

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2000

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)

Ю. Н. Аргунова
В. Г. Батаев
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova
Vladimir Bataev
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 16.02.2000. Подписано в печать 30.03.2000. Формат 60×84¹/₈.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 3 000 экз. Заказ № 2000-01-ИРА.

Цена свободная

Издательство "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: jour@folium.msk.su, Web-site: <http://www.folium.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

- Тревога, меланхолия и творчество: случай поэта Райнера Мариа Рильке —
— Отто Доерр-Зегерс (Сант-Яго, Чили) 5
- Опыт работы с общественными объединениями родственников душевнобольных —
— В. Я. Евтушенко, Л. В. Беседина 12

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

- Эндогенный процесс или невроз? 17

ПОЛЕМИКА

- Еще о существовании клинической психотерапии — М. Е. Бурно 28
- К вопросу о судьбе концепции нарушения общего чувства — В. Ф. Мусиенко 32
- Продолжение полемики диссертанта со своей диссертацией —
— В. А. Скавыш, В. Ф. Войцех, Ю. С. Савенко 39

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

- Обсуждение проекта Федерального закона “О внесении изменений и дополнений к Закону
Российской Федерации “О психиатрической помощи...” специалистами НПА России —
— В. Г. Батаев, Ю. С. Савенко, Б. Н. Алмазов (Екатеринбург),
Б. Н. Пивень (Барнаул), Ю. Н. Аргунова 44

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

- Еще раз об исключительных состояниях — В. Г. Батаев 51
- Экспертиза с потолка — Ю. С. Савенко 53

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

- Развитие психиатрии и служб психиатрической помощи в исламских государствах —
— Ахмад Мохи (Александрия, Египет). 54
- Земская психиатрия — это не только “палата № 6” — А. Г. Комиссаров (Набережные Челны) 57
- К истории прозекуры Преображенской больницы — С. Д. Душейко 59

ХРОНИКА

- Сотрудничество РОП и НПА России 66
- Новый психиатрический центр юга России 66
- Экспертная оценка научных статей в психиатрии 68
- Методологические основы психотерапии. 68
- “ВЕРА И БОЛЕЗНЬ” — конференция НПА России
и Свято-Филаретовской высшей православно-христианской школы. 70
- Пятые Консторумские чтения 71
- Юбилейный благотворительный концерт Наташи Конситорум 71
- НОВОСТИ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ 72
- Проект этических принципов ВПА по особым вопросам 73
- Дополнения к Мадридской декларации 74

РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ

- Поставить депрограммирование в России вне закона.
Заявление Центра обществ сознания Кришны в России. 75
- Нужна ли психиатрическая экспертиза А. М. Кашпировского? 76

- НЕКРОЛОГ 77

- РЕКОМЕНДАЦИИ 78

- АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ. 79

CONTENTS

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

- Anxiety, melancholy and creativity: the case of the poet Rainer Maria Rilke —**
— Otto Doerr-Zegers (Santiago, Chile) 5
- The experience of work with non-governmental organizations of the relatives of the mentally ill —**
— V. Ya. Evtushenko, L. V. Besedina 12

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

- Endogenous process or neurosis? 17**

POLEMICS

- Once again about the essence of clinical psychotherapy — M. E. Burno 28**
- On the fate of the concept of general sense disorder — V. F. Musienko 32**
- Continuation of the discussion of the author with his colleagues on the subject of his thesis —**
— V. A. Skavysh, V. F. Voitsekh, Yu. S. Savenko 39

PSYCHIATRY AND LAW

- Discussion of the Federal Draft Law “On introduction of changes and supplements to the RF Law
“On Psychiatric Care...” by the IPA of Russia specialists — V. G. Bataev, Yu. S. Savenko,
B. N. Almazov (Ekaterinburg), B. N. Piven (Barnaul), Yu. N. Argunova 44**

FROM AN EXPERT’S DOSSIER

- Once again on the extraordinary conditions — V. G. Bataev 51**
- Evaluation out of thin air — Yu. S. Savenko 53**

HISTORY OF PSYCHIATRY

- Development of psychiatry and psychiatric service in the Islamic states —**
— Ahmed Mokhi (Alexandria, Egypt) 54
- Zemstvo psychiatry — it’s not only the “ward N 6” described by A. Chekhov —**
— A. G. Komissarov (Naberezhnye Chelny) 57
- About the history of the work of the Preobrazhensky mental hospital’s dissecting-room —**
— S. D. Dusheiko 59

CHRONICLE

- Cooperation of ROP and IPA of Russia 66**
- New psychiatric center in the South of Russia 66**
- Expert estimation of scientific articles in psychiatry 68**
- Methodological grounds of psychotherapy 68**
- “Faith and Illness” — joint conference of the IPA of Russia
and St. Philaret High Russian Orthodox-Christian School 70**
- The Fifth Konstorum hearings 71**
- Jubilee charitable concert of Natascha Konsistorum 71**
- THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION’S NEWS 72**
- Draft document on specific ethical guidelines 73**
- Supplementary to the Madrid Declaration 74**

REVIEWS AND COMMENTS

- “Outlaw deprogramming in Russian” — the Statement of the Russian Center
of Krishna Conscience societies 75**
- Is it necessary to conduct psychiatric evaluation of A. Kashpirovsky? 76**

OBITUARY 77

RECOMMENDATIONS 78

ABSTRACTS AND TRANSLATIONS 79

От редактора. Помещая патографическую работу в раздел “Актуальные проблемы психиатрии”, мы надеемся этой конкретной публикацией продемонстрировать неисчерпаемые возможности этого жанра для клинической психиатрии. После выхода на русском языке классических патографий Карла Ясперса “Стринберг и Ван Гог”, Зигмунда Фрейда “Томас Вудро Вильсон”, Эрнста Кречмера “Гениальные личности” и Жан-Поля Сартра “Идиот в семье” предлагаемая работа показывает, как на патографическом материале можно решать и более частные проблемы. Дело не только в ее авторе — одном из ведущих представителей феноменологического направления в психиатрии, лидере чилийских психиатров, нашем друге и единомышленнике Отто Доерр-Зегерсе, но и в теме самой работы.

Райнер Мария Рильке (1875 – 1926) не просто самый тонкий из поэтов, он — воплощение феноменологии, того проникновения в душу самих вещей и явлений, которое позволяет и собственные переживания и состояния постичь и передать с предельно возможной полнотой и точностью. Очень показательно, что попытки перевести Рильке — попытки изначально безнадежные, в силу сплетения у него смысла зрительных и музыкально-речевых мелодических образов, — сами тонкий индикатор наличия феноменологической установки, так что часто предпочтителен подстрочник.

Тревога, меланхолия и творчество: случай поэта Райнера Мария Рильке

Отто Доерр-Зегерс (Сант-Яго, Чили)

Взаимоотношения между способностью творить, или, более точно, гениальностью — или тем случаем, когда способность к творчеству достигает максимального выражения — и той или иной степенью психической патологии изучались с начала времен. Еще Аристотель в XXX книге “Проблем”, озаглавленной “Об уме, понимании и мудрости”, одну главу посвятил меланхолии. Он задается вопросом: “Почему все экстраординарные люди меланхолики?”, и продолжает: “...и в этом смысле многие из них страдают от болезненных проявлений, берущих свое начало в черной желчи” [7, р. 60]. Здесь важно отметить, что Гиппократ, как и философы и писатели античной Греции, понимал под “меланхолией” состояние людей, которые страдали от колебаний настроения между эйфорией (манией) и депрессией; это же болезненное состояние, начиная с Крепелина, зовется маниакально-депрессивным психозом, а сейчас — биполярным расстройством. Но необходимо помнить, что греки также проводили различие депрессии и эйфории в смысле болезни с иными более или менее постоянными состояниями как выражением определенного типа личности; этот тип по теории о преобладающих жидкостях организма именовался “желчным типом”. Такое различие уже было очевидно у Платона, а для Аристотеля имело даже биологическую основу. Согласно Аристотелю и его ученику Теофрасту, которому приписывается часть главы о меланхолии, у “желчного типа” количество желчи в организме преобладает над другими жидкостями, причем она остается ни чрез-



Бюст Рильке работы Клары Рильке-Вестгоф, жены поэта. 1901 г.

мерно охлажденной, ни, наоборот, избыточно нагретой. Вот это равновесие как раз и обеспечивает творчество и работу гения, в то время как нагревание желчи приводит к тому, что сегодня называется эпизодом мании, а ее охлаждение — к патологической депрессии [7, pp. 66, 67].

В качестве примеров “меланхолических” и одновременно гениальных людей Аристотель упоминает как героев античной мифологии (Геркулес, Аякс и Белерофонт), так и исторических персонажей (политик Лисандр, врач и философ Эмпедокл, Сократ и Платон). Мифологические персонажи Аристотель называет меланхоликами, поскольку в силу своих героических поступков и жизнестойкости они одержимы “божественным духом” (эйфорией или манией), который, как мы видим, является и частью меланхолии. У исторических личностей он наблюдал больше депрессивных эпизодов, или, по крайней мере, периодов ухода от общества. Трудно вообразить Платона или Сократа “вышедшим из себя” и одержимым состоянием неконтролируемой радости. Скорее всего, ассоциация между меланхолией и гениальностью пришла в голову Аристотелю из-за трагического случая Эмпедокла из Агригенто. Этот универсальный человек, ученик Парменида, выдающийся философ, физик, врач, писатель, политик и даже мистик и проповедник, вызывавший у своих современников восхищение как полубог, однажды удалился от общественной жизни в горы и какое-то время спустя бросился в кратер вулкана Этны. Это один из наиболее известных случаев суицида в античности. Три столетия спустя писатель Луциано упоминал об этом поступке как следствии “глубокой меланхолии” [7, p. 64]. В XVIII веке нашей эры великий немецкий поэт Гельдерлин написал три трагедии о смерти Эмпедокла [9, p. 771].

Но для нас сейчас важно то, что и Платон, и Аристотель признавали в рамках широкого поля меланхолии существование двух разных форм мании (эйфории) и депрессии. Первый отличает “божественную манию” от болезненной (“окрыленный сумасшедший”, как он говорит в *Федре*, [14, 250c–252b]), а второй — меланхолию гения от меланхолии больного (при охлаждении желчи), не упуская и тот факт, что одна может иногда переходить в другую, как, например, и было в случае Эмпедокла. Такое разграничение, проводившееся греческими философами, долго оставалось забытым, и лишь в 1961 году было как бы заново открыто немецким психиатром Хубертом Телленбахом. Вдохновленный этим открытием и писаниями древних философов, он создал свою теорию депрессии. Так, он впервые описал “меланхолический тип” [18], специфичный для униполярной формы депрессии, и годы спустя “манический тип” [19], характерный для биполярных форм. Оба типа личности, открытые Телленбахом путем феноменологической интуиции, впоследствии были эмпирически продемонстрированы в ряде исследований, среди которых наи-

более важные сделаны немецким автором Detlev von Zerssen [21–23] и Anneliese Dorr из Чили [3, 4].

Телленбах, однако, не ограничился изучением лишь мира патологии. Он также проводил исследования в области литературы и философии, пытаясь найти то измененное, хотя в определенном смысле и не патологическое, состояние при гениальности, о котором говорили греческие философы. И тогда он обнаружил, что не только многие герои великой всемирной литературы, но и многие их создатели выказывали очевидные признаки меланхолии без депрессии, например Гамлет среди литературных героев, Клейст и Бодлер среди поэтов, Кьеркегор и Ницше среди философов. Из самоописаний этих авторов мы вместе с Телленбахом можем заключить, что меланхолия состоит в неспособности направить личностную энергию на творческую работу. **“Меланхолия есть мучительное чувство невозможности реализовать свои истинные способности”** [19, p. 341]. Разница между меланхолией или “Schwermut” и меланхолией (депрессией) в смысле болезни, видимо, заключается в том, что последняя затрагивает физическое состояние и биоритмы в большей степени, чем первая. Я добавлю, что для этих форм депрессивности весьма различно и отношение к будущему: при реальной депрессии будущее, соответственно выраженности синдрома, в большей или меньшей степени закрыто, в то время как гений, страдая от меланхолии, стремится восстановить поток внутреннего времени и, как следствие, творческую активность. Иными словами, здесь будущее остается открытым.

Разделение, предложенное Телленбахом и основанное на мнении древних философов, по-видимому, неизвестно другим авторам, которые интересуются этой проблемой, как, например, Nancy Andreasen [1] и Kay R. Jinson [10]. Первый, в поисках взаимосвязи между творчеством и душевной болезнью, применял структурированные интервью и исследовательские диагностические критерии RDC (research diagnostic criteria). Он обследовал 30 писателей, которые участвовали в работе университета Иовы, и пришел к заключению, что 80 % из них страдали от какого-либо вида аффективного расстройства (37 % от большой депрессии, 30 % от биполярного расстройства II и 13 % от биполярного расстройства I), причем в контрольной группе аффективное расстройство было отмечено лишь у 30 % участников (17, 10 и 0 % соответственно). А Кэй Р. Джемисон, руководствуясь данными самого последнего и крупного исследования, утверждает, что большинство гениев, как в литературе, так и в живописи и музыке, страдали маниакально-депрессивным расстройством или, по меньшей мере, большой депрессией. Ее исследование основывается на биографиях этих гениев и некоторых семейных свидетельствах. В основном она изучала случаи лорда Байрона, лорда Теннисона, Роберта Шумана, Германа Мелвилла, Винсента Ван Гога и Эрнеста Хе-

мингуэя. Нет сомнения в том, что упомянутые личности страдали от того или иного тяжелого душевного расстройства, наиболее вероятно от биполярного расстройства, что в основном объясняется тем, что все они имели наследственную предрасположенность. Однако по отношению к гениальным личностям из длинного списка Джемисон, которых она также считала страдающими маниакально-депрессивным расстройством, мы не можем с уверенностью утверждать, имеем ли дело с болезнью как таковой или с теми специфичными колебаниями настроения, которые были названы Телленбахом *shwertmut*. Одним из примеров может быть писатель Самуэл Джонсон, описавший свое настроение как **“такую подавленность души, которая сковывает все способности, но их не разрушает, допускает осознание добра, но не дает силы для его поиска”** (цит. по [10]). Еще более ясным может быть случай философа Сёрена Кьеркегора, исследованный нами по другому поводу [5]. Он описывает свою “депрессию” следующим образом: **“я столь безрадостен, что не только не имею ничего, чтобы удовлетворить мою душу, но даже не могу вообразить, как бы я мог это сделать”** [11, р. 241]. В других книгах он описывает выход из таких состояний: **“Я поднялся однажды утром и почувствовал себя необычайно хорошо; это ощущение все возрастало к полудню и в час дня достигло своей вершины... тело потеряло земной вес; я будто не чувствовал тела... каждая мысль была счастливой... все существующее было проникнуто любовью...”** [12, pp. 47, 48].

Пока что мы имели дело лишь с депрессией и меланхолией. А как быть с ощущением тревоги? Прежде всего надо сказать, что ощущение тревоги, как и депрессия, может быть симптомом, синдромом или болезнью. Как симптом оно совершенно неспецифично и может возникнуть при любом душевном расстройстве, включая расстройство моно- и биполярное. Как синдром оно тоже достаточно неспецифично, хотя и в меньшей степени, чем в качестве симптома. Тревожный синдром встречается отнюдь не при любых психических расстройствах, но характерен для наиболее важных из них — шизофрении, депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства. Пока неясно, может ли данный синдром составлять патологическую сущность как таковой, ибо мы еще слишком далеки от возможности найти биологические изменения, которые могут служить опорой для диагноза. Однако с самого рождения научной психиатрии известны клинические случаи, при которых все проявления болезни были связаны с тревогой (например, классические неврозы или современные “тревожные расстройства”). Представленная проблема нозологических сущностей в психиатрии сложна из-за отмеченных трудностей с биологическим субстратом; симптомы в основном неспецифичны; поэтому тревога часто является первым проявлением депрессии, но и наоборот, тревожные расстройства

могут в большей или меньшей степени определять настроение, как происходит, например, при депрессивном неврозе. Но если мы забудем все предыдущие определения и указания и тщательно исследуем случаи ежедневной клинической практики, мы можем установить, — и будем недалеко от истины, — что не-психотические и не-органические психопатологические синдромы можно расположить в своего рода полярности, где преимущественно депрессивные картины окажутся на одном полюсе, а преимущественно тревожные — на другом.

Вопрос, который мы ставим, заключается в следующем: существует ли депрессия как болезнь и депрессия как особое состояние у гения (или меланхолия); то же и в отношении тревоги, ибо за пределами патологической тревоги также существует другая ее форма, которая необходима для творческого акта. На первый взгляд крайне трудно вообразить связь тревоги с творческой работой. Этимологически слово происходит от греческого “*anjo*”, что в активной форме означает сдавливать, стягивать, а в пассивной — задыхаться. Приблизительно то же в латинском языке: “*angere*” означает связывать, сдавливать, сжимать горло [5]. Клинический опыт особенно соответствует этимологическому значению: тревожный больной испытывает сдавление груди, чувство нехватки воздуха, в дальнейшем все пространство сжимается вокруг него, “припирает его к стенке”. Как можно в этом состоянии творить? Однако уже в работе С. Кьеркегора “Смысл тревоги” [13] был описан другой ее вид, аналогичный, но не идентичный тревоге невротического больного: тревога-как-возможность. Читаем: “тревога всегда связана с будущим, и когда мы говорим, что обеспокоены прошлым, мы в основном указываем на будущее... прошлое, которое причиняет мне беспокойство, должно находиться со мной в отношении возможности. Если меня тревожит прошедшее событие, оно делает это не как прошедшее, но как что-то, могущее повлиять на будущее” [13, с. 97]. Тревога, описанная Кьеркегором, имеет нечто общее с необходимым свойством человека, его свободой, но также и с постепенным отходом западного человека от Бога, что вызывает утрату веками существовавшего чувства прикрытия и защиты. В отличие от других страхов, боязни конкретных вещей, при тревоге страх есть боязнь самой возможности выбора (между хорошим и плохим, например), что может, конечно, привести к святости и спасению, но в равной степени и к вечным мукам. Факт, что это чувство, описанное датским философом, помещает человека за самыми безднами существования, ясно отличает его от невротической тревоги, которая скрывает истину и ограничивает человека, от этой тревоги страдающего. Другая положительная интерпретация тревоги предложена Мартином Хайдеггером [8, § 40]. Для него тревога является фундаментальной аффективной диспозицией, т.к., несмотря на вызываемые ей затруднения, она наделяет

человека силами, позволяющими встретиться с мировой незащищенностью (что как раз и “помещает в тревогу”), так и с собственным одиночеством. Только путем этого опыта человек может сохранить возможность аутентичного существования. Так что опыт тревоги, по Хайдеггеру, есть то, что позволяет человеку спастись от его природного стремления к “падению” (Verfallenheit): “в человеческом Dasein тревога раскрывает бытие-для наиболее истинной возможности бытия свободным в выборе и принятии ответственности” [8, S. 188].

