05



Формы течения шизофрении: I — злокачественная; II — непрерывно-прогредиентная (параноидная); III — «вялотекущая» (неврозоподобная и психопатоподобная); IV — «шубообразная»; V — рекуррентная.

Рис. 3. Распределение амбулаторно учтенных больных шизофренией по двум признакам — формам течения болезни и уровням дезадаптации.

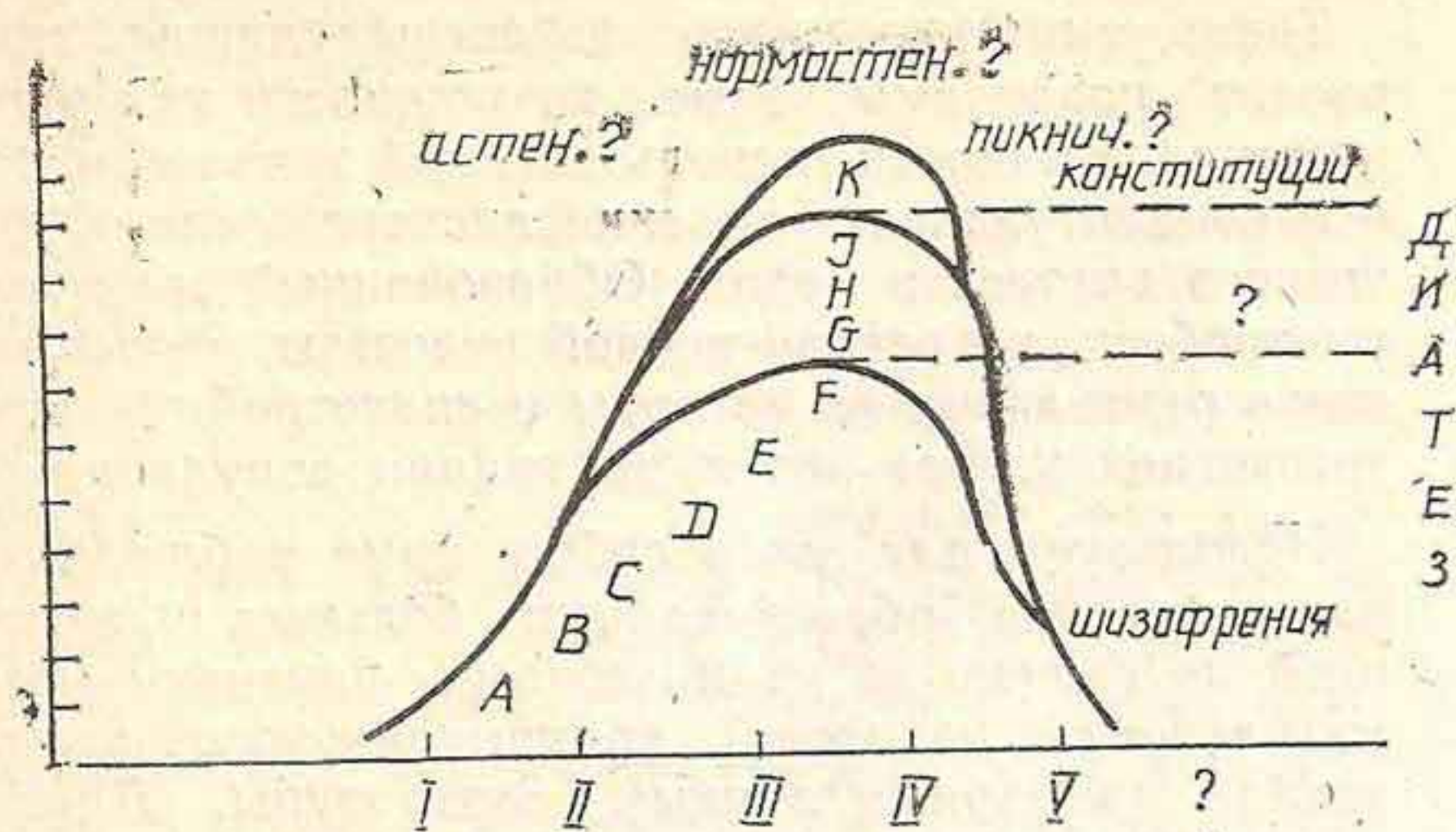


Рис. 4. Модель распределения популяции населения по двум признакам. Гипотеза. (пояснения в тексте)

Крайне интересно попытаться интерпретировать эту модель на основании существующих данных. Вполне очевидно, что типология шизофрении, положенная в основу континуума, в самом общем виде имеет аналоги в общепринятых принципах дифференциации конституционных типов пограничных состояний, легких шизоидных аномалий и т. д. Вполне вероятно, что явления, обозначенные клиническими признаками, своими генетическими корнями на уровне генофонда имеют то, что исследователи пытаются определить в понятиях «соматотип»: «морфофенотип» и т. д. Например, согласно данным А. Н. Корнетова (1991, с. 107) «непрерывнотекущий эндогенный процесс связан с астеническим соматотипом, рекуррентная форма болезни коррелирует с пикническим типом телосложения, приступообразно-прогредиентная шизофрения ассоциирована с нормостеническим морфофенотипом». Поэтому в качестве рабочей гипотезы можно заключить, что шизофрения является патологическим полюсом эволюционно образованной системы популяционного гомеостаза (условно называемой шизотипическим диатезом), другой полюс которой, вероятно, имеет некоторые адаптивные преимущества. Эта система предрасположенности к развитию варьируемых приспособительных свойств скорее всего тесно связана с другой системой генофонда, отвечающей за конституциональную дисперсию (детерминирующей спектр «морфофенотипов»).

Сформулированная гипотеза позволяет привлечь к анализу шизофрении более широкий, чем клинический, круг понятий, и, в частности, из области популяционной генетики. Трактовка понятия «адаптация» с этих позиций показывает неслучайность выбора его в качестве критерия при оценке состояния больных шизофренией:

Адаптация является «движущим фактором эволюции вида» (23). Приспособительная ценность членов популяции определяется совокупностью таких свойств, как например, скорость развития организма, темп полового созревания, пищевая, половая и общая жизненная активность, конкурентоспособность, видовые стереотипы поведения и т. п. (23; 33). Любопытно, что дефицитарные личностные расстройства по-существу являются нарушениями или видоизменениями перечисленных и подобных им адаптивных свойств. Это положение мы считаем ключевым. Такое принципиальное сопоставление биологического понятия «адапта-

ция» и клинического понятия «дефект» позволяет рассматривать шизотипические характеристики в общепопуляционном масштабе.

С этих позиций открывается смысл популяционно-генетического подхода к анализу шизотипического диатеза. Популяция выступает в качестве эволюционирующей единицы вида. Факторами ее динамики и генетической структуры являются, прежде всего, мутационный процесс и отбор. Последний во многом определяется материалом мутаций, варьирующих приспособительную ценность особей. Происхождение системы генов, ответственных за шизоз, безусловно изначально обязано мутационному процессу. Однако селекция и закрепление адаптивно значимых признаков, структурная организация этой системы в генофонде обусловлена эволюционными механизмами. Это объясняет и стабильность популяционных частот выявленных по адапционному признаку когорт, и экспоненциальный характер распространения патологии по степени тяжести, и возможные селективные преимущества в «верхнем полюсе» шизотипического диатеза. Таким образом, разбираемое здесь явление есть одна из составляющих «мобилизационного резерва наследственной изменчивости» (И. И. Шмальгаузен, 1966), которая в своем роде обеспечивает высокую пластичность популяции как системы генов.

Образно говоря, шизофрения есть «болезнь адаптации». И как всякая крайность, она представляет собой своеобразную «плату» за сохранение в генофонде частоты генов той же системы, но ответственных за свойства, отличающиеся приспособительными преимуществами.

Проблема селективных преимуществ широко обсуждалась в литературе, и остается до сих пор неясной (16; 24; 25; 26; 35). На наш взгляд, напрасно упор в поиске этих свойств делается на биологические признаки (резистентность к неблагоприятным внешним воздействиям и т. д.). Человеческая популяция есть явление особого рода, она развивается и сохраняет себя и своих членов не за счет «резистентности к боли» и проч., а за счет селекции в том числе и особых психических качеств людей, способных к развитию знания и к социально полезной деятельности вообще. Вероятно, следует думать и о специфически социальными преимуществами. Действительно, такие социальные сферы как политика, наука, искусство, религия, предпринимательство и другие, могут иметь качественную динамику только за счет «выдающихся» личностных характеристик. В рамках шизоидности описаны, например, следующие: необычность мышления, особое мировоззрение, инаковость жизненного уклада, односторонняя активность, изменение влечений, эмоций и воли, альтруизм, своеобразность общения, склонность к сверхценным идеям и утрированной справедливости и т. д. (11; 12; 25; 32; 34), — которые в какой-то мере удовлетворяют этим требованиям. Однако этот аспект требует отдельного изучения и обсуждения.

Построенная модель континуума шизотипического диатеза говорит о наличии двух генетических систем, детерминирующих клинические фенотипы. И если одну систему, определяющую степень дезадаптации, скорее всего можно объяснить полигенным различием в детерминации разных когорт, то

другая, обуславливающая, в частности, наличие полюсов «непрерывного» и «приступообразного» течения, по всей видимости, может являться олигогенно-комплементарной, представляя особым образом проблему промежуточных форм — в виде гетерозиготных комбинаций. (При этом, кстати, первая «система» может являться отражением фенотипической дисперсии гетерозиготных комбинаций!). В таком случае модель распределения шизотипического диатеза по формам течения демонстрирует характер его наследования по принципу преимущества гетерозигот. Последнее обстоятельство имеет дополнительные возможности интерпретации.

Эволюцию популяции обеспечивают несколько типов отбора, основные из которых — стабилизирующий, дизруптивный, направленный и, утверждаемый в последние годы, уравнивающий (33). Последний отвечает за преимущество гетерозигот. Судя по отраженной на рис. 4 асимметрии континуума, динамику шизофаза определяют уравнивающий и направленный типы отбора. Интересно, что их сочетание приводит не к замене в генофонде одного гена другим, а к переходу от одной гетерозиготной комбинации к другой (I. M. Lekner, 1954, цит. по 33, стр. 139). Следовательно, в нисходящих поколениях ожидается не элиминация крайних (гомозиготных, патологических) вариантов, а видоизменение их, сближение полюсов, движение признаков в сторону имеющих преимущества, — сохраняя в масштабах континуума популяционную частоту тех явлений, которые дифференцируются по этим признакам, т. е. сохраняя типологию диатеза. Эти общетеоретические суждения хорошо согласуются с таким клиническим явлением, как «патоморфоз» шизофаза (13; 20). В самом деле, наблюдается не исчезновение злокачественных вариантов развития болезни, а снижение остроты и пролонгирование расстройств, увеличение частоты смешанных форм, рост распространенности астенических нарушений с одной стороны, и частоты вариантов течения процесса в форме фаз, с другой. Такое сопоставление теоретических данных и клинических наблюдений, несмотря на всю условность, представляется актуальным и многообещающим.

Изложенный в данной статье материал свидетельствует о том, что к настоящему времени накопленных в результате многолетних интенсивных исследований шизофаза сведений достаточно для теоретического анализа. Попытка его проведения оказалась возможной при выявлении ключевых показателей в нашем частном исследовании. Построенная концепция носит предварительный характер и выносится на обсуждение. Представленная в таком виде картина шизотипического диатеза подчеркивает актуальность проведения сегрегационного анализа и сравнительных мультидисциплинарных исследований выделенных по двум признакам типов шизофаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Течение шизофаза по данным отделенного катамнеза, — М. 1962, — 217 с.
2. Богдан А. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика вариантов параноидной шизофаза с благоприятным и неблагоприятным социально-трудовым прогнозом. Дисс. ... канд. мед. наук, — 1983, — 203 с.

3. Буркин М. М. Социально-трудовая адаптация и ее прогноз у больных шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование). Дисс. ... докт. мед. наук. — 1990, — 340 с.
4. Буркин М. М., Ротштейн В. Г. // Журн. невроп. и психиатр., 1991, № 11, — С. 7—11.
5. Гаврилова С. И. // Журн. невроп. и психиатр. 1977, № 9, — С. 1382—1389.
6. Гиндилис В. М. Генетика шизофренических психозов. // Дисс. ... докт. мед. наук. — 1979. — 410 с.
7. Гиндилис В. М., Шахматова-Павлова И. В. // Вестник АМН, — 1979, № 7, — С. 14—22.
8. Гончаров М. В. Длительная инвалидность при шизофрении. // Дисс. ... канд. мед. наук, — М. 1992, — 170 с.
9. Корнетов Н. А. // Журн. невроп. и психиатр. 1991, № 7, — С. 104—108.
10. Либерман Ю. И., Ротштейн В. Г., Ястребов В. С. // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидности. — Томск, 1986, — С. 33—35.
11. Мазаева Н. А. Латентная шизофрения / статика и динамика // Дисс. ... докт. мед. наук. — М. 1983, — 310 с.
12. Москаленко В. Д. Клинические аспекты взаимодействия наследственности и среды при шизофрении: исследование близнецов и их семей // Дисс. ... докт. мед. наук. — М. 1983, — 320 с.
13. Рапопорт Я. Л. // Архив патол. — М. 1962, — Т. 24. — В. 2. — С. 3—11.
14. Рицнер М. С. Генетическая эпидемиология шизофаза (обзор). Журнал невроп. и психиатр. — 1985, — № 5, — С. 763—768.
15. Рицнер М. С. // Актуальные вопросы психиатрии, — Томск, 1987, — С. 136—138.
16. Рицнер М. С. // Журн. невроп. и психиатр. — 1987, — № 5. — С. 777—781.
17. Рицнер М. С. // Генетика, — 1989, № 8, — С. 1473—1480.
18. Ротштейн В. Г. // Журн. невроп. и психиатр. — 1977, — № 4, — С. 569—574.
19. Саарма Ю. И., Лийв А. А. // 6-й Всесоюзный съезд невропатол. и психиатр. — М. 1974, — Т. 3, — С. 111—113.
20. Снежневский А. В. // Журн. невроп. и психиатр. — 1975, — № 1, — С. 138—143.
21. Справочник по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского / — М. 1974.
22. Унгвари Г. // Журн. невроп. и психиатр. — 1982, — № 4, — С. 586—594.
23. Физиологическая генетика / под ред. М. Е. Лобашева и Г. Е. Инге-Вертомонова / — М. 1976, — 470 с.
24. Шахматова-Павлова И. В. // Журн. невроп. и психиатр. 1966, — № 2, — С. 292—296.
25. Шахматова И. В. Конституционально-наследственные факторы и формы течения шизофаза. // Дисс. ... докт. мед. наук, — М. 1970, — 420 с.
26. Шахматова-Павлова И. В. // Клиническая генетика. — М. 1974, С. 295—314.
27. Шмаонова Л. М. // Эпидемиология эндогенных психозов, — 1985, — С. 91—97.
28. Шмаонова Л. М. // Журн. невроп. и психиатр. 1983, — № 5, — С. 707—716.
29. Шмаонова Л. М. // Эпидемиология неинфекционных заболеваний / под ред. А. М. Вихтера и А. В. Чаклина / — М. 1990, — С. 105—123.
30. Штернберг Э. Я. // Журн. невроп. и психиатр. 1980, — № 4, — С. 627—630.
31. Айала Ф. Введение в популяционную и эволюционную генетику. — М. 1984., — 230 с.
32. Ey H., Bernard P., Brissef Ch. // Manuel de psychiatrie. Paris. Masson. — 1970, — P. 538—543.
33. Грант В. Эволюционный процесс. — М. Мир, 1991, — 486 с.
34. Planansky K. // J. Nerv. N. Dis. — 1966, — V. 192, — P. 318—331.
35. McGue M., Goffesman J. J. // Schizophrenia Bull. — 1988, — V. 15, — N 3. — P. 453—464.
36. Rosenthal D., Kefy S., eds. // The frausmission of Schizophrenia. Oxford, — 1968, — p. 345—362.

«ВЯЛОТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ» В ОДНОМ, ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ, РАЙОНЕ

[сообщение второе]

С. С. Гурвиц (г. Долгопрудный)

В первом сообщении («Пути и обновления психиатрии», выпуск II, 1991, декабрь) был поставлен вопрос о практическом применении психиатрической концепции «вялотекущей шизофрении» на примере тотального клинико-статистического исследования больных отдельного района, для которых диагноз «окончился благополучно»: многолетнее наблюдение подтвердило в последующем их полное психическое здоровье.

В настоящем сообщении приводятся результаты таких же клиникостатистических разработок, охватывающих *всех* больных того же района обслуживания, которым до 1992 года был поставлен диагноз «вялотекущая шизофрения», и признанных не позже 1 октября 1992 года инвалидами I или II группы.

Тотальность исследования обеспечена полной компьютерной выборкой всех этих случаев по заданным параметрам.

Всего за 28 лет указанная ситуация (инвалидность при диагнозе «вялотекущая шизофрения») зарегистрирована у 53 человек (35 % из всех больных данной диагностической группы). Четверо из них (2 % от всего числа «вялотекущих» и 7 % от числа исследуемых в настоящем сообщении) выехали из зоны обслуживания, и состояние их к 1 октября 1992 года мы не имели возможности оценить. У 10 (19 % из всех больных, имевших инвалидность) диагноз «вялотекущая шизофрения» был поставлен только 1 или 2 раза в начале заболевания, а в дальнейшем был изменен, так как психоз протекал с развернутыми галлюцинаторно-бредовыми, аффективно-бредовыми, депрессивными и т. д. приступами и формированием выраженного постпсихотического дефекта. Этим 10 больным с полным основанием можно отнести не к «вялотекущей», а к классической параноидной (галлюцинаторно-параноидной) форме данной болезни.

Поэтому в последующем нами анализируются только 39 случаев, составляющих 24 % из числа всех больных с диагнозом «вялотекущая шизофрения», наблюдавшихся в диспансере за 28 лет.

Здесь разноречивое, субъективное толкование самого понятия «вялотекущей шизофрении», не такие уж и редкие произвольность и необоснованность диагностики выявились в той же мере, как и при исследовании больных с благоприятными исходами заболевания, если только можно серьезно говорить о нем в соответствии со строгими критериями.

Тезис о произвольности и, зачастую, крайне нечеткой обоснованности диагностики выдвигается нами достаточно уверенно, так все исследованные больные находились под врачебным наблюдением много лет (до 28), а даты их последних врачебных осмотров относились к августу — сентябрю 1992 г. (контрольный срок, напоминаем, — 1 октября), если больные не умерли раньше.

У 4 этих больных (10 % всего числа) заболевание дебютировало *острыми психотическими эпизо-*

дами без какой-либо продромальной симптоматики или продромального периода, причем клинически это были типичные депрессии (2 случая), делерий и острое бредовое состояние.

Небезынтересно отметить, что в последнем случае между этим приступом и постановкой диагноза «вялотекущая шизофрения» прошло 35 лет, за которые больной успел окончить институт, участвовать в войне, где потерял ногу, проработать 20 лет на должности инженера. И только, когда ему исполнилось 56 лет, после длительного производственного конфликта, связанного с жалобами и судебными исками, при обследовании в психиатрическом отделении ЦИЭТИН, а после профессорской консультации у него была диагностирована «вялотекущая шизофрения». Ведущий же синдром был определен как «сутяжно-параноидный». 10 лет подряд после этого, вплоть до самой смерти, в состоянии больного каких-либо черт шизофренического дефекта, «обнаруженного» в ЦИЭТИНе («разорванности мышления, эмоционально-волевых изменений» и т. п.) отмечено не было, хотя он неоднократно находился затем на стационарном лечении после бытовых конфликтов (в одном из эпикризов так и было указано: «мышление последовательное»). Зарегистрирована же была отрывочная и нестойкая подозрительность, а в основном мы постоянно видели старого человека, раздражительно-го, подчас — гневливого, обремененного непосильными для него бытовыми заботами и энергично (!) пытавшегося их разрешить.

Здесь мы совсем не собираемся злорадно уличать в ошибке высококвалифицированное и весьма авторитетное учреждение. Мы просто хотим показать, что даже самая высокая, но одноразовая консультация не может быть основанием для несмываемого и пожизненного клейма. Ведь в этом случае диагноз, явно не подтвердившийся катанестически, так и не был изменен: слишком был велик профессорский авторитет.

Чтобы покончить с этим вопросом, добавим: всего из 39 анализируемых случаев в 6 (15 %) диагноз был установлен как приговор, не подлежащий обжалованию, именно профессорами-консультантами и затем усердно повторялся всеми врачами, которые потом десятилетиями подчас вели этих больных.

Однако вернемся к статистике. Таким образом, среди больных с диагнозом «вялотекущая параноидная шизофрения» нельзя фактически отнести к этой форме никого, хотя бы по признакам бурных манифестных проявлений болезненного процесса, да и вообще принадлежность этих случаев к шизофрении может быть оспорена.

Всего 2 больным, имеющим инвалидность, был установлен диагноз «вялотекущая простая форма шизофрении». Изучение этих случаев показало, что на деле это была классическая крепелиновская *dementia simplex* (первичный дефектпсихоз),

начинавшаяся в пубертатном или ювенильном возрасте. Каких-либо черт «особой формы шизофрении» (по А. Смулевичу) в историях болезни указано не было. Вся симптоматика описана как обычная для «шизофрении вообще», по учебникам для ВУЗ'ов. Всегда категорично и не всегда грамотно констатировалось: «манерен, резонерствует, кокетничает, нелеп, несколько вял, склонен к рассуждательству, речь с элементами разорванности, эмоциональные реакции неадекватные, высказывает идеи отношения, различные ипохондрические жалобы, эмоционально снижен, настроение несколько снижено и, наконец, — «пугает стук в дверь» (никаких других симптомов в этом случае не указано). Точно так же, без тени сомнения, выносится заключение — «маниакально-депрессивный синдром». (Все цитированные извлечения из историй болезни и амбулаторных карт — подлинные, хотя относятся, конечно, к разным больным).

Впрочем, такая же аргументация для подтверждения диагноза «вялотекущая шизофрения» приводилась и в группе «параноидной вялотекущей шизофрении», и, особенно настойчиво в самом большом «диагностическом скоплении» — неврозоподобной (психопатоподобной) форме заболевания, отличной по тому же А. Смулевичу, от всех остальных форм.

Число таких случаев равнялось 3 (80 % от общего числа). Длительное наблюдение (до 28 лет), напоминаем, отраженное в медицинской документации, показывает, что никакого единства точек зрения в диагностических оценках нет. Можно достоверно говорить только об устойчивой тенденции переименования в «вялотекущую шизофрению» всех неврозоподобных и ипохондрических состояний с затяжным течением.

При этом в отличие от типичных процессуальных больных, о которых говорилось выше, диагноз не всегда устанавливался в стационаре. Особенно «впечатляет» один случай, когда диагноз «вялотекущая шизофрения» был установлен сразу, после первичного однократного осмотра на дому и больная уже через два месяца была направлена — разумеется, амбулаторно — на спецВТЭК, так как общая ВТЭК признаков инвалидности по гипертонической болезни у нее не нашла. После этого у женщины в течение почти 30 лет сохранялся привычный образ жизни, она активно занималась обычным для нее домашним трудом, а к психиатрам обращалась от случая к случаю для получения (бесплатно, естественно) транквилизаторов и, конечно, для заполнения посылного листа для очередного переосвидетельствования во ВТЭК. Жизнь ее, короче, в бытовом плане отличалась от жизни других только тем, что у нее всегда было гарантированное твердое материальное обеспечение (пенсия), которым она была удовлетворена. В записях же в амбулаторной карте не удалось обнаружить даже «натянутых» признаков шизофренного процесса, отмечались только астенические жалобы (не удивительные при гипертонической болезни). Не обнаружили эти признаки и через 28 лет, когда больная первый и единственный раз в жизни лечилась в психиатрическом стационаре в связи с неврозоподобной реакцией на смерть мужа (диагноз, однако, изменен при этом не был).

В данном случае можно было бы говорить о чистой воде единичном диагностическом произволе, успокоиться на этой единичности, если бы такой произвол не сопутствовал всем остальным исследуемым больным.

Ретроспективный анализ показывает, что у 25 % из них (10 из 39) отмечалось астено-ипохондрическое развитие на реальной соматической основе, причем соматическая патология была иногда весьма значительна. Тем не менее она игнорировалась психиатрами, а терапевты и невропатологи, зная, что эти больные «взяты на психиатрический учет», исключали их из зоны своего врачебного внимания и «переотправляли» их в диспансер с записью в больничных листах «дальнейшее лечение у психиатра».

Исходящие же из произвольного понимания концепции «вялотекущей шизофрении» в ее упрощенном, подчас — весьма упрощенном виде, а, возможно, из сострадания к больным, которые действительно нуждались во врачебной помощи, были действительно нетрудоспособны, но не «находили понимания» у врачей общей сети и общей ВТЭК, психиатры диагностировали у этих больных «вялотекущую шизофрению» с неоправданной легкостью. Тем самым они прикрывали на деле дефекты в работе соматической службы и, в конечном счете, препятствовали основательному соматическому лечению этих больных.

Это, к сожалению, выявлялось потом, когда у пациентов психиатрических диспансеров из числа «больных вялотекущей шизофренией с ведущим ипохондрическим синдромом» через несколько лет выявлялись очень серьезные соматические страдания.

Особо следует остановиться на группе больных (5 из 39 или 12,5 %), патология которых в полной мере могла бы быть отнесена к психопатиям и психопатическим развитиям. Основания для диагностики «вялотекущей шизофрении» были здесь такими же, как и во всех остальных случаях (в эпикризах и амбулаторных картах — та же шаблонная терминология). Но видимо, самым весомым диагностическим аргументом было откровенно высказанное больными недовольство существующими порядками, как в глобальном, государственном плане, так и в локальном, местном.

Достаточно было, например, больной, длительное время устраивавшейся на работу и получившей несколько отказов, демонстративно назвать себя на приеме в горисполкоме «советской безработной», как немедленно была вызвана «скорая помощь», доставившая женщину в психиатрическую больницу. Там, судя по выписке из стационарной истории болезни, она была капризна, требовала выписки, ругалась с персоналом и другими больными. Ее «успокаивали» аминазином в инъекциях, но о шизофрении не было никакой речи, пока больную не осмотрел профессор — консультант Тиганов, установивший «бесспорную психопатоподобную вялотекущую шизофрению». В течение двух дней больной была установлена вторая группа инвалидности, чтобы она не сетовала более на отсутствие средств к существованию (социальная поддержка?) и она была отпущена домой. С этой инвалидностью женщина и живет по сей день, могла бы и хотела работать, но никуда ее не принимают, потому что в

справке ВТЭК написано «нетрудоспособна». Она вынуждена ежегодно вновь проходить комиссию, так как понимает, что никаких иных средств к существованию кроме пенсии у нее нет. Присущие же ей всю жизнь претенциозность, взрывчатость, несдержанность, неуживчивость остались такими же, как и были всегда, без какой-либо существенной динамики и, самое главное, без какой-либо еще симптоматики, которую можно было бы отнести к «эндогенной».

Следующая, относительно значимая количественно группа (12,5 % — 5 из 39) среди больных «вялотекущей неврозоподобной шизофренией», признанных инвалидами, были раньше пациентами нарколога. Диагноз «вялотекущей шизофрении» редко ставился им сразу; обычно — после 2,3 и более поступлений для противоалкогольного лечения. Не сразу же удавалось установить причину изменения диагноза: просто в очередной выписке из истории болезни вдруг появлялось описание «дефицитарной симптоматики» («эмоциональное оскудение», «безынициативность», «сужение круга интересов»), которая с равным успехом могла сопутствовать алкогольной деградации. Тем не менее диагноз менялся, естественно, на «вялотекущую шизофрению, осложненную алкоголизмом» с обязательным направлением на спецВТЭК. Отношение к алкоголю установление инвалидности у этих больных не меняло — они продолжали пьянствовать и употреблять наркотики, как и раньше, в их жизни не происходило, таким образом, ровно никаких перемен, если не считать государственных «субсидий» (пенсии) на спиртное.

Четыре случая (20 % от общего количества) были, по нашему мнению, циркулярными и пресенильными (климактерическими) психозами, когда «тусклая депрессия» принималась за апато-абули-

ческие состояния. Но еще в первом сообщении мы оговаривали, что считаемся с правом других врачей на собственную точку зрения. Во всяком случае, речь шла здесь действительно о психических заболеваниях.

Этого, однако, нельзя сказать об одном случае чисто неврологического страдания и двух случаях стойких астенических состояний при поражениях головного мозга, когда бесспорная органическая симптоматика не была принята во внимание.

Подытоживая все сказанное, мы вынуждены при анализе группы больных «вялотекущей шизофренией», которым была установлена инвалидность, прийти к тем же или весьма близким выводам, что и в первом сообщении.

1. Часть случаев, отнесенных к «вялотекущей шизофрении», сопровождавшейся инвалидизацией, на деле являлись типичными, давно изученными нозологическими формами психических заболеваний, при этом — нередко с острым началом без каких-либо предвестников в анамнезе.

2. В остальных случаях диагностика «вялотекущей шизофрении» основывалась на крайне упрощенном понимании симптоматики и субъективных врачебных установках.

3. Независимо от теоретических предложений и построений на практике для диагностики «вялотекущей шизофрении» не существует сколько-нибудь четких клинических критериев.

4. Все это вновь позволяет поставить вопрос о правомерности выделения такой формы и сохранения ее в классификации психических заболеваний.

Как и в первом сообщении мы должны оговориться, что небольшое, хотя и стопроцентное, число наблюдений обуславливает необходимость параллельных контрольных исследований по той же методике в других регионах.

СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ПОЛИНОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ

Б. Н. Пивень (г. Барнаул)

Желание написать эту статью возникло у меня в процессе диагностических разборов, проводимых в рамках семинара по феноменологии, организованного НПА (Москва — Зеленоград, 1992).

Разборы лишний раз убедительно подтвердили обоснованность высказывавшейся мной прежде (1, 2) точки зрения о доминировании в психиатрии мононозологической концепции, той что негативно сказывается на развитии психиатрии, способствуя формированию обедненных, суженных представлений о реальной психической патологии, складывающейся у каждого конкретного больного.

При анализе диагностических разборов (одновременно важно подчеркнуть, что их участники — клиницисты и исследователи высокой квалификации) обращало на себя внимание заметное рас-

хождение в нозологическом плане диагностических заключений, дававшихся выступавшими. Высокий клинический уровень участников разборов исключает диагностические ошибки. Тем более, что в своих оценках они во многом склонялись к тем нозологическим единицам, которым посвятили исследовательскую деятельность, проявления которых несомненно знали досконально.

Однако, следует заметить, что участники разборов односторонне отражали имеющуюся у больных психическую патологию, так как каждый из выступавших отдавал предпочтение какому-то одному психическому заболеванию (как пояснялось выше — именно тому, которое он знал лучше) и оставлял практически без внимания иное (иные), распознававшееся (распознававшиеся), в свою очередь, други-

ми. Сопоставление же и суммирование оценок указывали на наличие у пациентов сочетания разных психических заболеваний.

Возможность существования сочетанных форм психической патологии практически никем не оспаривается. В литературе имеется достаточно свидетельств, говорящих в пользу этого. Так, в ряде работ (3, 4, 5, 6) отражено сосуществование алкоголизма и других заболеваний — шизофрении, неврозов, органических поражений головного мозга. Имеются описания шизофрении у больных с церебрально-органической недостаточностью (7). Прежде дискутировалась, периодически оживляясь в обсуждениях, проблема шизоэпилепсии.

Однако вопрос о смешанных формах психических заболеваний во всей полноте их проявлений в психиатрии не ставился. Ни в одном из известных руководств как для студентов, так и врачей подобным формам не уделено сколько-нибудь заметного внимания.

Между тем исследования, проводимые коллективом нашей кафедры (Е. В. Алешкевич, А. Н. Бекшибаев, А. М. Мельников), показывают, что сочетанные формы занимают заметное место в общей структуре психических заболеваний. Так, было установлено, что у больных с экзогенно-органическими поражениями головного мозга в 10% случаев типичная органическая симптоматика тесным образом сосуществует с расстройствами эндогенного характера. Среди пациентов наркологических отделений, ЛТП и спецотделений для лиц, страдающих туберкулезом, в 45% — 56% случаев обнаружено сочетание алкоголизма и экзогенно-органических заболеваний головного мозга неалкогольного генеза. У 30% — 50% больных спецотделений и ЛТП помимо алкоголизма имелось злоупотребление чифиром, носившее у части из них характер стойкой токсикомании. Сочетание злоупотребления чифиром и алкоголем было свойственно, по нашим данным, и лицам, пребывавшим в местах лишения свободы. Изучение больных, наблюдавшихся у невропатологов и психиатров и диагностируемых в рамках невротических (психогенных) заболеваний, показало, что 20% — 30% из них одновременно с неврозами страдали и экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга травматического, токсического или инфекционного происхождения.

На основании проведенных исследований нами был выделен ряд клинико-динамических особенностей смешанных форм психической патологии. Он включает:

1. Полиморфизм клинической картины за счет сосуществования нарушений, относящихся к разным нозологическим единицам.
2. Наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям.
3. Чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного какого-то заболевания.
4. Превалирование на протяжении длительных отрезков времени проявлений одного заболевания при минимальной выраженности симптоматики другого.
5. Взаимовлияние сосуществующих заболеваний в сторону их утяжеления.

Полиморфизм клинической картины сочетанных форм патологии особенно наглядно проявлялся при

сосуществовании у больных экзогенно-органических и эндогенных расстройств, когда многообразная органическая симптоматика (проявления психоорганического синдрома, различные эпилептические расстройства, психосенсорные нарушения) тесным образом переплетались с эндогенными (оредовые идеи) и преморбидно-личностными (обсессивные, ипохондрические, истерические явления) расстройствами. При этом клиническое многообразие смешанных заболеваний складывалось не только из простого суммирования расстройств, относящихся к разным нозологическим единицам, но и из видоизменения и усложнения тех или иных симптомокомплексов, что придавало им своеобразное звучание. Так, особые черты в картину алкогольного континентного синдрома у лиц с экзогенно-органическими заболеваниями приносили такие органические знаки, как эксплозивность, дисфоричность, судорожные проявления. Психогенные депрессии у больных с экзогенно-органическими мозговыми поражениями отличались налетом ипохондричности и астеническим компонентом.

Наложение внешне сходных расстройств особенно наглядно проявлялось у больных неврозами, развивавшимися на фоне экзогенно-органических заболеваний. Здесь невротические (психогенные) и неврозоподобные (органические — церебрастенические, в первую очередь) симптомы сливались и переплетались столь тесно, что далеко не всегда можно было уверенно определить их нозологическую принадлежность.

Попеременное преобладание в разные временные периоды проявлений той или иной патологической формы обуславливалось действием разнообразных нозологических, психологических и социальных факторов. Например, нами наблюдалось большое число лиц с сочетанным алкоголизмом и чифиризмом, у которых в зависимости от того, где они пребывали (дома или в ЛТП, заключении, наркологическом отделении) доминировало злоупотребление то алкоголем, то чифиром. У больных с экзогенно-органическими поражениями головного мозга при развитии психогений проявления последних нередко были столь выражены, что органическая симптоматика почти не звучала, но по миновании психогений сразу же появлялась вновь.

Доминирование симптоматики одного заболевания при минимальной выраженности признаков другого являлось часто встречающейся особенностью смешанных форм психической патологии. Это были преимущественно комбинации алкоголизма или психогений с органическими поражениями головного мозга. Причем выявление последних в силу их незначительной представленности требовало особого внимания.

Утяжеление сосуществующих заболеваний хорошо известно из литературы. В наших исследованиях оно проявлялось в нарастании прогрессивности алкоголизма у лиц с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, затяжном характере неврозов, развившихся на фоне экзогенно-органической патологии, декомпенсациях последней при психогенных воздействиях.

Обращая внимание на место и роль смешанных форм патологии в психиатрии, хотелось бы отметить, что их учет оказался полезным для понимания ряда важных, с нашей точки зрения, практи-

ческих и теоретических моментов. Мы установили, что среди больных с затяжными труднокурабельными невротическими состояниями имеется большое число лиц, страдающих одновременно экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, не выявлявшимися до того длительно наблюдавшими их психиатрами или невропатологами. Присоединение в этих случаях патогенетически обоснованной терапии ноотропами, дегидратирующими и рассасывающими препаратами позволило заметно повысить эффективность помощи таким больным.

Получило также свое объяснение наблюдавшееся нами злокачественное развитие алкоголизма (формирование II стадии в течение одного года — двух лет) у лиц зрелого возраста, вернувшихся из мест лишения свободы после длительного пребывания там и практически не употреблявших до того алкоголя в силу специфических обстоятельств. Оказалось, что алкоголизму у них предшествовал и на первых порах сочетался с ним чифиризм, замещавшийся в последующем алкогольной патологией. Кстати, попутно заметим, что в последние годы в наркологии на чифиризм практически не обращается внимания, хотя он, судя по всему, распространен среди наиболее труднокурабельных и с социальными проблемами больных.

Именно в сочетании алкоголизма с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга неалкогольного происхождения мы увидели одну из основных причин неблагоприятного в социальном плане течения болезненного процесса у пациентов наркологических отделений, ЛТП, туберкулезных спецотделений. У этих больных, как уже отмечалось выше, признаки экзогенно-органических поражений мозга встречались в 45% — 56% случаев. В то же время у социально адаптированных больных алкоголизмом, самостоятельно обращающихся за помощью в разного рода медицинские учреждения, в том числе негосударственные, несмотря на наличие у большинства из них II стадии заболевания, проявления экзогенно-органической патологии выявлялись лишь в 10% — 15% случаев.

Отсутствие должного интереса к смешанным формам заболеваний в психиатрии в целом негативно сказывается и на повседневной врачебной практике. В результате этого они, как правило, выпадают из поля зрения и психиатров, и наркологов. Так, при изучении медицинской документации большой группы больных наркологического отделения, у которых алкоголизм сочетался с экзогенно-органическими заболеваниями неалкогольной природы, наблюдавшихся до исследования в наркологическом диспансере либо лечившихся, иногда многократно, в наркологических стационарах, только в единичных амбулаторных картах и историях болезни предыдущих госпитализаций отыскивались указания на имевшиеся органические поражения.

При сплошном исследовании в наркологическом диспансере амбулаторных карт больных алкоголизмом одного из районов города было установлено, что только в 5,9% карт имелись отметки о перенесенных больными экзогенных воздействиях, в основном — черепно-мозговых травмах. В диагностических заключениях органическое поражение головного мозга у этих пациентов нашло отражение

лишь в 1,1% случаев, а необходимое при органической патологии лечение проводилось, судя по картам, менее 1% больных, да и то не в полном объеме. Отметим, что лечение тетурамом, условно-рефлекторная терапия, и без того оказывающие неологоприятное влияние на течение алкоголизма, дают еще более негативный эффект при органических поражениях головного мозга. Последние же, как мы только что показали, и не учитываются у большей части больных. Видимо, это одна из причин давно хорошо известного утяжеления алкоголизма после подобных вмешательств. Не случайно, больные крайне отрицательно относятся к такого рода «лечению», хотя оно до сих пор нередко им оуквально навязывается, а рекомендации, утверждающие подобную «терапию», продолжают входить во вновь издающиеся руководства и пособия.

По нашим наблюдениям в значительной части случаев врачами не распознавались органические заболевания головного мозга разного генеза, сочетавшиеся с невротизмом, в результате чего, как уже обращалось внимание, последние приобретали затяжной и труднокурабельный характер.

Мононозологическая концепция предполагает неприменимую дифференциацию заболеваний с обязательным выбором только какого-то одного из них. Данный подход постулируется практически в каждом учебнике для студентов и руководстве для врачей в разделе «дифференциальный диагноз» и не может не влиять на формирование их клинического мышления. В результате и в исследовательской деятельности, и во врачебной практике диагностический процесс невольно ограничивается жесткими рамками отдельных нозологических единиц и не нацелен на сочетанные формы психической патологии. В итоге в случаях сосуществования у больных смешанных заболеваний распознается, как правило, лишь одно из них. При этом предпочтение отдается тому, признаки которого более рельефны и значимы в социальном или психологическом плане, хотя в биологическом отношении невыявленное заболевание может быть не менее серьезным.

Данное положение в наших наблюдениях убедительно прослеживалось в диагностике сочетанных с алкоголизмом или невротизмом форм. Констатация алкоголизма, как следует из приведенных выше сведений, приводила, как правило, к автоматическому невосприятию сосуществующих с ним экзогенно-органических заболеваний неалкогольной этиологии. Подобным же образом за проявлениями невротизма не усматривалась органическая симптоматика.

Необходим поиск новых подходов, которые помогли бы более полно, чем критикуемая концепция, раскрывать все многообразие патологических проявлений, имеющих у больных в реальной жизни. Одним из таких подходов является подход, предусматривающий высокую вероятность развития у больных смешанных заболеваний и нацеливающий специалистов на возможность частого сочетания разных нозологических форм. Его можно обозначить как полинозологический, поскольку он должен допускать вероятность сосуществования не только двух разных заболеваний, но большего числа нозологических единиц. В одном из приведенных выше случаев достаточно убедительно

прослеживались признаки эндогенного процесса, органического заболевания головного мозга травматической природы и алкоголизма.

Сочетанные заболевания в силу их распространенности и своеобразия целесообразно выделить в самостоятельный раздел психиатрии, их дальнейшее углубленное изучение будет, судя по всему, перспективным для специальности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Пивень Б. Н. Смешанные формы патологии в общей структуре психических заболеваний. В кн.: Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. Т. I. Красноярск, 1990. С. 72—75.

2. Пивень Б. Н. О сочетанных формах психической патологии. Социальная и клиническая психиатрия. 1991, № 1. С. 28—31.

3. Баншиков В. М., Короленко Ц. П., Короленко Т. А. Интоксикационные психозы. М.: Медицина, 1968—168 с.

4. Голодец Р. Г., Авербах Я. К., Максимова Э. Л. В кн.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976. С. 92—95.

5. Шумский Н. Г. Алкоголизм. В кн.: Руководство по психиатрии. Т. 2. М.: Медицина, 1983. С. 251—289.

6. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. М.: Медицина, 1979, — 286 с.

7. Нисс А. Н. Клинические варианты и психопатологические особенности шизофрении у больных с церебрально-органической патологией. Методические рекомендации. М., 1990.

К ПРОБЛЕМЕ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ*

М. И. Моисеева (г. Москва)

Как показали современные исследования (2, 4, 6—11, 14—16, 18, 21, 22, 25—31, 33), эволюция бредовых проявлений по схеме Маньяна (38) — «хронический бред с систематической эволюцией» и острые полиморфные бредовые вспышки у дегенератов, — в настоящее время представляется несколько неполной. Клиническая реальность свидетельствует о большей разнообразности бредовых состояний, а также об их структурном единстве при острой и хронической бредовой шизофрении (14). Однако, основная тенденция к закономерному усложнению бреда в процессе развития заболевания сохраняется.

Из работ последующего периода, оказавших влияние на современное представление о бредообразовании, следует подчеркнуть выделение бреда воображения Дюпре и Логром (34) и интерпретативного бреда Серье и Капгра (39).

Э. Крепелин, проделавший огромный труд по систематизации психических заболеваний, в конце своей деятельности подразделил бредовые психозы на паранойю, параноидное слабоумие и четыре формы парафрении (систематическую, экспансивную, фантастическую и конфабуляторную) в соответствии с преобладающими расстройствами мышления в выделенных клинических формах (37).

Позже А. Эй сближал бред воображения Дюпре с конфабуляторной и экспансивной парафренией Крепелина (35), в то время как Серье и Капгра соотносили интерпретативный бред с паранойей Крепелина.

В близкой нам по времени отечественной литературе А. В. Снежневский выделил чувственный (образный) бред, соответствующий острым бредовым состояниям, и интерпретативный бред, характерный для непрерывно текущих форм шизофрении (23). Его ученики и последователи в дальнейшем проводили свои исследования с учетом предложенной А. В. Снежневским дифференциации

бреда. Следует, однако, отметить, что выделенный А. В. Снежневским чувственный (образный) бред не идентичен бреду воображения в описании Дюпре и носит более общий характер, также как интерпретативный бред в понимании А. В. Снежневского отличается от интерпретативного бреда Серье и Капгра (А. В. Снежневский подчеркивал логическую разработку и систематизацию при интерпретативном бреде, тогда как в описании Серье и Капгра интерпретативный бред близок к бреду значения).

Все приведенные исследователи были склонны рассматривать такого рода бред прежде всего как расстройство мышления. Однако, многие авторы указывали на сопутствующие нарушения сознания, прежде всего, в острых бредовых психозах (12, 20, 23).

К. Ясперс (36) считал, что бред проявляется в патологически искаженных суждениях, но отмечал неустойчивость сознания личности в острых, богатых переживаниями бредовых психозах.

А. Эй говорил о сложной структуре бреда, представляющей в аспекте негативном дезорганизацию структуры сознания. (35).

В работе 1966 г. Т. Ф. Пападопулос трактовал чувственный бред при острой бредовой шизофрении на последующих этапах его развития как последовательные стадии расстройства сознания, выражающиеся в различной степени бредовой деперсонализации и дереализации и заканчивающиеся онейроидным помрачением сознания на высоте психотического приступа (17).

В настоящей статье мы также рассматриваем эволюцию бреда при шизофрении как последующие стадии расстройства сознания, однако, мы пытались представить более общую картину бредообразования, объединив бредообразование при непрерывно и приступообразно текущей бредовой шизофрении. При этом мы исходили из выводов нашей работы 1985 г. о структурном единстве бредовых состояний при приступообразной и непрерывно

* Работа написана в 1988 г.

текущей шизофрении, а также положения старых авторов (20) о том, что «острое бредовое помешательство характеризуется теми же основными клиническими симптомами, как и хроническое, только при нем весь симптомокомплекс разворачивается гораздо быстрее, часто в течение нескольких недель и даже дней».

В задачу настоящей работы входило изучение особенностей формирования и динамики бредовых симптомокомплексов у больных шизофренией.

Нами наблюдалась группа из 150 больных шизофренией (мужчин 65, женщин 85), ведущим проявлением в картине заболевания которых были бредовые расстройства. Возраст больных к началу заболевания варьировал от 18 до 55 лет: 18—30 лет у 80, 31—40 лет у 35, 41—55 лет у 35 больных. Длительность заболевания составляла 3—5 лет у 14; 6—10 лет у 23; 11—20 лет у 45; 21 и более лет у 68 больных. Приступообразно-прогредиентное течение заболевания было у 69, непрерывное течение у 81 больного. Заболевание при двух формах течения протекало вспышками и послаблениями. Всего прослежено 422 бредовых обострения заболевания. При обратном развитии бредовой вспышки психоза происходило становление ремиссии при приступообразном течении заболевания или стабилизация на одном из этапов бредовой вспышки при непрерывном его течении. В дальнейшем изложении мы исходили из предпосылки об известной условности, относительности подразделения шизофрении по формам течения, отдавая предпочтение анализу психопатологической структуры, согласно задаче исследования.

Исследование показало, что возникновение и развитие бредовых расстройств у изученных больных характеризовалось следующими основными особенностями: 1) бредовые проявления возникали на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия, 2) развитие бредовых симптомокомплексов во всех их разновидностях свидетельствовало об изменении функции сознания, 3) сопутствующие бредовым проявлениям сенсорные нарушения возникали в комплексе с идеаторными построениями и представляли собой искажение информационного смысла восприятия.

В дальнейшем мы попытаемся проследить указанные особенности на последующих этапах развития бредового психоза. При этом в целях краткости мы прибегли к схематизации изложения, основываясь на материале собственных наблюдений, а также современных литературных данных (см. библиографию).

Первоначальный период в развитии бредового психоза характеризовался качественным сдвигом в мировосприятии больных: на фоне эмоциональной депривации, сужения интерперсональных контактов происходило смещение внимания с событий внешних на явления внутреннего мира, духовной жизни. Усиливалась рефлексия с тенденцией к самообвинению или самоутверждению: в содержании мышления приобретала звучание борьба внутренних мотивов, этических и эгоистических стремлений, происходил мучительный интеллектуальный поиск преодоления личностного конфликта, эмоционального разобщения с миром.

Уже в этот период можно констатировать изменение сознания в сторону интроверсии, смещение «поля сознания» по Гиро¹⁾.

Если разрешения состояния не происходило, наблюдалось дальнейшее нарастание напряженности аффекта. Мышление приобретало характер идеаторного наплыва с включением символических и отдаленных ассоциативных связей как вспомогательных вероятностных версий. Это были суеверные представления, парапсихологические построения, своеобразно преломленные религиозные концепции, умозрительные представления о потусторонней жизни и т. п. Дифференциация реалистической и символической картины мира в известной мере сохранялась, но больные не могли отказаться от иррациональной концепции бытия во имя сохранения внутреннего равновесия. Происходил так называемый «метафизический сдвиг» в мирозерцании, искажение сознания как функции отражения действительности. Таким образом, уже в этот период можно было говорить об ослаблении звена, связующего внутренний и внешний мир в гармоничное единство в сознании человека. Наряду с ограничением сенсорного информативного притока из внешнего мира вступали в силу вспомогательные ассоциативные и символические «внутренние» связи.

На этом уровне могла произойти стабилизация клинической картины с формированием аутистической или сверхценной «метафизической» интеллектуальной концепции, сдвигом мышления к архаическим символическим формам смыслообразования, включением вероятно отдаленных ассоциативных связей.

Однако, часто этот период протекал стерто и транзиторно, и непосредственно за ним развивался следующий по глубине психопатологических нарушений симптомокомплекс — состояние бредоподобных фантазий, «бредовые представления» по К. Ясперсу или «бред воображения» Дюпре. Это мог быть внутренний диалог с возлюбленным или экстрасенсом при экзальтированном аффекте или представления нападения, расправы грабителей в состоянии тревожной подавленности; представления собственной болезни и смерти, сопровождающиеся чувством страха. В этом состоянии идеаторный поток протекал с характером ментизма, но содержание интеллектуальной продукции становилось более стереотипным, ассоциативные и символические связи (в противоположность логическим) приобретали монотематическую направленность. В сознании доминировали овладевающие представления, последним сопутствовали галлюцинации воображения — более или менее стойкие и отчетливые образы фантазии, не достигавшие, однако, интенсивности чувственного восприятия. Поведение больных определялось содержанием идеаторных построений, дифференциация реальной и воображаемой картин мира стиралась. Происходил качественный сдвиг, бредовая трансформация сознания. Нередко этот патологический сдвиг происходил одномоментно, сопровождался чувством внутреннего озарения, разрешения напряженного

¹⁾ Цит. по статье Т. Ф. Пападопулоса «Проблемы расстройства сознания в современной психиатрии («по данным зарубежной психиатрии») Ж. невропат. и псих. им. С. С. Корсакова, 1969, 3, 444—456.

состояния. На данном отрезке сохранялось, тем не менее субъективное чувство самотождественности и целостности.

Если развитие заболевания происходило постепенно, пролонгированно, наблюдалось формирование монотематического бреда («сверхценный» бред, паранойяльное бредовое состояние). Это мог быть бред ревности или любовный бред, бред изобретательства, реформаторства, колдовства, ипохондрический бред, сопровождавшийся бредовым поведением. Условием формирования такого рода симптомокомплекса являлась известная стабилизация клинической картины, допускающая фиксацию и логическую разработку бредовой концепции.

В случае более быстрого темпа развития психоза бредовые фабулы того же содержания были изменчивы и лабильны, в бредовых построениях преобладала деятельность воображения, логическая разработка бреда носила незавершенный характер или отсутствовала.

При нарастании интенсивности расстройства внешний мир в восприятии больных утрачивал единство. Их внимание фиксировало отдельные фрагменты и детали окружающего, которые регистрировались как особо значимые и существенные в плане имеющих доминирующих представлений, несущие особую символическую или знаковую информацию. В систему символов — знаков были вовлечены такие объекты восприятия как жесты, мимика, фрагменты облика окружающих лиц; но также отдельные слова и фразы как устной, так и письменной речи, наглядные изображения предметов, условные обозначения. Иногда преимущественно фиксировались объекты природы («олицетворение»), вещественного мира. В информативной значимости перечисленных объектов преобладающее значение приобретал подтекст, символический смысл, закодированное содержание. Происходило оживление, мобилизация дологических форм мышления наряду с блокадой, выпадением критического компонента, рациональной логики («акцептора результатов действий» в системе обратной связи с внешним миром по А. К. Анохину (1), «детектора ошибок по Н. П. Бехтеревой (3). Подобное состояние определяется в психопатологии как бред значения. В формировании этого феномена как составляющие компоненты включены парциальное, измененное бредовое восприятие, а также одноплановый ассоциативный процесс, протекающий с характером ментизма. Идеаторные построения носят качество «короткого замыкания», продукция воображения принимается больными как непреложная достоверность. Бредовые фабулы изменчивы, определяются усиленным воображением больных, но тема бреда достаточно характерна, — это бред отношения с отрицательной или благожелательной направленностью.

На этапе «бреда значения» психоз мог подвергнуться обратному развитию или происходила стабилизация состояния. В последнем случае наблюдалось формирование бредового симптомокомплекса с достаточно последовательной и разработанной бредовой концепцией, при этом интерпретативный компонент бреда приобретал преобладающее значение, а измененное бредовое восприятие проявлялось дискретно, эпизодически.

Дальнейшее углубление психического расстройства

ва происходило в плане усиления диссоциации, — деструктуризации сознания.¹⁾ Объекты внешнего мира идентифицировались больными не в совокупной целостности, а по отдельным деталям, фрагментам. Формировался феномен ложных узнаваний, положительных и отрицательных (так называемый симптом Капгра, Фреголи). Этот феномен наблюдался как в острых, так и хронических бредовых, преимущественно параноидных и паранойяльных состояниях. Характерной особенностью названных симптомокомплексов являлось наличие патологических связей между иллюзорным, фрагментарным восприятием, отнесенным преимущественно к окружающим лицам, и патологической одноплановой идеаторной продукцией больных. В соответствии с преобладающим аффектом интеллектуальный синтез осуществлялся на уровне бреда преследования или бреда величия.

Близким по структуре представляется вербальный галлюциноз. Если при ложных узнаваниях патологические связи устанавливались между иллюзорно искаженными объектами восприятия и доминирующей идеаторной продукцией больных, то в случае вербального галлюциноза патологические связи находили выражение в экстрапроекции, сенсорном оформлении идеаторной продукции больных. Тема бреда в этих случаях также повторялась: это был бред преследования или величия в соответствии с преобладавшим аффектом. На высоте того и другого симптомокомплекса формировался симптом открытости. Самосознание на этом этапе претерпевало бредовую трансформацию в согласии с доминирующими патологическими представлениями. При этом систематизация и логическая разработка бреда приобретали большую или меньшую выраженность в соответствии со степенью стабилизации клинической картины.

Последующее видоизменение и усложнение структуры бреда происходило на этапе бреда воздействия. В этом состоянии ведущую роль в бредообразовании приобретали психические автоматизмы. Сенсорные, моторные и идеаторные феномены, носящие автономный характер в психической деятельности свидетельствовали о дальнейшей диссоциации сознания. В отличие от ложных узнаваний и истинных галлюцинаций предшествовавшего этапа, которые идентифицировались больными с реальными объектами восприятия, в рассматриваемом состоянии психические автоматизмы приобретали характер «сделанности», искусственности. Видоизменялся сам характер «восприятия» — менялась проекция патологических ощущений из внешнего на внутренний мир больных. Интеллектуальный синтез, представленный бредом воздействия, отражал внутреннюю структуру бреда. Бред мог быть более или менее систематизированный, с изменчивой или стабильной фабулой, малого размаха или грандиозным по масштабу вовлеченных событий; но при этом источник воздействия всегда проецировался во вне, тогда как патологические ощущения были отнесены к внутреннему миру больных и оценивались как постороннее вторжение в их интимную сферу.

На этом этапе деструктуризация сознания претерпевала дальнейшее преобразование: имела место

¹⁾ Имеется в виду искажение картины мира, отраженного сознанием больных.

дифференциация патологических ощущений от реальных объектов восприятия, но источник этих ощущений проецировался во вне; самосознание больных, как правило, определялось бредом, однако идентификация «Я» сохранялась, ориентировка не была нарушена.

Дальнейшее развитие психоза выражалось в нарастающем отчуждении объектов восприятия, что приводило к формированию бреда интерметаморфоза, предвестника онейроидного помрачения сознания. Объекты внешнего мира регистрировались как чуждые, условные, искусственно созданные, несущие ложную информацию. Мир воспринимался как ирреальный, бутафорский, чуждый пониманию больных. Содержание сознания составляли фантастические бредовые представления, интеллектуальный синтез осуществлялся на иррациональном фантастическом уровне, соответствовал измененному мировосприятию: возникали концепции мирового катаклизма, бескровной революции, «апокалиптический» бред по К. Конраду. Самосознание, персонификация претерпевали бредовую трансформацию в соответствии с фантастическими построениями, ориентировка нарушалась. Онейроидное помрачение сознания сопровождалось утратой идентификации «Я». Самосознание нивелировалось, растворялось в нахлынувшем потоке образов. Восприятие внешнего мира практически блокировалось.

Онейроидные симптомокомплексы наблюдались при остром течении психоза, однако, онейроидные эпизоды и включения как компонент формировали полиморфную картину затяжных парафренических состояний, а также конечных состояний бредовой шизофрении (19, 29).

В наблюдавшихся нами хронических парафренических состояниях приведенные выше психопатологические проявления сочетались в самых различных соотношениях и в большей или меньшей степени заполняли сознание больных наряду с фрагментами реалистического отражения действительности. Сопутствующие этим состояниям речевые нарушения (речь больных осуществлялась в форме монолога, часто с характером речевого напора, высказывания были малопоследовательны, а временами бессвязны, разорваны) говорили о далеко зашедшем процессе диссоциации сознания.

Наши наблюдения подтверждают клинические данные о том, что на любом этапе заболевания бредовые проявления могут подвергнуться обратному развитию (30). «Выход» из психоза в одних случаях происходил критически с одновременной блокадой потока произвольной идеации и включением реалистического восприятия и аппарата рационально-логического мышления по типу «пробуждения». В этом варианте сохранялись некоторое время резидуальные бредовые идеи, которые в последующем вытеснялись по мере упрочения критического мышления. Восстановление реалистического мировосприятия могло происходить и более постепенно по типу замещения автоматической произвольной психической продукции активными логическими построениями с постепенным восстановлением равновесия звеньев мировосприятия, вступлением в силу механизмов коррекции поведения. Однако, устойчивость этого равновесия была относительной; отмечалась известная сла-

бость, лабильность функции сознания. Во внепсихотическом периоде у больных можно было констатировать готовность к символическим формам мышления, легкость возникновения овладевающих представлений, неустойчивость и истощаемость активных психических процессов, что в целом свидетельствовало о «гипотонии сознания» по терминологии Берце (32).

Таким образом, в структуре как острых, так и хронических бредовых состояний, а также в начальных и исходных картинах заболевания мы встречали однородные психопатологические проявления, свидетельствующие о единстве механизмов их происхождения. Однако, степень интенсивности расстройств, соотношение феноменов выпадения функций психической деятельности и продуктивных психопатологических проявлений были различны, что являлось предпосылкой варибельности клинических проявлений бредовых состояний. При этом критерием «течения» психопатологического процесса может являться динамика клинической картины; критерии же прогрессивности заболевания относительны и зависят от соотношения, динамичности патологических и компенсаторных возможностей организма (5, 13, 24).

Понятия «продуктивных», как и «негативных» психопатологических проявлений, в частности, при бредовых формах заболевания, также относительны, так как и те и другие симптомы носят комплексный, сложный характер и не проявляются в чистом изолированном виде.

«Основное расстройство» при рассмотренных бредовых формах шизофрении тесно связано с нарушением функции сознания и выражается в той или иной степени искажения картины мира, начиная с ее метафизической трансформации и кончая онейроидным замещением реального мира в сознании больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Философские аспекты теории функциональной системы. В кн. «Избранные труды» М., 1978, с. 27—48.
2. Ануфриев А. К. Приступообразная шизофрения (клиника, патогенез и судебно-психиатрическая оценка). Автореф. дис. докт. М. 1969.
3. Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1971.
4. Видманова Л. Н. О психопатологической структуре некоторых вариантов острых параноидальных состояний при шизофрении с приступообразно-прогрессирующим течением. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1979, 12, с. 1713—1718.
5. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине (этиология), М., 1962.
6. Дементьева Н. Ф. Острый чувственный бред (структура и систематика). Автореф. дис. докт. М., 1974.
7. Дружинина Т. А. Клиника параноидной шизофрении (сравнительно-возрастное исследование). Автореф. дис. докт. М. 1969.
8. Елгазина Л. М. О клинических вариантах параноидной формы шизофрении. Дис. канд., М., 1958.
9. Козырева И. С. Клиника и психопатология острых бредовых состояний при приступообразно-прогрессирующей шизофрении. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1969, 11, с. 1692—1697.
10. Концевой В. А. Клиническая типология острых параноидальных состояний при шизофрении с приступообразно-прогрессирующим течением. Там же, 1971, 1, с. 118—125.
11. Концевой В. А., Дружинина Т. А. Клинико-психопатологические особенности шизофрении, протекающей приступами с вербальным галлюцинозом. Там же, 1972, 6, с. 906—909.

12. Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии. Пер. с нем. Спб., 1881, т. 1, с. 40.
13. Мелехов Д. Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза). (Обзор). Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1981, 1, с. 128—138.
14. Моисеева М. И. О типологии бредовых состояний у больных шизофренией. Там же, 1985, 1, с. 78—83.
15. Мухин А. А. Клинико-психопатологические особенности и типология острых параноидов при шизофрении. Там же, 1985, 2, с. 236—243.
16. Николаев В. М. Психопатология бредовых расстройств интерпретативного характера в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении. Там же, 1983, 12, с. 1811—1816.
17. Пападопулос Т. Ф. Динамика становления онейроидного помрачения сознания и проблема индивидуального сознания. В кн. «Проблемы сознания». М., 1966, с. 569—578.
18. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М., 1975.
19. Пивоварова В. Л. О кататонических проявлениях в течении параноидной формы шизофрении (так называемая присоединившаяся или вторичная кататония). Автореф. дис. канд. М., 1956.
20. Попов Н. М. Лекции по частной психопатологии. Казань, 1897.
21. Ротштейн В. Г. Об особенностях синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофреническом онейроиде. Автореф. дис. канд. М., 1961.
22. Смулевич А. Б., Щирин М. Г. Проблема параноид. М., 1972.
23. Снежневский А. В. Общая психопатология. Курс лекций. Валдай, 1970.
24. Снежневский А. В. Nosos et pathos schizophrénie. В кн. «Шизофрения, мультидисциплинарное исследование». М., 1972, с. 5—15.
25. Соколова Б. В. Циркулярная шизофрения с острым парафреническим синдромом. В кн. «Тезисы и рефераты докладов XXII научной сессии Харьковского НИИ невропатологии и психиатрии», 1965, т. 1, с. 186—187.
26. Соколова Е. Д. Клиника и психопатология галлюцинаторной и галлюцинаторно-параноидной шизофрении. Автореф. дис. канд. М., 1967.
27. Стоянов С. Т. Клиника и психопатология онейроидных состояний, возникающих в течение шизофрении. Автореф. дис. канд. М., 1961.
28. Тиганов А. С. Клинические особенности острых парафренических состояний и их отношение к формам рекуррентной шизофрении. Журнал невропатологии психиатрии им. С. С. Корсакова, 1966, 2, с. 266—272.
29. Фаворина В. Н. О некоторых формах конечных состояний параноидной шизофрении. Там же, 1961, 11, с. 1716—1722.
30. Фаворина В. Н. Влияние активной терапии на клиническую картину конечных состояний и ремиссии при них. В кн. «Проблемы клиники и лечения шизофрении с неблагоприятным течением». М., 1964, с. 69—70.
31. Шумский Н. Г. К клинике парафренической (фантастически-параноидной) шизофрении. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1958, 4, с. 462—470.
32. Berze J., Gruhle H. W. Psychologie der Schizophrenie. Berlin, 1929.
33. Conrad K. Die Beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart, 1958.
34. Dupre S., Logre B. Les delires d'imagination. L'encephale, 1911, 3, 209—232.
35. Ey H. Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses dolizantes chroniques. (Les organisations vésaniques la personnalité) In Encyclopedie medicochirurgicale. Paris, 1955, t2, Psychiatrie.
36. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923.
37. Kraepelin E., Psychiatrie. Bd. 3, 4. Leipzig, 1913, 1915.
38. Magnan V. Lecvues cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1897.
39. Serieux P., Capgras A. J. «Les folies raisonnantes», delire d'interpretation. Paris, 1909.

ПАРЦИАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ КАК ОБЪЕКТ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Ю. И. Полищук (г. Москва)

Важная проблема так называемых парциальных нарушений сознания при психических расстройствах, протекающих на фоне клинически ясного сознания, была поставлена и обсуждалась рядом отечественных авторов (3, 5, 2, 7), которые указывали на необходимость изучения всех психических заболеваний с точки зрения различных видов и форм нарушений сознания или его выраженных изменений. Они подчеркивали, что в общей психопатологии нельзя ограничиваться понятием нарушенного сознания, исходя только из представлений о степени его ясности, как это делается в рамках клинической психиатрии психозов. В рамках «малой» психиатрии непсихотических и субпсихотических состояний критерии нарушенного в той или иной степени сознания должны быть иными — не чисто клиническими, а клинико-психологическими. Однако эти вопросы до настоящего времени остаются неразработанными ни в психопатологии, ни в патопсихологии, ни в психотерапии. Не разработана по сути дела феноменология парциальных нарушений сознания. Эти важные вопросы в силу ря-

да причин оказались вне поля зрения современной психиатрии. Настало время к ним вернуться.

Первоочередными в этой проблеме являются вопросы понятия, критериев и способов изучения парциальных нарушений рефлексивного и бытийного сознания при психических расстройствах в рамках «ясного» сознания. При их разработке необходим подход к сознанию, как прежде всего переживанию (сознание, как указывал Л. С. Выготский, есть переживание переживаний) и осмыслению взаимодействия личности с окружающей действительностью. В данной работе мы не претендуем на последовательный анализ этого подхода и его возможностей. Исходя из общей концепции сознания, которая разрабатывалась С. Л. Рубинштейном, Л. С. Выготским, А. Н. Леонтьевым, В. П. Зинченко (4, 11, 6, 1), а также из многолетнего клинического и психотерапевтического опыта в области пограничной психической патологии, нам представляется возможным выделить следующие критерии парциальных нарушений сознания:

1. Недостаточно адекватное и одностороннее отражение окружающей действительности с искажением ее объективных смыслов и значений.

2. Нарушение целостного мировосприятия и мировоззрения.

3. Неупорядоченность потока сознания, затрудняющая осмысление и приспособление к психологической и социальной среде.

4. Снижение уровня критичности и самокритичность вплоть до их утраты.

5. Суженность поля сознания и инертность его содержания.

Все перечисленные критерии можно использовать при оценке и характеристике состояний сознания у больных с многими психическими расстройствами, возникающими при так называемом ясном сознании, и выявить их достаточное соответствие. Для примера можно рассмотреть особенности нарушений сознания у больных с депрессивными и маниакальными состояниями, стойкими ипохондрическими переживаниями доминирующего, сверхценного или бредового характера. В самом деле, сознание больных с эндогенной депрессией характеризуется односторонним, суженным, пессимистически окрашенным отражением окружающей действительности, ее дереализационным восприятием, односторонней интеллектуальной переработкой с искажением смысла и значения прошедших и происходящих событий и поступков соответственно доминирующим или сверхценным идеям самообвинения, самоуничужения, виновности, малоценности. При этом резко снижена самооценка, что характеризует и отражает расстройство самосознания депрессивного больного. Содержание сознания наполняется и переполняется переживаниями своей мнимой или резко преувеличенной вины перед родственниками, друзьями, сослуживцами. Эти переживания вытесняют все остальные, они становятся чрезвычайно инертными, суживают поле сознания и ограничивают возможности его расширения. При углублении депрессии снижается и утрачивается способность критически оценивать и осознавать болезненный характер этих переживаний. Личность больного полностью срастается с депрессивно измененным сознанием, как бы поглощается им. В этих случаях морбидная личность и ее реакции полностью определяются депрессивным сознанием и самосознанием.

Дальнейшая разработка проблемы парциальных нарушений сознания при пограничной психической патологии с охватом всего ее континуума имеет большое значение для теории и практики психотерапии. Накоплены обширные эмпирические данные, свидетельствующие о центральном положении этой проблемы в практике личностно-ориентированной, реконструктивной психотерапии. По существу все разнообразные методы личностно-ориентированной психотерапии направлены прежде всего на изменение, реконструкцию болезненно измененного и измененного болезнью сознания и самосознания пациента, без санации которых нельзя достичь стойкого лечебного эффекта. Личностно-ориентированная патогенетическая психотерапия неврозов, основанная на теории отношений личности В. Н. Мясищева (9), оказывает влияние в первую очередь именно на парциально нарушен-

ное сознание больных неврозом, содержащее в себе искаженное в той или иной степени отношение к реальной действительности, перестраивает, расширяет его. В результате достигается осознание больным психологических истоков и механизмов развития болезненного состояния в виде нарушенных отношений с другими людьми с противоречивыми мотивами поведения. Таким образом формирование более сознательного отношения пациента к своему болезненному состоянию, путям его развития, достижение у больного осознания связей между особенностями его системы отношений к действительности и его заболеванием составляет центральную задачу патогенетической психотерапии.

Представление о том, что сознание у больных неврозами претерпевает качественные изменения, которые составляют важное звено психогенеза болезни, разделяется рядом зарубежных исследователей (13, 14, 16), которые считают, что требуются большие усилия, чтобы измененное сознание невротика выправить и оздоровить. Большое, если не решающее, значение воздействию на болезненно измененное сознание пациента придается представителями экзистенциально-гуманистической психотерапии — клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-психотерапии, логотерапии Франкла, разговорной психотерапии (15, 17, 18, 19). В основе механизмов лечебного действия этого вида психотерапии лежит эффект глубокого взаимопроникновения и взаимодействия сознаний врача и пациента в процессе их непосредственного общения на основе эмпатии, в процессе субъективного включения психотерапевта в переживания пациента, которые составляют содержание его сознания. В экзистенциальной психологии и психиатрии понятие модуса существования личности в значительной степени сближается с представлением о состоянии ее сознания. Логотерапия Франкла, основанная на экзистенциальном анализе переживаний больного, ставит своей целью осознание им болезни, собственной ответственности перед лицом болезни и ее последствий. Данный метод экзистенциальной психотерапии основан на лечебном эффекте осознания значимых смыслов человеческого индивидуального существования. Одним из основных положений психоаналитической психотерапии, как известно, является положение о том, что только путем осознания внутриличностного конфликта можно его устранить, разрешить. То есть, чтобы излечиться от невроза, нужно постигнуть смысл внутреннего конфликта личности, который привел к неврозу, перевести подсознательное в сферу сознания. Основные цели гештальт-психотерапии и разговорной психотерапии также предусматривают расширение границ сознания, повышение его гибкости и способности к различению общих и частных смыслов и значений.

Необходимость активного воздействия на сознание в целях его перестройки подчеркивается некоторыми исследователями не только по отношению к больным неврозами, но и по отношению к другим категориям психически больных. Показано, что существенным препятствием для психологической и психосоциальной коррекции состояния больных малопрогредиентной шизофренией является низкий уровень осознания своего забо-

левания и необходимости лечения. Высокие показатели психологической и социальной адаптации больных малопрогредиентной шизофренией достигаются лишь при более высоком уровне осознания внутриличностных конфликтов (В. Д. Вид, 1991). Эффективным психотерапевтическим приемом в процессе психотерапии лиц с суицидоопасными кризисными состояниями, как патологическими, так и непатологическими, является прием кризисного вмешательства, направленного на когнитивную перестройку суженного и деформированного сознания суицидента, перестройку системы его отношений с лицами из ближайшего окружения, на изменение личностного смысла этих отношений (12).

Приведенных данных достаточно для понимания того, что парциально нарушенное, болезненно измененное сознание у больных с непсихотическими психическими расстройствами является необходимым объектом психотерапевтических и психокоррекционных воздействий. Термин «лично-ориентированная психотерапия» не раскрывает ее направленности прежде всего на измененное болезнью сознание и самосознание, а личность пациента не рассматривается прежде всего как носительница болезненно измененного сознания (10). В свете сказанного необходимо коснуться учения о внутренней картине болезни, учет и знание которой необходимы для проведения адекватной и эффективной психотерапии. Психологическая и психотерапевтическая коррекция патологических, неадекватных форм внутренней картины болезни — обязательное звено комплексной психотерапии. Внутренняя картина болезни является выражением состояния самосознания больного, которое в значительной мере определяется состоянием его сознания. К сожалению, в нозоцентрически ориентированной психиатрической практике продолжают недооценку и игнорирование роли и значения внутренней картины болезни, состояния самосознания в развитии и течении ряда психических заболеваний. Психиатр-клиницист изучает и лечит больных, обращая внимание на патобиологическое общее — синдром, нозологическая принадлежность, тип течения — и почти игнорирует индивидуальное сознание, индивидуальный личностный смысл переживаний больного, их связь с клинической картиной болезни. Однако целостное представление о больном нельзя свести к болезненным симптомам и синдромам. Не менее важен анализ и понимание содержания и смысла переживаний пациента, его внутреннего субъективного мира, его сознания, самосознания, отношения к болезни. Способность понять, прочувствовать переживания больного имеет, в особенности для психотерапевта, подчас большее значение, чем формальное знание психопатологических симптомов и синдромов. Важно учитывать, что на те или иные психопатологические симптомы личность больного в зависимости от ее типологических и индивидуальных особенностей реагирует посредством тех или иных изменений сознания и самосознания с формированием определенной внутренней картины болезни. Затем внутренняя картина болезни, как образование, выражающее рефлектирующую деятельность сознания пациента, в силу механизмов обратной связи и кольцевых взаимоотношений, фиксирует и удерживает те симптомы, которые способствовали ее формированию. Вот почему недостаточно устранить тот или иной психопатологический симптом или синдром с помощью фармакотерапии. Необходимо также изменить сознание больного, которое «срослось» с этими симптомами и синдромами, стало для них питательной почвой. Этого можно достичь с помощью реконструктивной психотерапии и психологической коррекции, лечебного перевоспитания. В противном случае при отсутствии подобных психотерапевтических и психокоррекционных воздействий редукция психопатологической симптоматики при сохранении морбидного сознания личности пациента в ремиссии окажется, как показывают многочисленные клинические наблюдения и катamnестические исследования, нестойкой и вскоре наступает ее рецидив. Внутренняя картина болезни в этих случаях, как комплекс переживаний больного, отражающий состояние сознания и самосознания пациента, под влиянием биологической терапии, в отличие от продуктивной психопатологической симптоматики, редуцируется неполностью, частично и сохраняется в ремиссии в виде тревожных опасений, сомнений, остаточных переживаний перенесенной болезни с неуверенностью в стойкости достигнутого эффекта, ожиданием возможного возврата болезненных симптомов, ухудшения своего состояния. Подобного рода остаточные проявления ВКБ при наличии неблагоприятных ситуационных влияний, даже незначительных, в силу определенной направленности сознания и самосознания могут способствовать восстановлению внутренней картины болезни в большем объеме наряду с психогенным генерированием, стимулированием прежних болезненных симптомов. Таким образом проблема рецидивов и обострений не только психогенных, но и эндогенных психических заболеваний тесно смыкается с проблемой измененного морбидного сознания и самосознания. Лечение затяжных и хронических, часто рецидивирующих невротических и неврозоподобных расстройств в значительной степени требует изменения сознания пациентов, его содержания и направленности либо путем значительного изменения образа жизни, либо путем лечебного перевоспитания. Становится ясным, что для достижения более стойких результатов лечения необходимо направленное психотерапевтическое воздействие на сознание и самосознание пациента, его психологическую установку с помощью эмпатической реконструктивной психотерапии и психологической коррекции, основанной на субъективном включении психотерапевта в переживания пациента, искреннем разделении его переживаний. В равной степени это положение относится и к процессу социальной реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л. С. // Собрание сочинений. — М., 1982. — С. 78—98
2. Герцберг М. О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии. — М., 1961.
3. Джагаров М. А., Коршунова М. И. // Советская невропатол., психиатрия и психогигиена. — Т. III, вып. 4. — 1934. — С. 53—59.
4. Зинченко В. П. // Вопросы психологии. — 1991. — № 2. — С. 15—36.

5. Кербиков О. В. Лекции по психиатрии. — М., 1955. — с. 102—121.
6. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1975.
7. Лукомский И. И. // Проблемы сознания. — М., 1966. — с. 464—472.
8. Меграбян А. А. Личность и сознание. — М., 1978.
9. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.
10. Платонов К. К. // Проблемы сознания. — М., 1966. — с. 186—194.
11. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. — М., 1957.

12. Старшенбаум Г. В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями. Автореферат дис. канд. М., 1991.
13. Фурст Д. Б. Невротик, его среда и внутренний мир. — М., 1957.
14. Binswanger L. // Nervenarzt. — 1951. — Bd. 22. — N 1. — S. 1—10.
15. Franke V. E. Theorie und Therapie der Neurasen. Einführung in Logotherapie und Existenz analyse. — Wien, 1956.
16. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1948.
17. Helm J. Gesprächspsychotherapie. — Berlin, 1978.
18. Perls F. Gestalt Therapy Verbatim. — California, 1969.
19. Rogers C. R. Client-centered Therapy. — Boston, 1951.

НЕВРОЗОГЕНЕЗ: АНТИЦИПАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ

В. Д. Менделевич, (г. Казань)

Идеологизированность общества и отечественной психиатрии сказалась не только на понимании психических заболеваний психотического уровня. Упрощенное и предвзятое отношение к оценке роли личности в психогенезе привело к кризису и в современной неврологии.

Невроз — заболевание, которое известно уже несколько столетий, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Кардинально пересматриваются основополагающие диагностиконозологические признаки неврозов, такие, к примеру, как функциональность, т. е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы. Процент выздоровления равняется лишь 58 (В. Ф. Десятников, 1974), в лучшем случае — 65 (А. С. Киселев, З. Г. Сочнева, 1988), что явно противоречит критерию функциональности. В теоретическом плане сталкиваются тенденции, пытающиеся трактовать невроз с психологической и биологической (нейрофизиологической) платформ (Ю. М. Губачев с соавт., 1976; М. М. Хананашвили, 1978; М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн, 1982; П. В. Симонов, 1984; Б. Д. Карвасарский, 1988). Следует признать, что психологические подходы к объяснению неврозогенеза завоевывают все большую популярность в научных кругах. Сфера теоретических психологических подходов также широка (особенно в западно-европейской и американской литературе) и разнообразна. Интерпретацию этого факта коротко выразил В. Франкл: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». К этому следует добавить, что не только время определяет проявления и происхождение неврозов, но и место. Психоанализ З. Фрейда объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь невротические нарушения у женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный В. Франклом, подходил для понимания неврозов западно-европейского интеллигента послевоенного времени. Очевидны фрагментарность западных и отечественных теорий неврозогенеза, их неуниверсальный характер (кстати, как и у наиболее популярной в течение многих лет в отечественной психиатрии теории личности

В. Н. Мясищева), что приводит к мысли об утопичности самой идеи создания единой теории неврозогенеза. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять суть и понимание этиологии и патогенеза неврозов. Это позволило некоторым ученым вынести невроз за рамки психической патологии.

В настоящее время универсальным параметром неврозогенеза остается лишь один — преморбидные особенности личности потенциального невротика, без которых развитие невроза практически невозможно (даже психотравма перестала расцениваться как этиологически значимый факт). И именно проблема взаимоотношений невротических расстройств и личностных характеристик стала одной из наиболее важных и сложных в неврологии сегодня. Большинство ученых сходятся в том, что без определенных личностных девиаций невозможно возникновение неврозов (Ю. А. Александровский, 1974, 1987, А. Е. Личко, 1977). Под личностными девиациями в этом контексте подразумеваются чаще других особенности характера (психопатии, патологические развития личности, акцентуации) и разновидности темперамента. Именно они, по мнению Ю. А. Александровского (1985), принадлежат подсистемам, способным ослабить устойчивость системы психической адаптации индивидуума и создать готовность к невротическому типу реагирования.

Однако темпераментом и характером, изученными достаточно хорошо в отечественной неврологии, не исчерпываются личностные характеристики. Углубленное изучение подобных сторон патогенеза неврозов проводилось и проводится, поскольку доминирует точка зрения о том, что в основе невротического срыва лежат эмоциональные нарушения (Губачев Ю. М. с соавт., 1976; А. М. Святош, 1982 и др.). Противоположная концепция, толкующая невроз как «болезнь разума» (Д. Фурст, 1957), распространена не столь широко.

Структура личности достаточно сложна. Ее нельзя рассматривать как единство только темперамента и характера. Необходимо учитывать также способности и сознательные отношения личности, нахо-

дающие выражение во взглядах, принципах, интересах и склонностях (Р. А. Зацепицкий, Е. К. Яковлева, 1956). Можно констатировать, что именно способности индивидуума, его интеллект наименее изучены для целей клинической психиатрии. Не до конца ясна роль взаимоотношений, способностей и характера личности. По мнению К. К. Платонова (1986), противоречия между теми или иными способностями или неспособностями и различными чертами характера имеют немаловажное значение для становления личности и могут привести сами по себе (без наличия психотравм в традиционном понимании) к невротическим срывам.

Мы предложили при изучении невротогенеза учитывать способность человека к вероятностному прогнозированию (И. М. Фейгенберг, 1963), предвосхищению событий, построению в воображении структурированного будущего на основании прошлого опыта (Б. Ф. Ломов, Е. Н. Сурков, 1980), которая названа нами — антиципационная состоятельность. На уровне гипотезы изучалась значимость функционирования вероятностного прогнозирования у пациентов с невротическими расстройствами как острого или затяжного характера, так и в состоянии ремиссии невроза, а также у людей, отнесенных к группе «невроустойчивых личностей».

Для уточнения психологических механизмов невротогенеза, выявления особенностей функционирования системы психокоррекции нами были проведены ряд психологических экспериментов и оценка корреляций результатов с клинической картиной невроза. Для первой серии экспериментов был модифицирован тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Суть модификации: формирование во время эксперимента установки на адекватные психокоррекционные мероприятия. Оценивались не только реакции испытуемого на фрустрацию, но и его способность «научаться» адекватно разрешать конфликтные ситуации. Технически модификация осуществлялась путем проведения инструктажа («формирование установки на использование адекватных методов психокоррекции») после решения половины рисунков-задач. В классическом варианте инструктаж отсутствовал. При обработке результатов исследования в первую очередь обращалось внимание не на направленность (как в классическом варианте), а на тип реакции больных. Выяснялось, на что устремлены усилия испытуемых — на разрешение ситуации собственными силами, с помощью окружения или отмечается полный отказ от поиска решения фрустрирующей ситуации.

Вторая серия экспериментов имела целью изучение вероятностного прогнозирования у больных неврозами, для чего были использованы рисунки теста Розенцвейга с соответствующей инструкцией. Больному предлагалось найти несколько вариантов решения фрустрирующей ситуации в условиях лимита времени. После каждого ответа испытуемого просили предложить иные, новые варианты. Анализировались не качественные, но количественные параметры исследования — число ответов на задание, представленных в течение минуты. Данные психологических экспериментов сравнивались с психологическим анализом поведения пациента. Результаты психологических экспериментов изложены нами в предыдущих публикациях (В. Д. Менделевич, 1988, 1989, 1990, 1992).

Анализ психологической структуры невротиков показал, что в подавляющем большинстве они живут прошлым или настоящим днем. Неспособны извлекать опыт из прошлых ошибок — собственных и чужих, чаще других (даже вне болезненного состояния) попадают в конфликтные ситуации, вследствие неумения «просчитывать» их вероятность. Принципиальным в личности невротика оказывается нарушение прогностической функции мышления. Столкнувшись раз с ситуацией, вызвавшей симптомы «невротического срыва», они вновь и вновь попадают в нее по своей воле. В этой связи можно вспомнить типологизацию основателя теории трансактного анализа Эрика Берна, который разделял людей по их психологическим типам на «победителей», способных даже из конфликтных ситуаций выходить с честью и без урона для психического здоровья, и «побежденных» («неудачников»), создающих конфликтные ситуации и страдающих из-за них. «Победителем» Берн называл человека, который «знает, что он будет делать в случае проигрыша, но не говорит об этом». В то время как «побежденный» — человек, который «не знает, что он будет делать, если проиграет, но говорит о том, что он будет делать в случае выигрыша».

Тонко подмеченная психологическая типизация личностей «победителя» и «побежденного» зиждется на принципе антиципационной состоятельности (хотя Берн об этом и не писал). «Победитель» потому и оказывается в психологическом плане в выигрышном положении, что способен предвосхищать не только желаемые в будущем результаты, но и нежелательные. «Побежденный», не представляя, не воображая, что он будет делать в случае проигрыша, тем самым обезоруживает себя перед возможными нежелательными последствиями. Он неспособен (или не желает) предвосхищать события, взвешивать вероятность их возникновения и, потому склонен к неврозу.

Еще одна деталь: «победитель» и «побежденный» различаются отношением к будущей победе. «Победитель» готовится к ней внутренне, не обсуждая возможную радость победы (т. е. не обрекая себя на иронию со стороны окружающих по поводу его наивности или завышенной самооценки), в то время, как «побежденный» («проигрывающий») склонен рассуждать в присутствии других людей о возможных действиях в случае победы. В таком поведении проявляются наивность, неспособность видеть реальность во всем ее многообразии, что приводит, как доказывают исследования, к невротической готовности и психогенным заболеваниям (В. Д. Менделевич, 1988).

Почему же у одних людей существуют и развиты способности предвосхищать события, прогнозировать исход своих действий и взаимоотношений с окружающими, а у других проявляется антиципационная несостоятельность? В чем корни этих явлений?

Чтобы ответить на поставленные вопросы, необходимо проанализировать факторы, влияющие на происхождение способностей, на поддержание, с одной стороны, и подавление, с другой. Несомненно, что на формирование способностей влияют два вида факторов: наследственные и средовые. Последние, в свою очередь, подразделяются на психо-

логические (воспитание в семье) и социальные (традиции общества, «востребованность способностей»). Если говорить о способностях, имеющих отношение к психологической устойчивости человека (антиципационная состоятельность и психокоррекционные способности), то очевидно, что наследственность играет в их формировании второстепенную роль. На передний план выходят приобретенные факторы: значимость воспитания психологической устойчивости, «неврозоустойчивости», овладение навыками психокоррекции и вероятностного прогнозирования, а также востребованность способностей обществом, поощрение их развития.

По данным параметрам общества с различными культурными, национальными, этническими, религиозными традициями оказываются в различных условиях. Так, западная культура и общество долгие годы одобряли и одобряют развитие психологических способностей, с помощью различного рода психотерапевтических школ, пропаганды и даже признания престижности подобного стиля поведения. Советское общество в период застоя относилось к человеку как к винтику в государственной системе и поощряло не качества психологической устойчивости и тем более не антиципационную способность, но конформность и подчиняемость. С другой стороны, в обществе были распространены традиции и предубеждения, формировавшие «антиципационную беспомощность» и психокоррекционную несостоятельность. До сих пор кое-кто убежден в возможности «сглазить» человека или его дела. Предполагая возможный отрицательный исход событий, нередко используют клич: «Не каржай!». Он означает, что прогнозировать позволительно лишь что-то хорошее, желательное, но никак не печальный исход или проигрыш.

Как показали эксперименты, при невротических нарушениях такой психологический параметр как вероятностное прогнозирование существенно отклоняется от нормы. В литературе имеются указания на изменение при неврозах, например, поисковой активности и вероятностного прогнозирования (В. С. Ротенберг, А. А. Аршавский, 1984; П. В. Симонов, 1984; В. В. Соложенкин, Г. Г. Носков, 1985), однако подобные исследования проводились лишь у больных, находящихся в остром состоянии болезни. Результаты таких экспериментов не позволяют экстраполировать их на патогенез заболевания, выявленные нарушения могут лишь указывать, что при неврозах страдают изученные психологические феномены. Нет возможности оценить, связаны ли они с последствиями заболевания или определяют развитие этого патологического процесса. Открытым остается вопрос о патогенетической значимости выявленных нарушений психологического функционирования.

Теоретическое осмысление результатов многолетних исследований позволяет предположить патогенетическую значимость выявленных психологических феноменов. Определенным доказательством того, что невроз возникает на базе отклонений психологического функционирования, а не наоборот, могут служить результаты сравнения больных с последствиями невроза (невротическими развитиями личности), пациентов, заболевание

которых находится в состоянии длительной ремиссии (т. е. практически здоровыми) с контрольной группой. Представим, что личность условно называемая «потенциальным невротиком» изначально обладает несбалансированностью системы психокоррекции, что включает в себя неспособность в силу определенных, еще до конца не выясненных причин предвосхищать события, моделировать собственную деятельность, оценивать вероятность той или иной ситуации. Думается, такое снижение антиципационных механизмов способствует тому, что на возникшую фрустрирующую ситуацию следует неадекватно запоздалая реакция. Система психокоррекции начинает функционировать в условиях дефицита времени, на повышенно аффективном фоне, что явно не способствует психической адаптации. В случае, если, наряду с антиципационной недостаточностью, в преморбиде существуют еще и дефекты в системе психокоррекции («лимитированная», «дефицитарная», «аттитюдная»), обусловленные различными факторами, то риск заболевания неврозом резко возрастает.

Последовательное проведение антиципационных представлений и генезе неврозов, позволяет принципиально изменить терапевтическую тактику и психопрофилактическую стратегию. В терапии значимым может стать антиципационный тренинг, а в психопрофилактике — формирование антиципационной состоятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и клинике. М., 1982, 272 с.
2. Александровский Ю. А. Системный анализ состояний психической дезадаптации. Вестник АМН СССР, 1985, с. 61—69.
3. Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 1976, 224 с.
4. Зачепиский Р. А., Яковлева Е. К. В тез. докл. совещания по вопросам психологии личности. М., 1956, с. 113—114.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1977, 208 с.
6. Ломов Б. Ф., Сурков Е. Н. Антиципация в структуре деятельности. М., 1980.
7. Менделевич В. Д. Патопсихологическая оценка нозологической самостоятельности неврозов. Каз. мед. журнал, 1988, № 1, с. 56—59.
8. Менделевич В. Д. Значение некоторых личностных характеристик в развитии неврозов. В кн.: Пограничные психические расстройства. М., 1988, с. 52—57.
9. Менделевич В. Д., Авдеев Д. А. Невротический конфликт (причины и последствия). Чебоксары, 1989, 43с.
10. Менделевич В. Д. О некоторых психологических механизмах неврозогенеза. Психологический журнал, 1990, № 6, с. 113—117.
11. Менделевич В. Д. Антиципационная теория неврозов. В матер. н-п конф. «Клиника, лечение и профилактика нервных заболеваний». Казань, 1992, с. 302—307.
12. Менделевич В. Д., Авдеев Д. А., Киселев С. В. Психотерапия «здоровым смыслом». Чебоксары, ЧГУ, 1992, 76с.
13. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960, 426с.
14. Платонов К. К. Структура и развитие личности. М. 1986, 256с.
15. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984, 192с.
16. Симонов П. В. Темперамент, характер, личность, М., 1984, 160с.
17. Соложенкин В. В., Носков Г. Г. Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами. Журнал неврол. и псих. 1985, № 12, с. 1833—1837.
18. Фейгенберг И. М. Вероятностное прогнозирование в деятельности мозга. «Вопросы психологии». 1963, № 2, с. 59—68.
19. Фурст Д. Невротик. Его среда и внутренний мир (пер. с англ.) М., 1957, 376с.
20. Хананашвили М. М. Информационные неврозы. Л., 1978.