Мы попытаемся ответить на вопрос относительно возможности существования творческой тревоги путем осмысления жизни знаменитого немецкого поэта Райнера Мария Рильке. Анализ будет основываться в первую очередь на изучении периода его переписки с женщинами, которые играли важную роль в его жизни и в то же время были его поверенными: это Лу Андреас-Саломе и принцесса Мария фон Терн и Таксис-Гогенлох. Кроме того, мы исследуем его переписку с бароном Виктором фон Гебзаттелем — психиатром, который хотел заняться лечением Рильке. Эти письма представляют для нас уникальный документ: в них поэт не только сам весьма ярко описывает проблему взаимоотношений болезни и творчества, но и приходит к четким и решительным выводам о возможности психотерапии (психоанализа) творческой личности. Письма к Лу Андреас-Саломе и принцессе Терн и Таксис известны уже в течение многих лет, а вот корреспонденция с фон Гебзаттелем стала доступной лишь в 1991 году, с появлением “Полных писем” [16].

Чтобы облегчить понимание этих писем, мы предлагаем краткую биографию поэта. Рильке родился в Праге в 1875 году и умер в Вал-Монте в Швеции в 1926 году в возрасте 51 года. Он рос единственным сыном авторитарного отца-военного и достаточно легкомысленной матери, чьей главной целью было занять определенное положение при дворе Австро-Венгерской империи. Старшая сестра поэта умерла рано, и его мать, в сумасбродной попытке сберечь память умершей дочери, одевала своего сына в девичьи наряды. Это никак не сказалось на сексуальной идентичности Рильке, но осталось в его памяти как свидетельство материнской нелюбви и жестокости. Плохо обращался с ним и отец, который заставил 15-летнего сына поступить в Высшую военную школу Санкт-Полктена вопреки его уникальным художественным способностям и отсутствию интереса к военной жизни. По прошествии двух лет трудностей Р. М. Рильке добился увольнения и возобновил свое образование. В возрасте 20 лет стал изучать живопись, литературу, историю и философию в Мюнхенском университете. Обучение он не закончил, но о нем уже заговорили как о поэте. В 1898 году, в возрасте 23 лет, он встретился с Лу Андреас-Саломе, которая была известна своей увлеченностью талантливыми людьми (до

Рильке она была очень близким другом Ницше, позже — близка Зигмунду Фрейду). С того момента и до самой смерти Рильке не имел постоянного пристанища. Он жил то в России, то в Германии, Италии, Франции или Испании, частично поддерживая себя сбережениями, доставшимися по наследству, частью за счет лекций, но в основном за счет помощи покровителей, в том числе принцессы Терн и Таксис, с которой познакомился в 1909 году. На столетие опережая Европу, он был сторонником европейского союза. Говорил и писал на немецком, русском, французском и итальянском языках, немного знал испанский, английский, голландский и датский. Он установил дружбу и переписывался со многими знаменитыми писателями, среди которых были Лев Толстой, Огюст Роден, Андре Жид, Гуго фон Гофмансталь, Герхард Гауптманн, Франц Верфель. Он прожил несколько лет в Ворпсведе, недалеко от Бремена, в сообществе писателей, возглавляемом Генрихом Фогелером и Отто Модерсоном. Там он повстречался с Кларой Вестхоф, скульптором и учеником Родена, которая стала его женой и матерью его единственной дочери. Их совместная жизнь продолжалась, однако, лишь несколько лет из-за склонности Рильке к беспокойству, которое не давало ему долгое время оставаться на одном месте и быть привязанным к одному человеку. Великим страданием стала для Рильке Первая Мировая война, которую он так никогда и не принял, и не понял, поскольку она противоречила его мечте об “объединенной Европе”. Творческая активность поэта в это время была минимальной, он не написал почти ничего. Война принесла ему и унижение, поскольку его квартиру в Париже разыскала полиция, и все его имущество, как представителя немецкой нации, пустили с молотка. Слава Богу, Андре Жид сумел спасти часть его книг и документов.

Литературное наследие Райнера Мария Рильке действительно монументально. В нем можно выделить два периода. Первый — период лирической поэзии, которая коснулась всех воображаемых в природе предметов, в том числе и предметов религии. Ритмика и рифмы этих стихов сравнимы с творчеством величайших поэтов последних столетий. С 1912 года, с упомянутым перерывом на время войны, для Рильке начинается другая поэзия — метафизическая, в которой он достиг таких глубин, до которых — по мнению многих специалистов — не доходил никто, по крайней мере, в двадцатом столетии. В этот период он написал свои выдающиеся Дуинские Элегии и Сонеты к Орфею. Эти работы оказали огромное влияние на современную немецкую философию, помимо прочего — на философию Мартина Хайдеггера, который написал знаменитую статью: “Чем хороши поэты во времена опасностей?”, полностью посвященную Девятой Дуинской Элегии и Сонету 29 (1950 [15, р. 265]).

Чтобы обратиться к миру элегий и попытаться понять их значение, приведем некоторые строки пись-

ма, написанного самим Рильке его издателю Витольд фон Гулевичу в ноябре 1925 года, за год до смерти, где он неподражаемым образом объясняет значение элегий: “Эти стихи дают возможность увидеть, что жизнь, зависая над бездной, становится невозможной. В Элегиях жизнь снова становится возможной... Утверждение жизни и смерти в Элегиях становится единством... Нет ни этого, ни того света, но лишь одно огромное единство, в котором пребывают стоящие над нами существа, “ангелы”... И в этом самом большом и “открытом” мире и пребывают все... Природа, вещи нашего обихода и потребления случайны и бренны; но пока мы живем здесь, все они — наше владение, наши друзья, соучастники наших горестей и радостей, какими они уже были для наших предков... все здешние явления и вещи должны быть поняты нашим внутренним разумом и преображены. Преображены? Да, потому что задача наша — так глубоко, так страстно и с таким страданием принять в себя эту переходящую бrenную землю, чтобы сущность ее в нас “невидимо” снова восстала. Мы пчелы невидимого... Ангел Элегий — это создание, в котором превращение видимого в невидимое, осуществляемое нами, уже совершилось. Ангел Элегий — это то существо, которое служит для нас ручательством, что невидимое составляет высший разряд реальности. Потому-то он и страшен нам, что мы, любящие и преобразователи, все-таки еще привязаны к видимому. Все миры Вселенной обрушиваются в невидимое, как в свою ближайшую более глубокую действительность... Мы и есть те преобразователи земли; все наше бытие, все взлеты и падения нашей любви — все наделяет нас способностью к решению этой задачи...” [16, р. 374, здесь и далее пер. М. Баранович].

Рильке умер в декабре 1926 года от лейкемии. Ухудшение физического состояния, приведшее его к смерти, произошло от укола шипом розы, когда он ухаживал за садом в замке Мюзот в Швеции, где жил в уединении последние годы. Несомненно, его смерть была поэтической, и в этом смысле, красивой, “подходящей”.

С детства он страдал от тяжелых состояний тревоги и страха смерти, состояний, которые не покинули его до конца его дней. Лу Андреас-Саломе, бывшая его первой женщиной и затем другом, будучи близка с Фрейдом, имела много связей в психоаналитическом мире. Поняв, что Рильке страдает от тревоги и меланхолии, она настоятельно предложила ему пройти курс психоанализа. Такое лечение, вероятно, рекомендовал и психоаналитик Виктор фон Гебзаттель, который сдружился с поэтом в Париже в начале века. Гебзаттель был учителем Телленбаха, моего собственного учителя, от которого я узнал подробности о взаимоотношениях Гебзаттеля с Рильке. Итак, круг замкнулся. Именно Телленбаху я обязан значительной частью моей любви к поэту и глубокой заинтересованностью его работой.

Мы ограничимся для анализа очень коротким периодом жизни Р. М. Рильке, предшествующем началу работы над Дуинскими элегиями в конце января 1912 года. Это были годы большого мрака и снижения работоспособности, но также и годы тревоги. Замечательное описание этого можно найти в романе “Записки Мальте Лауридса Бригге”, изданного в 1910 году. Но здесь мы ограничимся его письмами. Так, 28 декабря 1911 года он пишет Лу Андреас-Саломе: “Дорогая Лу, почти два года прошло, и только ты можешь понять, как... ничтожно я их провел... Я встаю каждое утро с застывшими плечами и жду руки, которая могла бы меня встряхнуть. Как стало возможно, что я — человек, которого обучали и готовили для творческой работы, оказался здесь без дела и совсем ненужный? ... Не признаки ли это длительного выздоравливания, которое и есть моя жизнь? Или это симптомы новой болезни?” [16, pp. 369–371]. Несколькими днями позже (01.10.1912) он пишет ей снова: “То, что больше всего беспокоит меня, не есть в большей степени длительность перерыва в работе, но возможно видскуки или старения... Может быть, постоянная невозможность сосредоточиться, с которой я живу, имеет физическую природу, как малокровие (например)... Я встаю каждое утро, сомневаясь, смогу ли я вообще что-то сделать, и это сомнение увеличивается с осознанием того факта, что могут пройти еще недели и месяцы, во время которых я буду едва способен написать пять строк несущественного письма, и то с величайшим усилием...” [16, р. 373].

Я не знаю, почему он решил спросить психиатра Виктора фон Гебзаттеля, можно ли ему пройти курс психотерапии, но я знаю точно, что в то время Гебзаттель уже лечил Клару Вэстхоф, жену Рильке. В любом случае, в своем письме от 14 января 1912 года Р. М. Рильке описывает Гебзаттелю свое эмоциональное состояние следующими словами: “Вы знаете, что в течение двух лет я лежал здесь без дела, как если бы я старался встать, хватаясь то за одного, то за другого проходящего человека, существуя с единственной целью — найти того, кого смогу убедить встать первым. Такое состояние совершенно ненормально, если длится так долго, и мне хочется знать, не должен ли я покончить с ним — любой ценой, любым путем... Напишите мне как-нибудь... и дайте мне понять, что вы думаете о психоанализе этого случая...” [16, р. 383]. Новые описания состояния здоровья Рильке мы находим в другом письме Лу Андреас-Саломе (01.20.12): “Я все еще чувствую себя плохо, даже физически... Моя повышенная чувствительность, например чувствительность мышц, столь велика, что любое физическое усилие или какое-то неловкое положение (например, при бритье) немедленно вызывают болезненные явления, часто сопровождающиеся тревогой, страхами или иными мучениями...” [16, pp. 384–385].

Позднее, в марте 1913 года, он снова страдает. И так будет до самой смерти. “Что должно случиться,

чтобы я что-нибудь почувствовал?”, — пишет Рильке принцессе Марии фон Терн и Таксис [16, р. 456]. И продолжает чуть дальше: “Вино, Венеция и Толедо, которые так сильно влияли на меня, все проходит как сущая интермедия, как краткий глубокий сон при бессоннице”. А вот ответ на вопрос принцессы о его новой подруге, которая — по сведениям принцессы — очень любила Рильке: “Я не настоящий любящий, я только движим извне, возможно потому, что никто никогда по-настоящему не двигал мною, возможно потому, что я не люблю свою мать. И я чувствую себя весьма убого перед этим прекрасным маленьким созданием...” [16, р. 458]. Чуть более года спустя, в письме Лу Андреас-Саломе (06.08.1914) он пишет: “...после этих месяцев страдания... я должен осознать, что никто не может мне помочь, никто...” [16, р. 532].

Это страдание души и тела, которое не имеет объяснения с позиций соматической медицины (первые признаки лейкемии появились лишь десять лет спустя), эти состояния тревоги и депрессии с последующей потерей работоспособности, приводившие Рильке к вершине отчаяния, когда он намекает на суицид (“Я спрашиваю себя каждый день, не вынужден ли я положить этому конец любой ценой, любым путем”), — все эти симптомы весьма сложно поместить в наши нозологические категории. Несомненно, это такие симптомы, которые возникают при “депрессии” или “неврозе тревоги”, но они совершенно различны с феноменологической точки зрения. В любом случае, они не конституируют депрессивный или тревожный синдром в клиническом смысле. “Клинический синдром” Рильке не идентичен тому, что Телленбах назвал “schwertmut” [19] применительно к литературным героям наподобие шекспировского Гамлета или Вертера Гете, или писателям Клейсту или Грильпарцеру — которых мы обсуждали в отношении к Кьеркегору. У Рильке этот синдром имеет проявления, не соответствующие “меланхолии” Телленбаха. Это, например, множество соматических жалоб, приступы ипохондрических мыслей и панические атаки, которые заставляли Рильке длительно избегать общественной жизни. Из анализа его собственных описаний можно заключить, что Рильке страдал от периодических приступов меланхолии (в смысле телленбаховского “schwertmut”), главными проявлениями которой были потеря работоспособности и отсутствие вдохновения. Но помимо этого он страдал от более или менее постоянной тревоги, с детства и до самой смерти. Эта тревога проявлялась во время приступов меланхолии, но не исчезала и по миновании последних; жизнь продолжалась, и в душе поэта снова появлялись стихи.

Один из таких периодов огромной продуктивности и фактически божественного вдохновения — начало 1922 года, когда он за несколько дней заканчивает свои элегии, начатые в 1912 году, и пишет новые. Рильке так описывает свое состояние принцессе Терн и Таксис: “Наконец, принцесса, наконец счастливый

день... в который я могу сообщить тебе завершение элегий: десять!... Все за несколько дней, это было как нескончаемая буря, ураган сквозь дух (как тогда в Дуинском замке); все связки и ткани в моем теле скрипели. Я даже забыл про еду. Только Богу известно, чем я питался. Но вот и все. Вот и все. Аминь.” [16, р. 220]. Тревога тогда не исчезла, не исчезло и беспокойство о теле, которое он всегда считал слабым. На самом деле это страдание, видимо, было необходимо ему для творческой работы; именно на такой вывод наводят те причины, которыми Рильке объясняет свое решение отказаться от курса психоанализа. Так он пишет Лу Андреас-Саломе: “Психоанализ будет чересчур глубок для меня, потому что он изменяет раз и навсегда, очищает и организует, а мне такое очищение, возможно, даже хуже, чем страдание, которое я испытываю” [16, р. 370]. И он отвечает на письмо фон Гебзаттеля, в котором тот согласился его анализировать: “Моя жена... (уверена), что отказаться от психоанализа меня заставляет малодушие, считая, что психоанализ будет соотноситься с “верной и преданной” частью моей натуры; но это не так, поскольку именно моя преданность... способствует отказу от терапии, от этого полного вычищения, которое никогда не производилось самой жизнью...” [16, р. 380]. И в конце этого же письма он добавляет: “Я знаю, что со мной не все в порядке, и Вы, дорогой друг, также отметили это, но поверьте, несмотря ни на что, я ничем не очарован так, как этим потрясающим и изумительным чудом, которое и есть мое существование, с самого начала организованное таким невозможным способом, но продвигавшееся от одного спасения к другому... Поймете ли Вы, что поставленный перед любым способом классификации... каким бы удобным он ни был, я боюсь нарушить самый высший порядок, которому, после всего происшедшего, я должен соответствовать даже в том случае, если это означает мою гибель?” [16, р. 382]. И как раз до этого он выражает совершенно определенную интуицию: “... Я все еще думаю, что моя творческая работа на самом деле есть не больше, чем попытка само-излечения...” [16, р. 381].