О «schizophrenia mitis».*

А. Кронфельд

Девять лет назад я выдвинул концепцию schizophrenia mitis. Это именно обстоятельство и дает мне право утверждать, что применение этого понятия в последнее время зачастую не обосновано и обусловлено принципиальными клинико-патологическими ошибками. Это относится и к «мягкой шизофрении» московских авторов, которая является следствием непомерного расширения моей первоначальной концепции. Последняя покоилась на прочных, ясно очерченных критериях. Критерии эти недостаточно принимались во внимание, хотя я, в свое время, обращал серьезное внимание на большие диагностические трудности, вытекающие из этой концепции. Я подчеркивал: schizophrenia mitis не идентична с латентной шизофренией Блейлера, ее не следует смешивать с асимптоматическими фазами Гиляровского. Она ничего общего не имеет с шизоидией, с шизоидными реакциями и развитиями, поскольку при schizophrenia mitis речь идет о шизофреническом процессе. Нельзя также рассматривать schizophrenia mitis как abortивную шизофрению, поскольку при первой речь идет о вполне манифестной симптоматике. С реакциями и развитиями нельзя отождествлять schizophrenia mitis, поскольку она всегда дебютирует острой психотической фазой, иногда, но не обязательно, спровоцированной психогенно. Таким образом, речь идет об особой форме типичного шизофренического процесса. Из 31 случая, вошедших в мою казуистику, я приводил несколько примеров. Всюду вслед за псевдоневрстически-ипохондрической стадией разворачивается острый шизофренический психоз с обильной симптоматикой. По миновании острой фазы состояние остается стационарным на долгие годы. В этом стационарном состоянии психоз не исчезает, но личность относится к нему не так, как в типичных случаях шизофрении: эти больные остаются социально сохранными, они не

теряют активности и контакта с окружающей действительностью и потому не нуждаются в стационарировании. Они работают, учатся, сдают трудные экзамены и т. д. Свойственная им потребность во врачебной помощи в свою очередь свидетельствует об их контактности и их борьбе с болезнью. Они не вполне критически относятся к психотическим симптомам. Один из моих больных живет в таком состоянии свыше 35 лет, все время галлюцинируя; все болезненное остается в сфере его «интимной» жизни, в социальном же плане он вполне работоспособен и духовно активен. Таким образом, в этих случаях личность полностью или почти полностью компенсирует то стационарное состояние, к которому привел процесс. Я различаю 3 группы подобных случаев: 1) стационарные случаи с диссимуляцией остаточных симптомов неврстено-кататонического характера; 2) случаи с галлюцинаторно-параноидным симптомом, при которых этот симптом «осумкован» (изолирован), оставаясь, так сказать, «частным делом больного»; (3) аутистически-ипохондрическое состояние. Центр тяжести в том, что во всех случаях речь идет о стационарных картинах, возникших в результате острой шизофренической вспышки.

Я выдвигал концепцию «schizophrenia mitis» для того, чтобы выделить пограничную область в обширном патологическом понятии «группы шизофрении». Эта моя попытка аналогична попыткам Гауппа и Фридмана в отношении парафрено-параноидной «зоны шизофрений» или попыткам Полиша, Клейста, Фюнфгельда и др. в отношении «зоны» кататоний, протекающих фазами (причем я безусловно не согласен с патологической трактовкой Клейстом этих «двигательных психозов»). Существуют и другие «пограничные области» шизофрении в этом смысле.

Всесторонняя обработка этих вопросов «пограничной шизофрении» является одной из моих ближайших задач.

* Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов (25—29 декабря 1936). М., 1937, 506—507.

К РАСПОЗНАВАНИЮ МЯГКИХ ФОРМ СХИЗОФРЕНИИ¹

В. П. ОСИПОВ

В своих предыдущих работах о шизофрении¹, подробно останавливаясь на анализе границ этой нозологической группы, анализируя критерии, на которых должно основываться и из которых должно исходить распознавание и утверждение шизофрении, я останавливался не только на способах распознавания больничных, развитых, но и так называемых «мягких» формах этой болезни с резко, слабо выраженной клинической картиной. Слабая выраженность клинического лица в большинстве случаев мягких форм в значительной степени являлась причиной их неопределенной характеристики и расплывчатости границ. Этим, однако, лишь отчасти оправдываются ошибочные распознавания, но вина за них тем не менее не снимается с устанавливающих их врачей, особенно потому, что эти ошибочные распознавания являются для людей, к которым они относятся, не только делом небезразличным, но нередко служат источником серьезных жизненных осложнений, о которых мы уже немало говорили.

Мной неоднократно отмечалось, что распознавание не должно быть симптоматическим, т. е. не должно основываться только на симптомах в смысле феноменологическом как на внешнем проявлении с различным внутренним содержанием различного происхождения, что внешнее сходство явлений еще не обозначает их тождества; мы указывали, что для диагноза шизофрении, действительно, шизофреническое происхождение симптомов должно быть доказано, что если это справедливо для болезненных форм, то не менее справедливо и для мягких; необходимо доказать соответствующее течение болезни с нарастанием явлений, свойственный ей характер процесса. Клиническая картина мягкой формы должна быть во всяком случае клинической картиной шизофрении, хотя бы и в слабо выраженных проявлениях, а отнюдь не случаем «интуитивного», вернее шаблонного распознавания, устанавливаемого наугад, исходя из соображения, что при этом распознавании, доводимом в некоторых учреждениях чуть ли не до 80 %, почти нет риска ошибки.

Итак, повторяю, что распознавание мягких форм должно быть строго продуманным и обоснованным. В настоящей статье я хочу обратить внимание на некоторые более или менее существенные признаки, которые помогают правильности распознавания, но которые при распознавании мягких и начальных форм обыкновенно остаются вне поля зрения врача.

Первый и весьма существенный признак, характеризующий заболевание, это то ядро болезни, которое заключается в расщеплении интеллектуального и эмоционального процессов, давшем повод Странскому говорить об интрапсихической

атаксии. В работе о границах шизофрении мной говорится о поражении эмоциональной сферы как о самой существенной черте основного фона, на котором развивается шизофренический симптомокомплекс, причем отмечается, что в мягко текущих формах это поражение сразу не выявляется в виде бросающейся в глаза эмоциональной тупости, но что часто наблюдается известная степень эмоционального притупления, даже не столько постоянное, стойкое притупление, сколько диспропорция, дистаксическое соотношение во взаимосвязи интеллектуальной и эмоциональной части психического процесса, возникновение и течение первой без соответствующей эмоциональной окраски (начальная фаза интрапсихической атаксии Странского, также выделяемой мной атимической или шизофренической речевой атаксии). Наблюдаются заметные неровности и колебания эмоционального тона — то они вспыхивают бурно, не соответственно раздражителю, то слабо, вяло, несмотря на далеко не безразличный раздражитель; упрочивается активность и интерес к любимому делу; на окружающее поведение такого больного производит впечатление «лени» и объясняется обыкновенно утомлением и переутомлением, хотя часто при анализе оказывается, что никаких оснований не только для переутомления, но даже для утомления не имеется, что такое состояние бездеятельности и апатии продолжается уже несколько месяцев. Поражает равнодушное отношение больного к весьма эмоциональным событиям, с одной стороны, а с другой — эмоциональные и даже аффективные вспышки, совершенно не обоснованные психологически, а протекающие из чисто патофизиологической основы.

Анализируя клинический материал, приведенный в наших работах, мы видим, что не только в больничных, резко выраженных случаях шизофрении, но и в мягких ее формах состояние эмоциональной сферы болезненно изменяется уже в начальных периодах заболевания; если в начальном периоде болезни стойкость этого явления еще может вызвать некоторые сомнения, то в дальнейшем ее течении эти сомнения отпадают. Так, в случае 1, приведенном мной в работе «Мягкие формы шизофрении и их распознавание», больной С-н, заболевший во второй половине 1932 г., в 1933 г. уже обнаруживает отсутствие интереса к окружающему — лишь мельком смотрит в газету, хотя знает о ней. Больной К-н бьет свою возлюбленную, которую считает виновницей своего нервного состояния, а в другое время возбуждается без всякого видимого мотива; будучи врачом, паразитирует за счет сестры и матери, грубо обращается с ними, совершенно равнодушен к пребыванию в психиатрической больнице, здоровые эмоциональные реакции представляются у него выхолощенными, лишь изредка проявляются спонтанно. То же самое можно сказать о больном Х., который не стесняется в возрасте 31 года быть иждивенцем вследствие «неврастении», такое положение его несколько не тяготит. Это явление представляется характерным в более или менее резко выраженной степени и для мягких форм шизофре-

* «Невропатология и психиатрия», 1937, VI, 2, 108—112.

¹ В. П. Осипов, Границы шизофрении, ее мягкие формы и их легкомысленное распознавание. Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена, т. IV, вып. 7, 1935. Он же, Мягкие формы шизофрении и их распознавание, Труды ВМА РККА им. С. М. Кирова, т. VI, 1936. Он же, Оценка шизофрении и пограничных состояний с точки зрения годности к службе в РККА, Сов. врачебный журнал, 1936.

нии и заслуживает большего внимания при их распознавании, чем ему уделяют. Наличие живой эмоциональной реакции, особенно сохранение ее в случаях длительно протекающих, нередко уже относимых к хроническим, заставляет высказаться против схизофрении, во всяком случае при этом условии распознавание схизофрении должно быть тщательно пересмотрено. Во всех наших случаях дело обстоит именно таким образом; как бы мягко ни протекала схизофрения, в известном периоде ее развития наблюдается если не резкое снижение эмоциональной возбудимости, доходящее в тяжелых случаях почти до полного ее отсутствия, то более или менее выраженное нарушение согласованной интеллектуально-эмоциональной реакции, дисгармония или диспропорция в этом отношении, иными словами, интрапсихическая атаксия Странского или психэстетическая диспропорция Кречмера.

Уже Крепелин среди своих многочисленных разновидностей *dementia praecox* выделил периодически протекающие формы болезни, которые правильнее обозначать как интермиттирующие, потому что они дают в конце концов снижение и распад личности больного и, в частности, формы, протекающие по типу маниакально-депрессивного психоза с различной степенью его выраженности (от циклофрении до циклотимии) и с различным, хотя более бедным сочетанием фаз, что это имеет место при подлинном маниакально-депрессивном психозе. В подобных случаях легко ставится ошибочное распознавание циклофрении или циклотимии, а второй или третий приступ болезни вопреки нашим ожиданиям дает типичную в большей или меньшей степени картину схизофрении с явлениями слабоумия. Свыше десяти лет назад я уже разбираю подобные случаи под названием смешанных или сложных форм¹ циклофрении-схизофрении.

Этот смешанный характер обыкновенно дает лучшее предсказание в смысле возможности ожидания и наступления интермиссий по сравнению с типичными формами, но вместе с тем он дает большой материал для ошибочных распознаваний. В ряде случаев меланхолическая или маниакальная фаза в таких смешанных формах бывает несколько типично выраженной в смысле необходимости установления распознавания циклофрении или циклотимии, что это распознавание не внушает никаких сомнений, устанавливается без колебаний.

Однако, выискивая отличительные черты упомянутых маниакально-депрессивных фаз в смешанных формах, мы обратили внимание, что в тех случаях, в которых меланхолическая фаза принадлежит смешанной форме, при которой наступающий вслед за интермиссией новый рецидив болезни имеет уже явно схизофренический характер, меланхолическая фаза отличается от фазы, характеризующей циклофрению, преобладанием ипохондрических бредовых идей, а также не столько чистым аффектом тоски с явлениями *anxietas praecordialis*, характерным для типичных случаев циклофрении или циклотимии, но в большей степени аффектом стра-

ха, чем аффектом тоски или примесью страха к тоске. Я не хочу сказать и не могу этого сделать, что аффект страха не бывает при циклофренической меланхолии, такое утверждение было бы неправильным, но хочу обратить внимание на то, что схизофреническая депрессия нередко и даже часто характеризуется в направлении распознавания, и нужно искать подтверждения или отрицания распознавания циклофрении, если таковое было поставлено, в развитии дальнейшего течения болезни и ее картины.

Приступы циклофрении с ипохондрическими жалобами отличаются от ипохондрических форм схизофрении еще особенно тем, что ипохондрические идеи депрессивных циклофреников развиваются на основе тоски депрессивного фона, их речь характеризуется типичными задержками, между тем как у схизофреников явления развиваются в обратном порядке — различного рода парестезии, лежащие в основе ипохондрических жалоб больных, их соматопсихические иллюзии и галлюцинации, а также бредовые идеи (Вернике), соматофренический симптомокомплекс или соматофреника по терминологии Бехтерева являются источником тоски и страха; у них может развиваться тоскливое настроение вторичного происхождения, причем оно обычно не сопровождается речевой задержкой, если у больного нет схизофренического мутизма, т. е. если больной разговаривает; это отсутствие задержки обуславливается известным снижением эмоционального тона, указывающим на начало распада личности больного, начинающегося слабоумия.

Нельзя бывает сразу правильно установить распознавание в тех случаях смешанных форм, которые debutируют маниакальной фазой в первом или даже втором приступе болезни, так как подобные маниакальные приступы часто ничем не отличаются от соответствующих фаз циклофрении. Легче бывает распознавание, если первый приступ болезни носит иной характер и в большей степени соответствует клинической картине схизофрении.

Пример. У., девица, 22 лет, студентка; отец со странностями, неприспособленный к жизни человек, лечился одно время в психиатрической клинике. Мать нервная. У. занималась хорошо, отличаясь большими способностями. Не любила общества подруг, большей частью проводила время в одиночестве. В возрасте 20 лет, однажды, когда в доме были гости, надела валенки, халат, выбежала к гостям и начала танцевать. Уже в 18 лет явления замкнутости у нее усилились, отмечались временами то явления смешливости, то плаксивости. Иногда задерживались менструации. Болезненные явления нарастали медленно, течение болезни прерывалось двумя настолько хорошими ремиссиями, что больная подошла уже к окончанию курса и представлению дипломного проекта. В 1926 г. на смерть отца не реагировала. Любя брата, ревновала его к жене и настраивала его против нее. Онанировала. С ноября 1928 г. болезненное состояние ухудшилось. Стала враждебно относиться к матери, била ее и даже хотела убить: «Когда тебя убью, мне Христина (домашняя работница) пригодится». Попытка к самоубийству, но не серьезная, с декоративным оттенком. Испортила свой дипломный проект, над которым долго работала. В письме одну и ту же фразу повторила десять раз. Отмечаются соскальзывания в речи. Иногда принимала причудливые позы — «выражала свое состояние». Во время ремиссии в 1929 г. объяснила, что уже 3 года назад у нее сильно болела голова, что мешало ей разговаривать, отвечать на вопросы; была неспособна к мышечным напряжениям, в это время в голове звучали фразы: «Влияние по линии отца (дядя), через студента хорошо, а по линии матери плохо». Говорит с задержками, не всегда логично, она «неразвита». Импульсивность, плохо соображает. Летом состояние настолько улучшилось, что служила чертеж-

¹ В. П. Осипов, Смешанные или сложные формы циклофрении и схизофрении и их происхождение, Врач. дело, № 6, 1924. Он же, *Gemischte oder kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie und ihre Entstehung*, Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych., Bd. XCII, N. 3/4, 1924.

ницей, но прослужила всего 3 недели. Новое ухудшение к осени. «Возмутительное издевательство» — это заметка про нее в «Красной газете» (заметка касалась случая в Витебске). Ощущение сжимания головы (не распирающая). Бессвязно доказывает, что газеты ставят ей задачу «разговаривать, вызывая нормальные, а не аутичные реакции». То, о чем она думает, появляется в газетах, она должна готовиться к публичным выступлениям. Часто тахикардия до 132 сокращений в минуту при нерасширенных зрачках. Все время и в дальнейшем течении болезни агрессивна по отношению к матери. На основании изложенного материала не было никаких сомнений в том, что больная страдает шизофренией.

У. была помещена в психическую клинику II Медицинского института, где распознавание шизофрении было подтверждено. Оттуда она была переведена в психиатрическую клинику ВМА. Здесь картина ее болезни изменилась: больная большую часть времени находилась в возбужденном состоянии с явлениями логореи, напоминавшими речь маниакального больного, и это состояние продолжалось у нее долго, оно было выражено в 1933 г., когда мать увезла ее в Киев. Однако отождествлять речь с поведением в маниакальной фазе циклофрении нельзя: больная при выраженной логореи, при быстрой непрерывной речи оставалась отщепленной от окружающего — она не отвечала на вопросы, но в свою речь иногда вставляла слова из заданного ей вопроса; в ее речи были рифмования и аллитерации, как бывает у маниаков, но речь направлялась ассоциациями из внутреннего мира больной, из содержания ее отрывчатого мышления, у нее не было столь характерной для маниакальной фазы циклофрении отвлекаемости на различные объекты из окружающего ее мира. Кроме того, нередко логорея больной носила стереотипный и

непродуктивный характер, приближаясь к тем формам маниакальных фаз циклофрении, которые Крепелин называет непродуктивными, *Gedankenarthe Manie* — бедная мыслями мания. Он же обращает внимание на трудность распознавания в случаях смешанных форм циклофрении и шизофрении; здесь, как и в нашем случае, необходимо учитывать однообразие, стереотипность проявления двигательного и речевого возбуждения, определяющего распознавание.

Резюмируя изложенное в настоящей работе, обращаю внимание, что облегчению распознавания шизофрении в затруднительных случаях и в мягких формах способствует установление в клинической картине следующих явлений:

1. Снижение эмоционального уровня реакций, не соответствующего значимости раздражителей, снижение и даже исчезновение интереса к любимому делу и к работе вообще, апатичное состояние.

2. Преобладание ипохондрических идей в депрессивном состоянии, соматопсихических переживаний (Вернике), выступление на первый план не столько аффекта тоски, сколько тревоги и особенно страха.

3. Непродуктивность, однообразие, стереотипность двигательного и речевого возбуждения в маниакальном состоянии, ассоциативная отвлекаемость раздражителями из содержания внутреннего мира больного и не из внешней среды. Этот последний феномен служит показателем известной отщепленности больного от окружающей действительности. Я полагаю, что при наличии у больного приведенных признаков распознавание циклофрении или циклотимии, если оно было поставлено, должно быть тщательно пересмотрено.

О ДЕФЕКТЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ*

В. А. Внуков

Все мы понимаем серьезность и остроту проблемы ограничения и отграничения шизофрении. Ошибки, допущенные в области изучения шизофрении, отнюдь не могут сводиться к постановке неправильных диагнозов, обусловленных недостаточной квалификацией и опытом тех или иных психиатров. Не могут они также целиком сводиться и к тому, что диагностирование шизофрении зачастую идет чисто негативным путем в смысле исключения других заболеваний, вне всяких попыток найти специфические признаки шизофрении.

С моей точки зрения, основной грех современного расширения границ шизофрении вытекает из разрыва между психопатологией и клиникой шизофрении, когда в своем психопатологическом анализе психиатр выходит за рамки клинического изучения болезни, забывая основные категории и принципы Крепелина.

* Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов (25—29 декабря 1936) М, 1937, 466—470.

Оторвав психопатологический критерий Блейлера от оценки течения и исхода, мы оказались на чисто феноменологическом пути, т. е. на пути вульгарного эмпиризма, стоящего в противоречии с реальным клиническим опытом.

Поэтому, прежде всего, я предложил бы вернуться, пусть это и звучит консервативно, к Крепелину, к его методу глубокого, добросовестного клинического анализа, вскрывающего общие закономерности грубо выраженных форм психоза с теми мало выраженными формами, которые некоторыми товарищами неправильно обозначаются как не психотические. Никакой принципиальной разницы между ними нет, и я также считаю, что так называемые мягкие формы душевных заболеваний являются лишь различным количественным выражением одного и того же качества.

Исходя из клинического метода изучения шизофрении, я хочу напомнить то положение, которое я выдвинул в докладе о границах понимания шизофренического процесса на заседании Московского

общества невропатологов и психиатров (апрель 1936 г.). Разбирая клиническую значимость так называемой «специфической» шизофренической симптоматики в виде окликов, бредовых идей отношения и преследования, моторных расстройств, изменения мышления и пр., я указывал, что хотя эта симптоматика действительно большей частью встречается именно при шизофрении, но отнюдь не является для нее обязательной, что наличие этой симптоматики еще не доказывает наличия самого шизофренического процесса, что эта симптоматика не является патогномоничной, специфической, а лишь «предпочтительной» шизофренической симптоматикой.

Еще меньшее клинико-диагностическое значение имеет симптоматика острых шизофренических состояний. Уже давно известно, что острые шизофренические состояния характеризуются тем, что в них чрезвычайно мало собственно шизофренического, что в основном они заполняются не только не «специфической», но даже не «предпочтительной», а лишь так называемой церебральной симптоматикой.

Эти острые состояния трудно бывает отличить (особенно в первые дни и даже недели) от острых состояний, имеющих несомненно, иную этиологию. Так, например, подобные картины наблюдаются при экзогенных интоксикациях, при инфекциях, что дает основание считать эти состояния не шизофреническими, а псевдошизофреническими, а быть может, указывает даже на то, что применение к ним термина «шизофреническое» вообще недостаточно правомерно.

Я напомним Замта, который описал у эпилептиков состояния, схожие с теми, которые наблюдаются у шизофреников. Это свидетельствует о том, что в этих случаях имеет место сложное переплетение церебральной симптоматики со звучанием каких-то глубоких репистров человеческой психики, возникающее как при эпилепсии, так и при шизофрении.

Итак, ни отдельные шизофренические симптомы как симптомы предпочтительные, ни острые состояния как проявление церебральных механизмов не могут служить опознавательными признаками для диагностирования шизофренического процесса.

Единственным из давно известных нам признаков, по сию пору не утратившим своей клинической специфичности, в отношении шизофренического процесса, является привносимый этим процессом своеобразный дефект.

Понятие шизофренического дефекта не может подменяться Берцовским понятием дефект-симптоматики в том смысле, что клиническую специфичность дефекта нельзя определять по отдельным его симптомам.

Особенность шизофренического дефекта кроется не в сочетании определенных дефект-симптомов, а в своеобразии целостной структуры его. Под понятием дефекта разумеется обычно некий минус, т. е. то, чего не хватает.

Между тем, клиника учит нас, что шизофренический дефект — это явление значительно более сложное, так как самый синдром дефекта включает в себя синдром перестройки личности, как результат не только деструктивного процесса, но и некоторой положительной работы, движимой компенсаторными тенденциями, идущими от личности.

Однако, структурное динамическое значение обеих тенденций (тенденции к распаду и тенденции к компенсации) в развитии дефекта отнюдь не равноценно. Основной и определяющей остается тенденция обеднения личности, ее деградации.

Понятие шизофренического дефекта также не исчерпывается понятием остаточной симптоматики в смысле Майер-Гросса. Синдром, складывающийся из остаточных симптомов, должен был бы расцениваться, как явление стабильное, как некие стационарные особенности, внесенные шизофреническим процессом. Однако, такое понимание дефекта разрушило бы наш основной диагностический критерий шизофрении, критерий прогрессивности.

В моем понимании дефектные состояния (и даже исходные, как частное выражение этой дефектности), несмотря на известную ригидность, как бы окаменелость их, остаются подвижными во внутренней взаимосвязи своих симптомов, являются состояниями динамическими, сложными переплетениями плюс и минус образований, определенными стадиями процесса. Такого рода сложное строение шизофренического дефекта заставляет искать его особенности не в тех мелких и мельчайших симптомах, которые в «учении о мягкой шизофрении» получили неправомерное расширение в смысле их толкования, а в массивных патологических образованиях, сущность которых может изучаться лишь синдромологическим путем.

Изучение отдельных типов шизофренического дефекта может базироваться не только на клинической картине его синдрома, но и на некоторых различиях течения процесса. Итак, учитывая всю сложность шизофренического дефекта, не только в самой структуре его, но и в динамике развития, я делаю попытку выделить некоторые типы его клинических синдромов.

Первый из выделяемых мною типов дефекта характеризуется самим течением болезни. Давно известна группа шизофрений, которая протекает временными психотическими состояниями, экзогенно обусловленными. Такое течение характеризует собой самый тип дефекта, оно свидетельствует о том, что наживаются какие-то определенные черты, которые я обозначаю как сомато-психическую хрупкость, быть может, связанную со слабостью и ареактивностью ретикуло-эндотелиальной системы.

Этот тип дефекта клинически представлен двумя группами случаев. С одной стороны, те шизофрении, при которых на каждую экзогенную вредность личность отвечает грубой реакцией шизофренического характера, характеризующейся, несмотря на склонность к некоторой протракции, сравнительно благоприятным исходом. Я имею в виду здесь особую склонность отвечать на внешние вредности кататоно-гебефреническими состояниями. Эти реакции стоят вне характерологического круга, являются реакциями глубинными, реакциями витальными.

С другой стороны, шизофрении, протекающие с иным типом реакций, идущих по типу психогенных, в частности истерических, хотя и отличных от вышеуказанных, но приближающихся к ним в силу глубокой соматической иррадиации. Общность течения обеих этих групп, в смысле нажитой реактивности и соматической выраженности этих ре-

акций, указывает на общность в типе их дефекта, в смысле нажитой сомато-психической хрупкости личности, независимо от того, являются ли реакции непосредственным выражением витальных поражений, или же они протекают в иной плоскости, в высших этажах личности, давая лишь соматическую иррадиацию.

В отличие от тех же реакций, возникающих вне какой-либо связи с шизофреническим процессом, эти реакции представляются нам наиболее «глубокими», их застревание у данной личности более длительно, их течение не соответствует так называемым реактивным образованиям, возникающим на иной почве, их психопатологическое выражение более соответствует так называемым шизофреническим реакциям (Поппер-Кан, Ганнушкин). В результате патологического процесса у личности образуется дефект, ведущий к выраженной нестойкости по отношению к разным, неблагоприятно действующим на личность, обстоятельствам.

Приступообразное течение шизофренического процесса, с периодическими эксацербациями его, определяет второй тип дефекта. Независимо от того, имеют ли здесь место экзогенные воздействия или нет, процесс движется своими внутренними закономерностями, не теряя приступообразного характера. В единообразном характере приступов отражается склонность к повторению и фиксации определенных грубых психопатологических образований (преимущественно галлюцинаторно-бредового типа). Эта склонность к единообразной продукции представляет собой, как и в первом случае, некую патологическую готовность сензомобильных аппаратов, вытекающую из той же ареактивности ретикуло-эндотелиальной системы. В этих случаях дефектность сказывается не столько в остаточных явлениях в виде готовности к определенной психопатологической продукции, сколько в своеобразной разработке личностью так называемой шизофренической ситуации. Отсюда эти дефектные состояния условно могут быть названы «вживанием» в шизофреническую ситуацию. Здесь, как и в первом случае, дефектность заключена в самом движении процесса, в том, что наживается в процессе этого движения. Дефект представляет собой не стационарное явление, а динамику взаимоотношения самого болезненного процесса с личностью.

Третья группа дефекта представлена в шизофренических процессах, ведущих к столь рез-

кой деструкции, что клинические картины их в значительной мере повторяют картины грубо органических заболеваний, зачастую напоминающих картину паралитической деменции. Больные с такого рода дефектом ведут себя, как слабоумные, грубые органики. Но этот «псевдоорганический синдром шизофренического дефекта», в отличие от синдрома истинно органического слабоумия, характеризуется тем, что органическая слабость, размягченность психики сочетается со своеобразной тонкостью и изысканностью шизофреника. В последних свойствах этого типа шизофренического дефекта и кроется его специфика, обнаруживающаяся даже в грубом клиническом синдроме деменции.

И, наконец, последний тип дефекта характеризуется тем, что шизофренический процесс протекает под прикрытием характерологических изменений, клинически психопатизирующих личность. В этих случаях, прежде всего, должен анамнестически решаться вопрос о том, вытекают ли эти патологические особенности личности из врожденного своеобразия (собственно психопатий), или же они являются новообразованиями характера в процессе течения болезни. Психопатический синдром у шизофреников чаще является проявлением самого шизофренического дефекта, чем результатом течения болезни на гетерономной почве. Благодаря своей интимной связи с личностью шизофренический процесс легко образует плодотворную почву для новообразований характера, легко подводит базу для развития клинического синдрома психопатии. Это обстоятельство требует пересмотра проблемы гетерономной почвы, так как нередко то, что принимается за продукт гетерономной почвы, оказывается компонентом самого шизофренического дефекта.

Этот особый вид дефекта я обозначаю как псевдопсихопатизацию.

Приведенная выше типология шизофренического дефекта, конечно, не исчерпывает всех возможностей такой систематизации; она указывает лишь на определенный принцип синдромологического расчленения дефекта.

Я подчеркиваю значение этого пути, как пути клинико-эмпирического изучения шизофрении, дающего опорные пункты для отграничения ее от других заболеваний и тем самым устанавливающего определенные границы ее понимания.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

ЕСЛИ ВЫ — «PERSONA NON GRATA...»

В. Г. Батаев

Использование психиатрии в дискриминационных целях не исконно наше отечественное «достижение». Это универсальный репрессивный инструмент в руках нечистоплотных политиков и чиновников. Просвещенный век требует более «цивилизованных», более изощренных орудий подавления. Таковым был сделан психиатрический диагноз. «Права человека», о которых разглагольствуют политики всех стран, начиная с Америки, остаются декларацией, фантомом, чем-то вроде призрака, который когда-то бродил по Европе...

А вот В. М. Павлик поверил в обетованную землю, где свято чтут права человека. Искренне поверил. В своей родной закарпатской Чабановке он много раз подвергался преследованиям за инакомыслие, проведя в общей сложности 13 лет в лагерях и психбольницах. В 1989 г. он официально отказался от гражданства СССР, а спустя два года, пройдя все необходимые для эмигранта процедуры, в том числе психиатрическое обследование, приняв присягу под американским флагом на верность конституции США, получил статус беженца.

18 августа 1991 г. (!) в аэропорту Шереметьево под предлогом того, что у пассажира нет паспорта (его и не могло быть у человека без гражданства), а есть только виза, у Павлика забрали все документы и отстранили его от рейса. А когда он потребовал составления протокола об изъятии, представитель миграционной службы «Спейт», наш соотечественник, вместо того, чтобы помочь беженцу и своему клиенту, вызвал милицию и попросил убрать «скандалиста». Павлика затащили в дежурную часть, избили да еще и оштрафовали за мелкое хулиганство. А чтобы замять дело, чиновники обеих стран привлекли на помощь психиатрию.

На следующий день на основании односторонне поданной информации о случившемся и без собеседования с самим беженцем медицинский директор «Спейта» д-р Дж. Е. Бустос отправил в центр по контролю за заболеваниями в Атланте заключение о том, что Павлик «совершил акт насилия против сотрудников аэропорта» (хотя все было наоборот) и изменил ему категорию состояния психического здоровья (по классификации DSM-III-R) с «В» на

«А» (личностные расстройства). Это исключало получение въездной визы в США.

Сейчас человек, потерявший вследствие своего неосуществленного намерения выехать в США гражданство и жилье, лишенный средств к существованию и перенесший инфаркт миокарда, оказался между двумя мирами, с одинаковым рвением ратующими за права человека. За прошедшие два года он по своей инициативе прошел несколько психиатрических обследований в научных институтах, в медицинском центре при службе миграции, в НПА. Все признают его здоровым. Но советским психиатрам, как пояснил сотрудник «Спейта» г-н Белнэп, в Штатах не доверяют.

Господа, ну что вы все время указываете на соломинку в нашем глазу, а в своем бревна не видите?! Ведь вот английский психиатр Г. Лоубер даже всплакнул над судьбой нашего больного Жирова, пострадавшего от психиатрического диагноза, а у себя под боком такого же горемыку Эндрю Уолкера Элмсли не заметил.

Будучи в этом году в России, Э. У. Элмсли обратился в НПА с просьбой об освидетельствовании и определении его психического здоровья. Перед нами предстал молодой человек с внешностью и аурой Р. М. Рильке, тонко чувствующий и немного грустный. Славист, любитель музыки и русской литературы, он выглядел белой вороной в одной из деловых контор своего родного городка Уолсли в графстве Ливерпуль. Хозяин конторы пытался избавиться от скучающего на работе клерка, но тот обратился к защите профсоюза. Тогда была проведена хорошо известная нам процедура медицинского освидетельствования. Проводивший ее местный врач, по специальности эпидемиолог (!), д-р Семпл записал в формуляр жалобы «пациента» на апатию, которую у него вызывает работа, на легкие колебания настроения и с категоричностью профана квалифицировал это как шизофрению. А дальше все как у нас: незаконное увольнение, отказ в приеме на работу в других местах, хождение по кабинетам чиновников, письма в инстанцию, апелляция к справедливости и т. п. ...

Итак, не судите, господа, да не судимы будете!

ЕЩЕ РАЗ О ПЕТРЕ ЯКИРЕ

Юлий Ким

На очерк «Сын командарма Якира» («Куранты», 23 апреля 1993 г.), написанный Генрихом Горчаковым, проведшим семнадцать лет в сталинских лагерях и ссылке, откликнулся письмом в редакцию Юлий Ким.

23 апреля «Куранты» опубликовали очерк Генриха Горчакова «Сын командарма Якира» — к большому сожалению, и не только моему. Тема непростая, материя тонкая, требует особенного такта и добросовестности — вышло же и недобросовестно, и бестактно.

В начале автор напоминает нам об известном процессе 1973 года, на котором подсудимый Петр Якир, видный московский диссидент, подробно рассказал о своей антисоветской деятельности и полностью в ней покаялся. Автор ставит вопрос: «Что это — непредсказуемая человеческая слабость или закономерность всей его жизни?» И далее, опираясь на свои воспоминания, отвечает: закономерность. Однако посмотрим, основательна ли опора.

Впервые Горчаков встретился с Петром Якиром летом 1944 года в следственной камере Лубянки и затем вскоре же, весной 1945 года, уже в Бутырской тюрьме, после приговора (оба получили по 8 лет лагеря). Для Горчакова — это первый срок, для Петра — уже второй. Автору вспоминается живой и общительный молодой человек. Он разговорчив, любознателен, щедр, хвастлив и очень симпатичен. Он не скрывает своего антисталинизма. Он рассказывает, что за краткое время пребывания его на воле НКВД использовал его как приманку, чтобы посадить целый круг его прежних знакомых. Считает, что и без него посадили бы: ведь от них не скроешься. Здесь автор высказывает неясное предположение, что «приманка» могла быть и просто сотрудничеством.

Здесь же и я, в свою очередь, хочу подчеркнуть: перед Горчаковым был человек, который уже прошел 5 лет тюрьмы и каторги, причем посажен был в возрасте 14 лет, то есть почти без перехода из сына командарма был произведен в малолетние преступники; несколько раз пытался бежать, был пытан на дыбе; пережил расстрел горячо любимого отца и еще свыше 40 родных и близких; пребывал в полной неизвестности о судьбе родни, оставшейся в живых и, как и он, пропадавшей в лагерях.

Следующая встреча — через 13 лет. 1958 год. Петр уже в Москве, с матерью, женой и дочерью. Горчакову тоже «сняли ссылку», и он находит Петра. Радужный прием. У Петра хорошая квартира, он учится в историко-архивном, и это понятно: ведь еще тогда, в 1944-м, он клялся, что восстановит истину. Через два года Горчаков и сам возвращается в Москву из своей колымской ссылки. . . . Но у Петра уже своя жизнь, круг его друзей и ин-

тересов чужд Горчакову, и отношения их прекращаются. Это, стало быть, в 1961—1962 годах.

Из 6 столбцов очерка я пересказал 5.

На всю оставшуюся жизнь Петра Якира (он скончался в 1982 году) остался у мемуариста один, последний, столбец, где о главном периоде биографии своего героя пишет он так:

«С годами стали до меня доходить слухи о бурном диссидентском кипении, в котором громко звучало его имя».

Читатель! Это — все, что автор имеет сообщить нам о времени, важнейшем для судьбы и души Петра Якира. Автор знает об этом лишь по слухам — и этого ему достаточно для вынесения вердикта:

«Петя не стал героем диссидентства — он стал жертвой своего тщеславия» . . .

А ведь именно в эти годы Петр стал одним из важнейших зачинщиков, а там и деятелей нашего диссидентства — и ни на минуту не прекращал этой деятельности вплоть до ареста в июне 1972 года. Это было для него, как и для многих, драматическое, неслыханное время: начало и бурное развитие правозащитного движения в 1966—1968 годах, отчаянная борьба в 1969—1972 годах. Непрерывная слезка, обыски, увольнения, аресты, процессы, демонстрации, митинги, первые проводы в безвозвратную эмиграцию и первые похороны — все это было пережито Петром Якиром непосредственно, все это прошло прямо по его сердцу, а последние два года перед арестом держало его в невероятном напряжении и в конечном итоге подорвало его душевные силы, что, разумеется, и облегчило «нашему гестапо» задачу сломать его на следствии.

Я это видел. Я это очень близко видел. Но Генриха Горчакова я при этом не наблюдал. И потому утверждаю: Горчаков пишет и судит в своем очерке о том, чего он не знает. Он домысливает. Что ж, имеет право. Но домысел-то можно проверить. Очевидцы, свидетели, участники, близкие, друзья — вот они, живы, в Москве. Горчакову это не нужно. Дочь Якира жива, брат, тетка — нет, и соображения такта его не удерживают. Почему?

Он не задается даже очевидным вопросом: если тщеславие — главная пружина Петриной природы, отчего же он, так «ревностно относится к престижности своего положения», «мечтавший о карьере, об аспирантуре», он, который затем и кончил эту аспирантуру, и написал диссертацию, и стал блестящим историком, он, знакомый с половиной Москвы — и не только с Лилей Брик, но и с Майей

Плисецкой, и с Игорем Таммом, и с Олегом Ефремовым, и даже с Марком Шагалом и Луи Арагоном, — отчего же он всей этой престижностью пожертвовал для опасной, сомнительной и весьма малопrestiжной карьеры диссидента?

И другим очевидным вопросом не задается Горчаков. Вот он сам же свидетельствует: в 20 лет Петр — уже убежденный антисталинист, клянется восстановить историческую правду. В 32 года, имея за плечами 17 лет тюрьмы, каторги и ссылки, поступает в Историко-архивный институт, где и учится вместе с шестнадцатилетними первокурсниками, и получает прекрасную возможность исполнить свою клятву — и исполняет ее: он не только собрал сборник воспоминаний об отце, он изучил огромный материал и о гражданской войне, и о 30-х годах, и в 1963—1966-м прочел множество лекций о культе и его последствиях. Но вот лекции его прикрыли, там и сям стали поминать ненавистное имя «отца народов» в положительном контексте, правду о 37-м принялись вычеркивать из всех работ, опять пошли фальсифицированные процессы (Бродский, Даниэль и Синявский), возобновились прежние ложь и произвол — разве этого мало для с детства убежденного антисталиниста, чтобы протестовать?

И еще одним вопросом не задается Горчаков. 14-летним малолеткой начал Петя свою лагерную жизнь, два срока отбыл, а освободившись, прошел пол-Сибири до середины Енисея, где и нашел свою жену на поселении, чтобы отбывать вместе с ней ее бессрочную ссылку. Но вот настала «оттепель», начались реабилитации, сказали правду о Сталине, с самых высоких трибун раздалось: «Это не должно повториться!» — и вроде бы искренно раздалось. И пожалуйста: повторилось. И не раз, и не два. Кому же первому возмущаться, как не бывшему лагернику? Они-то, бывшие, и возмутились: сколько их подписей стоит под первыми протестами! Однако не подействовало. И они умолкли. И остались в движении единицы, в их числе — Петр. И я очень хорошо помню, как его бесило это отмалчивание старых каторжан. Потому что и для них, и для себя он считал должным участие в правозащитном движении.

И он на совесть исполнял этот долг. Это подтвердят все диссиденты, кто помнит его по тем временам. Из многих его дел укажу на одно, очень важное: было время, когда на нем одном держалась связь с мировой гласностью. И я очень хорошо помню, как изматывала его эта добровольная обязанность.

Но Горчаков из всех Петиних дел выделяет только участие в постыдном процессе, а из всех мотивов видит лишь тщеславие. Он не хочет замечать разницы между Петей-42 и Петей-72. Как тогда был приманкой, так и потом. Как тогда был способен предать, так и впоследствии. «Это было заложено в его характере». Тщеславный трус — вот кого из всех сил тщится выписать перед нами Горчаков в бессовестном своем очерке. А я на это вот что скажу. Уже после процесса, уже когда Петр вернулся в Москву из краткой своей ссылки, видел я, как подходили к нему и публично здоровались видные наши диссиденты, имена которых фигурировали в его показаниях. И они знали об этом. Чем

же объяснить подобное великодушие? Вроде бы кончился уже «тот мифологизированный ажиотаж, создаваемый вокруг его имени разнородными друзьями» (Горчаков). А тем и объяснить, что диссиденты наши в первую очередь ценили то, что сделал Петр для правозащитного нашего движения, и ответственность за его позор возлагали все-таки не столько на того, кто сломался, сколько на того, кто ломал.

Тут-то и подхожу я к замечательному пассажиру из первого столбца: «Известно, что Якир дал показания более чем на двести человек. Кто может ответить, сколько из них было арестовано, сколько погибло, сколько покончило самоубийством, сколько было разрушено судеб?» Отвечаю: вследствие показаний Петра Якира никто не погиб, никто не покончил и ничья судьба не разрушилась. Удар был, конечно, очень тяжелый, но движение было живо не одним Якиром, и процессом ничуть остановлено не было, и Андропову пришлось еще минимум дважды раскидывать подлые свои неводы. Что до Яковсона, которого Горчаков записывает в «безусловные жертвы Якира», то и здесь опять неправда: опять он пишет про то, чего не знает. Ну не знает человек ничего о нашем диссидентстве, а берется судить да рядить! И ведь прочел толстенную книгу Людмилы Алексеевой «История инакомыслия в России», прочел — и тем не менее написал: «У диссидентства, подрывавшего корни тоталитаризма, приготовлявшего площадку для свободного созидания, история сложная». (Кто бы спорил!) «Но меня всегда смущало, когда в шумных застольях с хорошей закуской и хорошим вином решались судьбы нищей, голодной, затюканной России . . .» Нуждается ли в комментариях подобная пошлость? Перепутал диссидентов с политбюро . . . Закаленному зеку с восьмилетним стажем сталинской каторги я должен объяснять, что за пьяный застольный треп срока не давали? А что давали его за публичную критику режима? А для этого требовалось преодоление страха. А на это нужны были силы, и не каждый их находил. А кто и находил, не всегда умел их рассчитать . . . Откуда же это странное упорное желание опозлить драму? Не оттого ли (позволю и я себе домысл — но в виде вопроса, господа, в виде осторожного вопроса!), что в свое-то время оных сил не хватило, но признаться в этом очень не хочется, даже самому себе, и тогда на помощь живо приходит утешительная мысль о зеленом винограде? . . .

Что и говорить, Петр Якир был человеком простым (а кто — простым?) и далеко не ангелом. Придет час — мы услышим о нем настоящее слово, но скажет его не Генрих Горчаков.

НЕОБХОДИМОЕ ПОСЛЕСЛОВИЕ

Факты — вещь упрямая. Юлий Ким и не подвергает сомнению ни один из фактов, приведенных в очерке «Сын командарма Якира», но трактовать их можно по-разному. Генрих Горчаков не воссоздает биографию Якира, а пишет воспоминания о нем, дает определенную интерпретацию его судьбы и деятельности, выражает свое отношение к диссидентству. И, безусловно, имеет на это право. Так же, как Юлий Ким, много лет принадлежавший к близкому мировоззренческому окружению Якира,

связанный с ним родственными узами, имеет право на личное отношение к этому человеку и его судьбе.

Думается, корень противоречий обусловлен принципиально противоположным отношением к историческому вопросу о личной ответственности. Позиция одной из сторон, надо полагать, сводится к следующему: если осознал, что перешла в наступление тоталитарная власть, — стань подписантом-правозащитником. А хватит ли сил выдерживать добровольно принятую ношу, не заложить сподвижников в «нашем гестапо» — это уже проблема, существующая где-то вовсе отдельно, сама по себе. Не случайно, как подчеркивает Ю. Ким, Якир считал для «старых каторжан» «должным участие в правозащитном движении». Ю. Ким утверждает, что после показаний П. Якира никто не пострадал. Не стоит ли обратиться к известным воспоминаниям упоминаемого автором письма в редакцию правозащитника А. Якобсона «Почва и судьба», в которых самоубийство Ильи Габая прямо связывается с поведением Якира (Вильнюс—Москва, 1992, стр. 258)? Якобсон свидетельствовал, что его вынужденная эмиграция была вызвана показаниями Якира (там же, стр. 260—261).

По другой логике, прежде чем заняться той или иной деятельностью, необходимо взвесить свое реальное положение, свои силы и возможности, дабы в критический момент не подставить других. Об этом говорит Г. Горчаков в очерке «Сын командарма Якира».

Любая точка зрения равноправна, но отнюдь не все точки зрения равноценны. В данном случае о ценности каждой позиции судить читателю.

Обвинения же носителя иного взгляда на жизнь в «недобросовестности», «бестактности», тем более в «бессовестности», думается, неприемлемы, ибо таким образом опровергается право на высказывание своих взглядов.

Придет час — и история обобщит разнообразные противоречивые живые свидетельства о Петре Якире. Среди них будут свидетельства и Генриха Горчакова, и Юлия Кима.

Комментарий сделало необходимым «Необходимое послесловие» редакции «Курантов». Это наглядный пример, как попытка объективности превращается в объективизм, т. е., в нечто чистое механически уравновешенное и в результате внешнее, проходящее мимо сути. Последнее не в выяснении перевеса одного из двух рядов противоположных фактов, так как значение каждого из них задается более общим контекстом. Поразительно, что все три участника спора — Г. Горчаков, «Куранты», и в известной мере Ю. Ким — игнорируют проблему технологии того, КАК сломать человека, проблему психологических пыток «нашего гестапо», стихию садизма, палачества. С удивительной легкостью и деловитостью говорится о том, что, мол, надо рассчитывать свои силы, а не безоглядно вступать на путь правозащитной борьбы. Но речь ведь идет не о банальной физической боли, не о материальном ущербе, не о крахе карьеры, честолюбивых замыслов, личностной самореализации. Нет. Ловят твою дочь на самиздате и предлагают на выбор: кайся, закладывай, или посадим ее в лагерь и сделаем проституткой. Или: твои больные родители не выдержат допроса. Или шантажируют публичным судебным процессом позорного рода и сами впускают в камеру гомосексуальных насильников, действующих постепенно. Так легко добиваются самоубийства или инфаркта . . . Конечно, в нашем еще вчера феодальном обществе принуждение к сожительству за место работы или зачет в институте — не в диковинку. Но на примере героя «1984» должно, наконец, быть ясно: сломать можно каждого, у каждого есть «ахиллесова пята» и поэтому, не столько грешно сломаться, сколько грешно пытаться. Как начисто отсутствует в этих высокомерных обвинениях христианский дух. И как характерны эти нападки только на слабую сторону . . .

С этого номера журнал открывает новую рубрику, знакомящую читателей с международным правом, а также законодательной практикой зарубежных стран в области психиатрии. В конце 80-х — начале 90-х годов в ряде государств мира были приняты новые законодательства, направленные на обеспечение гарантий прав лиц, помещаемых в психиатрические учреждения. Читатель имеет возможность сравнительного анализа отечественных и зарубежных правовых норм.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АВСТРИИ

Ю. Н. Аргунова

1 января 1991 г. в Австрии вступили в силу два новых закона: Федеральный закон «О помещении психически больных в лечебные учреждения», принятый Парламентом 1 марта 1990 г., и Федеральный закон «Об осуществлении психотерапии» от 7 июня 1990 г. С их принятием завершился второй этап австрийской реформы права в области психиатрии. Первым ее этапом явились подготовка и принятие в 1983 г. Закона «Об опеке», внесшего существенные изменения в гражданское законодательство.

Закон «О помещении психически больных в лечебные учреждения»¹, явившийся результатом десятилетней подготовительной работы, заменил собой Закон «О порядке объявления лица недееспособным» 1916 г., восходящий еще ко времени монархии, и частично Закон «О направлении душевнобольных в стационар» 1957 г., подвергавшийся разносторонней критике. Одновременно с Законом о помещении были приняты два дополнительных закона: Федеральный закон «Об общественных представителях и защитниках пациентов» и Федеральный закон, в котором Закон о лечебных учреждениях приведен в соответствие Закону о помещении.

1. **Цель и сфера применения Закона.** В качестве основной своей цели Закон провозглашает защиту прав личности каждого психически больного пациента, который в условиях стационарного учреждения подвергается ограничению в правах. «Права личности психически больных, которые помещаются в лечебные учреждения, — говорится в § 1, — должны защищаться особо. Человеческое достоинство психически больных должно уважаться и охраняться при всех обстоятельствах» (п. 1). «Ограничения прав личности допустимы только если они ясно предусмотрены в конституционном праве, в данном Федеральном законе или в других законах» (п. 2).

Закон о помещении, таким образом, предназначен исключительно для регламентации процедуры ограничения свободы лиц, помещаемых в психиатрические лечебные учреждения и отделения психиат-

рического профиля. Он не регулирует другие формы психиатрической помощи (обычное стационарное пребывание, внебольничное обслуживание или помещение в учреждения органов социального обеспечения), хотя связанные с ними ограничения прав и дефицит юридической защиты, по мнению С. Копетзки¹, могут обнаруживать совершенно сопоставимые размеры (предлагается в будущем эти вопросы также отрегулировать в законодательном порядке). Речь идет, следовательно, не о «законе о психиатрической помощи», в котором широко регулируется деятельность психиатрической службы, а о правовом контроле государственного принуждения в психиатрических учреждениях. При этом Закон не распространяется также на случаи принудительного лечения в специальных учреждениях лиц, совершивших общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законодательством.

Предписания данного Закона имеют силу лишь в случаях необходимости ограничения свободы действий пациентов в психиатрических учреждениях. Такое ограничение может проявляться либо в пребывании «в закрытом помещении» (палате, части отделения, отделении), либо выражаться в других ограничениях внутри самого помещения (например, применение смиренной рубашки, пристегивание к поясу и т. д.).

2. **Условия помещения.** В соответствии с § 3 Закона, в психиатрическое учреждение вправе поместить только того, кто 1) страдает психическим заболеванием и в связи с этим подвергает опасности серьезно и значительно свою жизнь или свое здоровье либо жизнь и здоровье других и 2) не имеет удовлетворительного врачебного лечения или обслуживания другим образом, прежде всего, вне учреждения.

Таким образом, Закон называет 3 условия помещения, которые должны быть в наличии одновременно. Существование этих условий должно постоянно оцениваться при доставке пациента в больницу, при его приеме, во время судебного производства, в период пребывания в стационаре.

¹ Unterbringungsgesetz — Bundesgesetzblatt, 1990/155. Далее сокращенно «Закон о помещении».

¹ Kopetzki C. Das neue österreichische Unterbringungsrecht. — Recht und Psychiatrie, 1991, 9, S. 62.

А. Психическое заболевание. На основании данного Закона не допускается помещение в недобровольном порядке лиц умственно ограниченных.

Б. Опасность для собственной жизни и здоровья либо жизни и здоровья других. Этот критерий заменил существовавшую в ранее действовавшем законодательстве расплывчатую формулировку «угроза собственной безопасности или безопасности других». Угроза иным ценностям (в т. ч. имуществу) в Законе не предусматривается. Кроме того, угроза должна быть «серьезной и значительной», что подразумевает как особую тяжесть грозящего ущерба («значительная»), так и высокую степень вероятности его наступления («серьезная»). Возможность помещения вследствие одной лишь «нужды в обслуживании» или угрозы беспризорности в ходе парламентских обсуждений была отвергнута. Как отмечалось, необходимость медицинского обслуживания может оправдывать помещение только тогда, когда это вызвано особо серьезными угрозами здоровью. Примечательно, что и Федеральный конституционный закон о защите свободы личности, принятый в Австрии в 1988 г., допускает лишение свободы вследствие психического заболевания только тогда, когда существует основание к допущению, что тот, о ком идет речь, «подвергает опасности себя и другого».

В. Субсидиарность: отсутствие возможного альтернативного, прежде всего внебольничного, обслуживания. Помещение должно осуществляться только как «последнее средство», т. е. в случаях, когда больному нельзя помочь иным способом. При этом допустимость помещения зависит также от фактической возможности располагать в достаточной мере учреждениями социального обеспечения (временными приютами, домами инвалидов), помощью членов семьи и их готовностью заботиться о больном.

3. Способы помещения. Закон называет два способа помещения: помещение «по требованию» и помещение «без требования».

А. Помещение по требованию. В соответствии с § 4 «лицо, в отношении которого существуют предпосылки помещения, вправе быть помещенным по собственному требованию, если оно в состоянии понимать основание и значение помещения и благоразумно склонить свое желание к этому». Требование должно быть представлено перед приемом и написано собственноручно в присутствии двух врачей: руководителя отделения (его заместителя) и врача-специалиста в области психиатрии и неврологии. Требование может быть отозвано в любое время. Это право специально разъясняется поступающему руководителем отделения. Для помещения в психиатрическое учреждение несовершеннолетнего или лица, находящегося под опекой, требуется письменное согласие их законных представителей. Руководитель отделения и врач-специалист проводят обследование поступающего. Помещение может быть произведено «только если в результате единодушных, выработанных независимо друг от друга врачебных заключений будут установлены наличие предпосылок помещения, равно как и благоразумие и способность к суждениям». Результат обследования фиксируется в истории болезни, к которой приобщаются врачебные заключения. Руководитель отделения разъясняет принимаемому

функции защитника пациента, который может по желанию больного представлять его интересы.

Помещение по требованию не может превышать шести недель, а по повторному требованию — в общей сложности десяти недель (§ 7). Продление помещения свыше указанных сроков недопустимо. Однако на основании § 11, если пациент отозвал свое требование или по окончании шести недель не заявил его повторно или допустимая общая продолжительность помещения по требованию истекла, но при этом основания для его помещения сохраняются, такое помещение переходит в помещение без требования.

Б. Помещение без требования. Эта форма помещения содержит две ступени: доставку и принятие. В соответствии с § 8 «лицо может быть помещено в психиатрическое учреждение против или без его желания только в случае, если его освидетельствует врач, состоящий на государственной медицинской службе, или полицейский врач и установит существование условий помещения. В заключении врача должны быть приведены основания, по которым он считает эти условия подходящими для помещения».

К врачам, которым предоставлено право такого освидетельствования, относятся участковые, общинные, окружные врачи, главные врачи районных отделов здравоохранения. Специальная квалификация при этом не требуется. Включение в этот перечень частнопрактикующих врачей-специалистов, предусматривавшееся в первом проекте Закона, не встретило поддержки ни со стороны психиатров, ни среди критически настроенных по отношению к психиатрии лиц и группировок, ни у официальных органов¹.

Если врач установит существование условий помещения, то органы службы безопасности имеют право и обязаны доставить или вызвать данное лицо в психиатрическое учреждение, привлекая в случае необходимости скорую помощь. При опасности промедления служба безопасности может доставить лицо в учреждение и без предварительного освидетельствования. Иные органы и лица (например, родственники) не вправе осуществлять принудительную доставку.

Руководитель отделения и врач-специалист незамедлительно обследуют поступающего. Лицо может быть принято только по их единодушному и независимо друг от друга выработанному заключению о наличии предпосылок помещения, которое вносится в историю болезни. Руководитель отделения информирует принятого больного об основаниях помещения и еще до помещения срочно извещает защитника пациента; с согласия больного сообщает его родственникам о требованиях самого больного и его защитника, а также извещает суд (§ 10 и 17).

4. Защита пациента. Организация защиты пациента, предназначенная для оказания юридической помощи пациентам, госпитализированным в недобровольном порядке, образует основу права помещения и является центральным нововведением в законодательное регулирование оказания психиатрической помощи в Австрии.

¹ Forster R. Was bringt das Unterbringungsgesetz? — Gemeindefachpsychiatrie, 1991, 2, S. 12.

Назначение защитника пациента производится председателем участкового суда заранее для всех помещаемых пациентов из числа членов специальных союзов (в частности, «Союза представительства и защиты пациента»), официально признанных и поддерживаемых государством. В обязанности этих союзов входят подготовка, повышение квалификации, руководство и контроль защитников пациента, а также их персональное выдвижение. Защитник пациента может не иметь юридического образования.

Защитник пациента, во-первых, является представителем больного в судебном производстве по делу о недобровольном помещении в психиатрическое учреждение и, во-вторых, защищает его права в период нахождения в стационаре (реализует право на обжалование судебного решения, на подачу заявления в суд о допустимости применения в отношении него мер ограничения, а также методов лечения и др.). Таким образом, правовые возможности, предоставленные защитнику пациента для выполнения его задач, ограничены, его функции не подменяют полномочий представителя психически больного в гражданском процессе и неограничивают дееспособности больного.

Контакт между пациентом и защитником не должен ограничиваться (§ 34). Защитник пациента информирует больного о предполагаемых с его стороны действиях, «идет навстречу желаниям больного насколько это не сопряжено с вероятностью причинения ущерба больному и ему самому». Если защитник сомневается в эффективности недобровольной госпитализации, он сообщает об этом руководителю отделения.

Согласно § 15, защитник пациента обязан сохранять тайну (за исключением информации для суда) о каждом сделанном наблюдении при выполнении своих обязанностей насколько это необходимо в интересах больного. Нарушение запрета предавать огласке не подлежащие разглашению сведения наказываются в соответствии с § 301 УК Австрии.

Больной вправе выбрать себе защитника и по своему желанию, поручив свое представительство адвокату или нотариусу. Полномочия защитника пациента, назначенного судом, в этом случае прекращаются.

5. Судебное производство. Реформа законодательства в области психиатрии в Австрии, основанная на положениях Европейской конвенции о правах человека и Федерального конституционного закона о защите свободы личности, закрепила в качестве важнейшей меры правовой защиты пациентов судебный контроль допустимости недобровольного помещения в психиатрическую больницу, применяемых в отношении пациентов ограничений и лечебных мероприятий.

Судебное производство по данной категории дел подразделяется на две стадии. Это связано с задачей быстрого принятия судебного решения наряду с необходимостью всестороннего анализа обстоятельств дела.

А. В течение четырех дней с момента получения сведений о помещении суд по месту нахождения учреждения должен «приобрести личное впечатление о больном». Суд должен информировать его об основании и цели судебного производства, а также

заслушать самого больного. Руководитель отделения должен позаботиться о том, чтобы предпринятое в отношении больного врачебное наблюдение не препятствовало бы возможности заслушивания. Суд изучает историю болезни, знакомится с руководителем отделения, защитником пациента, заслушивает других представителей больного, привлекает в случае необходимости врача—эксперта (§ 19). Если суд приходит к выводу, что предпосылки помещения отсутствуют, то он должен признать помещение необоснованным. Помещение в этом случае немедленно прекращается, если руководитель отделения не заявит протест, по которому суд немедленно должен вынести решение о приостановлении действия этого протеста. Протест может быть заявлен в течение трех дней. Если же суд подтвердит наличие условий помещения, то он должен предварительно до принятия окончательного решения признать помещение допустимым и одновременно назначить устное слушание, которое должно состояться не позднее 14 дней после первого слушания (§ 20).

Б. При подготовке ко второму слушанию суд приступает к подробному производству расследования для установления имеющих существенное значение фактов.

Важнейшим доказательством по делу является письменное заключение эксперта—психиатра, не являющегося сотрудником данного учреждения, о наличии условий помещения. По требованию больного или его представителя суд приглашает второго эксперта. Заключение должно быть своевременно передано всем участникам дела (больному заключение передается только в случае, если оно не наносит ущерба его здоровью). В случае необходимости суд проводит дальнейшее выяснение наличия условий помещения, поручая, например органам безопасности, провести допрос свидетелей для выявления так называемого акта агрессии и т. д. Он может заслушивать близких больному лиц, а также других лиц и органы, которые могли бы взять на себя врачебное лечение или обслуживание вне учреждения, истребовать от них мнение в письменном виде.

Руководитель отделения перед началом слушания представляет историю болезни и заботится, чтобы больной мог принимать участие в слушании. Слушание проходит в открытом судебном заседании. Однако в интересах больного слушание может быть закрытым. Больному, его представителю как и руководителю отделения предоставляется возможность высказать свою позицию при установлении существенных обстоятельств, а также поставить вопрос о лице, являющемся источником сведений и об эксперте (§ 22—25).

По окончании слушания суд принимает решение о допустимости помещения. Оно объявляется в присутствии больного, мотивируется и разъясняется ему. Решение вступает в силу немедленно. Если суд признает помещение допустимым, то одновременно устанавливается его срок, который не должен превышать трех месяцев от начала помещения. Если суд признает помещение недопустимым, то оно немедленно прекращается. Если руководитель отделения во время слушания заявит протест, суд обязан вынести решение о приостановлении действия протеста. Такая мера суда препятствует

затягиванию освобождения лица, о котором идет речь. Решение суда оформляется и вручается в течение восьми дней больному, его представителю, а также руководителю отделения.