Здесь поэт ясно осознает свою болезнь, или по меньшей мере то состояние постоянного нездоровья, тревоги и потери работоспособности, в котором он пребывает, но в то же время он надеется выйти из него и восстановить творческий поток; даже больше, он восхищается этой странной организацией своей натуры, которая возрождается время от времени из пропасти тревоги и меланхолии, “двигаясь от одного спасения к другому”. Видимо, он сам установил связь между своим страданием и творчеством, так как для него наиболее важной вещью в жизни художника является творческая работа. Рильке восхищается своим способом существования — вопреки боли, которую должен испытывать, — именно потому, что это его экзистенция, которая делает возможной его работу. Он широ-

ко развивает эту тему в “Реквиеме по Полю Модерсон-Беккеру” и “Реквиеме по Вольфу графу фон Калькрейту”, поэту, покончившему с жизнью. В первом произведении в одном из финальных стихов он говорит:

*“Ведь существует давняя вражда
меж бытом и желанием творить”.*

Этим поэт хочет сказать, что здоровая тихая жизнь несовместима с искусством; но такова любовь, — идея, выраженная им в предыдущих стихах, где он упрекает мужа Паулы за то, что лишил ее призвания в искусстве:

*“...это так тяжело —
это сложное страдание великой любви,
которая, завися от условностей и быта,
зовется истиной, но кормится неправдой.
Кто волен сам избрать свою стезю?...”*

В Реквиеме по Вольфу фон Калькрейту он снова утверждает трансцендентность творчества, служение которому есть императив любого творца и особенно поэта. Рильке упрекает молодого поэта за самоубийство до завершения предназначенной работы:

*“...что ты сгубил! Навечно, навсегда
с тобой осталось несвершенье!”*

И позже он снова утверждает то же самое, прямо говоря о незаконченной работе:

*“...что ты сгубил! Здесь виделись черты,
и в воздухе уже носился ритм
теперь неуловимых построений...”*

Но в письме фон Гебзаттелю Рильке не только признает важность страдания для творчества, но и серьезно осуждает любые попытки изменить судьбу. Он говорит, что диагноз и лечение, предлагаемые психиатром (“любой способ классификации и категоризации”) действительно могут “очень облегчить”, но могут также нарушить “высший порядок” (судьбу? святое провидение?), к которому он хочет принадлежать, даже если это означает его гибель. Человек, и особенно человек творческий, не контролирует свою судьбу и потому не имеет права самовольно изменять природу, данную ему Богом, ибо это может повредить творческой работе. А значение ее превосходит все, включая самого человека-творца. В письме есть еще одна фраза, которая, хотя и написана немного ранее, представляет собой необходимый и неизбежный вывод всей мысли Рильке: “...я все еще думаю, что моя творческая работа на самом деле есть не больше, чем попытка само-излечения”. Нет другого способа лечения для творца, чем дать ему возможность творить. Рильке говорит о существовании болезни гения, отличной от болезней в медицинском смысле. Гению для творческой работы нужны полярности и препятствия; нечто вроде того, что поэт мастерски выражает в своем письме фон Гебзаттелю 24 января 1912 года: “Может быть, соображения, только что высказанные

мною (в отношении психоанализа), чересчур резки, но насколько я себя знаю, мне кажется, что если мои дьяволы меня оставят, то и мои ангелы тоже разлетятся кто куда. Пожалуйста, поймите: это, несомненно, то, что не может произойти” [16, р. 392].

Мне думается, что эти письма являются ярким подтверждением нашего предположения, что тревога, меланхолия и боль есть *conditio sine qua non* (непременное условие — *лат.*) творческого акта. Мы уверены, что большинство гениальных людей, как и Рильке, страдали и от этих периодов выраженной депрессии или меланхолии, и от другой, “творческой” тревоги (отличной от тревоги невротической), которая дает возможность постоянно иметь дело с самими безднами человеческого, открывая в них новые истины и значения. Рильке лишь превращает боль, которую должен испытывать всю свою жизнь, в стихи вселенской красоты и значения — например, стихи цикла Дуинских Элегий, особенно последние два. Так, в девятом он говорит: (перевод И. В. Журавлева):

*“...Ах, что с собой мы можем взять
в другую жизнь? — нет, не искусство видеть,
к которому так долго мы стремимся, и ничего,
что происходит. Ничего.
Страдание. Подавленность, тоску
и бесконечную любовь — что вообще
невыразимо словом. Но потом, среди звезд, —
как хороши они, невыразимы...”*

В мир иной, как учит нас поэт, мы сможем взять лишь несказуемое, невыразимое словами: подавленность и бесконечную любовь. Но они будут нашим богатством навсегда, навечно, даже если ангелы и боги останутся для нас слишком высоки. С другой стороны, все остальные вещи останутся здесь — все то, что мы видели и обоняли, сделали или не смогли сделать, а также те бесчисленные явления, что привлекали наше внимание, которыми мы восхищались и о которых говорили. Невозможно выразить более глубоко и прекрасно важность страдания (“подавленности” и меланхолии) в жизни человека, особенно — человека творящего.

Идея трансцендентности боли снова возникает в Десятой Элегии, которая есть кульминация всего цикла и которая представляет переход из этого мира в другой:

*“...Как дороги вы будете мне, ночи
душевного страданья. Так зачем не кланялся я ниже,
чтоб вас принять, безутешные сестры,
и, сдаваясь, не потерял себя
в ваших распущенных волосах.
Как расточаем мы часы нашей боли.
Как мы пристально глядим за ними в мучительное время,
пытаясь увидеть их конец. Поскольку они действительно
наша вечнозеленая листва, наша темная зелень,
один сезон в нашем внутреннем мире — не только сезон
во времени, но место для жилья, фундамент, почва и дом.”*

Человек должен подчиняться боли в положении религиозного смирения (стоя на коленях). Из перспективы приближающейся смерти боль распознается

как самое священное переживание. Здесь оно представлено как “ночи душевного страдания”, которые не только содержат это страдание, но сами есть боль. Здесь схватывается само качество священности. Поэт сожалеет о том, что не отдал себя этому чувству полностью (“так зачем я не... потерял себя в ваших распущенных волосах...”), и понимает, что боль есть наша “вечнозеленая листва” и, в конечном счете, секретное значение нашего целостного существования.

Перевод с английского И. В. Журавлева

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Andreasen N. C.* Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first degree relatives // *Am. J. Psych.* 1987. V. 144. P. 1288 – 1292.
2. *Aristotle.* Was Klugheit, Verstand und Weisheit betrifft. // Band 29 der Gesammelten Werken. Buch XXX der Problematika. — Berlin: Akademie Verlag.
3. *Dörr-Álamos A.* Thesis to opt to the title of Psychologist: “Personalidad premorbida en las diferentes formas evolutivas de la enfermedad afectiva”. — Santiago: Universidad Diego Portales, 1991.
4. *Dörr-Álamos A., Viani S.* Personalidad premorbida en los distintos cuadros afectivos. Estudio comparativo ex post-facto. // *Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat.* 1999. V. 45. № 1. P. 41 – 50.
5. *Dörr-Zegers O.* La superación de la neurosis por la genialidad: el caso Soren Kierkegaard // *Folia Psiquiatrica* 1998. Vol. 4. P. 57 – 67.
6. *Dörr-Zegers O.* Contribucion a una fenomenologia de la angustia // *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquitr.* 1998. Vol. 26. Suppl. 1. P. 27 – 34.
7. *Flashar H.* Melancholie und Melancholiker in der medizinischen Theorien der Antike. — Berlin: Walter de Gruyter Co., 1966.
8. *Heidegger M.* Sein und Zeit. — Tübingen: Niemayer Verlag, 1927, 1963.
9. *Hölderlin F.* Samtliche Werke. — Frankfurt am Main: Insel Verlag, 1961.
10. *Jamison R. J.* Marcados con fuego: La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artistico (original title: Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and Artistic Temperament, — New York: The Free Press, Division of Macmillan, Inc., 1993). — Mexico: Fondo de Cultura Economica, 1998.
11. *Kierkegaard S.* Tagebücher I. — Düsseldorf – Köln: Diederichs, 1962.
12. *Kierkegaard S.* Die Wiederholung. — Düsseldorf – Köln: Diederichs, 1955.
13. *Kierkegaard S.* El concepto de la angustia. — Madrid: Guadarrama, 1976.
14. *Platón.* “Fedro”, pp. 250c – 252b // *Diálogos*, Tomo III. — Madrid: Gredos, 1966.
15. *Rilke R. M.* The Selected Poetry. Edited and Translated by Stephen Mitchell. — New York: Vintage International, 1980.
16. *Rilke R. M.* Briefe, Erster und Zweiter Band. — Frankfurt am Main – Leipzig: Insel Verlag, 1991.
17. *Rilke R. M.* Sämtliche Werke, Band I. — Frankfurt am Main: Insel Verlag, 1955.
18. *Tellenbach H.* Melancholie. — Berlin – Heidelberg – New York – Tokyo: Springer Verlag, 1961, 1963.
19. *Tellenbach H.* Schwermut: die Depressivität der Genialen // *Psycho.* 1984. Vol. 10. S. 332 – 342.
20. *Tellenbach H.* Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung. — Stuttgart: Guido Pressler Verlag, 1992.
21. *von Zerssen D.* Objektivierende Untersuchungen zur prä-morbiden Persönlichkeit endogen Depressiver // *Das depressive Syndrome.* — München – Berlin – Wien: Urban u. Schwarzenberg, 1969. P. 183 – 205.
22. *von Zerssen D.* Personality and Affective Disorders / Paykel E. S. (ed.) // *Handbook of Affective Disorders.* — New York: Churchill Livingstone, 1982. P. 213 – 228.
23. *von Zerssen D.* Der Typus Manicus als Gegenstück zum Typus Melancholicus in der prä-morbiden Persönlichkeitsstruktur psychotischer Patienten / Janzarik W. (ed.) // *Persönlichkeit und Psychose.* — Stuttgart: Enke, 1988. S. 150 – 171.

Опыт работы с общественными объединениями родственников душевнобольных

В. Я. Евтушенко, Л. В. Беседина (Благотворительный Дом “Душа человека”)

В последнее десятилетие стали появляться общественные объединения и организации, представленные, главным образом, родственниками душевнобольных. Их возникновению способствовали контакты с Западом, где общественное движение в психиатрии достаточно развито [1]. Хотя в дореволюционной России было немало разных общественных организаций, занятых оказанием помощи душевнобольным [2], в наше время подобная форма деятельности все еще остается необычной. До сих пор неясны место и роль общественных объединений в существующей системе организации психиатрической помощи. Психиатрические диспансеры пока не проявляют активного интереса к деятельности новых общественных структур, мало знакомы с направлениями их работы и

возможностями взаимодействия. Деятельность общественных организаций не привлекла еще должного внимания и отечественной науки.

На протяжении ряда лет (с 1991 года) мы принимали участие в становлении и развитии ряда общественных организаций родственников и друзей психически больных (общества “Стимул”, “Пробуждение”, “Надежда”, “Острова надежды”, “Поддержка” и др.). В данной работе мы поставили задачу рассмотреть следующие вопросы: 1) каков контингент родственников, проявляющих интерес к общественному движению; 2) какие мотивы побуждают родственников к участию в работе общественных организаций; 3) помогает ли такая общественная активность оказанию помощи психически больным.

Первая общественная организация, работу которой мы имели возможность непосредственно наблюдать (общество “Стимул”), была представлена, главным образом, больными и очень малым числом их родных. Деятельность этого общества отличалась широкой самодеятельностью больных, что в те годы (1991 – 1992) казалось необходимым и оправданным. Однако на практике работа данного содружества в условиях чрезвычайно малого и вялого участия родственников и пассивной (наблюдательной) позиции специалистов-психиатров оказалась непродуктивной; внутри него стали возникать противоречия и конфликты, которые, в конечном счете, привели эту организацию к распаду. В деятельности другого общества, активным организатором которого был один из родственников (общество “Пробуждение”), доминировала, напротив, директивно-патерналистская позиция специалистов при полной пассивности членов общества (исключая его председателя). Эта организация также оказалась нежизнеспособной и достаточно скоро прекратила свое существование.

Более устойчивой оказалась группа родственников, привлеченных деятельностью Благотворительного Дома “Душа человека”. Эта группа стала основой для создания Общественной организации “Острова надежды” [3].

Учитывая обстоятельства, столь существенно мешавшие деятельности предшествующих общественных объединений, мы сразу же провели анкетирование членов данной ассоциации с целью определить, что побуждает родственников к участию в общественном движении, каковы их цели, надежды и ожидания.

К моменту анкетирования организация “Острова надежды” охватывала 24 родственника душевнобольных. Помимо непосредственного наблюдения за деятельностью организации и участия в ее работе, использовался метод социологического опроса. Применялся разработанный нами опросник, включающий 60 вопросов с ранжированием ответов на каждый вопрос. Анкетирование проводилось анонимно. Анкеты были предложены для заполнения всем членам организации, однако заполнено было только 12, что связано с особенностью состава данной организации: она включала, как правило, обеих родителей детей, страдающих душевным заболеванием. Родители заполняли опросные листы совместно, поэтому 12 анкет выражали мнение всех 24 членов ассоциации.

Выяснилось, что в общественную активность вовлечены, главным образом пожилые люди в возрасте от 50 до 70 лет (83,2%). Все они имели высшее образование. Две трети из них (66,7%) — научные работники, многие из которых продолжали работать в своей области (32,3%). Основная масса членов общества — пенсионеры (75%). Таким образом, к работе в общественной организации стремились люди с немалым интеллектуальным потенциалом, большим житей-

ским опытом и свободно располагающие своим временем.

Практически все родители проживали совместно с больными детьми (91,7%), в хороших или в достаточно удовлетворительных условиях; почти в каждой семье больной имел для проживания отдельную комнату (83,3%). Следовательно, члены общества были непосредственно вовлечены в жизнь больных, несли на себе все бремя забот и страданий, связанных с обеспечением их лечения и ухода. Все, что могла им дать государственная служба психиатрической помощи, они уже имели (консультации, лекарственное обеспечение, решение жилищных проблем). Поэтому они лучше других видели, что еще не достает в работе государственных служб помощи и были готовы к сотрудничеству.

Дети членов общества были больны шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет (58,3%) или свыше 10 лет (33,3%). Все они состояли на диспансерном учете в ПНД по месту жительства и лечились преимущественно амбулаторно (83,3%). Больные в большинстве своем имели высшее или незаконченное высшее образование (58,3%). До болезни все они работали, главным образом служащими (33,3%) и научными работниками (16,7%). К моменту опроса большинство из них (75%) не работало в связи с болезнью и имело группу инвалидности. Каждый из них получал государственную пенсию. Традиционные формы социально-трудовой реабилитации, которыми располагают диспансеры (вовлечение в неквалифицированный труд в лечебно-производственных мастерских) этих больных, как правило, не удовлетворяли. Несмотря на наличие дефекта, больные отказывались от стандартной “трудотерапии”, но, не встречая других возможностей занятости, оставались дома, создавая этим многочисленные проблемы для других членов семьи.

Анкетирование показало высокую степень неудовлетворенности родственников той психиатрической помощью, какая оказывалась в ПНД по месту жительства или в психиатрических стационарах. Треть родственников была не удовлетворена этой помощью полностью, остальные (66,7%) — удовлетворены, но не очень.

Очень высока была неудовлетворенность врачебной диагностикой. Прежде всего, родители выражали недовольство тем, что от них скрывают диагнозы болезни их детей. Только 50% опрошенных знают диагноз болезни, еще 16,7% лишь догадываются, а остальные не имеют о болезни никакого представления. Из числа тех, кто был знаком с поставленным диагнозом, соглашались с ним только 57,2%, остальные не очень верили в его правильность. Низкая информированность родителей о характере заболевания их детей рождала естественную напряженность и недоверие к врачам, отталкивала родных от профессионалов и приводило к всякого рода “целителям” и “знахарям”.

Оказалась очень низкой степень удовлетворенности родителей отношением медицинских работников к их детям в психиатрических учреждениях. Вполне удовлетворен таким отношением был лишь один из всех опрошенных; остальные были крайне недовольны тем, как относятся медики к их больным детям.

Высока была степень неудовлетворенности родственников оказываемой больным общемедицинской помощью. Почти половине из них (41,6%) такая помощь не оказывалась совсем или оказывалась некачественно. Остальные считали ее не очень эффективной. Столь же высока была неудовлетворенность и социальной помощью: так, совсем не оказывалась или оказывалась неудовлетворительно помощь в трудоустройстве (66,7%), отсутствовала правовая помощь (74,9%). Половина родственников полагала, что больные не получают никакой поддержки со стороны работников социальной защиты, а 41,7% получали такую помощь лишь изредка.

Все семьи членов общества отличались сложностями внутрисемейных отношений; в них господствовали патерналистские тенденции. Половина опрошенных оценили взаимоотношения внутри семьи как достаточно сложные и напряженные. Подавляющее большинство родственников отметили не очень хорошее отношение к ним их больных детей (75%). Поэтому психологический климат в своей семье они называли "не очень" или "совсем неудовлетворительными" (75%). Сложности психологического климата в семье определялись тем, что все родственники с недоверием относились к увлечениям и интересам больного, не были удовлетворены кругом его общения, что свидетельствовало о силе патерналистских влияний и стремлении принять на себя все заботы о настоящем и будущем пациента. Жизнь семьи, с ее серьезными проблемами, которые значительно влияли на течение болезни и во многом определяли возможности реадaptации, к сожалению, оказывалась вне поля зрения работников психиатрических учреждений.

Болезнь пациента ложилась тяжелым финансовым бременем на семью (91,7%). Почти все опрошенные указывали на неудовлетворительное материальное положение пациента (91,7%) и отмечали необходимость финансовой поддержки семьи извне (91,7%). Собственными средствами для обеспечения больного должной медицинской помощью и уходом, как правило, семья не располагала (утвердительно на этот вопрос ответил лишь один из опрошенных).

Родственники подчеркивали глубокую социальную изоляцию больных. Длительно болеющие, ставшие инвалидами и давно неработающие больные, по-видимому, полностью оторвались от тех трудовых коллективов, в которых работали прежде. У половины больных эти связи были прерваны полностью, больные не имели друзей и жили одиноко, только в семье. Прежние друзья вспоминали о них нечасто (41,6%), только у 25% больных все еще поддержива-

лась связь с их прежними друзьями и бывшие прежде добрые отношения.

На что же надеялись родственники, становясь членами общественной организации?

Подавляющее большинство родственников надеялись: поместить больного в лучшую клинику (41,7%), обеспечить его лечение недостающими лекарствами (41,7%), получить достаточную информацию о психических заболеваниях, лечении и уходе за больными в семье (83,3%); трудоустроить больного или улучшить его трудоустройство (33,3%); расширить для больного его контакты и связи в том направлении, в котором хотят его родители (50%); найти и для себя возможности расширения контактов и связей для получения поддержки в лечении больного (100%); устроить будущее больного (83,3%). Подавляющее большинство родственников вступали в организацию для того, чтобы оказать моральное содействие и психологическую поддержку другим семьям, имеющим такие же проблемы (83,3%), а также удовлетворить свое стремление к благотворительности (66,6%). Правда, готовы были посвятить этому свое свободное время не все из них (53,8%).