Для продления помещения предусмотрены дифференцированные сроки. Если по истечении первого срока пребывания возникает необходимость в его продлении, суд может при новом рассмотрении дела с учетом обстоятельств продлить срок госпитализации, но не более чем на 6 месяцев. Свыше года дальнейшее помещение может быть признано допустимым, только если оно требуется по особым медицинским показаниям на основании согласованных заключений двоих экспертов, которые «по возможности» не участвовали в прежних слушаниях по данному делу. В этом случае помещение может быть признано допустимым на срок, не превышающий одного года (§ 30). Однако предельного срока недобровольной госпитализации Закон не предусматривает.

Судебное решение, допускающее помещение, не является строго обязательным для лечебного учреждения и не связывает его (в противоположность решению о недопустимости помещения). Вопрос о прекращении помещения всегда решается руководителем отделения как только отпадают предпосылки помещения, несмотря на санкционирование его судом.

Решение суда, в котором помещение признано допустимым, может быть обжаловано в течение 14 дней больным или его представителем. Право на обжалование предоставлено также родственникам по восходящей и нисходящей линии, супругу или «спутнику жизни» больного. Решение, в котором суд признал помещение недопустимым, может быть в течение 8 дней опротестовано руководителем отделения. Суд II инстанции выносит решение в течение 14 дней после получения жалобы или протеста. Если суд признает недобровольную госпитализацию недопустимой, то она немедленно отменяется.

6. Ограничения в период нахождения в стационаре. Одним из серьезных недостатков ранее действовавшего австрийского законодательства являлось отсутствие надлежащего правового регулирования взаимоотношений между психиатрическим учреждением и пациентом в период его пребывания. На практике это зачастую приводило к нарушениям прав пациента.

Закон о помещении впервые содержит более подробную регламентацию возможных ограничений, применяемых в отношении больных, находящихся в стационаре. Закон регулирует, в частности: ограничения свободы действий; связь с внешним миром; врачебное лечение. Ограничения, которые в Законе не предусмотрены, являются, следовательно, недопустимыми. Так же новым является перенесение некоторых задач контроля в отношении применения конкретных мер принуждения на судебные органы. Предписания Закона имеют силу равным образом для всех пациентов как поступивших по добровольному согласию, так и помещенных в недобровольном порядке.

А. Ограничения больного в свободе его действий по способу, объему и продолжительности, согласно § 33, допустимы поскольку они в каждом конкретном случае необходимы для предотвращения

серьезной и значительной опасности для жизни и здоровья самого больного и других лиц, а также для лечения или обслуживания. Ограничения предписываются лечащим врачом, фиксируются в истории болезни с указанием их причин, а также немедленно доводятся до сведения представителя больного. По требованию больного или его представителя суд немедленно решает вопрос о допустимости такого ограничения.

Б. Связь с внешним миром. Переписка больного как и его общение с представителем не должны ограничиваться. Право на получение свиданий и телефонную связь с другими лицами может быть ограничено в той мере насколько это необходимо для благополучия больного (§ 34). Вопросы, связанные с оформлением, уведомлением представителя, оспариванием в суде решаются аналогично.

Ограничения избирательного права Законом не предусматривается. Однако на основании Положения о выборах в Национальный Совет (§ 74) осуществление избирательного права может быть запрещено руководителем учреждения «по уважительным медицинским причинам».

В. Лечение больных, согласно § 35, должно основываться на принципах и методах, признанных медицинской наукой. Основание и значение лечения разъясняются пациенту (если это не наносит ущерба его здоровью), его законному представителю, а также защитнику пациента по его требованию.

Закон дифференцирует правовую регламентацию лечения в зависимости от двух критериев: способности больного к волеизъявлению, а также от способа лечения («обычное» или «особое»). Различий между психиатрическим и другими видами лечения не делается.

Если больной может осознавать основание и значение лечения и определить в отношении него свое желание, то лечение, в соответствии с § 36, не должно проводиться вопреки желанию больного. Особые лечебные процедуры, включая оперативное вмешательство, должны осуществляться только с его письменного согласия. Законом не определяется, однако, что понимается под «особой лечебной процедурой» помимо оперативного вмешательства. На практике это создает значительный простор для толкований. Так, в докладе парламентской комиссии по этому вопросу в качестве примера особой лечебной процедуры приводилось, в частности, применение электрошока.

Закон, таким образом, предусматривает право на отказ от лечения и для лиц, помещенных в психиатрическое учреждение в недобровольном порядке.

Если больной не может осознавать основание и значение лечения и определить в отношении него свое желание, то лечение не должно проводиться вопреки желанию его законного представителя; особые лечебные процедуры, включая оперативное вмешательство, должны в этом случае проводиться только с письменного согласия законного представителя. Если же больной не имеет законного представителя, то по требованию больного или защитника пациента вопрос о допустимости лечения незамедлительно решает суд. По существу речь в данном случае идет о регламентации принудительного лечения пациента, хотя Закон и избегает это понятие. Применение особых лечебных процедур (включая оперативное вмешательство) требует в

подобных случаях обязательного предварительного разрешения суда.

Однако, «если необходимо лечение в срочном порядке, а его отсрочка, связанная с получением согласия или разрешения, может угрожать жизни больного или создать опасность причинения тяжелого ущерба его здоровью», то соответствующего согласия и судебного решения не требуется. Решение о необходимости и неотложности такого лечения принимает руководитель отделения. Он извещает об этом законного представителя больного, а в случае его отсутствия — защитника пациента.

В отличие от ранее действовавшего законодательства, Закон о помещении не предусматривает недобровольного привлечения пациента к работе внутри учреждения, а также не предоставляет возможности его «увольнения в отпуск». В Законе впервые регламентировано право ознакомления с историей болезни как представителя больного, так и самого больного, если это не наносит ущерба его здоровью. Отказ в ознакомлении фиксируется лечащим врачом в истории болезни с указанием оснований.

Таким образом, Закон Австрии «О помещении психически больных в лечебные учреждения» отражает международные тенденции в сфере правового контроля вмешательства в права лиц, страдающих

психическими расстройствами. Особый интерес для нас представляет институт защиты пациента тем более, что создание аналогичной службы предусмотрено и российским Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», однако в отличие от австрийской законодательной практики соответствующего правового акта по этому вопросу в Российской Федерации еще не принято, как и не приведены в соответствие с указанным Законом РФ другие законодательные акты России.

Однако, по мнению австрийских психиатров и юристов, принимавших участие в создании Закона, эффективность новых мер правовой защиты не должна переоцениваться.

Некоторые положения Закона о помещении носят дискуссионный характер. В частности, норма, согласно которой освидетельствование лица, помещаемого в психиатрическое учреждение в недобровольном порядке, вправе проводить врач, не имеющий специальной психиатрической квалификации. Остаются неясными отдельные формулировки Закона, а также отнесение к понятию «помещение» всяких ограничений внутри самого учреждения.

В целом же Закон о помещении явился важным шагом по пути признания равноправия психически больного как гражданина общества.

ПОДНИМЕТ ЛИ СИЗИФ СВОЙ КАМЕНЬ?

В нашей стране по приглашению НПА побывал доктор МЕЛВИН САБШИН, бессменный на протяжении 20 лет Медицинский директор Американской психиатрической ассоциации (АРА). В перечне его званий значится и такое — Почетный член Независимой психиатрической ассоциации России.

Размышляя о проблемах психиатрии в США и России, гость нередко прибегал к литературным реминисценциям. И, выразив общий оптимистический прогноз в отношении перспектив российской психиатрии, вспомнил однако мифологического Сизифа. Дескать, дел — на всю оставшуюся жизнь. Возможно, американский оптимизм позволяет надеяться, что Сизиф все же поднимет на гору свой камень?

Беседу с доктором МЕЛВИНОМ САБШИНЫМ вела наш корреспондент НАТАЛИЯ САФРОНОВА.

Н. С. — Расскажите об американской модели организации психиатрической помощи. Учитывая сроки лечения, стоимость обслуживания, лекарств — отрасль эта дорогая. Как она финансируется? Какую часть затрат берет на себя государство?

М. С. — В составе федерального правительства есть, как в России, министерство здравоохранения, которое ведает еще и социальными службами. Ему подчиняются несколько структур, курирующих связанные с психиатрией вопросы, таких как Национальный институт психического здоровья, Национальный институт по проблемам алкоголизма и Национальный институт наркологии. В составе же МЗ действует агентство, отвечающее за координацию и финансирование различных служб психиатрии. Отсюда осуществляется поддержка таких служб во всех 50 штатах. Но, как вы знаете, каждый штат имеет и свое правительство, и свой бюджет. Порою средства таких местных бюджетов значительно превышают федеральные субсидии. Штаты имеют возможность содержать собственные больницы для своих граждан, хотя часть местных лечебных учреждений финансируется правительством федеральным. Кроме того, есть множество благотворительных фондов, обеспечивающих и программы помощи психически больным. Кое-что перепадает и от других ведомств, вроде министерства обороны — поскольку действуют специальные программы психиатрической реабилитации военнослужащих, ветеранов.

Н. С. — Какие задачи решает АРА?

М. С. — Это орган своего рода самоуправления специальностью. Поле деятельности обширно: образование, исследовательская работа, финансирование, взаимодействие с правительством, общественностью, правовыми организациями, издательская деятельность. Каждый раздел — свои проблемы. Поэтому президиум АРА (на федеральном уровне это 200 человек) опирается на работу региональных отделений; их 75, включая и те, что действуют в Канаде. На федеральном уровне акцент делается на фундаментальные научные разработки, образовательные программы. Однако исследования и подготовка специалистов ведутся местными университетами, медицинскими школами, в 120 из них есть психиатрические факультеты. Вся их деятельность требует координации. На местном уровне, в

столице каждого штата, АРА имеет свое отделение с исполнительными и юридическими функциями. Наиболее тесно мы сотрудничаем с Американской медицинской ассоциацией. Психиатры должны действовать в контакте с педиатрами, специалистами по внутренним болезням, семейной медицине, ведь нам, как и этим коллегам, приходится полагаться на собственный ум, интуицию, наблюдательность гораздо более других врачей, например, хирургов. Их-то успех во многом зависит от техники.

Н. С. — Существует ли нечто вроде кодекса чести для американских психиатров? И возможны ли среди них злоупотребления специальностью?

М. С. — Специального кодекса чести нет, но мы разделяем основные этические положения, разработанные для всех врачей Американской медицинской ассоциацией. На всех уровнях АРА есть свои этические комитеты, которые рассматривают случаи нарушения врачебной этики. Нас тревожит все возрастающее число сообщений в печати о злоупотреблениях на сексуальной почве. К сожалению, некоторые психиатры допускают подобные контакты со своими пациентами. Такие случаи чаще, чем раньше, предаются огласке. Это чревато для виновных серьезными последствиями. Героями подобных историй стало несколько известных в Америке психиатров.

Н. С. — Это скорее злоупотребление доверием, а не специальностью. Я имела в виду злоупотребления, аналогичные тем, что происходили в нашей стране. Как член исполкома Всемирной психиатрической ассоциации Вы в свое время знали о них; нарушения, как известно, вызвали справедливый бойкот зарубежными коллегами Всесоюзного общества психиатров. На конгрессе в Афинах 1989 года Вы занимали в отношении русских коллег лояльную позицию — ее вспомнил только что доктор Карпов на приеме в минздраве —, и членство нашей официальной психиатрии в WPA было восстановлено.

М. С. — Злоупотреблений с политической окраской в США было несколько, самый известный случай имел место 50 лет назад. Я имею в виду госпитализацию в больницу св. Елизаветы известного поэта Эзры Паунда. У него были психиатрические проблемы, однако он вполне мог обойтись без помещения в стационар. Пример интересен тем, что госпитализация в известном смысле была спаси-

тельной — Паунд прокламировал тогда профашистские взгляды.

Я знал о происходящем в вашей стране, бывал в бывшем СССР раз 5, много общался со старым руководством, работал в исполкоме WPA вместе с Маратом Вартаняном . . . И с 1975 по 1989 год являлся для России persona non grata за критику злоупотреблений нашей специальностью. Мы принимали, поверьте, происходящее у вас, близко к сердцу. Знаете ведь: «не спрашивай, по ком звонит колокол . . .»

Сейчас в России многое изменилось, я рад, что ассоциация доктора Юрия Савенко приобретает все больший вес. Отрадно, что люди, вроде Вячеслава Бахмина, боровшегося в свое время против практики злоупотреблений психиатрией в политических целях, привлечены к работе в органах власти. И значит, могут влиять на положение дел. Есть, безусловно, немало молодых, толковых людей, которые могут начать с чистого, так сказать, листа.

Н. С. — К сожалению, престиж специальности падает, это усугублено общими проблемами здравоохранения — страна переживает кризис. Начать с чистого листа мешает многое, в том числе и тихое сопротивление приверженцев старых взглядов. К тому же в обществе сильны антипсихиатрические тенденции, порою грешат ими и представители специальности. Есть ли подобные проблемы в США?

М. С. — Престиж специальности — величина непостоянная. В США, например, его пик приходится на начало 60-х годов. В период правления администрации президента Никсона, когда резко упал интерес к психиатрии, сократилось число желающих специализироваться в этой области. На пороге нового века нам тоже надо подумать о пополнении ассоциации за счет молодых, мыслящих людей. Мы стараемся привлекать таких к работе в исполкомах АРА, наделять их властью.

Экономические проблемы есть и в нашей стране. Президент Клинтон обещал реформировать все здравоохранение — расходы на него вышли из-под контроля. Надеюсь, что удастся добиться перераспределения средств в интересах нашей специальности. Поэтому нужны постоянные контакты в сенате, конгрессе, включение в деловые повестки дня властных структур проблем психиатрии. Но пока она все еще остается довольно закрытой для общества сферой; сил защитников интересов психически больных явно недостает для серьезного политического воздействия на власти. Характерно, что пациенты и их родные объединяются, чтобы отстаивать свои права. Создана Национальная лига защиты интересов психически больных, представители которой выступают даже в сенате.

Н. С. — Наши психиатры неодобрительно относятся к вмешательству в их профессиональные дела. В связи с разоблачениями недавних лет возросла настороженность по отношению к публичным выступлениям на темы психиатрии. Вспоминают при этом и принцип врачебной тайны, который может быть нарушен в результате чрезмерной гласности проблем психически больных. Где границы, на ваш взгляд, такой гласности?

М. С. — Конечно, врачебную тайну сохранять надо. Но психиатрия — область особая, порою требуется и охранение общества от психически больного. Есть ведь понятие социальной опасности. К

сожалению, защитники гражданских свобод в 60-е годы доходили до крайностей и больных людей просто невозможно было заставить лечиться. Нужен баланс между соблюдением прав больного человека и охраной прав окружающих. Законодательство не может предусмотреть всех коллизий, которые возникают в этой связи. Пока мы «добились» только того, что в каждом американском городе, на улицах, есть уйма потенциальных пациентов психиатрических клиник. Треть из обитателей скверов, подвалов, спящих прямо на тротуарах, скамейках — люди тяжело больные. Растет число душевно больных среди заключенных.

Границы врачебной тайны — категория не просто профессиональная, юридическая, часто это вопрос нравственности, морали.

Недавно в США скончалась известная писательница, которая наблюдалась долгие годы у психиатра. Некоторые члены ее семьи попросили врача предоставить для книги факты из истории болезни у врача, лечившего женщину. Другие родственники категорически возражают. Что делать врачу? А как быть с людьми, работающими в системе национальной безопасности? Как должны поступать врачи в случае их психического расстройства? Сейчас пациент в Америке может обратиться в суд, если конфиденциальность будет нарушена. Вот пример: жена интересовалась состоянием здоровья мужа у его психиатра. Пациент не возражал, но вот случился в семье разрыв, развод. И врач привлекается к суду за разглашение врачебной тайны. Много проблем вокруг психиатрических диагнозов возникает в страховых компаниях.

Н. С. — Открыта ли в США статистика, связанная с психической заболеваемостью?

М. С. — Да, сбор информации о психических заболеваниях и их распространенности ведется Национальным институтом психического здоровья. Существует общенациональная система мониторинга, но специалисты относятся достаточно критически к ней: информация должна быть более оперативной.

Н. С. — Думаю, что живописать проблемы нашей психиатрии не стоит, они понятны. В министерстве здравоохранения вы слышали резкую оценку положения дел в специальности. Это новое свойство представителей нашей бюрократии — безудержная критика, словно речь идет не о критике самих себя в первую очередь. Итак, критику сверху вы слышали. Нередко за подобным самобичеванием начинается разговор о необходимости помощи Запада. Как Вы относитесь к такой постановке вопроса?

М. С. — Помощь возможна новыми идеями, концепциями, наконец, лекарствами. Но любая помощь ограничена и преходяща. России предстоит самой решать свои проблемы.

Н. С. — Не решились бы Вы ответить согласием на предложение занять пост, ну, например, главного психиатра в нашем министерстве?

М. С. — Спасибо за «лестное» предложение. Нужно обсудить размеры зарплаты (гость, улыбаясь, принимает шутку. Подчеркиваю, что — шутку, для главного психиатра. Прим. Н. С.). По характеру я оптимист, но проблем столько . . . Поистине Сизифов труд предстоит.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ФОРУМЫ С УЧАСТИЕМ ЧЛЕНОВ НПА

**Симпозиум РА «Права человека, психическое здоровье и лечение
в радикально меняющемся мире»
(26—30 января 1993 г., Калгари, Канада)**

На симпозиуме, проходившем с участием представителей Всемирной психиатрической ассоциации, Всемирной организации здравоохранения, Международной ассоциации «Медицина и право» и ряда других ассоциаций, обсуждался широкий круг вопросов, среди которых одно из центральных мест заняла проблематика правовой регуляции психиатрической помощи, а также судебная и тюремная психиатрия.

По вопросам правовой регуляции психиатрической помощи были представлены обзорные доклады, освещающие состояние этой проблемы в странах Восточной Европы, Тихоокеанского региона и Латинской Америки. В развернувшихся дискуссиях было отмечено, что эта проблема решена в разной степени в указанных регионах мира, так же как и внутри каждого региона в отдельных странах имеются существенные различия. Общей была идея о необходимости поддержки усилий в продвижении отдельных стран в данном направлении и в проведении совместных исследований в сфере анализа состояния правовой регуляции психиатрической помощи.

Чрезвычайно интересным было заседание, которое называлось «Психиатрия в меняющемся мире» и где были представлены доклады из стран Восточной Европы. В обзорном докладе, обобщившем все представленные по этой проблеме материалы (его подготовил профессор У. Рид (США), были отмечены значительные позитивные перемены (в том числе в плане правовой защиты пациентов, а также и в других важных аспектах) в организации и осуществлении психиатрической помощи в странах Восточноевропейского региона, происшедшие после 1990 года. Одновременно были выделены и многие нерешенные вопросы, как общие для стран региона, так и типичные для каждой из них. Было констатировано, что оценки ситуации в психиатрии, данные представителями восточноевропейских стран, не входивших в состав СССР (за исключением Албании и Болгарии), более пессимистичны, чем данные представителями бывших советских республик.

Интересным и информативным оказался раздел, касающийся тюремной психиатрии. Были представлены доклады, в которых обрисованы такие вопросы, как сексуальные перверзии у отбывающих наказание, характер наиболее часто встречающихся у осужденных психических расстройств, роль судебного (тюремного) психиатра в оказании квалифицированной психиатрической помощи данному контингенту осужденных.

В разделе, посвященном вопросам судебной психиатрии, большой интерес вызвали доклады, касающиеся перспектив развития этой науки. Основная мысль — сближение судебной психиатрии и юриспруденции в плане усиления правовых гарантий проходящим экспертное освидетельствование и расширение предмета судебно-психиатрической экспертизы, в том числе за счет решения комплекса вопросов, относящихся к гражданскому судопроизводству.

11 международный конгресс по медицинской информатике (18—22 апреля 1993 г., Иерусалим)

На состоявшемся конгрессе в центре внимания были вопросы компьютеризации в медицине. Были представлены доклады, отражающие достижения в области информационного обеспечения деятельности стационарных и амбулаторных медицинских учреждений. Большой интерес вызвали информационные системы, содержащие в качестве компонентов не только базы данных о пациентах, используемые лекарственные препараты, расходуемые на содержание больных и прочие цели средства, но и разработанные с разной степенью детализации формализован-

ные истории болезни. Некоторые из подобных информационных систем объединены в сети, в которых задействованы однопрофильные медицинские учреждения отдельных регионов. Некоторые из подобных сетей функционируют и на международном уровне.

Другим интересным направлением были компьютерные системы, обеспечивающие работу среднего медицинского персонала. Нам представляется, что информатизация работы среднего звена медицинских (в том числе психиатрических) учреждений, с учетом уже имеющегося опыта в данном направлении, вполне доступна и очень перспективна в учреждениях, располагающих достаточным количеством компьютеров.

На симпозиуме были представлены работы по компьютерным методам обучения и тренинга. Эти системы предназначены прежде всего для задач, которые мы обычно называем повышением квалификации.

Большое внимание было уделено проблеме создания и практического применения экспертных систем. На симпозиуме им было посвящено несколько весьма интересных докладов. Были обсуждены общие перспективы этого направления в области искусственного интеллекта, определены возможности и некоторые ограничения в практическом использовании данной технологии. Нами была представлена демонстрационная версия экспертной системы, способной в процессе диалога с врачом достаточно надежно и в удобной для него форме решать диагностические медицинские задачи разной степени сложности. На основе этой версии в настоящее время разрабатывается экспертная система применительно к МКБ—10 (глава V), которая призвана существенно облегчить освоение врачами-психиатрами данной версии классификации психических болезней, подготовленной Всемирной организацией здравоохранения.

Поездка на Украину

26—28 апреля 1993 года представители НПА (А. Н. Богдан, Ю. С. Савенко) по предварительной договоренности с Украинской психиатрической ассоциацией посетили город Киев. Целью визита была встреча с только что избранным руководством УПА и обсуждение возможной совместной деятельности при решении вопросов, касающихся злободневных проблем сегодняшней психиатрии. Состоялись встречи с президентом УПА, зав. каф. психиатрии Киевского ГиДУВ В. Н. Кузнецовым, генеральным директором Центра психического здоровья В. Л. Лисовенко и директором Киевского НИИ общей и судебной психиатрии, главным психиатром Украины А. П. Чуприковым. Кратковременность визита не позволила осуществить детальную разработку всех аспектов совместной деятельности НПА и УПА. Была достигнута договоренность о проведении совместной Образовательной программы, начало которой запланировано на осень 1993 года под эгидой НПА, ФУВ РГМУ при участии других российских психиатров. Первая часть программы будет посвящена правовым вопросам в психиатрии, а также современным проблемам психофармакологии.

Обсуждалась возможность совместной издательской деятельности: выпуска учебной литературы и периодических изданий (журналов, сборников и т. п.). Намечено совместно издать ряд учебных пособий по психиатрии, обмениваться научными статьями по самым разным проблемам специальности.

Участники встречи обменялись мнениями по многим текущим психиатрическим проблемам, рассказали о деятельности своих ассоциаций. Мнение сторон единодушно: необходимо расширять и укреплять связи между НПА и УПА.

С 6 по 8 мая 1993 года в Санкт-Петербургском университете проходил семинар, являющийся продолжением двух Коллоквиумов, организованных Европейской школой психоанализа.

Европейская школа психоанализа поддерживается Ассоциацией Фонда Фрейдского поля и ставит своей целью распространение психоанализа. Уже много лет она поддерживает во всем мире работу тех, для кого имя Фрейда неразрывно связано с именем Лакана; каждые два года она организует Международные встречи (1980 — Каракас, 1982 — Париж, 1984 — Буэнос-Айрес, 1990 — Париж, 1992 — Буэнос-Айрес). Сегодня Школа представлена в 40 странах на 5 континентах, более чем 60 групп участвуют в ее деятельности. В России в 1988 году была образована Франко-советская группа. В Москве действует два круга: круг 1 — руководитель А. Тхостов и круг 2 — руководитель В. Бузин. На Украине действует Донецкий круг (руководитель Н. Рымарь), в Белоруссии Гродненский круг (руководитель Е. Королева), в Молдавии Кишиневский круг (руководитель В. Влас).

Петербургский семинар был посвящен проблеме психозов. На семинаре о роли символического Отца и роли прерывания связи означающих в образовании психозов выступили руководители Восточных кругов Колеет Солер и Ролан Брока и ассистенты Марк Стросс и Бетти Саада.

I ежегодная международная конференция по разрешению конфликтов

Организатором конференции, работавшей в мае 1993 года в пригороде Санкт-Петербурга, был Институт психиатрии и консультирования «Гармония», Санкт-Петербургская ассоциация гуманистической психологии, а так же Институт Коммон Бонд (США) и американская ассоциация гуманистической психологии. Конференцию открыли S. Olweep (США) и В. Каган (Санкт-Петербург). В рамках конференции работало 16 семинаров, круглых столов, дискуссий, С докладами и сообщениями на них выступило более 40 человек, из них 20 — из США. Всего в конференции участвовало более 150-ти человек.

Конференция проходила под рубрикой «Обмен способами достижения общей и личной гармонии», что обусловило широкий круг обсуждаемых вопросов и большое разнообразие докладов. Были подняты темы, посвященные рассмотрению теоретических проблем конфликтологии (доклад А. Леонтьева), разработке способов разрешения внутриличностных конфликтов (доклад N. L. Nesseth), конфликтов в учебной деятельности (доклады Б. Хасана, M. Peterzel), кросскультуральных конфликтов (доклады А. Овечкина, S. G. Naraka). Особое внимание как иностранных, так и отечественных коллег вызвал семинар, проводившийся под руководством В. Кагана «Тоталитарное сознание и личностный рост».

Ряд докладов был посвящен психотерапевтическим методам разрешения конфликтов с помощью арт-терапии (доклад M. Franklin), терапии танцем (доклад M. Kreisel), музыкотерапии (доклад A. Wittenberg), сказкотерапии (доклад Г. Азовцевой). Обсуждалась роль экстренной телефонной помощи в разрешении конфликтов (круглый стол под руководством Е. Креславского). Работала секция по психоэнергетике и сверхчувственному восприятию, однако интерес к этой теме был не велик.

Следует отметить хороший уровень организации конференции, атмосферу доброжелательности и свободного обмена мнениями.

В заключение, хотелось бы добавить, что в беседах организаторы конференции проявили живейшее внимание к деятельности НПА и, в частности, к образовательной программе. Было отмечено, что пересечение направлений деятельности и общность ряда подходов являются хорошей базой для расширения сотрудничества.

На очередной ежегодный съезд АРА, собравший как и прежде более 6 тысяч участников и 1600 гостей, были официально приглашены представители всероссийской Независимой психиатрической ассоциации и Санкт-Петербургской психиатрической ассоциации. По собственной инициативе приехали проф. А. С. Тиганов и Б. С. Смулевич. Из других стран СНГ была представлена Н. Чаидзе только Грузия.

Если основной президентский симпозиум прошлого съезда был посвящен правам человека, то этот сосредоточился на экономических проблемах. Правда, в регионе бывшего Советского Союза среди нарушений прав человека на первое место вышло нарушение права на сносное социально-медицинское обеспечение. Правозащитной тематике были посвящены лишь учебный семинар по реабилитации жертв пыток, лекция сотрудника Гавела — Петера Слободчика о деформирующем влиянии на общество коммунистического режима и заседания двух комитетов.

Выступление представителя НПА и его обсуждение в течение более часа

24 мая дало возможность прояснить сложившуюся ситуацию в российской психиатрии и позицию НПА по ряду принципиальных вопросов, что позволило западным коллегам получить информацию из первых рук. Это было важно также для нейтрализации ложного имиджа, активно создаваемого НПА ее недоброжелателями. Здесь НПА был дан ряд ценных советов и заверений в поддержке. Обещана помощь направлением лекторов, литературы и организацией стажерства, с конкретным проговариванием технических деталей. В распространявшемся на съезде последнем выпуске психиатрической газеты АРА («Psychiatric News», № 10, 1993) председатель комитета Рей Фрибери поместил статью, посвященную успехам НПА, удивительным при мизерности расходуемых средств, и призвал к ее финансовой поддержке.

Кроме того, на двух заседаниях Committee on Human Rights по представлению НПА обсуждалось дело В. М. Павлика — политического беженца с Украины, не выпущенного из тогдашнего СССР, а потом не принимаемого США на основании фальсифицированных тогда же данных. В связи с автономным положением эмиграционной службы было решено обратиться к ней с ходатайством от имени АРА провести повторную экспертизу. В этом деле американская сторона, выступавшая всегда образцом соблюдения права в психиатрии, оказалась не на высоте, скуден результат длительного бюрократического разбирательства в отношении человека, давно поставленного ситуацией на грань гибели от повторного инфаркта или самоубийства. Не удивительно, что председатель комитета, хорошо знакомый всем нам, профессор Лорен Рот не пригласил на заседание представителя НПА. Ведь это пример ведомственной экспертизы.

Состоялась встреча с недавним гостем нашей ассоциации, вновь переизбранным медицинским директором АРА Мелвином Сабшиным. Он подчеркнул, что АРА предпочитает контакты с НПА, которая пользуется полным доверием американских коллег. Сабшин еще раз подтвердил готовность через НПА оказывать разностороннюю помощь российской психиатрии. Были установлены контакты с президентами психиатрических ассоциаций Германии, Венгрии, Канады, Южной Кореи, Тайваня и др. Всем им, как и вице-президенту WPA Ли Мак (Гонконг), был вручен Меморандум НПА к предстоящему через неделю конгрессу WPA по поводу правоприменения афинских условий всеми национальными психиатрическими обществами стран СНГ.

НПА получило предложение от издательства Schavp на перевод и публикацию статей из «Независимого психиатрического журнала».

С материалами съезда, его научной тематикой можно познакомиться в библиотеке НПА. Психодинамически ориентированных докладов было меньше, чем обычно, несмотря на большое внимание к проблеме сексуальных перверзий и сексуальных отношений между врачом и пациентом.

Очередной съезд АРА, посвященный 150-летию юбилею ассоциации, состоится в мае 1994 года в Филадельфии.

ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ И ЛЕЧЕНИЕ КАК МИФОЛОГИЯ

В «Вестнике МГУ» (серия 14) № 1 за 1993 г. опубликована статья одного из авторов нашего предыдущего выпуска А. Ш. Тхостова «Болезнь как семиотическая система». Эта высокоэрудированная работа с дидактическим мастерством излагает представление о мифологической природе симптома и лечения, мифологии здоровья и болезни. Понятие мифологического используется в понимании Ролана Барта, то есть, как вторичная семиотическая система. Особенность работы — предельная заостренность этого подхода. Такому узко аналитическому рассмотрению медицинской проблемы в семиотическом аспекте явно способствовало то обстоятельство, что предпринято оно было не медиком, а психологом. Автор настолько увлекся одномерным рассмотрением, нашел настолько много убедительных примеров и важных доводов, занял такую прогрессивно-принципиальную «античумаковскую» и т. п. позицию, что его текст сам стал ярким примером того, как можно ввести читателей в заблуждение. Мы встречаемся здесь с наиболее общей типовой ошибкой: резким перевесом обобщающего* (более простого!) подхода над дифференцирующим, вместо их разумной сбалансированности и неизбежным при этом стиранием качественных граней, откровенной релятивизацией. От того, что наша действительность перенасыщена примерами различных квазимифологий, не следует, что все в равной мере мифологично. Прежде всего, следовало бы возразить против самого использования понятия мифа, как обремененного множеством очень различных пониманий и, таким образом, далеко не нейтрального, и этим противоречащего самой идее семиотического подхода, который вряд ли бы хотел сам называться мифологическим. Во всяком случае, такое обозначение неизбежно, наперекор всем разъяснениям, несет оценочность, и спрашивается: зачем было выбирать такое обозначение? Разве что эффекта ради. Действительно, Р. Барт с самого начала использовал эту двусмысленность в целях социально-политической критики, и нельзя игнорировать, что спекуляция этой двусмысленностью возникает при любом прикладном использовании семиотического подхода. Богатство приводимых автором конкретных фактов резко контрастирует со скудным и самоочевидным выводом, что все это вторичная семиотическая система и только обозначение ее «мифом» придает этой квалификации видимость глубины и оригинальности. Так поиски истины подменяются поисками остроумия.

Согласно семиотике, любой знак — эта целая знаковая (семиотическая система), представляющая единство означаемого (содержания) и озна-

чающего (формы, выражения), процесс их двусторонней функциональной связи. Но любой знак может, в свою очередь, стать простым означающим другой знаковой системы. Такое смещение первичных значений на одну отметку шкалы и называется Р. Бартом мифом. Прилагая эту схему к проблеме внутренней картины болезни, А. Тхостов показывает, что телесное ощущение (знак), представляющее связь чувственной ткани и телесного представления, разворачиваясь вовне, превращается в субъективный симптом. Самое существенное, что «вторичное означение не безразлично для первичных ощущений, на которых оно строится и паразитирует... Богатство конкретного содержания отодвигается на второй план, подчиняясь логике мифа болезни. Как его элемент ощущение теряет собственную значимость, но... существует, питая собой миф». В результате «миф выступает в обличье реальности...». «Целые медицинские направления и методы, напр., аюведическая, антропософическая и тибетская медицины, натуропатия или акупунктура, основанные на весьма своеобразных взглядах на устройство организма, выявляют у своих адептов соответствующие этим представлениям симптомы... Важно, что, независимо от степени соответствия этих моделей реальности, они всегда подтверждаются субъективными ощущениями. Доказательство этого — культурно-исторический патоморфоз симптомов...» И далее А. Тхостов сближает такие принципиально отличные феномены, как болезнь студентов-медиков третьего курса и ятрогению с «вторичным порождением телесных ощущений в рамках сверхценных идей и первичного ипохондрического бреда». Это не может не вызвать протест у любого психиатра.

Высмеивание паранаучных концепций болезни и методов лечения полностью обесценивается их рядомположением с научной медициной, под которой следует понимать ее реальные успехи, а не карикатурную практику, примерами которой полна наша действительность. Здесь мы сталкиваемся с проблемой ПОДЛИННОСТИ, которая остро стоит во всем: от науки до искусства и религии. Это различие внешнего, поверхностного, модного, тенденциозного, конформного, рутинного, примитивного, неграмотного, мошеннического.

«Успех любого психотерапевта — пишет А. Тхостов — в значительной степени определяется не «истинностью» используемого им метода, (не объективной верностью мифа, лежащего в его основе), а совершенно иными качествами: авторитетностью, убедительностью, артистизмом, тонким «чувством пациента», умением заставить поверить в предлагаемый миф». Здесь все, кроме «чувства пациента» — модуляторы суггестии. «Равные успехи бесчисленных психотерапевтических школ» автор считает доказательством действительности их мифологической структуры, а не истинности содержания. Между тем, именно эта

* От концепции единого психоза до концепции самодеструктивного поведения, не говоря о десятках работ, подменяющих теорию собственного предмета различными метатеориями

равная успешность давно служила для многих известных психотерапевтов основанием для принципиально другого вывода: дело не в техниках, и вообще не в техницизме, а в содержательной наполненности. Но эта последняя — в самой коммуникации с больным, подчас невербальной, в установлении неформального душевного контакта, позволяющего больному почувствовать опору, примирить его с жизнью и самим собой, наполнить смыслом, помочь увидеть просвет и перспективу своей жизни.

Такую статью не мог написать врач. Врач, в отличие от дилетанта, не может рядопологать острые и хронические, психогенные и органические, психотические и непсихотические заболевания. Постоянное рядоположение магических и научных концепций, ритуальных и психотерапевтических методов, шаманов и врачей, доводит автора до откровенно произвольного жонглирования доводами: наиболее серьезный упрек в адрес всевозможных колдунов, целителей и психологов, занявшихся психотерапией, в том, что из-за них больные нередко теряют время, необходимое для патогенетического лечения, обращается в адрес неграмотных врачей (стр. 9). Автор выступает против элементарных общепринятых требований любого профессионализма: «Современный вариант эзотеризма проявляется в жестком запрещении психотерапевтической практики лицам, не имеющим особого сертификата—диплома. Помимо очевидной финансовой подоплеки этого требования и разумного отчуждения от лечения некомпетентных лиц, в нем содержится и своеобразная сакрализация медицинских процессов, например, в мифе «клинического мышления», наделяющего опытных врачей особыми знаниями и способностями (доступными лишь узкому кругу лиц) проникновения в сущность болезни». (стр. 14).

Такого рода выступления — яркое выражение антисциентизма (2) и вполне смыкаются с антипсихиатрическим движением. (3). Точно так же, как наш автор целиком сосредоточился на семиотическом аспекте, Г. Маркузе сосредоточился на социологическом аспекте. В результате оба пришли к абсолютизации своего аспекта рассмотрения. Какое либо контекстуальное увязывание целиком отсутствует. И это неудивительно: хотя бунтующая молодежь в мае 1968 г. в Париже выступала под знаменем трех «М» (Маркс, Мао, Маркузе), не меньшую роль в создании идеологии «новых левых» сыграли Ж. П. Сартр, Жак Деррида и французская структуралистская школа*, одним из ведущих представителей которой был и Р. Барт. Это они создали доходчивую и зажигательную смесь из марксизма, психоанализа и семиологии. Принуждение власти сочно и страстно приписывалось ими не только общественным институтам и идеологическим «мифам», но самой культуре, самому языку. Протест против «буржуазной культуры» со всеми ее предписаниями, ограничениями и табу, утверждение буржуазности всей культуры обернулись попыткой культурной, сексуальной и психоделической революций. Теми же источниками, той же

идеологией питалось антипсихиатрическое движение.

Характерна непроясненность, непроговоренность автором функционального значения семиотического аспекта и его места среди других аспектов рассмотрения, тогда как во избежание серьезных недоразумений необходимо рассмотрение изложенной позиции в ряде более объемлющих контекстов. Между тем, семиотический аспект у автора оказывается самодостаточным и из него делаются сугубо практические выводы:

1) от мифологизации избавиться невозможно, нелепо протестовать, бороться, стремиться отменить;

2) мифологизацию нужно изучать и «расшифровывать скрытые мифы»;

3) следует «использовать полученные знания в терапевтической практике, корректируя вредные и создавая необходимые мифологии».

Принимаемое автором определение мифологизации как фактически любой упорядоченности, любой осмысленности, делает первый вывод самоочевидным. Однако сам автор на протяжении всего текста не придерживается этого определения, иначе бы он не написал, что «миф нельзя «отменить» прежде всего потому, что представления о болезнях по самой своей структуре и способу формирования принципиально мифологичны». По существу же следует сказать, что путем к демифологизации является последовательная феноменологическая редукция.

Отталкиваясь от Р. Барта, автор не следует его лучшим работам. Предложение «вычитывать и расшифровывать скрытые мифы» характерно по Р. Барту для психоаналитически и марксистски ориентированных исследователей, сам он предпочитает выяснять «пути формирования смысла».

Следуя семиотическому определению мифа, предлагать корректировать вредные и создавать необходимые мифы — нечто весьма малосодержательное. Чрезмерно общий подход обрекает на банальность. Подлинный интерес представлял бы анализ конкретных попыток такого рода.

Наконец, вся статья А. Тхостова опирается почему-то на Р. Барта самого раннего, в значительной мере марксистского периода его «Мифологий» (1956)*, когда мотивированный стремлением к социальной критике, демифологизации, десакрализации, он рассматривал все, прежде всего, с точки зрения принуждения власти. А, главное, когда он еще не вполне овладел аппаратом современной лингвистики и употреблял синонимически принципиально разграничиваемые понятия (речь и язык), а определяя миф как вторичный язык (по отношению к естественному языку), тут же называл его метаязыком, т. е. отождествлял язык в языке с языком о языке.

Барт зрелого периода подчеркивает, что сама «семиология... не является научной дисциплиной...», ее роль служебна: «семиология способна помочь некоторым наукам, на какое-то время она может стать их попутчицей, предоставить в их распоряжение набор операциональных понятий, исходя из которых каждая наука сама должна

* Клод Леви—Стросс в антропологии, Жак Лакан в психологии, Мишель Фуко в культурологии, Ролан Барт в литературоведении и лингвистике.

* Т. е., на первые 130 стр. 600-страничной книги переводов его избранных работ (I).

определить специфику своей предметной области» (I, 563). «Семиология — это не категориальная сетка, в которую можно было бы непосредственно уложить реальность...; скорее ее задача в том, чтобы — время от времени, то в одном, то в другом месте — будоражить реальность...» (I, 564).

Что касается «мифологического», то попытки определить это понятие сталкиваются, прежде всего, с проблемой четкости границ означаемого. Обычно речь идет о тотальном стиле сознания, понимания, мышления, либо самого текста, изображения. Между тем, с легкой руки французского и американского литературоведения понятие мифа стало модным и столь широким, что девальвировалось: буквально все, любой сюжет или образ легко теперь называются мифологическими. Таковую расширительность мы видим и в данной работе.

Несравнимо более глубоким и обоснованным является представление о мифе в системе взглядов Эрнста Кассирера. Миф — автономная символическая форма культуры, отмеченная особой модальностью, особым способом символической объективизации чувственных данных, определенным характером функционирования, определенным способом моделирования окружающего мира. Наконец, миф это то, что является сознанию как объективная действительность. Эпоха подлинных мифов ушла в прошлое. «Магическая функция слова была вытеснена и заменена его семантической функцией», а мифологическое — различными символическими формами культуры (4, 5). Сейчас мы имеем дело с суррогатами мифов — квазимифологиями современности. Старые мифы воспринимаются как литература. Такими квазимифологиями, суррогатами веры являются для их адептов и неофитов различные монистические доктрины от марксизма и психоанализа (по К. Ясперсу)

до теософии мадам Блаватской. Претензия последней на синтез религии, философии и науки как раз наиболее характерна для такого рода малодифференцированного и особым образом организованного мифологического сознания.

И все же, несмотря на указанные неточности, мы рекомендуем этот текст, во-первых, как прекрасную возможность не по ученически

(учитывая приведенную критику) овладеть семиотическим подходом к первоосновам предмета медицины;

во-вторых, как яркую и безусловно во многом справедливую картину мифологического элемента в «картине болезни» в сознании больного и врача и в процедуре лечения, начиная с самого ритуала посещения врача;

и в-третьих, и это, пожалуй, для нас самое важное, как невольным образом один из способов, одну из техник феноменологической редукции и взрывания шаблонных представлений.

Рассмотрение мифологического как любой вторичной семиотической системы и одновременно оценочной категории, то есть, обе ошибочные позиции оказываются, как нередко бывает, немало полезными, а подчас, даже открытиями.

Ю. Савенко

1. Барт Р. — Избранные работы. М., 1989.
2. Пути обновления психиатрии, вып. 2, М., 1992, 115—121, 162—165.
3. Независимый психиатрический журнал, 1991, 1, 19—24.
4. Кассирер Э. — Эссе о человеке. — Вестник МГУ, сер. 7, 1993, 1, 3—26.
5. Cassirer E. — Philosophie der symbolischen Formen. Bd. 1—3. Berlin, 1923—1929.

МИФ В АКАДЕМИЧЕСКОМ ИСПОЛНЕНИИ*

Гриф «совершенно секретно» снят с психиатрии уже несколько лет, и время от времени в общей прессе к этому вопросу возвращаются.

24 февраля в «Правде» выступил по этому поводу академик АМН Вартанян. 500 000 тысяч подписчиков (а с членами их семей — гораздо больше) узнали, что Центр психического здоровья, академиком возглавляемый, представил президенту Республики доклад о психическом состоянии общества.

Глава Центра оценивает его как далеко не блестящее, что, пожалуй, очевидно и известно каждому. Но конкретизируя ситуацию, Генеральный директор Центра остался, по существу, на старых, застойных времен позициях, когда существовала одна только истина и академик Снежневский был единственным пророком, способным ее изложить.

Практическим же выражением этого «единственно верного учения» были претензии психиатрии на свой анализ общественной жизни, а то и прямое вмешательство в нее.

Речь идет не только о скандальных судебно-психиатрических экспертизах инакомыслящих, сочиненных при непосредственном участии академика Снежневского или его верных адептов душевнобольными только потому, что покушались на устои «развитого социализма». Речь идет о попытках представить нежелательные общественные настроения как массовый психопатологический феномен — пока на уровне «пограничных состояний», но кто знает, во что это выльется...

Естественно-человеческое, короче, подгонялось принудительно под «легкую, на первых порах патологию».

Тезис академика Вартаняна о том, что «7 % населения страдает пограничными расстройствами в зависимости от социальной атмосферы» — подтверждение того, что эта подгонка продолжается. Властям услужливо предлагается соблазнительная для самооправдания идея: миллионы недоедающих детей, подростков и стариков, миллионы униженных нищетою, не знающих, что с ними будет завтра — это люди с пограничными расстройствами, которых, следовательно, надлежит прежде всего лечить, а не обеспечивать им достойные человека условия существования.

Все в интервью Марата Еноковича работает, в конечном счете, на эту идею.

И заключение о том, что «тревожное — в психиатрическом понимании — состояние общества»

накладывает свой отпечаток на всплеск преступности (стало быть, чудовищный аморализм, нравственное одичание, охватившее общество, и полная беспомощность правоохранительных органов здесь не при чем).

И плохо складываемая тоска по временам «жесткого учета и контроля» в психиатрических диспансерах, навязывавших больным бесцеремонное подчас свое внимание. И с оговорками все же высказанное недовольство новым Законом о психиатрической помощи, предоставляющего пациентам диспансеров право свободного, добровольного посещения врача (и ни слова о том, что перевод в консультативную группу наблюдения осуществляется, в соответствии с Законом, только по решению врачебной комиссии, а не по желанию больного).

И утверждение, что в 80 % случаев причинами самоубийств являются депрессии, то есть психические заболевания (что грубо противоречит мировым суицидологическим исследованиям).

И официальное заявление, что 25 % соматических больных, обращающихся в поликлиники, по мнению «группы ученых» Центра психического здоровья — на самом деле психически больны и «достаточно дать антидепрессант, как все проходит».

О том, что антидепрессантов нет, как и многих, очень многих других лекарств, — академик не упоминает. Как и о бедственном положении психиатрической службы, финансируемой только на пределе выживаемости. Как и о лишении по правительственному решению больных эпилепсией и шизофренией, не имеющих инвалидности, права на бесплатное обеспечение лекарствами.

Как и о том, что главное в новом Законе — не «добровольно-консультативный учет», а утверждение гражданского полноправия всех лиц с психическими расстройствами, запрет всем, кому не лень, требовать предоставления сведений о психическом здоровье при реализации гражданами конституционных прав и свобод.

У Центра психического здоровья, совершенно очевидно, другие заботы. И едва ли не главная из них, кажется, сохранение своего ускользающего монопольного положения в отечественной психиатрии.

Для этого и подтасовываются (иначе не назывешь) факты, создаются удобные для властей концепции и всеми силами реанимируется миф о психиатрической, во многом, природе всеобщего отчаяния и ожесточения.

* «Экспресс-хроника», 1993, № 10.

О ФАКТАХ РАЗНЫХ БИОГРАФИЙ

Как «лечили» А. Д. Сахарова в г. Горьком

Андрей Дмитриевич Сахаров... До самого его ухода многие из нас знали о нем непростительно мало, еще меньше понимали его. Хотя вряд ли только этим объяснимо оставшееся навечно в истории отечественного парламентаризма (если таковая будет вообще продолжена) захлопывание депутата Сахарова. То было позицией, которой кое-кто остается верен по сей день. Однако для непредвзятого, открытого взгляда Сахаров — целый мир, учитывая богатство его идей, которые мы только начинаем постигать. Образ свободной своей страны он видел намного раньше всех, даже самых зрячих из нас. Но желающий видеть, как известно, в конце концов увидит — будем оптимистами. И еще: Сахаров — школа нравственности, вопрос только в том, на какой класс сей школы может рассчитывать каждый. Ведь люди, как справедливо заметил в прощальном с Сахаровым слове Сергей Сергеевич Аверинцев, столь по-разному видели его (не бывает пророков в своем отечестве), не задумываясь о том, насколько это характеризовало их самих.

Сегодня коснемся печальных страниц жизни Андрея Дмитриевича и страниц позорных для отечественной медицины. Наш журнал опубликовал Обещание врача России, которое, начиная с 1992 года, обязан принимать каждый выпускник медицинского вуза. Простые в сущности истины содержатся в нем, истины, записанные еще в канонах Гиппократов, такие, как эта, например: «никогда не обращаю я свои знания и умения во вред здоровью человека, даже врага». Не застал Андрей Дмитриевич врачей, которые следовали бы этому постулату...

«10-го вечером (речь идет о 10-м мае 1984 года; А. Д. Сахаров находился в Горьковской областной больнице. Прим. Н. С.), когда Андрей уже спал пришел Обухов, разбудил его и сказал, что к нему приехали из Москвы врачи. Ввел в палату двух человек, одетых в медицинские халаты. Эти люди задали какие-то ничего не значащие вопросы Андрею и ушли. И тогда, в 84-м году, Андрей не придал никакого значения этому визиту. Но в 85-м году, когда он снова был в больнице и к нему приехал большой начальник Соколов, он узнал в Соколове одного из тех двух мужчин. Про второго мы ничего не знали, пока я не услышала в Москве и на Западе разговоры о том, что в 84-м году к Андрею приезжал какой-то психолог или психиатр, кажется, по фамилии Рожнов, который пытался его гипнотизировать во сне или еще что-то такое. Ну, если «во сне», так ведь Андрюша не мог знать этого. Постфактум мы решили с Андреем, что именно эти два человека дали разрешение на его принудительное кормление...

Что произошло во время первого принудительного кормления, Андрей описал сам... Он снял голодовку 27 мая. Почему он ее снял, он объяснить мне не мог. Но в письме к Александрову он объясняет, что не выдержал мучений».

Елена Боннэр. P. S. Постскриптум. Книга о горьковской ссылке, М, 1990.

...

«С 11-го по 27 мая включительно я подвергался мучительному и унижительному принудительному кормлению. Лицемерно все это называлось спасением моей жизни, фактически же врачи действовали по приказу КГБ, создавая возможность не выполнить мое требование разрешить поездку жены! (выделено автором). Способы принудительного кормления менялись — отыскивался самый трудный для меня способ, чтобы заставить меня отступить. 11—15 мая применялось внутривенное вливание питательной смеси. Меня валили на кровать и привязывали ноги и руки. В момент введения в вену иглы санитары прижимали мои плечи. 11 мая (в первый день) кто-то из работников больницы сел мне на ноги. 11 мая до введения мне питательной смеси, ввели в вену какое-то вещество малым шприцем, я потерял сознание... Когда я пришел в себя, санитары уже отошли от кровати к стене. Их фигуры показались мне странно искаженными и изломанными (как на экране телевизора при сильных помехах). Как я узнал потом, эта зрительная иллюзия характерна для спазма мозговых сосудов или инсульта. У меня сохранились черновики записок жене, написанных в больнице... бросается в глаза дрожащее изломанное написание букв, а также двукратное и трехкратное повторение букв во многих словах... Это тоже очень характерный признак инсульта или спазма мозговых сосудов...

25—27 мая применялся наиболее мучительный и унижительный варварский способ. Меня опять валили на спину на кровать, привязывали руки и ноги. На нос надевали тугий зажим, так что дышать я мог только через рот... Иногда рот открывали принудительно — рычагом, вставленным между деснами... Особая тяжесть этого способа кормления заключалась в том, что я все время находился в состоянии удушья, нехватки воздуха... Я чувствовал, как бились на лбу жилки, казалось, что они вот-вот разорвутся. 27 мая я попросил снять зажим, обещав глотать добровольно. К сожалению, это означало конец голодовки...

В июне я обратил внимание на сильное дрожание рук. Невропатолог сказал мне, что это болезнь Паркинсона. Врачи стали настойчиво внушать мне, что возобновление голодовки неминуемо приведет

к быстрому катастрофическому развитию болезни Паркинсона (клиническую картину последних стадий этой болезни я знал из книги, которую мне дал «для ознакомления» главный врач; это тоже был способ психологического давления на меня). В беседе со мной главный врач О. А. Обухов сказал: «Умереть мы Вам не дадим. Я опять назначу женскую бригаду для кормления с зажимом. Есть у нас в запасе и кое-что еще. Но Вы станете беспомощным инвалидом». Обухов дал понять, что такой исход вполне устраивает КГБ, который даже ни в чем нельзя будет обвинить («болезнь Паркинсона привить нельзя»).

То, что происходило со мной в Горьковской областной больнице летом 1984 года, разительно напоминает сюжет знаменитой антиутопии Орвелла, по удивительному совпадению названной им «1984»... Ту роль, которую в книге Орвелла играла угроза клетки с крысами, в жизни заняла болезнь Паркинсона».

Из письма Андрея Сахарова Президенту АН СССР акад. А. П. Александрову, членам Президиума АН СССР, 15 октября 1984 г.
г. Горький

По свидетельству академика В. Л. Гинзбурга, передавшего письмо адресату, «какой-либо видимой реакции на это не было». Позиция тогдашнего президента академии была им выражена ранее в интервью американскому журналу «Ньюсуик», когда мировая общественность была обеспокоена судьбой Сахарова в связи с развязанной на Родине его травлей. Запускалась версия о серьезном психическом расстройстве. Источник версии явно не медицинский, ничего, видимо, не ведающий о врачебной тайне. Заявление о «психическом нездоровье» А. Д. Сахарова сделал вскоре в беседе с группой американских сенаторов тогдашний Генеральный секретарь ЦК КПСС Ю. В. Андропов, возглавлявший до этого ведомство, руководившее ходом «лечения» Андрея Дмитриевича в Горьком. Хорошо помню, категорическое утверждение на сей счет, сделанное в лекции ответственного сотрудника ЦК КПСС для сотрудников «Медицинской газеты», где я тогда работала.

Аналогичная информация насаждалась в обществе весьма активно.

Кто же был диагностом? Президент АН, математик, кажется, по специальности? Или заплечных дел мастера «на все руки» с Лубянки? Впрочем, есть свидетельства самого Сахарова и его жены. Что скажет профессор Рожнов, Владимир Евгеньевич Рожнов, заведующий в те годы кафедрой психотерапии Центрального института усовершенствования врачей? Попросила его дать интервью. Профессор начал так...

— Поскольку дело касается личности столь значительной, личности исторической, установление истины особенно важно. Оно необходимо. Тем более, что уже появились в печати и видимо будут появляться и впредь публикации, прямо искажающие действительные факты или выдающие за факты то, чего не было на самом деле.

О вопросах лечения академика А. Д. Сахарова, где упомянуто и мое имя, шла в частности речь в

воспоминаниях его вдовы Е. Г. Боннэр, которые я прочитал в журнале «Нева» (воспоминания вышли и отдельной книгой, фрагмент которой цитируем в подборке. Прим. Н. С.). В свое время я думал довести до сведения уважаемого автора некоторые факты, которые касались моего участия в этом деле.

— А Вы пытались это сделать? Ведь со времени публикации прошло около трех лет.

— Я не располагал ни телефоном, ни адресом Е. Г. Боннэр, поэтому решил обратиться к автору через редакцию «Невы», где «Постскриптум» публиковался. 25 сентября 1990 года послал редактору отдела прозы журнала И. В. Раку (с уведомлением, кстати, о вручении) письмо на имя Е. Г. Боннэр с просьбой передать его адресату. Есть смысл привести здесь текст письма.

«Уважаемая Елена Георгиевна!

В 6-м номере журнала «Нева» за этот год я прочел в Вашей публикации «Постскриптум» описание лечения, проводившегося покойному Андрею Дмитриевичу в Горьковской больнице. Полагая, что для Вас представляют интерес подлинные факты, с этим связанные, которыми судя по Вашей книге, Вы не располагаете, считаю своим гражданским и профессиональным долгом их Вам сообщить. При желании с Вашей стороны Вы можете связаться со мной или по домашнему телефону (следует номер) или по адресу (он дается). Ваши координаты журнал мне сообщить отказался. С уважением». И подпись.

Ответа я не получил и не знаю, дошло ли письмо до адресата.

Между тем, из публикации явствует, что я давал разрешение на принудительное кормление, проводил якобы сеансы гипноза Андрею Дмитриевичу. Это не соответствует действительности.

— Какова была Ваша задача в Горьком и кто ее ставил перед Вами?

— Меня командировало Министерство здравоохранения СССР. Вопрос стоял так: больной отказывается принимать пищу, объявил голодовку. Возможно ли средствами психотерапии изменить его установку, отношение к факту продолжения голодовки?

— Но эта акция носила мировоззренческий характер. Полагали ли Вы для себя возможным профессиональное вмешательство?

— Понятно, что пациент руководствовался мотивами принципиального плана — политическими, психологическими, но продолжение голодовки было чревато серьезными последствиями для здоровья. Обсуждая в больнице возможность применения методов психотерапии — гипноза и аутогенной тренировки, я сказал, что для этого необходимо неременное согласие пациента. По соображениям этическим, в первую очередь. К тому же нельзя воздействовать на человека каким-то образом со стороны, для достижения эффекта требуется его желание подвергнуться воздействию. Если бы какой-то врач и решился проводить гипноз без согласия пациента, это было бы только безответственной халтурой.

— Е. Г. Боннэр писала, что гипнотическое воздействие могло происходить во сне, о чем бы Андрей Дмитриевич и не узнал.

— Много лет посвятив психотерапии, я хорошо изучил возможности ее методик. Гипнология была

темой моей докторской диссертации, ее проблемам посвящен ряд научных и популярных книг (часть из них написана в соавторстве с моей супругой, она — физиолог). Немало страниц отводится разоблачению всяческих суеверий, предрассудков, существующих вокруг гипноза, гипнотических способностей. Гипноз во сне — тоже из области предрассудков. Предположение о том, что он мог проводиться Сахарову, не выдерживает никакой критики.

Когда меня познакомили с пациентом, и мы провели несколько бесед, я спросил его согласен ли он на применение гипноза. Получив категорический отказ Сахарова от гипнотерапии, я никаких сеансов гипноза с ним, естественно, не проводил. Была сделана попытка предложить Андрею Дмитриевичу обучиться методу психической саморегуляции, самовнушения, что лежит в основе аутогенной тренировки, поскольку он страдал бессонницами. Методики широко известны и применяются не только в медицине, но и в спорте, педагогике и т. д. Я надеялся, что это поможет устранить нарушения сна. Для обучения была предложена кандидатура ассистента нашей кафедры (теперь доцента) Ю. Л. Покровского, который тоже был приглашен в Горький. Но и от этого А. Д. Сахаров отказался.

— Каков был характер Ваших бесед с Андреем Дмитриевичем? Производил ли он впечатление человека, который может интересовать психиатра, скажем так? Ведь слухи о психическом расстройстве, которым якобы страдает Сахаров, в обществе циркулировали, об этом заявляли некоторые официальные лица.

— Беседы носили характер обычных для отношений врача и пациента. Он произвел на меня впечатление человека психически здорового. И вообще вопрос относительно подобного статуса пациента передо мной не ставился. Если бы речь шла о психиатрической экспертизе, этим бы занимались другие специалисты. Я — психотерапевт.

— Все же откуда возникла версия о психическом расстройстве? Трудно представить, что кто-то из психиатров решился бы в 1984 году поставить подпись под таким заключением. Как писал сам Сахаров, он подвергся медикаментозному воздействию, в частности, перед началом принудительного кормления. С этим воздействием он связывает появление явных мозговых нарушений, симптоматика которых сохранялась и по выходе из больницы.

— Ничего не могу сказать по этому поводу, я не психофармаколог, подобных назначений не делаю и у себя в клинике. К Сахарову для консультаций вызывались крупные специалисты различного профиля. По истории болезни — она теперь документ исторический — можно узнать, кто и какие назначения делал. Повторяю, моей задачей было попробовать изменить отношение Сахарова к факту голодовки. Поскольку он отказался от предложенной психотерапии, никто не настаивал на чем-то другом. Ни Минздрав, ни руководство больницей, ни иные ведомства — политические, юридические и т. д.

— Понятна ли Вам была значимость лежащего перед Вами беспомощного человека? Какие чувства испытывали, общаясь с ним?

— Как врач хотел искренне помочь. Значимость конечно была понятна, хотя официально деятельность Сахарова тогда осуждалась. Это — выдающийся ученый.

Не хотел бы что-то доказывать тем, кто по неведению или сознательно искажает правду: на чужой роток, как гласит русская поговорка, не накинешь платок. Но сплетни, клевета, домыслы вокруг имени такого человека, как Сахаров, заставляют возвращаться к тем дням снова и снова.

Закончу словами, которыми ответил на предложение дать интервью. Они составляют правило, принятое впервые, кажется, английской юриспруденцией: правда, только правда и ничего кроме правды.

P.S. Нужен ли комментарий? Интервьюируемый ограничил жестко сферу своей компетенции, но был, как мне кажется, искренен, в том числе и в умолчании подробностей горьковских консультаций 1984 года. Слава богу, что не получилось хотя бы в случае А. Д. Сахарова злоупотребления психиатрией. Ведь именно он боролся против этого. Все другое на совести виновных. Может быть, когда-то вина ими будет осознана.

Время фантастически меняет масштабы иных фигур. В 84-м Сахаров для многих в нашей стране, как сказал его один военный начальник из закрытого ведомства, «шалавый политик». Сегодня мы говорим — великий гражданин. Вот почему явно досадует по поводу своей двусмысленной славы консультанта академика Сахарова времен его Горьковской ссылки московский профессор. Увы, остался сей факт в его биографии...