Хотя данные проведенного анкетирования, в силу малочисленности опрошенных, имели для нас, естественно, лишь ориентирующий характер, они дали основу для формирования рекомендаций по основным направлениям деятельности объединений родственников душевнобольных, которые в наиболее полном виде реализуются сейчас в работе общества "Поддержка", созданного по инициативе Благотворительного Дома "Душа человека".

Прежде всего, удалось реализовать работу по взаимной поддержке родственников. Уже более года работает т.н. "горячая линия": по специальному телефону любой родственник душевнобольного, нуждающийся в разрешении той или иной проблемы, может обратиться за помощью и всегда получить добрый совет и поддержку. На телефоне "горячей линии" поочередно дежурят родственники-добровольцы, прошедшие специальную подготовку под руководством психиатра и психолога, и имеющие под рукой соответствующий справочный материал. При необходимости тех, кто обращается за помощью, приглашают на лекции или семинары, помогают им в оказании консультативной помощи, привлекают к участию в работе общества новых членов.

Организовано консультирование и тех, кто обращается в общество по правовым вопросам, имеющим отношение к проблемам психического здоровья. Такие консультации дают тоже родственники-добровольцы, прошедшие предварительный инструктаж (обучение) у юриста. В ряде случаев такие родственники успешно выступали в судах в роли общественных защитников по конкретным делам, связанным с нарушением гражданских прав душевнобольных.

Общественной организации удалось найти некоторые возможности вовлечения интеллектуального и

эмоционально-творческого потенциала больных (работа на современной оргтехнике, переводы, публикации статей, стихов, организация художественных выставок). Активизировалась не примитивно-бездумная деятельность, которую могли предложить больным в ЛТМ, а интеллектуально-творческий потенциал, что позволило ряду больных изменить свою жизнь, найти в ней не только свое место, но и возможности личностного роста. Так, мы могли наблюдать, как дети членов общества, привлеченные к адекватной для них активности, приобретали новые социальные навыки, обретали уверенность в себе, помогали другим: становились социальными менеджерами, самостоятельно выступали на конференциях, участвовали в региональных и международных встречах.

Учитывая сложности общения и трудности личностного самовыражения больных, родственники осваивают и достаточно успешно применяют в жизни элементы терапии творческим самовыражением, в чем им оказывает помощь и большую поддержку автор этого метода профессор М. Е. Бурно (кафедра психотерапии Московской медицинской Академии последипломного образования врачей).

Родственникам удалось организовать для душевнобольных и специальные языковые клубы с общением в них на английском языке

Кроме того, в рамках программы "Занятость и трудоустройство" родственники постоянно ищут возможности и реального трудоустройства больных. Для этого делаются достаточно успешные попытки создания специальных коммерческих предприятий с организацией в них т.н. защищенных рабочих мест для инвалидов-душевнобольных.

Представители общества смогли установить деловые отношения с органами местного самоуправления, предлагая собственные услуги по решению на общественных началах ряда социальных проблем, стоящих перед муниципальными службами. С другой стороны, в трех округах Москвы в настоящее время успешно работают территориальные группы, задачей которых является привлечение средств и возможностей данных округов для оказания услуг и удовлетворения потребностей семей душевнобольных, проживающих на данной территории. Руководят этими группами социальные менеджеры из числа родственников, получившие необходимые для этого знания и навыки.

Очень важным аспектом деятельности общества является налаживание тесных связей с другими организациями сходного профиля, в частности, с профессиональной Независимой психиатрической ассоциацией России и с Агентством социальной информации. Особое значение имеет установление сотрудничества со средствами массовой информации. Стали регулярными пресс-конференции, о деятельности общества дается правдивая и объективная информация, привлекающая внимание общественности. Мы надеемся, что такое взаимодействие сможет постепенно изменить

тот негативный образ душевнобольного, который, к сожалению, сложился в современном общественном сознании.

Естественно, что вся эта работа требует определенных финансовых затрат в условиях, когда на государственную помощь рассчитывать не приходится. Родственники смогли освоить современные методы поиска и привлечения денежных средств и финансовой спонсорской поддержки для решения задач и проблем организации.

Наблюдение за деятельностью общественных объединений родственников душевнобольных позволило обратить внимание и на ряд негативных аспектов их работы. Прежде всего, среди наиболее активных родственников встречаются те, кто надеется в рамках общественной организации решать только свои личные проблемы. В ряде случаев подобная узко направленная активность приобретает параноический характер. В стремлении таких родственников к объединению нередко удается проследить желание по своему включиться в лечебно-реабилитационный процесс, проводить его согласно собственным представлениям о болезни, не только подменяя, но и вытесняя профессионалов из этой работы. Такие люди нередко крайне заинтересованы в том, чтобы проникнуть в сферу врачебной деятельности по лечению больных, стараясь, с одной стороны, навязать врачам свои представления и свою логику ведения больного, а с другой стороны, взять на себя в семье функции домашнего врача.

Когда в общественной организации таких людей становится много, то они стремятся навязывать всем свое представление о развитии и деятельности объединения, освящая авторитетом общественной организации присущую им собственную активность в достижении сугубо личных целей и интересов. Они стремятся занять лидирующие позиции в объединении по всем направлениям работы и подчинить себе более пассивную часть родственников. Это — опасная тенденция, развитие которой, по нашим наблюдениям, имеет разрушительный характер. Мы, к сожалению, видели развитие в подобных организациях серьезных конфликтов, которые приводили к их полному распаду.

Другая негативная тенденция — доминирование рентных установок для бесплатного получения себе и собственным детям ряда льгот — консультирования, правовой, лекарственной помощи, гуманитарной и т.п. Только в процессе взаимодействия и координации направлений деятельности со стороны профессионала появляется некоторая активность по оказанию помощи другим. При этом у определенной части родственников прослеживается скрытая недоброжелательность к успеху других, нет проявлений альтруизма и бескорыстия.

Еще одна особенность деятельности общества родственников душевнобольных, очень остро сказывающаяся на всей жизни организации, результативно-

сти ее работы и даже на ее судьбе — недостаточная целенаправленность, непоследовательность и противоречивость основных тенденций. Нередко удается отметить неспособность членов общества отделить главное от второстепенного. Обращает на себя внимание и стремление к формальной активности при малом чувстве ответственности.

Поэтому так важно, чтобы работа общества направлялась профессионалом-психиатром. Опыт работы по созданию подобных обществ свидетельствует о том, что инициаторами в их возникновении и создании чаще оказываются те врачи-психиатры, которые занимались вопросами социально-трудовой реабилитации больных или проявляли к этим вопросам интерес.

Наш опыт показал, что и при пассивной позиции психиатра, и при патерналистском отношении с чрезмерно директивным вмешательством в его деятельность, самодеятельное общество родственников душевнобольных нежизнеспособно и склонно к распаду. Главная задача психиатра, работающего с подобным обществом — определить цель и основные направления данного общественного движения. Поэтому врач-психиатр, по нашему мнению, должен занимать ключевую позицию в деятельности общества. Психиатр, обеспечивающий руководство обществом, должен выполнять особые функции. Естественно, важен собственно медицинский аспект его работы (психиатрическое просвещение, организация консультаций). Но еще более важен организационно-методический аспект деятельности. При работе со столь специфическим контингентом, каким являются родственники душевнобольных, только врач-психиатр может формировать реальные цели и конкретные программы работы общества, выявлять из числа родственников лидеров, способных осуществлять эти программы, обучать их и постепенно передавать им руководство этими программами, оставляя за собой роль консультанта-координатора. Если же врач-психиатр сведет свою работу в обществе лишь к оказанию родственникам собственно психиатрической помощи, он сам будет обречен на рутинную работу, мало отличающуюся от работы в диспансере (кабинете), а общество — на хаотическую, нецеленаправленную деятельность, грозящую его существованию.

Работа с родственниками показала, что они весьма неудовлетворены той психиатрической помощью, которая оказывается душевнобольным в психиатрических больницах и в ПНД по месту жительства. Они недовольны плохим отношением к больным со стороны психиатрического персонала, отсутствием заботы государственных органов социальной помощи о трудовом переобучении и трудоустройстве, финансовом обеспечении больных, их правовой защите. Это недовольство служит показателем серьезного неблагопо-

лучия в деятельности государственных психиатрических служб. Общественная организация родственников позволила увидеть это неблагополучие. При должном внимании организаторов психиатрической помощи к общественному мнению появилась бы возможность направить усилия профессионалов на устранение тех пробелов в работе службы, которые остро ощущают родственники, как непосредственные потребители психиатрических услуг. Поэтому еще одной важной задачей психиатра — руководителя общественной организации родственников душевнобольных является обеспечение постоянной связи общества с территориальной психиатрической службой. Для руководителей психиатрических служб такая связь может также представлять значительный интерес, так как совместная работа может обозначить новые пути развития помощи. Важно лишь, чтобы диспансер не сводил помощь обществу к оказанию больным или их родственникам индивидуальных психиатрических услуг. Ведь генеральная задача психиатров в работе с общественным движением родственников и больных — это побуждение их участников к продуктивной самостоятельной деятельности, а не работа за них. Важно также, чтобы в работе с диспансером общество могло сохранять свою независимость (в том числе и территориальную) от государственной или муниципальной службы психического здоровья.

Внимание психиатрических служб, прежде всего районных психиатрических диспансеров, к общественному движению родственников больных, инициирование такого движения, его поддержка позволит, на наш взгляд, самому диспансеру увидеть пробелы в своей деятельности, получить мощную общественную опору и поддержку, что в целом несомненно улучшит качество оказания психиатрической помощи и будет способствовать ее реформированию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ястребов В. С., Зозуля Т. В., Вещугина Т. С., Сосновский А. Ю., Беседина Л. В. Общественное движение в психиатрии // Материалы конференции “Реформы служб психического здоровья, проблемы и перспективы”. — М., 1997. С. 195 – 209.
2. Доненко И. Е., Заярная О. А., Палюкас О. А., Беседина Л. В., Евтушенко В. Я. Проблемы и поиски их решения в одной из первых ассоциаций родственников душевнобольных в России // XII съезд психиатров России. — М., 1995. С. 63 – 64.
3. Доненко И. Е., Евтушенко В. Я., Беседина Л. В., Вещугина Т. С. Опыт общественного движения в сфере психического здоровья за рубежом и в России. Методическое пособие, вып. 3 “Возможности и перспективы развития общественного движения в сфере психического здоровья”. — М., 1998.
4. Доненко И. Е., Беседина Л. В., Вещугина Т. С. Общественные группы самопомощи родственников душевнобольных и возможные направления их деятельности. Методическое пособие, вып. 4 “Возможности и перспективы развития общественного движения в сфере психического здоровья”. — М., 1998.

Эндогенный процесс или невроз?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (февраль 2000 г.)
врач-докладчик З. В. Перминова.

Вашему вниманию представляется больной С., 1951 г. рожд., поступил в Московскую психиатрическую больницу № 3 им. Гиляровского 8 декабря 1999 года.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец водитель, по характеру замкнутый, молчаливый, неоткровенный. Выпивал только по праздникам. Мать рабочая, по характеру добрая, спокойная, молчаливая. Все хозяйство держалось на ней. В настоящее время родители на пенсии, живут отдельно. Больной единственный ребенок в семье. Родился в срок, рос и развивался своевременно. Детские дошкольные учреждения не посещал, воспитывался бабушкой, которая была верующей и много рассказывала мальчику о религии и боге. Рос общительным, послушным, предпочитал подвижные игры. В детстве перенес корь, скарлатину без осложнений. В 7 лет, катаясь на коньках, упал и ударился затылком о лед. На несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты, головной боли и головокружения не было. К врачу не обращались. Простудными заболеваниями болел редко, рос здоровым.

В школе с 7 лет, учился посредственно. В 9–10 классах учился в школе со спортивным уклоном. После окончания школы в 1969 г. поступал в авиационно-моторостроительный техникум, но не добрал баллов. До армии работал слесарем по ремонту эскалаторов в метрополитене. В 1970 г. призвали в армию, служил в артиллерийских войсках в ГДР, был освобожденным секретарем комсомольской организации батальона. В 1972 г. уволен в запас на общих основаниях. Вернулся в Москву, до 1974 г. работал на прежнем месте в метрополитене, затем закончил водительские курсы и в течение трех лет работал водителем такси (с 1974 по 1977 гг.). В 1976 г. попал в автомобильную аварию, был перелом двух ребер справа, других травм не было. Женат с 1976 г., от брака сын. Отношения в семье хорошие, сыну сейчас 21 год, здоров, учится в институте физкультуры. В период работы в такси много выпивал, практически ежедневно — пил в основном портвейн, иногда водку. Сформировался похмельный синдром. С 1977 г. больной перешел на работу водителем в одну из федеральных спецслужб, где проработал три с половиной года.

Считает себя больным с 1976–1977 гг., когда впервые появилось чувство стягивания в правой половине грудной клетки, которое вызвало беспокойство, чувство тревоги. Отмечал также тяжесть в голове,

настроение было сниженным. К врачам не обращался, надеясь, что сможет справиться сам, но в 1979 г. все же пришлось обратиться к врачу, и был направлен на лечение в клинику неврозов, где находился с 14.09.79 по 02.11.79 г. После выписки из больницы состояние оставалось удовлетворительным только в течение недели, а затем вновь появилось ощущение стягивания мышц в правой половине грудной клетки, неприятные ощущения в голове, тревога и беспокойство. В связи с этим был направлен на лечение в ПБ № 15, где находился с 12.11.79 г. по 26.05.80 г. (6 мес.). Был консультирован доцентом кафедры психиатрии ММСИ, диагноз: “Ипохондрический невроз”. Получал лечение: amitriptilin 150 мг в сутки, эглониум — 300 мг в сутки внутримышечно, элениум — 40 мг в сутки, тизерцин — 75 мг в сутки, амитал-кофеиновое растормаживание. Был выписан из больницы с улучшением. По словам больного долгое время после выписки был астенизирован, испытывал физическую слабость. Принимал поддерживающую терапию (амитриптилин). Сменил место работы, устроился слесарем, так как “стало тяжело работать водителем, не было уверенности в себе, стала замедленной реакция, боялся попасть в аварию”. Стал малообщительным, замкнутым ничего не интересовало, хотелось лечь, накрыться с головой, отгородиться от всех. Все делал через силу. Ощущал “стяжку мышц”, физически ощущал как тревога “проходит по телу”. При этом к врачу не обращался, “терпел” и ждал, когда все это пройдет.

Пить бросил самостоятельно, внезапно, после того, как однажды на работе стало плохо — появились неприятные ощущения в правой половине грудной клетки, голове, чувство нехватки воздуха. Больной испытал страх за свою жизнь, здоровье и связал это состояние со своим пьянством. До настоящего времени спиртные напитки не употребляет.

Ощущение “стяжки” сохранялось практически постоянно. Занимался спортом, купил велосипед, старался бороться с болезнью. Добился того, что в течение семнадцати лет чувствовал себя относительно удовлетворительно, работал, к врачам не обращался.

Настоящее ухудшение возникло с ноября 1997 г., когда по телефону сообщили, что сын получил ножевое ранение. Очень испугался, почувствовал резкие прежние неприятные ощущения в теле, тревогу, снизился аппетит, нарушился сон. Обратился в ПНД, лечился амбулаторно, но улучшения не было. После

Эндогенный процесс или невроз?

инъекции модитена-депо в отсутствии корректоров состояние еще более ухудшилось; усилилась тревога, беспокойство, не находил себе места, не спал. Сам вызвал скорую помощь и попросил доставить его в психиатрическую больницу.

Первая госпитализация больного в ПБ № 3 в апреле 1998 г. При поступлении ориентирован правильно, крайне тревожен, предъявляет массу жалоб на свое здоровье. Ощущает “изъятие мыслей из головы”, звон в голове, “депрессию по телу”. Речь сопровождается соответствующими жестами. Просит помощи. Заявляет, что лучше умереть, чем такое терпеть. Настроение снижено. Получал галоперидол 5 мг внутримышечно 3 раза в сутки, amitриптилин 40 мг 2 раза внутримышечно, феназепам 0,5 мг 4 раза, корректоры, реланиум 10 мг на ночь. Состояние на этой терапии не улучшалось, в течение дня приступообразно возникали тревога, беспокойство, усиление неприятных ощущений в правой половине грудной клетки. Короткое улучшение наступало после внутримышечного или внутривенного введения реланиума. Оставался ипохондричным, фиксированным на своих переживаниях, о которых многословно и часто говорил. Увеличение дозы галоперидола усиливало беспокойство, тревогу, неусидчивость. Галоперидол был заменен на терален (5 мг 3 раза). Тягостные ощущения сохранялись с прежней интенсивностью. В дальнейшем пытались подобрать терапию, назначая в различных комбинациях этаперазин, эглонил, финлепсин, леривон, паксил, флуанксол, алзолам, элениум, аминазин при сильной тревоге. С некоторым улучшением был выписан домой на лечение по схеме: amitриптилин 50 мг 3 раза, финлепсин 200 мг 3 раза, эглонил 200 мг 3 раза, реланиум 10 мг на ночь. Состояние ухудшилось вскоре после выписки. Лечился в дневном стационаре ПНД, где отмечалось ухудшение после введения в схему средних доз нейролептиков. С трудом справлялся с работой.

С 26.06.98 по 10.11.98 вновь лечился стационарно в ПБ № 3. Вновь шел подбор терапии. Получал мажептил 10 мг 3 раза, клоназепам 2 мг 3 раза, реланиум, аминазин на ночь, клопиксол 10 мг 3 раза. Терален 10 мг 3 раза, amitриптилин 50 мг 3 раза. С целью преодоления резистентности больному с его согласия вводился сульфозин, но эффекта не было. Получал коаксил, леривон, азалептин 25 мг. От последнего у больного возникало сильное слюнотечение. После назначения мажептила наблюдалось резкое падение АД и слабость. С диагнозом “нестабильная стенокардия” 6.09.98 г. больной был переведен в кардиологическое отделение больницы № 54. Затем находился двое суток в больнице № 33. Диагнозы сердечных заболеваний были отвергнуты, и 10.09.98 больной возвращен на долечивание в ПБ № 3. Получал флуанксол, хлорпротиксен, реланиум, amitриптилин. Выяснилось, что amitриптилин и реланиум больше всего помогают, кроме этого принимал танакан, магнезию в/в и был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ПНД. В декабре 1998 г. была оформ-

лена вторая группа инвалидности. Регулярно посещал участкового психиатра, но состояние вскоре ухудшилось, усилилась “стяжка”, тревога, нарушился сон.

Вновь лечился стационарно в ПБ № 3 с 09.02.99 по 20.06.99. Для преодоления резистентности были проведены две процедуры плазмафереза. На фоне приема тералена и анафранила отмечалось некоторое улучшение, был выписан домой.

22.07.99 вновь госпитализирован в ПБ № 3 в связи с усилением депрессивной, сенесто-ипохондрической симптоматики. Получал триапридал, сонопакс, которые были мало эффективны. Отмечалось улучшение при приеме amitриптилина, но в то же время при одномоментном приеме 50 мг amitриптилина резко снижалось давление. Больной оставался крайне навязчивым. С жалобами на сильную “стяжку”, постоянно просил дополнительные лекарства. В отделении был бездеятелен, малоподвижен, большую часть времени лежал на кровати, отвернувшись к стене, монотонно, однообразно говорил только о своих ощущениях, считал себя самым больным в отделении и просил сделать хирургическую операцию на “стяжке”. Медикаментозное лечение было неэффективно, при увеличении доз лекарств резко снижалось АД. 06.09.99 больной с диагнозом “Шизофрения, приступообразно-прогредиентная, депрессивно-сенесто-ипохондрический синдром на фоне выраженного эмоционально волевого дефекта” был переведен в Московский НИИ психиатрии для электро-судорожной терапии. Было проведено всего два сеанса ЭСТ, и, в связи с усилением тревоги, беспокойства, ажитации, от дальнейшего лечения этим методом отказались. 16.09.99 больной был возвращен в ПБ № 3. Когда он вернулся, жена, персонал отделения и врачи все же отметили некоторое улучшение в состоянии: Оставаясь ипохондричным, навязчивым, он стал сам выходить играть в шахматы. Получал ноотропил, танакан, церебролизин 8,0 в/в № 15, анафранил в/в капельно до 200 мг и по 75 мг 2 раза (в обед и вечером) внутрь. На капельницах с анафранилом он чувствовал себя лучше: выходил из палаты, что-то делал, но как только они закончились, состояние вернулось к прежнему. Был выписан домой 6.12.99 г. практически без улучшения, чтобы хотя бы немного побыть дома. Со слов жены дома отремонтировал краны в ванной комнате, но был занудлив, жаловался на здоровье и просил дать что-нибудь из лекарств дополнительно. 8.12.99 вновь поступил в ПБ № 3, где находится по настоящее время.

Психический статус. Ориентирован правильно. Доступен контакту, высказывает многочисленные жалобы: “натягивает в теле вожжами”, “жилы ходят в спине”, “что-то бьет в голову”, “может это не нерв, а хрящи, так как очень плотное” и т.п. Выражение лица страдальческое, постоянно показывает руками на область шеи и мышц плечевого пояса, говорит, что в этом месте у него “стяжка”, возможно где-то перебит нерв, так как в детстве он ударялся затылком и может

быть из-за этого сильно стягивает. Жалуется на тревогу. Говорит, что в течение двух лет не проходит депрессия, которую он считает ажитированной. Постоянно обращается к врачу с просьбой дать что-нибудь для “расслабления и снятия напряжения”. Говорит, что ему все время плохо, что он испытывает что-то “необъяснимое”. “Стяжка” постоянно перемещается по телу, сдавливает шею и из-за этого он не может ни встать, ни лечь. Обстоятелен, крайне ипохондричен, фиксирован на своих болезненных переживаниях, подробно рассказывает о них, может говорить об этом постоянно. Считает себя тяжело больным, просит помощи, согласен на любой вид лечения.

В настоящее время получает rispoleпт 4 мг в сутки, amitriptилин 75 мг в сутки, феназепам 2 мг в сутки и реланиум 4,0 внутримышечно при усилении тревоги.

Данные обследования

Клинические и биохимические анализы крови и мочи без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, электрическая ось сердца расположена полувертикально, диффузные изменения миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: легкие, сердце, аорта без видимых патологических изменений.

Заключение терапевта: со стороны внутренних органов без грубой патологии.

Неврологический статус. Зрачки равновеликие. Фотореакции сохранены. Конвергенция достаточная. Нистагма нет. Правая носогубная складка сглажена в покое. Язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены. Сухожильные рефлексы S=D, живые. Симптомы орального автоматизма. Чувствительность сохранена. Интенционный тремор при пальце-носовой пробе с двух сторон. В позе Ромберга устойчив. Тазовые функции в норме.

ЭЭГ 15.05.99: умеренные изменения электрической активности ирритативного характера свидетельствуют о раздражении мезадиефальных и субкортикальных (височных) образований с преобладанием в левом полушарии.

ЭЭГ 30.09.99: умеренные изменения ирритативного характера с признаками дисфункции подкорковых (височных, несколько больше слева), мезадиефальных структур мозга. По сравнению с ЭЭГ от 15.05.99 несколько уменьшилась дезорганизация корковой ритмики и ирритативные проявления. В остальном без динамики.

Окулист: без патологии.

Заключение невропатолога: атеросклероз церебральных сосудов.

Патопсихологическое исследование: Больной понимает смысл обследования, задания выполняет, но результатами не интересуется. Память значительно снижена. Динамика запоминания 10 слов: 6, 8, 9, отсроченное воспроизведение — 3. Посредование несколько улучшает продуктивность: правильно вос-

производит 8 слов из 11 по методу пиктограмм. Работает тяжело, с паузами, остановками, медлителен, обстоятелен. Внимание истощаемо, объем значительно снижен. Интеллект снижен. Категориальный способ рассуждений доступен не во всех случаях. Уровень обобщений также снижен. Часто соскальзывает на конкретные ситуационные решения. В суждениях — обстоятельность, нелепые рассуждательства. Мышление ригидное, плохо доступно коррекции. Отмечаются выраженные расстройства мышления по процессуальному типу, т.е. расплывчатость, размытость границ понятий, разноплановость, в отдельных случаях актуализация латентных признаков. Например, при классификации собирает общую группу животных, куда входят насекомые, птицы и т.д. и вдруг создает еще одну совсем мелкую группу, куда включает одну птицу и одно насекомое. При исключении понятий, из группы, куда входят ножницы, бритва, нож и перо, — исключает перо, объясняя, что остальные все готовые инструменты, а перо еще надо вставить в ручку. Ассоциативный процесс замедлен, затруднен. Среди ассоциаций встречаются как конкретные детализированные, так и вычурные выхолощенные связи. Графика указывает на крайне высокий уровень внутреннего напряжения и наличие значительного органического фона, похоже сосудистого. Проективные методы показывают напряженность, паранойяльность, настороженность по отношению к окружающим, отгороженность и защитную агрессию. Также отмечается истощаемость, усталость, бессильное раздражение, ригидное сопротивление внешним воздействиям.

Таким образом исследование выявляет: внутреннюю напряженность, ригидность, паранойяльность, депрессивные тенденции, тревожность, эмоционально-волевое снижение в сочетании с рядом процессуальных особенностей мышления. А также снижение интеллектуально-мнестической деятельности по органическому сосудистому типу.

Два года назад он был более ярким, больше было нарушений мышления процессуального типа, больше было вычурности, меньше органики. Сейчас сосудистые нарушения более выражены.

Беседа с больным: — Здравствуйте, меня зовут Александр Юрьевич. Здесь у нас расширенный консилиум. Вы не возражаете против беседы? — *Нет.* — Расскажите немного о себе. — *В 1979 г. я работал в такси. Вышел на работу, подменил сменщика рано утром в 3 часа утра. Фактически не выспался сразу после своей смены, у меня было переутомление. Мне попались такие длинные концы поездок — из Шереметьево во Внуково, из Внуково в Домодедово. Когда я сделал уже из Шереметьево поворот в Химки, на Химкинский мост, появился какой-то страх сильный, волнение внутреннее. Потом я понял, что это какое-то сильное истощение. После всего этого я ощутил тяжесть во всей голове, сильные головные стяжки. Я не стал обращаться к врачам, думал, что само пройдет, а получилось так, что это не прошло. Я терпел два года и решил обратиться к врачу, потому, что дело заходило в тупик и стало трудно работать. Я пошел к своему участковому врачу и*

он направил меня в клинику им. Соловьева. Там поставили диагноз — депрессия. Стали лечить меня амитриптилином. Я там на амитриптилине здорово поднялся. Хорошо стало. Потому, что стяжка уже спускалась вниз, нервы подтягивались к шее. В клинике я пролежал 45 дней. Там был такой срок. И собирался выписываться. А врач еще говорит: "Жалко, я бы тебя еще долечил и все было бы прекрасно". Но я почувствовал себя нормально. Зачем держать себя еще 5–10 дней, когда все нормально. Вышел, 5–6 дней поработал, как у меня жажнет, не могу ничего с собой сделать, как будто чего-то не хватает, голод начался. Как я потом понял — я просто резко бросил принимать препарат. До меня сразу не дошло — то было хорошо, то сразу плохо. У меня началась ажитированная депрессия. Меня начало рвать, как прямо на куски. Такое страшное состояние. Меня отвезли в 15 больницу на Каширское шоссе. Там меня выводил хороший врач психиатр. Выводил меня амитапом натрия. Сначала 6 кубиков, потом 8, 4 и т.д. по нисходящей и заодно увеличил таблетки амитриптилина с 2 до 6 — дошел до максимального состояния. Я постепенно на этой волне вышел. Правда не так хорошо себя чувствовал, но вышел. Сильно дало по ногам, ноги стали слабеть. Меня выписали. Врач сказал, чтобы я тяжелого не поднимал, вел нормальный образ жизни, нервная система успокоится и все будет нормально. Так я в состоянии ремиссии после 15-й клиники городской пробыл 17 лет. В это время я работал на трех работах, чтобы зарабатывать деньги. Я как раз женился в этот период, появился ребенок, т.е. складывалось все нормально. Но недавно, буквально два года назад, позвонили и сказали, что парня моего зарезали. У меня сразу "взрыв" такой резкий, но оказалось, что не зарезали, а ткнули ножом в ногу. Они там баловались, или дрались, или игрались, я не знаю, молодые не скажут ничего. Просто двухсантиметровый шов на ноге. Но я подумал, что его убили и так переволновался, резкий эмоциональный всплеск получился и пошла затыжка по шее, грудь затаилась, с груди идет назад под лопатки и идет вниз к копчику (все показывает на себе). Я растягиваю затыжку, но она присутствует все время на шее. Когда меня выписывали из 15-й больницы, сказали, что мне нужно заново родиться или что-то такое сделать, чтобы вылечить эту болезнь. Сказали, что болезнь будет повторяться, что она выводится только в состоянии ремиссии, что ее можно только заглушить. Я вышел из больницы на амитриптилине, дома стал принимать маленькие дозы, потом совсем его бросил, годами не принимал и был здоровый нормальный человек, все было в порядке. Потом попал сюда в больницу, врач, присутствующий здесь, со мной очень долго мучается. У него есть разные схемы, а схемы не подходят, т.е. эта стяжка не проходит, все время душит, давит горло, спускается по груди и уходит вниз под лопатки, как я уже говорил, а там начинает щипать, как будто "рвет" сзади поясницу и уходит вниз к копчику. Такое ощущение, что ей чего-то не хватает, чтобы разорвать его. Состояние такое, как будто два нерва плотно скрепленные между собой и их нужно разорвать. И до сих пор тоже самое, чем больше я лежу или делаю приятные вещи. Думаю: "Полежу — нормально станет", а на самом деле она еще больше сдавливает тебя, хуже душит. Мне нужно постоянно двигаться, а двигаться не хочется. Я здесь уже 6,5 месяцев, уже ноги слабеют, выходить гулять неохота. Это состояние присутствует во мне. Хотя частично мы его облегчили, частично депрессию сняли, потому, что были стяжки, которые я показывал. Состояние тревоги было в груди и, когда стяжка уходила вниз, то сильно щипала. Сейчас меньше щиплет, состояние тревоги убрали, состояние депрессии

немного сняли, но стяжка как была, так и осталась. Ее можно даже рукой прощупать, она уплотнение какое-то имеет. Когда ложишься спать — она начинает в голове как бы играть, мешает спать. Это все про болезнь. — (Все свои слова больной сопровождает показыванием на себе откуда и куда тянет, ощупывает "стяжки", говорит монотонно, без пауз, привычно перечисляет жалобы.) Хорошо. Теперь, пожалуйста ответьте на вопросы. Когда Вы первый раз заболели, это было внезапное состояние? Вы что-нибудь подобное в течение своей жизни испытывали? — Нет. Никогда ничего подобного не испытывал. — А что-нибудь похожее? — Похожее — нет. Но если ударишься головой, то болит просто голова. — Вы с детства мнительный человек? — Каждый человек на моем месте думал бы, что это неизлечимая болезнь. — Но бывают люди, которые не обращают внимание, если где-то у него кольнет. — Если бы у меня кольнуло, я бы не обращал на это внимание. — Т.е. когда у Вас возникало какое-то заболевание, например простудное Вы не придавали этому значения, не ходили по врачам, не читали медицинскую литературу? — Нет. — То, что с Вами произошло в 1979 году (Вам тогда было 27 лет), было совершенно внезапно и впервые? — Да, совершенно внезапно. — Скажите пожалуйста, Вы семнадцать лет чувствовали себя хорошо, а Вы можете сказать, что эти семнадцать лет Вы были абсолютно здоровы? — Нет. Полного здоровья не было. — А что же было? — Присутствовала, конечно, и эта стяжка и подтягивало что-то, бывало и когда ложился спать появлялись тревожные посылы. Но это оставалось в таком состоянии, что это мне как бы не мешало. — Совсем не мешало? — Не совсем не мешало, но можно сказать, что я смирился с этим. Нормально все было, жизнь протекала нормально. — Бывало ли чтобы Вас совсем оставляли эти расстройства? — За семнадцать лет бывало. — Как долго Вы чувствовали себя совершенно здоровым человеком? — Бывали часы, бывали дни, когда я чувствовал себя здоровым человеком, я мог свернуть горы. — В эти семнадцать лет Вы по-разному чувствовали себя утром и вечером? — Утром я с рождения чувствую себя нехорошо, я "сова". — А что значит — "не очень хорошо"? — Я не расхотелся, не разгулялся. Не то, что депрессивное состояние, а просто какая-то вялость, просто неохота вставать, зажатость какая-то, а вечером я допоздна — до двух часов ночи мог быть бодрым, здоровым, нормальным человеком. — Неприятные ощущения, о которых Вы рассказываете, были больше с утра или ближе к вечеру? — Больше с утра. — Вы могли встать утром, почувствовать эти "стяжки", а к вечеру все проходило? — Да они не то чтобы не чувствовались, я старался просто не прислушиваться. Хватало силы воли, энергии, потому что была молодая семья, был маленький ребенок, нужно было работать, нужно было бежать на работу, то есть я был все время загружен. — Скажите пожалуйста, если Вы чем-то активно занимались, Вы меньше на это внимания обращали? — Да как Вам сказать, если бы это не болело. Чтобы Вам было понятнее, это сравнимо с тем, что если бы у Вас болело сразу три зуба. Ведь это же страшная боль, когда у Вас болят сразу три зуба! Вот мне говорят: "Ты не обращай внимания, это все ерунда, это все идет от головы, у тебя все нормально. Ты постарайся отвлекаться, как-то переключаться, смотри телевизор, играй в шахматы, читай книги или еще что-нибудь". Нет, когда болит зуб ты не можешь читать книгу, правильно? — Но Вы тогда могли? — Тогда это болело значительно меньше. — Я так понимаю, что принципиальной разницы в ощущениях раньше и теперь нет? Ощущения те же самые только сильнее? — Это сейчас как будто болезнь набралась сил и возросла. — Но ощущение