Публикацию подготовила
Наталья Сафронова

СТИХИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ КАК ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ?

Е. А. Некрасова, Д. И. Шустов (г. Рязань)

При изучении творчества душевнобольных неизбежно встает вопрос: насколько заметен и неизгладим отпечаток, накладываемый болезнью на это творчество? Насколько правомерно считать, например, стихи некоторых пациентов психиатрических клиник частью общенациональной культуры? Существуют ли достоверные различия между стихами поэтов признанных и поэтов «непризнанных» — душевнобольных, и по каким критериям эти различия выявляются? Ибо если стихи некоторых больных имеют самостоятельную художественную ценность, речь может идти о социальной реабилитации авторов, в противном же случае — лишь о хобби-терапии, сублимации эмоционального напряжения, выработке способов приспособления личности больного к заболеванию.

Попытка ответить на эти вопросы представлена в нашей работе.

Выбор поэтической продукции (стихотворения) в качестве материала был обусловлен ее широкой представленностью среди патологического творчества вообще, эмоциональной и информационной насыщенностью поэтического слова, легкостью его воспроизведения и доступностью вербальному анализу.

Исследование проводилось в двух группах. В основную группу были отобраны 18 стихотворений 8 авторов с верифицированным диагнозом шизофрении, среди которых были лица с анамнезом заболевания разной длительности и различной степенью дефекта. Все стихи основной группы были написаны после начала заболевания, как в состоянии ремиссии, так и в периоды обострений. Группу сравнения составили 7 стихотворений, среди авторов которых были 6 выдающихся русских поэтов конца 19 — первой половины 20-века (А. Ахматова, М. Кузьмин, Ин. Анненский, И. Северянин, В. Хлебников, Н. Асеев) и один малоизвестный современный поэт.

При сравнительном анализе был применен метод экспертных оценок. В экспертную комиссию вошли 3 сотрудника кафедры психиатрии Рязанского мединститута (1 — доктор и 2 кандидата медицинских наук) и трое профессиональных литераторов (1 — поэт, член Союза писателей России, 1 — доктор искусствоведения, 1 — ассистент кафедры русского языка и литературы Рязанского пединститута). Оценка стихов производилась по критериям, отражающим понятийно-смысловую и аффективную структуру стиха (метафоричность, наличие сюжета, эмоциональная насыщенность и др.) (Таблица 1.).

Было отмечено, что наиболее актуальные критерии могут отражать, согласно общепринятым

Таблица 1.

Шкалы для сравнительной оценки
стихотворной продукции

А. Абстрактность	— конкретность
Б. Сухость изложения, отсутствие метафор	логичность, — яркость, образность, метафоричность
В. Сюжетность	— отсутствие сюжета, скопление образов
Г. Примат объективного	— примат субъективного
Д. Эмоциональная отстраненность	— эмоциональная насыщенность
Е. Преобладание отрицательных эмоций	— преобладание положительных эмоций
Ж. Явность, наличие подтекста	смыслового — наличие образных подтекстов
З. Степень ритмичности, «музыкальности» стиха	
И. Степень упорядоченности, внутренней цельности стиха	
К. Художественная ценность	
Л. Состояние психического здоровья автора	

Примечания: Шкалы от А до Ж отражают межполушарные различия: левый полюс (от 1 до 5 баллов) — левое полушарие, правый полюс (от 6 до 10 баллов) — правое полушарие.

представлениям, участие левополушарных либо правополушарных структур мозга в стихотворчестве, что позволило сгруппировать их в 7 шкал межполушарного взаимодействия (левая половина каждой шкалы — оценки от 1 балла до 5 баллов — отражает деятельность преимущественно левого полушария, правая половина — от 6 баллов до 10 баллов — правого полушария). Оценивались также по 10-бальной шкале упорядоченность, внутренняя цельность стихотворений, их художественные достоинства, как и состояние психического здоровья авторов: эксперты должны были, исходя из прочитанного, сказать, здоров или болен автор (скорее здоров — скорее болен). При оценке художественных достоинств стихов психиатры, а психического здоровья — филологи выступали в роли простых читателей (отбор малоизвестных стихов, а также анонимность предложенного материала способствовали объективизации оценки). Обработка результатов производилась статистически с использованием критерия Стьюдента.

Остановимся на самых интересных, по нашему мнению, результатах. Не имея перед собой фамилии автора, многие эксперты оценили стихи больных шизофренией выше, чем стихи признанных поэтов. Например, у стихотворения «Проповедь» больного К. средний балл выше, чем у стихов И. Северянина, Ин. Анненского, поэта советской

эпохи Н. Асеева. Все эксперты признали больного К. здоровым. По шкале И (степень упорядоченности, внутренней цельности стиха) достоверных различий между больными и признанными поэтами выявлено не было, причем филологи оценили стихи последних ниже. Высокие художественные достоинства стихов некоторых душевнобольных, отсутствие признаков формального и смыслового распада в таких стихотворениях, оригинальность авторского мировосприятия — все это доказывает, что стихи душевнобольных имеют право на существование в рамках национальной литературы.

Интересно, что процент «угадывания» по стихам факта болезни мало различался у психиатров и филологов и составил соответственно 49,7 и 38,7%. Внутри подгрупп экспертов наблюдался большой разброс значений, что свидетельствует о преобладающем значении особенностей личности эксперта над его профессиональной подготовкой. Стихи признанных поэтов по критерию «здоров» угадывались значительно чаще филологами (90,6%), нежели психиатрами (61,7%). В целом, следует заметить, что психиатры склонны к гипердиагностике, а филологи более терпимы к психопатологическим проявлениям личности автора через его стихи и оценивают их в основном по художественным достоинствам. Однако, учитывая «пограничность» стихов контрольной группы, полученные в этой части результаты трудно трактовать однозначно.

По ряду оценочных шкал межполушарного взаимодействия были выявлены достоверные различия стихов пациентов психиатрической клиники и признанных поэтов. Следует отметить, что психиатры выявили различия лишь по шкале Б, на левом полюсе которой сухость изложения, логичность, отсутствие метафор, а на правом — яркость, образность, метафоричность ($p < 0,001$), а филологи — по трем шкалам (Б; $p < 0,001$), Д (эмоциональная отстраненность — эмоциональная насыщенность; $p < 0,05$), Ж (явность, наличие смысловых подтекстов — наличие образных подтекстов; $p < 0,01$). Примечательно, что по данным анализа стихов по достоверным шкалам у больных значения средних величин тяготеют к левому полюсу шкалы (Б—4,03; Ж—4,27) или к середине (Д—6,02), что в целом указывает на преобладание активности левого полушария в стихотворчестве; а у профессиональных поэтов — к правому полюсу шкалы (Б—7,61; Д—7,29; Ж—6,76), что свидетельствует о преобладании активности правого полушария. Стихи больных, таким образом, меньше отражают эмоциональные переживания автора, их смысл «лежит на поверхности», по своим стилистическим особенностям они ближе к прозе, чем стихи в контрольной группе. Результаты анализа по указанным шкалам могли бы стать своеобразным показателем «эндогенности» стиха, так как в какой-то мере отражают клинические реалии: эмоциональную уплощенность, склонность к сюжетной конкретике (на этот факт обращали внимание при оценке предпочтительного выбора больными картин с ясным, прочитываемым сюжетом, нежели с сюжетом абстрактным (1)).

Результаты говорят также о том, что к экспертной работе над стихотворчеством душевнобольных необходимо привлекать лиц с филологическим образованием, которые точнее «улавливают» тонкие различия в чувственной и смысловой структуре поэтической продукции как здоровых, так и больных людей, ибо, как показывают наши наблюдения, художественная одаренность, своеобразие и психологическая понятность творчества имеют преобладающее значение над диагнозом автора. Психиатры же, всецело разделяя полномочия внутристационарного литературного критика, во многом находятся под гипнозом диагноза, в то время как интеллектуально-чувственная продукция отнюдь неравнозначна продукции клиничко-психопатологической. По крайней мере талантливые стихи убеждают в этом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хайкин Р. Б., Кадеева Н. В. Особенности восприятия художественного творчества душевнобольными и возможности их использования в психиатрической практике. — «Реабилитация больных психозами» Л., 1981, с. 148.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Больной К.

ПРОПОВЕДЬ

Вспомни, мир, у каждого, у каждой
был чужой — Искарот Иуда;
веру убивал, когда ты жаждал
совершенства, ласки, дружбы, чуда.

Вспомнили? .. Очищены? .. Посредством
в сердце пребывающего Слова
возвратитесь маленькими в детство,
чтоб от духа народиться снова.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Больной Е.

ДЕРЕВЕНСКИЙ ПЕЙЗАЖ

Белые березы, синий небосклон,
Смех и чьи-то слезы где-то за углом.
Ручеек в овраге без конца журчит.
На крылечке дома бабушка сидит.

Тихо песнь заводит, голову склонив.
Рядом гуси бродят, слушают мотив.
Солнце догорает, стелется туман,
Вечер наступает, слышится баян.

Тут же, на лужайке, взявшись за бока,
Парень в синей майке пляшет гопака.
Пестрые буренки жалобно мычат,
Шустрые бабенки их доить спешат.

... Такова деревня. Что еще сказать?
Здесь умеют сеять, плакать и плясать.

«АНТИПСИХИАТРИЧЕСКИЕ» ЗАМЕТКИ

Н. И. Сафронова (г. Москва)

Есть искушение продолжить разговор, начатый доктором С. С. Гурвицем («Унижение покровительством», выпуски III—IV Вестника НПА, 1992 г.).

Сближение понятий психопатологии и творчества, а то и постановка знака тождества между ними — вопрос не теоретический, не узкопрофессиональный. В отождествлении кроются серьезные опасности для общества в целом. Унижение и оскорбление творческих из фактов биографий каких-то конкретных личностей перерастают в социально значимые явления. Может быть нанесен непоправимый ущерб культуре вообще. Известна печальная судьба отечественного авангарда 20-х годов, от более поздних времен вошел в искусствоведение невиданный термин — «бульдозерная выставка». Здесь отголоски того самого отождествления, так сказать, практическое воплощение теории. В условиях тоталитарного общества концепция приняла крайнее выражение.

Общество, где в сущности даже поощрялись безделье и бездумье людей, порою хорошо оплачиваемые, особенно рьяно глумилось над духом, мыслью, талантом и, конечно, трудом, который сопровождает всякое творчество. Вспомните, как будущему Нобелевскому лауреату поэту Иосифу Бродскому, которого судили в Ленинграде, в 1964 году «за тунеядство» (!), пришлось объяснять гонителям: «Я работал — я писал стихи». То, что создание стихов — работа, потребовалось удостоверить людям, более известным тогда, чем 23-летний поэт. За Бродского вступились Ахматова, Маршак, Гранин, Копелев, Чуковский, Чуковская, Жан-Поль Сартр и другие деятели культуры в нашей стране и за рубежом. Но, спрашивается, что же это за общество, где такое требует доказательств? В самом деле, «больное общество» — повторим этот штамп нынешних публицистов (кстати, сам термин принадлежит Фромму).

Учитывая сегодняшнюю степень понимания произошедшего с нами, правомерным кажется говорить о духовной, если не душевной, патологии, свойственной (или привитой) большинству из нас. В некотором роде это может служить оправданием многих позиций, слов, деяний, о которых кое-кто не прочь бы сегодня забыть. Пошутим словами Владимира Высоцкого: «ну, сумасшедшие, что возьмешь?» Однако, продолжая эту мысль, натолкнешься на вывод: в «больные» времена, когда смещаются представления о должном, норма и патология как бы меняются местами. Посему следует осторожнее манипулировать психиатрическими терминами, теориями, тестами при оценке всякого нетрадиционного склада мыслей, поведения и, конечно, творческих проявлений. Отечественная культура сохранила что-то от бывшего своего величия во многом за счет творческих усилий (зачастую при бытовой неустроенности, нищенстве) именно неконформных личностей «с диагнозами».

Кстати, «тунеядцу» Иосифу Бродскому диагноз тоже ставили. Конечно же суд не мог не потребо-

вать судебно-медицинской экспертизы для человека, всерьез полагающего писание стихов работой. Из опубликованной, известной всему миру, стенограммы судилища, сделанной Фридой Вигдоровой, мы знаем об этом. Суд интересовало «страдает ли Бродский каким-либо психическим заболеванием и препятствует ли это заболеванию направлению Бродского в отдаленные местности для принудительного труда». Известно, что поэт был помещен в ленинградскую психиатрическую больницу на Пряжке (в ней когда-то работал Кандинский), находился даже в буйном отделении — для устрашения — и был выпущен с «отеческой» рекомендацией докторов: «В наличии психопатологические черты характера, но трудоспособен. Поэтому могут быть применены меры административного порядка».

Система психиатрических расправ с инакомыслием только отлаживала механизм (дела Григоренко, Жореса Медведева и других впереди), а заносчивого юнца в вельветовом костюме непременно надо было проучить ссылкой в «медвежий угол», придумать работу побессмысленнее — чем он лучше своих современников. В селе Норинском Архангельской области, по свидетельству московского врача Евгения Герфа, навещающего поэта в ссылке, Бродскому пришлось перетаскивать подобно Сизифу тяжеленные валуны. Это не помешало однако его главной работе; пришло множество теперь уже тоже всемирно известных стихов...

Тема требовала обращения к медицинскому аспекту «дела Бродского», он, увы, аспект этот был, но на человеческую и творческую репутацию поэта воспоминание о нем не роняет и малейшей тени. Другое дело, репутация общества, позволившего все это. Впрочем, мы узнали за последние годы о себе столько всякого, и... ничего, ни кому (ах, как нехорошо охотиться на ведьм). А кое-кто, «ведьмы» в том числе, все ностальгируют по «доброму» прошлому.

Вернемся к Бродскому. Как в сказке с хорошим концом: жив, знаменит, славен. Обнаруженные когда-то советскими докторами «психопатологические черты» не помешали ему стать тем, что он есть сейчас. Явлением мировой цивилизации, мировой культуры. Поэт занял достойную нишу в культуре давшей ему приют страны, пишет прозу на языке той страны (русскоязычное население!), учит хорошим вещам ее студентов, пока наши уходят в брокеры. Что делают доктора, выносившие тридцать лет назад свой вердикт с отнюдь не медицинской формулировкой насчет мер административного воздействия? Бог весть. Да и доктора ли то были, коль не «заметили» болезни сердца у своего пациента, которая привела его сразу же под нож хирургов в новом отечестве. Тогда поэта выхаживали Христа ради монахини-католички. Но, как писал он сам, «во всем есть плюсы, думайте о плюсе». Именно в больнице на Пряжке родился замысел одной из интереснейших поэм Иосифа Бродского, созданной им в 1965—68 годах. Ее герои Горбунов и Горчаков

(поэма так и называется — «Горбунов и Горчаков») — пациенты психиатрической клиники, где и происходит все действие поэмы. Реалии больницы узнаваемы отлично, но бытовой, вещный и другой реализм служит лишь раскрытию глубокого, философского смысла произведения. Происходящее в поэтическом пространстве и времени (оно названо точно — февраль, когда поэт проходил экспертизу) перерастает в мифологему нашего бытия. Не случайно, примерно в эти же годы пишет свой потешно-психушечный цикл Владимир Высоцкий, потом Венедикт Ерофеев «Вальпургиеву ночь, или Шаги Командора». Это был образ страны.

Как заметила Анна Ахматова, большой друг Иосифа Бродского, предсказавшая его славную литературную судьбу: «... из какого сора растут стихи, не ведая стыда». Таким сором, оказывается, может послужить задраенная наглухо санитарами форточка в палате сумасшедшего дома, заплеванная, в окурках пол в туалете, превращенном в курилку, странноватые реплики обитателей и вкрадчивые вопросы доктора «о ваших снах», который потом определит как симптом любое ваше проявление. Автор иронизирует по поводу психоанализа по-советски: Горбунов видит во сне грибы лисички. К чему бы это?

Наша задача не литературоведческий анализ (кстати, в отечестве он так и не сделан, до недавнего времени поэма здесь не публиковалась). Горжусь, что с разрешения Иосифа Бродского мне довелось подготовить к публикации в литературной странице «Медицинской газеты» три главы из нее), поэтому нет возможности отдать должное оригинальной форме, которая тоже подсказана атмосферой дома, где происходит действие. Много внутренних монологов («разговоры с самим собой»), перемежающихся с диалогами, репликами других персонажей. Поэма, кажется, наполнена звуками голосов. И только поражаешься остроте восприятия, напряженности всех чувств, приметливости, остроумию автора. И это вскоре после гнетущей процедуры суда, публичного унижения; торжества, пусть внешнего, но торжества, тупости, подлости, произвола. Как сказал бы психиатр, психотравмы. Кто же был нормален на Пряжке, если не поэт?

Поразительна его фотография у судейского стола. Объектив был сфокусирован на фигуре поэта, лица судейских размыты. Но его лицо, лик, говорит, что не в силах никто поразить своими словами, резолюциями, экспертизами, милицейской охраной то, что есть суть ПОЭТА. Определенный в ссылку, он свободен. Запертый на ключ санитаром-садистом, свободен тоже. В этом суть поэта, в этом его позиция, иначе не родится настоящее искусство. А быть хорошо вправленным в подобие жизни, которым довольствуется большинство, — подписать себе приговор как поэту. Разадаптация? Что ж, слава богу, что ее не «вылечили» поэту гипнозом или транквилизаторами.

Поэма многопланова (надеюсь читателей заин-

тересовать ею, сейчас Бродский более доступен. Найдите.), философская глубина ее не сразу поддается восприятию. Более ясен верхний слой, поскольку Бродский дает весьма точные ориентиры для анализа и оценки того времени, его событий. В известном смысле поэма — веха в истории сопротивления тоталитаризму, поэтический протест против вовсе не медицинской ипостаси тогдашней психиатрии. Поэтому поэму надо читать всякому, кто придет в эту специальность. Кстати, специалист найдет в ней достаточно точные профессиональные наблюдения.

«А что у нас за окнами?» — обычный, тестовый, вопрос, которым начинается первая беседа врача с пациентом; на него следует такой ответ: «Февраль. Пора метелей, спячки и доносов». Конечно, налицо «психопатология» для психиатра школы Снежневского 60-х годов. Возможно, таковой и всю поэму сочтет чем-то вроде манифестации того же. В письме, которое я получила от Бродского после публикации глав поэмы (я просила что-то из новых его стихов), есть горьковатая ирония: «ничего тематически подходящего у меня под рукой нет — если не считать, конечно, все мною сочиняемое клиническим явлением».

Ирония, юмор, которыми пронизано описание многих сцен (например, доклады докторам «наседки» Горчакова, приставленного к Горбунову в качестве соглядатая («пора доносов», стукачи требовались и в больнице), не скрывают трагичности сути. Поэт обращал внимание на библейскую основу замысла: описана Страстная неделя, с ее неизбежным предательством в четверг, распятием, которое грядет в пятницу... Участь Горбунова решена, «и воскресенья не будет.»

«Вы знаете, что ждет вас? «На беду подозреваю: справка об опеке?»

«Со всем, что вы имеете в виду,

вы, в общем, здесь останетесь навеки».

Горчаков (горечь, дух зла) трудился даром. Горбунов — лицо видимо реальное, возможно дисидент, с которым Бродский познакомился в больнице (есть посвящение Горбунову на одном из стихотворений поэта той поры).

Темная тень только коснулась судьбы поэта; других, как Горбунова, она накрыла полностью. Память мученикам всем добрая... Но еще несколько слов. Мне доводилось встречать людей, которые долгие годы жизни вели борьбу за снятие поставленного когда-то психиатрического диагноза. Порой доведя себя до состояния, когда диагноз как раз стал впору. Жаль их. А поэт выстоял. Он будет всегда, теперь это уже ясно. Как только мы захотим и будем готовы, он придет к каждому в качестве собеседника. И к нашим детям, и к нашим внукам, если конечно мы сохраним цивилизацию. Поэт вечно свободен. Он и думать забыл о тех, кто это его свойство определил некогда как симптом.

Так что же есть норма?

SUMMARIES OF THE ARTICLES

Turning points in american psychiatry in the 20th century — Dr. M. Sabshin

Dr. Sabshin shows the influence of Adolf Meyer's ideas on the formation and development of the american psychiatry. He characterizes its main stages in this century and puts forward the concept of its further development in the 21st century. The close interconnection between psychiatry and other human institutions is emphasized as well as the increasing importance of the psychiatry in the current american society.

Schizophrenia in terms of the populationist genetics — M. Goncharov

The group of the patients with schizophrenia registered at the psychoneurological dispensaries (1% of the population) is studied. All the cases are classified into 5 cohorts by the level of misadaptation. The correlation of the prevalence of the disease by the degree of its heaviness is discovered (consequently, 2,5—6—16—40—100 per 10 000 of the population). These are key figures, confirmed by various epidemiological, genealogical and clinical research. Preliminary conclusions about the structure of schizotypic prurigo and its genetic determination are made. Besides, the continuum of the «normal distribution of the population» based on such a clinical criterion as «the form of process course» is built.

Hypotheses on the constitutional roots of the specific typology of the «spectre of schizotypic changes in the adaptive qualities» are suggested.

Remises of the general population — genetic concept of the schizotypic prurigo are formulated.

Slowly progressing schizophrenia in one, separate, district — S. Gourvits

For 28 years the author observed the psychic status of the group of patients from one district who had the diagnosis of the «slowly progressing schizophrenia». In some cases he denies the presence of this pathology. He tells about simplistic approach to symptomatology, lack of strict clinical criteria and subjectiveness of medical orientation. The author

doubts the necessity to separate the nosological form of the «Slowly progressing schizophrenia» and preserve it in the classification of mental diseases.

Partial disturbances of consciousness as an object of psychotherapy and psychological correction — Y. Polishchuk

The problem is very little elaborated. The concept and criteria are not strictly formulated. In this article such criteria are suggested on the basis of the general concept of consciousness and vast clinical and psychotherapeutic experience. Analysis of the therapeutic effect of different methods of the personality — oriented (reconstructive) psychotherapy is based on the reconstruction of consciousness and self-consciousness of a patient what finds expression in the inner picture of a disease. That is why partial disturbances of consciousness are the main object of psychotherapy and psychological correction in cases of borderline disorders.

Poetry of mentally ill people as a part of the national literature? — F. Nekrasova, D. Shustov

Two pieces of poetry written by famous poets and insane people are compared in the article. Among the experts who conducted the analysis were professional authors, on the one hand, and psychiatrists, on the other. The analysis was based on the criteria reflecting the predominant activity of the right and left hemispheres of the brain. The statistically reliable differences in the analysed groups of verses were discovered.

«Antipsychiatric» notes — N. I. Safronova

The author of the article objects to the identification of the psychopathology and creative work. To identify these two concepts is especially dangerous in totalitarian societies. Joseph Brodsky's case serves as an example. As it is known, in 1964 in Leningrad Brodsky was exposed to the forensic — psychiatric expertise. At that time, some of the russian psychiatrists were inclined to consider the very fact of doing poetry as a sign of psychopathology. The article tells about the conception of the poem «Gorbunov and Gorchakov», in which the image of a psychiatric prison develops into the image of Russia in those days.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Теодор Адорно — Типы и синдромы. — «Социологические исследования», 1993, 3, 75—85
- А. С. Дмитриев — «Число зверя»: к происхождению социологического проекта «авторитарная личность». — Ibid., 66—74
- Л. И. Анциферова — Психология повседневности. — «Психологич. журн.», 1993, 2, 3—16
- Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина — Асимметрия и асимметрия сознания человека. — «Вопросы философии», 1993, 4, 125—134
- Н. Носов — Реальные нереальности. — «Человек», 1993, 1, 33—42
- В. М. Розин — Природа сексуальности. — «Вопросы философии», 1993, 4, 79—88
- Эрик Фромм — Анатомия человеческой деструктивности. — «Человек», 1993, 1, 102—123
- Дэвид Рисмен — Некоторые типы характера и общества. — «Социологич. исслед.», 1993, 3, 121—129
- Н. Дж. Смелзер — Социология. Американская семья. — Ibid., 107—118
- О. Петрочук — Сюжет о потерянной дочери. — «Новый мир», 1993, 6, 246—254

* * *

- Дж. В. Браун, Н. Л. Русинова — Личные связи в системе здравоохранения и «карьера болезни». — «Социологич. исслед.», 1993, 3, 30—35

- М. Д. Розенбаум — Социальный статус медицинского работника — Ibid., 36—39
- Н. Г. Шамшурина — Предпринимательство в здравоохранении — Ibid., 40—44
- И. Маккихан, Р. Кэмбелл, С. В. Туманов — Образ жизни, привычки, влияющие на здоровье москвичей, и Закон о медицинском страховании 1991—1993 гг. — Ibid., 45—49

* * *

- В. Сысоев — Сокровенные тайны коммунистической номенклатуры — «Звезда», 1992, 9, 155—171
- Ассен Игнатов — Черт и сверхчеловек. Предчувствие тоталитаризма Достоевским и Ницше. — «Вопросы философии», 1993, 4, 35—46
- С. П. Поцелуев — «История и классовое сознание» Д. Лукача: теория «овеществления» и романтический антикапитализм. — Ibid., 54—72
- Д. Лукач — Философско-историческая обусловленность и значение романа — Ibid., 73—78

* * *

- Мартин Хайдеггер — Gedachtes (Замысленное) — «Искусство кино», 1993, 4, 109—112
- Людвиг Витгенштейн — Письма к Бертрану Расселу. — «Звезда», 1993, 1, 127—132
- Бертран Рассел — О Витгенштейне — Ibid., 133

ОБЪЯВЛЕНИЯ

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

проводится:

понедельник с 11 до 15 час.

Москва, Лучников пер. 4, подъезд 3
метро: «Китай-город» или «Лубянка»

среда с 15 до 19 час.

Москва, ул. Мясницкая 42, ПНК № 15
метро «Чистые пруды»

четверг с 17 до 20 час.

Москва, Малая Полянка 9, ПНК № 21
метро «Полянка»

телефон для справок: (095) 206-86-39

почтовый адрес: 103982 — Москва,
Лучников пер. 4

Московский центр по правам человека
Независимая психиатрическая ассоциация

Экспертиза и консультации проводятся бесплатно

НПА

приступила к осуществлению проекта
«НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ»,
включающего следующие программы:

независимая психиатрическая экспертиза
новые системы реабилитации психически больных
реабилитация жертв жестокости и пыток
независимая издательская деятельность
образовательная программа
помощь неимущим психически больным

Как благотворительная организация НПА нуждается
в спонсорах и принимает пожертвования

Московский Благотворительный Филиал МКБ «Главмосстройбанка», расчетный
счет № 700016, с/кор.счет № 2161610 РКЦ ГУ ЦБ России по Москве, МФО
201791 уч. 83

«МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Проблемы психологического консультирования, тренинга
и психотерапии у нас и за рубежом

Индекс для индивидуальных подписчиков 73268,
для организаций 73269

Адрес редакции: 129366 — Москва, Ярославская ул. 13, ИПРАН
тел. 282-44-00

«ЛОГОС»

Философско-литературный журнал феноменологического направления, один из 4-х выпусков которого посвящается проблемам психопатологии.

Заказы по адресу: 129282 — Москва, а/я 32

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГНОЗИС» готовит выпуск:

С. Кьеркегор. «Или — или»
К. Ясперс. «Проблема вины»
М. Хайдеггер. «Работы и размышления»
К. Г. Юнг. «Избранные работы»
М. Вебер. «Работы по социологии религии и культуры»

Заказы по адресу: 119847 — Москва, Зубовский б-р 17
«Гнозис», тел. 246-56-32

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:

**ЕЖЕГОДНИКИ НПА
«ПУТИ ОБНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ»
под ред. Ю. С. Савенко**

В сборнике 1991 г.:

коренные просчеты общей психопатологии и пропедевтики в СССР; критерии психотического для аффективных и паранойяльных синдромов; современная генетика против классификации А. В. Снежневского; связь клинической и общественной паранойи; психотерапия беженцев и жертв катастроф; к истории разгрома психоанализа

В сборнике 1992 г.

вялотекущая шизофрения в контексте латентных форм других психозов; правовые вопросы психиатрии; антипсихиатрия и антисциентизм; пути возвращения доверия населения к психиатрии и психиатрам; черты мировоззрения в старости

В сборнике 1993 г.:

введение в феноменологию; новые реабилитационные программы; применение Закона о психиатрической помощи

БИБЛИОТЕКА НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ВЫШЛИ:

Е. BLEULER. РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИАТРИИ.

Репринт 1920 г., 550 стр. с илл., в твердом переплете с приложением рецензий проф. Э. Я. Штернберга и проф. А. К. Ануфриева на последние, расширенные Манфредом Блейлером издания этого руководства.

Неповторимым достоинством книги являются ясность и четкость изложения пропедевтики, клиники и теории психических болезней.

Каждый психиатр должен иметь этот классический учебник психиатрии.

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

22 стр., с аналитическим предисловием.
Предназначается для массового читателя.

ВЫХОДЯТ:

АРТУР КРОНФЕЛЬД. ДЕГЕНЕРАТЫ У ВЛАСТИ.

АРТУР КРОНФЕЛЬД. РАБОТЫ 1935—1940 гг.

ЗАКАЗЫ изданий НПА:

117602 — Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.
Аргуновой Юлии Павловне

107076 — Москва, ул. Потешная 3, институт психиатрии МЗ РФ.
Шорникову Борису Сергеевичу

ПРОДАЖА

осуществляется по последнему из указанных адресов, а также в газетном ларьке издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на англ. яз.

**ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА:
«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»**

№ 1, 1991

Антипсихиатрия сегодня
Обывательские комплексы психиатрического мышления
О психической заразительности
Кризис Всесоюзного общества психиатров

№ 1—2, 1992

Проблема предмета советской психиатрии
Начальное бредообразование. Затухание бреда
Доклад комиссии Всемирной Психиатрической Ассоциации
о визите в Советский Союз летом 1991 г.

№ 3—4, 1992

Герои и антигерои советской психиатрии
Дело генерала Петра Григоренко
Спецпсихбольница «Сычовка»
О медицинской тайне для высшего руководства страны

№ 1—2, 1993

Интрацепция и ипохондрия
Проблема идентификации
Практика и техника психоанализа

№ 3—4, 1993

Взгляд на американскую психиатрию XX века
Границы шизофрении
Как «лечили» А. Д. Сахарова в г. Горьком

с 1994 г.

журнал внесен в каталог подписных изданий
с индексами 73290 для индивидуальных и
73291 для коллективных подписчиков

в очередных номерах:

Главы, исключенные из русского издания 1967 г.
«Клинической психиатрии» под ред. Груле и др.
Психические эпидемии
Нелекарственные методы лечения психических заболеваний
Психотерапевтический театр

во всех номерах с 1992 г.
юридические консультации