ния по сути те же самые? — Те же самые, только сейчас они гораздо сильнее проявляются. — Скажите, а что у Вас за болезнь, как Вы думаете? — Я думаю, что это связано с тем, что я, наверное, когда-то где-то переработал в такси, было большое нервное перенапряжение, потому что было много работы, я не завтракал, не ужинал. Короче, работа была очень напряженная и когда меня потрянуло там в такси, страх сразу появился, причем я даже не понял почему я испугался, просто появилось сразу такое ощущение... — Был страх, что Вы сейчас умрете? — Да, но это такой животный страх. — Страх, что умрете, сердце остановится? — Да, что-то в этом роде. У меня сразу стянуло все, я уже хотел свою машину закрывать, ловить машину и в больницу. Потом походил- походил и отпустило. — И все-таки, что же это за болезнь? Это психическая, нервная болезнь или это телесная болезнь? — Я затрудняюсь сказать. Все-таки это наверное не телесная болезнь... — Это психическое заболевание? — Да. — Вы читали литературу по этому поводу? — Нет, я стараюсь этого избегать, потому что если я читаю что-нибудь из медицинской литературы, то почему-то перепечатаваю это на себя. — Вы всю жизнь такой? — Нет, не всю жизнь такой, но почему-то если попадается такая литература, то почему-то стараешься ее к себе приладить, приклеить. — Вы стали таким, когда заболели или Вы всю жизнь были таким? — Всю жизнь такой. — Скажите, Вам никогда не приходила мысль, что кто-то виноват в Вашей болезни? — Я сам скорее всего виноват. — А в чем Ваша вина? — Во-первых надо было вести размеренный образ жизни, во-вторых не нужно было перерабатывать, нужно было к своему здоровью относиться повнимательнее. Нужно было вообще посерьезнее к жизни относиться. Если я, например, приехал после двенадцатичасовой гонки на такси по Москве и привез бутылку водки и пару бутылок пива. И мы там все время этим делом снимали стресс, то я считаю, что этого делать не надо было. Нужно было просто нормально отдыхать, нужно было нормально поспать или что-то в этом роде. А я снимал стресс спиртными напитками и допивался. — То есть Вы вините себя, в том, что не правильно относились к своему здоровью, что Вы много пили и из-за этого все произошло? — Не то что бы много пил, как много пил это трудно сказать. — А как Вы пили? Сколько, например, могли выпить за день? — За день? Ну если, например, в выходной день — две бутылки портвейна и все. — А водки? — Водку мы тогда и не пили. — Бывало так, что когда Вы не опохмелялись, то плохо себя чувствовали? — Я этого как-то не ощущал, как-то здоровье было и все было нормально. — Но Вы опохмелялись? — Старался не опохмеляться. — А если перепил накануне? — Ну перепил, возьмешь бутылку пива. — Пива хватало? — Пива хватало. — А чтобы несколько дней подряд пить, так бывало? — Бывало. — И так, что оторваться не мог? — Нельзя сказать чтобы это была какая-то навязчивая идея... — Это был запой? — Нет, это не запой был, это была такая спонтанная пьянка. У кого-то день рождения, кто-то женится или замуж выходит и приглашают. Дня два-три идет эта вся бодяга. — Но Вы потом резко бросили пить? — Я бросил пить потому что мне врач посоветовал, он говорит, что вся эта болезнь и пьянка они несовместимы. — Это еще в больнице Соловьева? — Да. — И Вы с тех пор не пили? — Я с тех пор старался в рот не брать. За эти восемнадцать лет только три или четыре маленьких лафетничка выпил. — Скажите, а когда Вы выпивали Вам легче становилось? — Да, становилось легче, немножко отпускало, но потом утром становилось гораздо хуже. — И поэтому Вы старались не прибегать к алкоголю? — Да, старался не заме-

чать, для меня его просто нет в этом мире вообще. — Вы сказали, что у Вас депрессия. Как Вы ее ощущаете? — Я не знаю, все наверное ее по-разному ощущают. — Вы как? — Это вот ничего не хочется делать, раздражаемость какая-то, ни к чему не хочется прикасаться, появляется чувство какого-то давления что ли, на душу давит, как-то как будто из головы что-то вытягивается. Какое-то болезненное состояние, его трудно объяснить словами. — Вы в это время способны воспринимать окружающее? — Способен, да. — Вас интересует, что в мире происходит, в политике? — Нет, ну в данный момент я уже шесть с половиной месяцев лежу здесь, шесть с половиной месяцев лежу в этой больнице и у меня такое ощущение, что мне с каждым месяцем становится все хуже и хуже. Я не знаю, то ли силы покидают — силы которые я набрал. Силы которые... На три месяца предположим я психологически настроился. Прошло три месяца и ничего не получается, еще надо настаиваться на какое-то время... — То есть Вы сосредоточены только на своих ощущениях. А жизнью интересуетесь? — Сейчас у меня единственный интерес — чтобы у меня не болело то, что болит. Это то, что меня касается. То, что ребята там сейчас идут смотреть телевизор, что происходит в Чечне, какие-то насущные вопросы, это меня совершенно сейчас не интересует. Я просто ложусь, вот так закрываюсь и все. И сам в себе как бы копаюсь, ищу минуты такие, чтобы ее вот как бы расправить (показывает место "стяжки") и чем больше для нее делаешь хорошего, вроде бы приятного, ну полежать вроде бы, отдохнуть, принять какое-то положение, тем она, как на зло, хуже тебя сжимает и давит эта стяжка, которая там внутри. И вот такое состояние, положение такое, вот этот нерв идет от затылка вот сюда и вниз по позвоночнику (показывает) и где-то в середине позвоночника он как бы скрещен. То есть я когда ложусь в горизонтальное положение то ощущаю как прилив крови идет вот к этому месту, я ощущаю вот это сжатие. — Вы ощущаете прилив крови? — Да, я ощущаю прилив крови вот к этому месту, потом начинает как бы пощипывать, пощипывать. Ну думаешь, что если пощипывает значит жизнь возвращается, как бы лучше становится. На самом деле нет, становится хуже, и хуже, и хуже, и раз... переворачиваешься на другой бок. — А Вы пытались не медицинскими способами снять это, например, бегом, купанием в холодной воде или, наоборот, баней? — Вы знаете, я в эти семнадцать лет ремиссии катался на велосипеде. Я купил себе велосипед для шоссе, специально для того чтобы заниматься спортом. И уезжал в Измайловский парк, там есть круги по семь километров, делал пять — шесть кругов, там же в пруду искупаешься, садишься, едешь домой, прекрасно себя чувствуешь. — Вы снова так не пытались делать? — Не пытался. — Почему? — Не хватает уже эмоциональных сил, которые бы заставили меня все это дело делать сначала. Столько сил я уже потратил внутри себя чтобы справиться с этой болезнью, что мне кажется, что тут может помочь только медицина. — Скажите пожалуйста, Вы могли бы нам назвать курс лечения, который Вам помог? За последние два года что Вам помогло? — Бог его знает, сначала мне было вообще фигово... — Что помогло? — Наверное время помогло и лекарства, те препараты которые давали, наверное что-то помогло. Ведь в голове же что-то снял, ведь полностью снял ощущение тревоги. — Тревогу сняло? — Да, а то раньше через день просто. Это же кошмар какой-то, ужас! И стал как-то... немного поувереннее что ли. — А спите хорошо? — Сплю я только с таблетками. — Сны видите? — Сны вижу. — Какие? — С болезнью я сны не видел. Только вот, наверное, как две недели стал себя во сне ощущать

Эндогенный процесс или невроз?

больным человеком. Зашло уже в подсознание. — То есть Вы во сне болеете? — Во сне я уже больной человек. Вижу сны где я больной человек только две недели, а вот до этого, сколько лет я болел, я этого не ощущал. Были сны где я здоров, где я полнокровно занимаюсь жизнью нормальной.

Вопросы к больному

— Вам когда-нибудь делали снимки позвоночника? — Да. Делали общий снимок. Там все нормально, диски на месте, ничего не смещено. Позвоночником я не ударялся, не ломал его. — А как давно делали снимок? — Я точно не помню. Где-то года три – четыре назад. — Но Вы были еще здоровы года три – четыре назад, Вы работали. Почему Вы делали снимки? — Я не помню сейчас, почему я делал снимки. Я делал даже снимки головы, думал может здесь что-то в верхней части головы, заодно и снимок спины делал, но почему не помню.

— Вы говорите, что боитесь читать всякую медицинскую литературу... — Я не боюсь ее читать. Это громко сказано. Просто мне во-первых не интересно. — Ну, а о том, что с Вами происходит? — То, что со мной происходит было бы очень интересно почитать, я бы с удовольствием это почитал. Я плохо отношусь к таким вариантам, что, например, мой сосед чем-то болен, и он начинает мне рассказывать. И я это дело на себя перепечатаваю, прослушиваю свой организм — а не болею ли я этой болезнью? Очень впечатлительно отношусь к этому делу. — Но о своей болезни вы прочитали бы? — Вот о своей болезни я бы почитал с удовольствием. — Вы сосредоточены только на этих ощущениях? — Знаете, честно говоря я готов уже ко всему. — Что значит ко всему? — Это значит, что до конца уже ко всему. Готов уже на тот свет отойти. Просто надоела вся эта морока. — Как Вы собираетесь это сделать? — Я не знаю как это сделать. Это страшная вещь и я об этом даже не думаю. Просто я отдаю это дело во власть Бога. Бог, как говорится знает, когда убрать. Он уберет и сам. Я на себя руки накладывать не собираюсь. Это по крайней мере. Просто мне кажется, что я подготовился к этому делу внутренне. Потому, что уже раз — неуспех, два раза — неуспех, десять раз — неуспех. Сколько можно ждать. Лежишь по три месяца в больнице, по шесть месяцев. За последние два года я десять или одиннадцать месяцев пролежал только в одной больнице. Представляете? Это же очень трудно все время находиться в замкнутом пространстве в одной палате, и ходить из коридора в туалет, из туалета в коридор. Короче говоря, я внутренне готов к плохому концу. Потому, что не было такого момента, чтобы мне что-то помогло, что-то стимулировало. Чтобы какой-то стимулятор, чтобы — раз и это хорошо, и это пошло! Чтобы я бы ощутил, что это хорошо, что можно с этим бороться. Я бы тогда все ресурсы на это направил и помог бы сам себе справиться с этой болезнью. Но такого я пока еще не ощущал. — Не было такого, что бы Вас порадовало? — В состоянии здоровья — нет.

— Какие у Вас отношения с сыном? — С сыном нормальные отношения. Он учится в институте спорта на четвертом курсе. Нормальный парень, но как все дети такой заносчивый, немножко гордый. — То есть — все хорошо у него? — Ну, я бы не сказал, что все хорошо. Наверное у него есть свои трудности по жизни...

— Вы показывали стяжку только с одной стороны? — Да, я помню. — Сейчас она с обеих сторон появилась? — Просто с этой стороны я ощущаю ее мало, но она с обеих сторон. Она вот здесь вот прощупывается. Как будто бы две стороны давят в одну точку к горлу, и горло здесь пережимается. — Как Вы думаете, что там происходит? — Я

думаю, что где-то что-то зажато или пережато, может какой-то нерв там воспалился, протока какого-то нету. Иногда так бывает — сверкнет что-то, как струя какая-то свежая по нервной системе, от препаратов может быть, может срабатывает что-то. Чувствуешь — хорошо, пошло что-то. Как будто бы открываются каналы нервные между двумя лопатками. — Но это все как будто бы? — Ну, как, как будто бы. Если бы этого не было, я бы здесь не сидел. Я бы работал. Мне хочется жить, нормально трудиться, приносить обществу пользу. Громкие слова, конечно, но хочется просто работать, просто в той жизни быть в которой я был: нормально приходит домой, смотреть телевизор, нормально жить с женой, контролировать сына. А я вместо этого занимаюсь тем, что ищу в себе эту болезнь и как с ней справиться. — Как? — Стараюсь ее выломать как-то, зарядки разные делаю. — А эта стяжка — часть Вас? — Сейчас это наверное уже часть меня, потому, что я настолько к ней привык, настолько привык с ней бороться, ведь уже двадцать два года прошло. Мне кажется, что она просто уже неисклезаема, не уходит она из меня и все. — За это время Вы наверное изучили ее? — Изучил. Одно время здесь было лечение какое-то. Я месяца три здесь лежал, шло какое-то лечение под какими-то дозами препаратов, по каким-то схемам. У меня пошло тепло по спине, даже в ноги пошло по каким-то каналам. Мне стало так приятно. Я думал — ну вот, мы нашли эту схему. А потом это прекратилось. Она как будто шутит, играет, не дает возможности с ней справиться. Радикальные средства нужны. — Вы могли произвольно вызывать эту стяжку? — Нет. Когда я старался этого не получается. — Вы делали компьютерное обследование позвоночника? — Нет. Не делал. Я знаю, что это не от позвоночника все идет. Тут к позвоночнику никаких претензий вообще нет.

Врач-докладчик. Психический статус определяется наличием стойкого ипохондрического бреда, сенестопатий и депрессии, характерными расстройствами мышления (расплывчатость, разноплановость, актуализация латентных признаков, не критичность), эмоционально-волевой сферы (снижение побудительной активности, стереотипность эмоций, вялость, апатия, безразличие к окружающему, кататонические включения в статусе) и интеллектуально-мнестическим снижением по сосудистому типу (снижение памяти, обстоятельность). Статус можно назвать депрессивно-сенесто-ипохондрическим.

Заблевание началось примерно в 26 лет с появления необычных ощущений в теле, которые сопровождались беспокойством и тревогой. Усиление симптоматики привело к госпитализации в психиатрический стационар и длительному лечению. В последующие 17 лет была достаточно качественная ремиссия: работал, обеспечивал семью, вел активный образ жизни, поддерживающего лечения не получал. Обострение симптоматики возникло после психотравмирующей ситуации в 1998 г. и до настоящего времени выхода в ремиссию нет.

Диагноз: шизофрения приступообразно-прогредиентная. Дифференцировать можно с хроническим бредовым расстройством с ипохондрическим бредом, и с шизофренией сенестопатической. Однако какой

бы диагноз здесь ни поставить, самым сложным останется вопрос о лечении.

ОБСУЖДЕНИЕ

А. А. Глухарева. Да, для психиатров это шизофрения. Реактивно спровоцированный первый приступ — сенесто-ипохондрический. Затем ремиссия, даже с гипертимным аффектом, с хорошей работоспособностью, несмотря на наличие этих ощущений. Второй приступ затяжной с абсолютным отсутствием терапевтического эффекта. Единственное улучшение пациент дал на транквилизаторах. Это одна точка зрения, “психиатрическая”.

Другая точка зрения — может быть у больного соматическая патология? Надо бы посмотреть весь позвоночник на компьютерном томографе с послойными томограммами, сделать микросолевой состав (кальций, калий). Я не исключаю, что здесь есть какая-то патология позвоночника, которая дает эти однотипные боли. Сенестопатии, которые не меняются уже в течение двадцати лет. Он болен уже двадцать лет и речь тут о бреде не идет. Это синтонный больной, совершенно адекватно рассказывает о своих страданиях: “Устал, хочу быть таким, как Вы”. Все его расстройства: тревожные, депрессивные, он владеет нашей терминологией, совершенно адекватно описывает: “состояние раздирающей боли”. Это лишний раз доказывает, что это не эндогенный процесс, которому 20 лет, а что это возможная реакция личности на постоянный алгический синдром. Я может быть психологизирую, выражаю нетрадиционный взгляд. Кто хоть раз переносил радикулитную боль, знает, что это такое, когда жить не хочется, когда вынужденное положение на койке, чтобы хоть как-то спать. Иногда такая боль, что кажется там у тебя ножи вставлены. Я допускаю, что больной это вычурно объясняет. Но здесь не исключено наличие патологии позвоночника, патологии хитрой, своеобразной, гиперкальциевой. Для меня это не стопроцентный случай больного с 23-летним течением шизофренического процесса. Возможно это развитие личности на фоне какого-то соматического заболевания. Отсюда и отсутствие эффекта нейролептиков. Тиапридал несколько улучшал состояние, но ведь теапридал обладает мощным анальгизирующим действием. Его дают больным с онкологией, с алгиями. — *Но он на алгию как раз не жалуется.* — Да, но у него ощущение стягивания, он не может дышать, его перекашивает. При нарушении функции позвоночника может быть ощущение стягивания. — *Почему Вы так упорно о позвоночнике, а выше подняться не хотите?* — Безусловно. Но остеохондроз шейного отдела позвоночника дает мощнейшие расстройства. Это как повод для размышления, как альтернатива нашему психиатрическому взгляду.

И. П. Власова. Я не по поводу этого больного. Мне кажется здесь статус депрессивный с алгическими сенестопатиями. Бреда нет. Я считаю, что это не бредовый больной. Вспоминаю, что вначале своей

врачебной деятельности у нас был случай, который мы разбирали на конференции. Больная 30 лет находилась на лечении у психиатров, инвалид второй группы. Она была уже дефектная. 30 лет одни и те же жалобы: “Болят во всех мышцах, скручивает, переворачивает” — вот такие вычурные ипохондрические жалобы. Потом приходит молодое поколение врачей. И доктор на первом году после института, созванивается с рентгенологом и говорит: “Давай сделаем послойную томографию всех мышц”. Делают снимки, и на снимках мышц всего тела везде имеется кальциноз. У больной в течение тридцати лет была одна и та же симптоматика, которая ничем не усложнялась. Больная лежала в психиатрических больницах, немножко лучше и ее выписывают. Дома боли усиливаются, за собой не ухаживает и снова в больницу. Но когда стали смотреть историю болезни первых поступлений, выяснилось, что делали послойную томографию. У врачей было подозрение, на то, что это могли быть боли в результате соматического заболевания. Но тогда не было выявлено никаких изменений. Я вспомнила этот случай из своей практики, потому что у больного, конечно, и сенестопатии, и вычурность есть. Но мы не видим дефектного шизофреника, и если это шизофрения, то не параноидная. Это ипохондрическая сенестопатия то, что описано у Ротштейна. Мы видим паранойяльного больного с вязкостью, обстоятельностью, описанием всех деталей. Я считаю, что по поводу болей в позвоночнике можно провести терапию вольтареном и посмотреть — будет улучшение или нет. — *А почему ему давало резкое улучшение амитал-кофеиновое растормаживание?* — Анестезия. — *А почему тогда не давал алкоголь?* — Давал. Сейчас ему делают реланиум, наступает мышечное расслабление и он чувствует облегчение от полной релаксации. — *Тогда ему надо мидокалм колоть. Он является центральным миорелаксантом, действует как раз на уровне спинного мозга.*

Врач докладчик. Две недели давали сердолупт и никакого эффекта. Этот препарат улучшает микроциркуляцию и дает мощнейшее скелетно-мышечное расслабление.

В. Ф. Мусиенко. Мне кажется, что у нас в психиатрии слишком много случаев, когда мы сомневаемся какой диагноз поставить. И конечно же надо обследовать таких больных соматически. В этом плане случай интересен не столько своей необычностью, сколько своей обычностью. И он лишний раз подчеркивает, что лечащим врачам нужно обладать терпением при лечении таких больных. А в плане того, что это эндогенное заболевание — сомнений быть не может. Во-первых, характер его неприятных ощущений — это сенестопатия, а где-то даже то, что называется, расстройством общего чувства. Обследуем мы его и обнаружим остеохондроз, ну и что? Он может одновременно болеть и остеохондрозом. Что это эндогенный больной сомневаться не приходится. Такие больные лечатся трудно. Я не слышал, а пробовали ли применить метод одномоментной отмены препаратов?

Врач докладчик. Пробовали. Больше одного дня не выдерживает. Этот метод фактически применен не был, поскольку больной отказывается, боится без лекарств.

М. Е. Бурно. Уважаемые коллеги, я согласен с тем, что таких больных очень много. Для меня это настоящий психиатрический, психотерапевтический пациент. Лекарствами тут существенно не поможешь, лекарствами мы тут обычно лишь подлечиваем, а лечим психотерапевтическими методами и об этом скажу позднее.

У нас в кафедральной амбулатории таких пациентов было много, особенно на консультациях по вторникам.

По МКБ-9, адаптированной у нас, это малопрогрессирующая шизофрения с ипохондрическими проявлениями. То есть речь не идет об ипохондрическом бреде, а прежде всего о сенестопато-ипохондрическом синдроме. По МКБ-10 здесь поставят либо шизотипическое расстройство, либо одну из разновидностей соматоформного расстройства. А классически эти случаи описаны, к нашей чести, в нашей стране. Здесь, недалеко, в институте Ганнушкина, как тогда назывался Московский институт психиатрии, Консторум, Окунева и Барзак (вспомним, что Консторум основоположник отечественной клинической, психиатрической психотерапии) в двух статьях, классически проникновенных, описывали эти случаи. Одна статья вышла в 1935 г., другая — в 1939 г. как продолжение с катамнезами. Первая статья упоминается в двухтомнике “Руководство по психиатрии” под редакцией Снежневского (Снежневский, кстати очень уважал Консторума как клинициста).

Консторум, Окунева и Барзак называют эти случаи “Ипохондрическая шизофрения”, подчеркивая, что здесь речь идет не о бреде, а прежде всего о сенестопатических расстройствах, которые перемешиваются с вегетативными проявлениями, и называют некоторые из этих случаев альгоипохондрическими, подчеркивая, что здесь речь идет о настоящих, физических, но шизофренических болях. Болезнь часто начинается где-то под 30, когда человек уже вполне сложился, потому эти пациенты душевно довольно сохранились. Начинается болезнь нередко в один “прекрасный” день. Так что, больные помнят день и час, когда заболели. Обычно этому предшествует усталость или состояние после большой выпивки, или какие-то другие ослабления организма.

И вот возникает этот внезапный животный, катастрофальный страх, эти тягостные вегетативные, сенестопато-ипохондрические расстройства. Как сказал пациент — это животный страх, которого он никогда прежде не испытывал, хотя какие-то зарницы этой болезни были раньше. Но вот произошла, как отметил Александр Юрьевич, манифестация. После всяких как бы случайных эпизодов, которыми наклеивалась эта болезнь, болезнь уже наконец выбросила несомненный манифест: “Вот она — я”. Эта манифестация на невротоподобном, конечно, невротическом уровне, а не на психотическом. Острое состояние,

в котором перемешиваются страх, вегетативные и сенестопато-ипохондрические расстройства, и острое чувство беспомощности. И с тех пор наш больной, в сущности здоровым себя почти не чувствует. Так, может быть, как ему кажется день — два — он чувствовал себя как бы выздоровевшим, но, думаю, что при подробном расспросе он признался бы, что и в эти день-два все равно напряженно ждал, что вдруг опять все это вернется. Конечно, напряженно, тревожно ждут, что все вернется. Такое, конечно, не назовешь полным здоровьем. Характерно для этих случаев и то, что пациенты настолько фиксированы ипохондрически на своих расстройствах, настолько это все для них важно, настолько они боятся своей болезни, что, почувствовав, как алкоголь ухудшает их состояние, даже будучи алкоголиками, с легкостью расстаются с алкоголем. Это именно здесь характерно. Алкоголики с кардиосклерозом с алкоголем не расстаются, а эти расстаются — раз и навсегда.

Теперь, что касается отсутствия личностного шизофренического дефекта. Это же вялотекущий, малопрогрессирующий процесс, сравнительно позднее начало и преимущественное звучание процесса в диэнцефальной области. Мы видим как раз такого рода расстройства личности, как это бывает при вялотекущем ипохондрическом процессе, изменения личности тут достаточно отчетливы, но они мягкие, как при вялом процессе. Он монотонен, гипомимичен, беспомощно-разлажен. Мы видим эту “заморозку”, как говорят сами пациенты. То есть взаимное растворение друг в друге душевной напряженности и вялости, что бывает только здесь, как проявление схизиса, потому что без расщепленности это несовместимо — душевная напряженность и душевная вялость. А здесь в “заморозке” это ясно видится.

К природе этого заболевания. Консторум, Окунева, Барзак пишут в своих классических работах о том, что здесь страдает шизофренически прежде всего, и диэнцефальная область. Страдает шизофренически в том смысле, что шизофренический процесс “трясет” эту область без всяких органических, в нашем понимании, анатомических поражений мозга. Там “седалище высших вегетативных командиров”. При, скажем так образно, “сотрясении шизофреническом” диэнцефальной области возникают эти тягостные сенестопатические, даже альгосенестопатические расстройства, вегетативные дисфункции, хотя они у него тут как будто бы мало заметны, а впрочем всякие приливы тепла это могут быть вегетативные дисфункции. Эти состояния называли в 30-е годы шизофреническим диэнцефалезом. Подчеркивали, что это не воспалительный процесс, не органический, а вот такой шизофренический диэнцефалез, такое функциональнейшее, в широком смысле, таинственно-шизофреническое страдание диэнцефальной области.

Больной замечательно рассказывает о своих сенестопатических расстройствах, об этих “узлах”. Пациенты нередко даже рисуют в таких случаях свое тело на листе бумаги, рисуют свои “сенестопатические узлы”, как они связаны друг с другом. Он об этом ха-

рактально рассказывает. В случае органических болевых расстройств все достаточно типично, стереотипно, а здесь у него все по-разному: то отсюда начинается, то оттуда, то идет под лопатку, по временам где-то перекрещивается на позвоночнике, как будто бы какие-то каналы, как будто бы закупориваются, но все это “как будто бы”, без бредовой интерпретации. Консторум, Окунева, Барзак говорят по этому поводу, что такие расстройства вряд ли могут быть названы в полном смысле ипохондрическими, в том смысле, что это не так уж кажется. Все-таки какая-то телесная основа есть, но нет бредовой интерпретации, и болевые, тягостные ощущения связаны с функциональными, в широком смысле, расстройствами без анатомии в принятом смысле, без органики в принятом смысле. Это, действительно, тягостно, как он об этом рассказывает, и мы ему, конечно же, сочувствуем. Все эти узлы, как они у него там завязываются: то под лопатку, то он не может продохнуть. Продохнул и обрадовался: “Боже мой, какое это счастье!” — это все так характерно для этого заболевания.

Итак, лекарства здесь не выход из положения. Они обычно лишь приглушают острые неврозоподобные расстройства, а в некоторых случаях малые и средние дозы нейролептиков могут даже разбередить здесь неврозоподобные психопатологические проявления, вызвать острые страхи, навязчивости. Я в молодости в этом не раз убеждался, надеясь на лекарства. Что все-таки из лекарств как-то помогает? По обстоятельствам в неострых случаях, смягчают страдания транквилизаторы. В неврозоподобно-острых — такие производные фенотиазина, как этаперазин, френолон.

Наконец, что же здесь может существенно помочь психотерапевтически? Согласен, что таким пациентам помогать очень трудно, но все таки возможно помочь настолько, что они пребывают в длительной ремиссии, могут работать, меньше жалуются. Прежде всего, для всех больных неврозоподобной шизофренией, необходим особый эмоциональный психотерапевтический контакт, на почве которого уже следует действовать разнообразными психотерапевтическими методами. Сейчас я не могу рассказывать об особенностях этого личностного психотерапевтического контакта, но он здесь необходим, его не даром называют — интимный эмоциональный контакт. Существует целое учение об эмоциональном контакте с больными шизофренией, созданное швейцарской школой (Якоб Клези, Макс Мюллер). На почве этого эмоционального контакта, когда больной уже тянется к врачу как специалисту и человеку всей душой, боится врача потерять и относится с особым уважением к тому, что врач ему советует, — на почве такого контакта врач уже может разъяснить и активировать. Здесь, думаю, мне, важно преподавать пациенту элементы психиатрии. Мы можем себе представить, что этот больной был бы психиатром или фельдшером психиатрическим. Тогда бы он яснее представлял себе что это такое — неврозоподобное эндогенно-процессуальное расстройство и как с ним жить. Бывает же такое с психиатрами, когда они тоже страдают душевными рас-

стройствами. Профессия их серьезно лечит. Нет уже такой паники, страха смерти. Сейчас ему плохо еще и от того, что не представляет что с ним. Он без бреда, по бредовому не интерпретирует, но не знает, что с ним, а мы преподаем нашим пациентам элементы клинической психиатрии, рассказываем подробно о сенестопатиях, вегетативных дисфункциях. Конечно так, чтобы они поняли, даем читать понятное им. И сами пишем для них, даже учитывая известную примитивность больного, а среди них немало примитивных. Важно, очень важно чтобы больной понял, что ему не грозит смертельная катастрофа, что разобрались достаточно в его заболевании, что не нужно более никаких дополнительных исследований. И далее учим таких пациентов притворяться здоровыми, активируем их. И Александр Юрьевич уже говорил об этом, называя это саморегуляцией. Это терпеливая, задушевная, личностная психотерапевтическая работа с пациентом. Он учится притворяться здоровым для всех, кроме понимающего его врача, учится прежде всего действовать, а потом уже бояться и жаловаться, а если жаловаться, то только тому, кто понимает, что с ним. Тут, конечно, сложная оживляющая душу психотерапия — терапия творческим самовыражением не пойдет, и мы ограничиваемся здесь лишь рациональным ее моментом (преподаванием элементов клинической психиатрии и активированием).

Наконец, тут симптоматически помогают гипнотические сеансы. Речь не идет о внушении такому пациенту каких-нибудь оптимистических положений, каких-нибудь слов про то, что он здоров. Речь идет о лечении пребыванием в гипнотическом состоянии, потому, что само гипнотическое состояние, в которое они обычно неплохо входят, работает целебно, открываются “внутренние аптеки”, и пациенты свежеют от пребывания в гипнотическом состоянии. Необходима эмоциональная, личностная привязанность пациента к врачу. Конечно, такие пациенты, как правило, долгие годы не могут жить без врача, но лучше это, чем постоянное лекарственное лечение и, как рассказывает лечащий врач, лежание лбом в стену. Да, он уходил от нас потерянный. В заключении вспоминаю, что Смулевич в своей монографии “Малопрогрессирующая шизофрения” пишет и об этих больных, что, несмотря на сравнительно неглубокую выраженность психопатологических расстройств, многие из них со временем составляют “когорту” больных, резистентных к психотропным препаратам и инвалидизирующихся. Как здесь, без серьезного психотерапевтического вмешательства, и произошло.

А. Ю. Магалиф. Разбор мы должны начать со статуса. Статус в целом ипохондрический. На первом плане — сенесто-ипохондрические расстройства, даже отмежевываясь пока от нозологии. Больной сосредоточен полностью на своих ощущениях, подробнейшим образом их описывает, детализирует. Действительно, эти ощущения напоминают иногда галлюцинации общего чувства. Некоторые сенестопатии

превратились уже в органические ощущения, когда он чувствует под пальцами “тяжи”. Он их показывает, демонстрирует, откуда они идут, где они перекрещиваются и т.д. К какой категории их можно отнести? Являются эти ощущения сугубо психическими расстройствами или они имеют в основе реальные соматические, неврологические структурные изменения? Однозначно на этот вопрос всегда трудно ответить, почему и бывают такие диагностические казусы, о которых здесь говорила доктор Власова. И все же обилие вычурных ощущений, их миграция, четкая их корреляция с общим психическим состоянием, их функциональность (как, например, сейчас во время беседы — спокойное повествование, без скрюченных поз и пр.), говорят о неврозоподобной природе этих расстройств.

Обратите внимание, насколько больной монотонен, гипомимичен. При этом его монотонность и гипомимия не связаны с нейролепсией, он ведь не получает больших доз нейролептиков, и у него нет сейчас выраженного побочного нейролептического синдрома. Это проявление его болезни. Он настойчив в концепции своей болезни, не допускает никаких возражений. На лицо развитие госпитализма, совершенно четкое, он боится выйти из больницы. Несмотря на то, что больница ему вроде бы не помогает, но тем не менее он отсюда боится выходить.

Аффект, конечно, депрессивный. Имеются идеи самообвинения, которые часто можно встретить у подобных больных. Мысли о том, что он загубил свое здоровье, что он не так жил, не заботился о своем здоровье, пил, перерабатывал, переутомился. Вот поэтому он теперь такой несчастный и такой больной. Бесперспективность — то, что свойственно депрессивным больным. Он оценивает свое будущее бесперспективно, говорит даже о том, что лучше умереть, чем так существовать, но суицидальные намерения, тем более тенденции отсутствуют.

Бредовых расстройств я не вижу, ипохондрического бреда — не вижу. Это скорее сверхценное образование. Я его специально спросил, не виновен ли кто-нибудь в его болезни. Мы ведь знаем, что стойкая ипохондрия может быть этапом развития бредовой шизофрении, когда ипохондрические расстройства усложняются, обрастают бредовыми интерпретациями. Здесь этого мы не видим.

Депрессивные расстройства яркие. Обратите внимание насколько витализирована его депрессия. Он все время показывает руками на грудь, трет руками в области груди, в области сердца, это типичная предсердечная тоска. Его рассказ о тревоге — это рассказ об ажитированной депрессии.

Есть критическое отношение к своей болезни. Он говорит, что это все-таки психическое заболевание. Он не уверен в том, что у него не распознали какую-то особую болезнь, не требует дополнительных исследований. Он говорит, что это психическое заболевание и его надо лечить, как психически больного человека. Как известно, наличие критического отношения к бо-

лезни свидетельствует о сохранности личности и отсутствии выраженной прогрессивности.

Очень интересна динамика патопсихологических исследований. Обратите внимание, что во время клинического обследования мы не увидели грубых расстройств мышления. Он говорит достаточно четко, быстро отвечает на вопрос, точно понимает вопрос, правильно формулирует ответ. Я не обнаружил у него склонности к расплывчатому мышлению, резонерству. Но при патопсихологическом обследовании кое-что проявляется — опора на слабые признаки, некоторая неадекватность, но вместе с тем удельный вес процессуальных нарушений мышления все-таки гораздо меньше, чем удельный вес расстройств мышления органического плана. В динамике с разницей в два года мы видим усиление нарушений мышления, свойственных именно органике, в частности сосудистой.

Эмоциональная сфера. О депрессии мы говорили. Структура депрессивного синдрома сложная, не гармоничная. Преобладает тревожный компонент, что всегда наблюдается при соматизированной, ипохондрической депрессии. Депрессивный аффект отражается и в его монотонности речи, гипомимии, что нами уже было отмечено. Является ли депрессия вторичной, ответной реакцией на стойкие сенестопатии? В основе своей нет. Имеется отчетливый эндогенный радикал — суточные колебания, витальное ощущение тоски и тревоги. Другое дело, что хронификация состояния истощила его, создала дополнительную депрессивную оценку ситуации. Имеются ли дефицитарные расстройства в эмоциональной сфере? При наличии депрессии говорить об этом всегда трудно. Вместе с тем можно отметить его теплое отношение к семье, к сыну, его искренность, эмоциональность в оценке своего состояния.

Теперь о течении болезни. К сожалению анамнез не дает возможности хорошо изучить течение болезни. Но это уже особенность всех наших семинаров. Личность эмоциональная, внушаемая, ипохондричная, мнительная. Он говорит, что боится рассказов окружающих больных о болезнях, потому, что сразу начинает все переносить на себя. Данные анамнеза и рассказ больного о начале болезни различаются. По истории болезни заболевание возникло в 1976 — 1977 гг., по словам самого больного — в 1979 г. остро, после переутомления, с грубых вегетативных расстройств, со страхом смерти, тревогой. Это то, что мы часто видим при диэнцефальной патологии, то, что сейчас называется паническим синдромом: приступообразно возникающая вегетативная патология со страхом смерти и, вдруг также неожиданно исчезающая. Если бы все на этом и закончилось, то наверное этот больной так бы и числился в группе больных с кризовыми диэнцефальными расстройствами. Он бы мог дать соответствующие развитие личностное. Таких больных очень много, они часто инвалидизируются, перестают выходить из дома, ездить на транспорте. И у него тоже был фобический синдром, но од-

новременно на первый план вышли депрессивные расстройства, доходящие по степени выраженности до раптуса. Вот с чем он и попал тогда в больницу.

Марк Евгеньевич очень подробно остановился на дебюте подобной шизофрении. Как раз с клиники, которая описывалась, как диэнцефалез. В этой больнице в течение многих лет консультировала профессор Каменева. Как-то мы вместе с ней смотрели одного молодого пациента, у которого вся клиническая картина была представлена выраженными вегетативными нарушениями с высокими прыжками артериального давления, и грубыми ипохондрическими расстройствами. Она сразу поставила ему диагноз шизофрении. Я удивился этому, а она удивилась тому, что я удивился. Она сказала, что дебюты шизофрении часто начинаются с грубых вегетативных нарушений. И оказалась совершенно права потому, что при повторном поступлении этого больного через несколько месяцев, уже не было вегетативных расстройств, а были типичные кататонические, частично бредовые расстройства, а потом болезнь потекла по своим обычным законам. А дебют был именно такой — диэнцефалез.

Обратите внимание на то, что у больного диэнцефальные расстройства фигурируют все время. Смотрите, как он сразу же дает резкие падения артериального давления почти на любом препарате. Мы знаем, что трициклические антидепрессанты склонны снижать артериальное давление. У него сразу падает давление до 80/50, развивается преколлаптоидное состояние. Всегда считалось, что диэнцефальные расстройства имеют функциональную природу. Как хорошо сказал академик Шмидт в своем докладе в Академии Наук, посвященном взаимоотношению функционального и органического в центральной нервной системе, что мы еще не в состоянии увидеть причину функциональных расстройств с помощью своих методов обследования. Но мы — психиатры — знаем, как функциональные расстройства постепенно перерастают в органические и, как эти пациенты с диэнцефальной патологией с годами превращаются в настоящих сосудистых органиков. И у больного эта сосудистая патология проявляется при патопсихологическом обследовании. Соответственно это отразилось и на энцефалограмме.

Мы выяснили, что в течение 17 лет у больного было только послабление симптоматики. Сейчас состояние больного соответствует всем критериям резистентности. Я имею ввиду резистентность к психофармакотерапии, потому, что ничем другим его так и не лечили. А вот фармакотерапия была проведена, с моей точки зрения, полностью, я не увидел серьезных ошибок в ней. Терапия с самого начала строилась с учетом того, что это эндогенная депрессия, а вегетативные расстройства, сенестопатии должны одновременно лечиться небольшими дозами нейролептиков. В отношении синдрома отмены, как метода преодоления резистентности должен сказать, что тут трудно

было его провести. Дело в том, что синдром отмены по-настоящему возникает только тогда, когда мы лечим больного высокими дозами антидепрессантов трициклического ряда с выраженным холинолитическим эффектом, иногда с добавлением нейролептиков. Тогда при отмене всех препаратов возникает синдром отмены, который дает терапевтический эффект, но, к сожалению, обычно очень кратковременный. Этому больному давать высокие дозы препаратов не удавалось из-за падения артериального давления. Другие способы преодоления резистентности здесь применялись. Были и внутривенные капельные введения лекарств, и смена препаратов, и даже ЭСТ, и плазмоферез.

Теперь по поводу предложений обследования его более детально, в частности позвоночника. Давайте обследуем, чтобы быть спокойными. Это никогда не поздно. Нам же известны случаи, когда больные с ипохондрическим бредом ходят по врачам и просят, что бы их обследовали на предмет рака, все их гонят, а потом они умирают от рака.

По части его дальнейшей терапии. Фармакотерапия должна обязательно присутствовать. Мне кажется, что наиболее эффективно было бы введение больших доз транквилизаторов, реланиума, диазепама — до 60 мг. Когда Марк Евгеньевич сказал о гипнозе, я отметил про себя, что я бы тоже его этим методом полечил. Это правильно — не внушать ему здоровье. Как больной сказал про внутривенное введение амиталя: “Я в этот момент почувствовал, что могу быть другим, что я могу быть здоровым”. Дать ему почувствовать в гипнозе, что он может быть здоровым, это будет иметь для него колоссальное значение. Я считаю, что такие нестандартные подходы к его лечению должны помочь.

В заключении уточним диагноз. Всем хорошо известно, что сочетание “органического” фона, неврологических, соматизированных эндогенных расстройств без выраженных процессуальных нарушений всегда вызывает споры вокруг диагноза. Наш случай не исключение. Его можно трактовать как хроническую мезодиэнцефальную патологию у тревожно-мнительной личности с соответствующим ипохондрическим развитием. Аффективные нарушения при этом возможны. Мы ведь знаем, что при симпатoadреналовых кризах существенное место занимает аффективная патология. При протификации кризовых состояний аффективные расстройства в виде тревожных депрессий в сочетании с фобиями часто выходят на первое место. И все же данный случай, пусть с оговорками, следует трактовать как ипохондрический, неврозоподобный вариант вялотекущей шизофрении. Как и всегда, при таком варианте важны нюансы: не редкие, но стойкие процессуальные расстройства мышления, отчетливый витальный характер депрессии, необычайная вычурность сенестопатий. А органический сосудистый фон и функциональность расстройств лишь дополняют картину болезни.

Еще о существовании клинической психотерапии

М. Е. Бурно

Уже немало писал непосредственно о клинической психотерапии, сравнивая ее с психотерапией психологической. Клинической психотерапией будет наполнен мой двухтомник избранных работ (он уже в издательстве). Но вот все еще и еще хочется по занудливой преподавательской привычке объяснить нечто важное о клинической психотерапии — в надежде, что хотя бы немного поймут меня и психотерапевты не-клиницисты.

Читая в студенчестве Фрейда, был убежден, что все или почти все его психоаналитические символы, фигуры-комплексы — выдумка-сказка, совсем не наука. Мы, студенты-медики, потешались тогда над тем, что приснившиеся колья и пещеры означают мужские и женские гениталии, потешались над тайным вожделением любого малыша к своей матери в знаменитом комплексе Эдипа. И т.п. С годами, погружаясь в клиническое изучение душевных расстройств и характеров, психотерапевтически помогая разнообразным пациентам, понял-прочувствовал, что фрейдовский “вымысел” есть не выдуманное, а реальное переживание самого Фрейда и людей подобного ему аутистического склада души, точнее — определенной его разновидности. Символы Фрейда (“заморочки”, как называют их многие клиницисты-реалисты), в самом деле, есть язык его природного бессознательно-го, его реальность, а упомянутым реалистам снятся конкретно-реалистические (не-символические) сны. Таким образом, Фрейд своим психоанализом (как известно из его откровенных книг) помогал прежде всего себе самому, а заодно и людям, подобным ему по складу души. Например, Томасу Манну. А Герману Гессе помог лишь психоанализ созвучного ему по природе души Юнга. Эрнст Кречмер (мне рассказал об этом его сын Вольфганг Кречмер) говорил о Фрейде: “Свой сексуальный невроз и его лечение он напялил на все человечество”. Понятно, почему психоаналитические системы научно не развиваются в настоящем смысле учениками-последователями автора системы, а лишь осторожно толкуются, подтверждаются различными примерами из психоаналитической практики, из жизни, литературы, искусства. Психоаналитическая система слишком аутистически-личностна, чтобы сделаться основой истинно творческой школы. Школа здесь, по сути дела, лишь сообщество единомышленников. Если входит в нее иная (пусть

тоже аутистическая, но иная) личность со своими символами, фигурами-комплексами — происходит конфликт-разрыв между психоаналитиками, как это было уже у Фрейда с Адлером и Юнгом. Лакан, сказавший, что он тот, кто прочел всего Фрейда, создал свой собственный психоанализ.

Так вот, клинический психотерапевт, в отличие от психологического (например, психоаналитического, экзистенциально-гуманистического), не распространяет, не “напяливает” свой “невроз” и его лечение на все человечество, потому что им самим, его психотерапевтическими воздействиями движет не аутистически-психологическая ориентация, по-своему толкующая реальные душевные расстройства и трудности пациента, воспринимаемые в самом общем не-клиническом виде (без дифференциальной диагностики), а изучение именно клинической картины.

Клиническая картина, конечно же, интересует не только клинициста, но нередко и психотерапевта-психолога. Тем более, что психотерапевт-психолог может быть врачом по образованию, но с психологическим складом души. Так, уже для врача Фрейда было не все равно — лечить психоанализом истерию или невроз навязчивости. А в психоаналитическом лечении шизофрении Фрейд не видел толку. Потом сложились на Западе, как известно, школы психоанализа шизофрении (Федерн, Клейн, Шехай, Розен, Салливан, Фромм-Райхман, Быховски, Сирлс). Недавно в Москве вышла подробная книга современного американского психоаналитика Н. Мак-Вильямс “Психоаналитическая диагностика” [3]. Это книга о характерах, эклектически опирающаяся не только на психоаналитическую, но и на клиническую, классическую характерологию. Психологически консультировать клиентов предлагается так или иначе так же в зависимости от их клинического состояния: истерическая личность, обсессивная, шизоидная, алкоголизм, депрессия и т.д. [2]. Но в том-то и дело, что понимается клиническая картина клиницистом и психологом по-разному. Психолог обычно, в основном, психодинамически выводит-проясняет клиническую картину (симптом, синдром, почву-характер) из обстоятельств жизни (в том числе из отношений ребенка с родителями) и на этом логически основывает свою психотерапевтическую помощь. Для клинициста в основе клинической картины лежит индиви-

дуальная защитно-приспособительная работа природы в ответ, в том числе, и на травмирующие душу события. Природа человека и есть, по Гиппократу, его истинный исцелитель, а врач лишь способствует тому, чтобы стихийно-мудрая Природа защищалась совершеннее, заботится о больном в этом смысле. “Natura sanat, medicus curat” — “Природа излечивает, врач заботится о больном, способствует Природе”. Поэтому в основе самой психопатологически-одухотворенной клинической картины клинический психиатр-психотерапевт чувствует-обнаруживает те же природные клинические закономерности (конечно же, “в снятом виде”), которыми “дышит” вся соматическая медицина. В идеальных, духовных переживаниях клиницист видит-чувствует печать их телесного происхождения. И клиническому психотерапевту непонятен вопрос: какой психотерапевтический метод главнее, лучше, сильнее других? Что нужно, необходимо по клинике, то он и станет применять, помогая природе пациента защищаться совершеннее: и гипноз, и аутогенную тренировку, и рациональную (когнитивную) терапию, и поведенческую, и анализ, и терапию духовной культурой и т.д. Но все это клиницист будет применять клинически, то есть более или менее сообразуясь с клинической картиной, в которой для него звучит та самая стихийно-природная самозащита от внешних и внутренних вредностей.

Конечно, по-настоящему глубоко эту клиническую (для нас — клинко-психиатрическую) картину, с которой надобно сообразовываться клиническому психотерапевту, может понимать-чувствовать лишь клиницист. По частям-граням (при известной к этому природной предрасположенности) обретает он еще студентом в секционном зале, в лабораториях, разных клиниках (хирургической, кожной, терапевтической и т.д.) клиническое мышление, мироощущение. Клинические закономерности, придающие свой защитно-приспособительный смысл клинической картине (симптомам, синдромам, почве), невозможно постичь лишь теоретически, без погружения в длительную живую медицинскую практику. Именно в практике вырабатывается клинический опыт, чутье-интуиция, порождающие *чувство* диагноза, сопровождаемое уже клиническим размышлением-доказательством. Именно это навсегда остается в клиническом психотерапевте, уже часто забывшем подробности анатомии, биохимии, соматической медицины. Если у хирурга, терапевта клиническое чутье сказывается, например, в чувстве в пальцах при прощупывании живота, то у психиатра, клинического психотерапевта это чутье сказывается в том, что они поначалу лишь чувствуют опытом своим душевную разлаженность, злобно-беспомощную напряженность, определенный характер пациента и т.п. Понятно, что психиатр, клинический психотерапевт невольно и в живой жизни, и глядя на телевизионный экран, продолжают чувствовать-обдумывать в таком клиниче-

ском духе душевные и телесные особенности людей, больных и здоровых.

Более или менее хорошо знать-чувствовать природную целительную самозащиту для того, чтобы ей врачевно способствовать, — это и значит более или менее хорошо диагностировать и лечить (“Qui bene diagnoscit, bene medebitur” — “Кто хорошо ставит диагноз, тот хорошо будет лечить”).

Как врачу научиться проникновенному клиницизму, то есть научиться подробно-тонко чувствовать-понимать природу (в том числе душевную природу) больного человека? На этот вопрос Гиппократ отвечает культом истории болезни, то есть культом тщательного изображения-описания индивидуального, неповторимого в больном. Зачем это? Затем, думается мне, что постижение общего-типичного в клинической медицине (клинической психотерапии) дается лишь в многократных клинических встречах с повторяющимся бесконечно неповторимым. Последователь Гиппократа, основоположник отечественной клинической медицины М. Я. Мудров (1776 – 1831) в своем “Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачевному искусству при постелях больных” (1820) говорил по этому поводу “любезным юношам” Московского университета: “...имею истории болезней всех моих больных. Все написаны моею рукой, писаны не дома, но при самых постелях больных. Число одних фамилий простирается за тысячу. (...) Сей архив расположен азбучным порядком; для каждой буквы назначена особенная книга, в которой в одну минуту можно найти описание болезней каждого и все рецепты. Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезней нигде. В 1812 году все книги, составлявшие мое богатство и ученую роскошь, оставались здесь на расхищение неприятелю; но сей архив везде был со мною” [5].

Возможно сдать экстерном экзамен по психологии (это и случается перед защитой диссертации по психологии специалистами без психологического образования), поскольку психология *теоретическая* наука. Но невозможно сдать экстерном экзамен по клинической медицине (в том числе по клинической психотерапии), поскольку это не столько теория, сколько *научное искусство*, предполагающее неперенное развитие клинического опыта-чувства у того, кто к нему предрасположен своей природой. При всем этом меня восхищает противоречащая мне попытка (а вдруг я неправ?) — открыть-разработать внутри этого научного искусства свою теорию, создать особую “модель”, которая на своем языке объяснила бы “механизмы всех известных психотерапевтических методик” и таким образом привела бы “различные теоретические подходы к единому категориальному аппарату”. “Клинически определяемые показания и противопоказания для этих методик должны также соответствовать и внутренней логике модели” [1].

Итак, называемые одними и теми же терминами психотерапевтические методы у клинического и психологического психотерапевтов работают по-разному. У психолога — исходя из его определенной теоретической (аутистической) психологической концепции, у клинициста — как помощь природе от природы, себя осознавшей. Так, клинический психотерапевт может применить даже определенный психоаналитический метод, если он отвечает клинической картине — природной самозащите, например, аутистического пациента. Это клинический анализ — в отличие от психоанализа определенной, известной школы. О том, как практически способствует клинический психотерапевт какой-то характерной душевно-природной самозащите, диагностически обнаруженной в клинической картине конкретного пациента или пациентов определенной клинической группы, уже много писал. Здесь лишь отмечу-подчеркну, что моя Терапия творческим самовыражением есть именно клинико-психотерапевтический метод в сравнении с психологической терапией искусством, творчеством (арттерапия) и психологической терапией творческим личностным ростом (экзистенциально-гуманистические и религиозно-психотерапевтические подходы).

Чем возможно объяснить тот факт, что психологическая психотерапия помогает, прежде всего, душевно здоровым людям (клиентам), тогда как клиническая, прежде всего, — душевно нездоровым (пациентам)? Думаю, тем, что здоровая масса людей вообще особенно подвержена *внешним* психологическим влияниям. Здоровый человек меньше зависит от природы своего характера; более пластичный, он легче перестраивается в соответствии с общественным мнением, общепринятыми взглядами. Он более внушаем, легче поддается и мнению психологической психотерапевтической группы, вообще разным мнениям, в том числе пикантно-психоаналитическим, если они ему понятны и вошли в моду. Здоровый нередко слепо верует во всемогущество воспитания, вообще внешнего влияния. Здоровый психологический психотерапевт часто и учит своих клиентов гибко приспосабливаться в жизни для успеха. А когда клиент говорит ему, что хотел бы оставаться самим собой, такой психотерапевт трезво поясняет: “Так будьте немного другим самим собою”. Человек, сложный своим стойким душевным нездоровьем (с болезненно-тревожным характером, хронической депрессивностью и т.п.), не может так легко, лишь от внешних психологических воздействий, почувствовать себя другим и даже нередко убежден, что душевное нездоровье — его пожизненный крест, что может быть только лучше, но не полное выздоровление. Клинический психотерапевт в таком случае вынужден вместе с пациентом изучать природу его страдания, чтобы яснее было, по каким ступенькам и как выбираться из страдания, помогая природе.

Теперь о психотерапевтических техниках в связи с вопросом о клинической психотерапии. Техники

обычно есть все-таки типичное психотерапевтически-психологическое дело. Психолог идет не от чувства тела, светящегося духом, а от чувства изначального духа в себе, как приемнике Духа. Более или менее он ощущает себя проводником этого духа к пациентам (клиентам). А проводит, передает дух часто с помощью определенных неисчислимых сегодня техник, духовных практик. Дух здесь как бы “укладывается” в техники. Если это, конечно, истинный психолог, то есть специалист с психологическим мироощущением, а не изначальный техник, как это часто бывает, например, в нейролингвистическом программировании (тогда все начинается и заканчивается техникой). Лишь некоторым одухотворенным психологам неприятны техники. Неприятны и не нужны техники и многим-многим клиническим психотерапевтам, у которых не только диагностика, но и лечение основывается, прежде всего, на клиническом опыте, интуиции. Чувствуешь, что вот так нужно психотерапевтически повести себя, согласно своему личностному переживанию — и только потом понимаешь, для чего это сделал, сказал. А техника изначально задана сознанием, даже если она сделалась машинальной. Мне вспоминается, как на одном из международных психотерапевтических собраний известный чешский психолог-психотерапевт Станислав Кратохвил так мило и живо, смешно рассказывал группе психотерапевтов о своих техниках лечения сексуальных расстройств в духе “парного подхода” Мастерса и Джонсона. Я наивно спросил его потом наедине, как же тут можно обойтись без влюбленности, изначального искреннего, душевного мужского или женского тяготения к человеку. Станислав ответил: “Ну, Марк, любовь, влюбленность — это так редко, но есть руки, есть губы...”

Я не против психотерапевтических техник. Даже считаю равнодушие, неприязнь многих клинических психотерапевтов к техникам односторонностью, ограниченностью этих психотерапевтов. Но уж такая жизнь. Ограниченность (и в то же время своя сила) клинической психотерапии состоит также в том, что она менее универсальна-международна в отличие от психологической (аутистически-символической, “абстрактно-математической”) психотерапии, она более национально-полнокровна — оттого, что более земная, приземленная.

Чем объясняется относительно высокая распространенность техник в психологической психотерапии, психотерапии душевно здоровых людей? Думается, тем, что вообще среди душевно здоровых людей практические, технические способности гораздо более распространены, нежели среди нездоровых. Душевно нездоровые чаще менее практичны, техничны, но и чаще более философичны, они чаще более творческие люди, а душевно нездоровые “недотепы”, “рохли” с тягостным, сложным переживанием своей неполноценности — практически всегда углубленно-творческие люди.

В последнее время, в основном, “привозная” психологическая психотерапия все более теснит нашу самобытную клиническую. Некоторые психотерапевты-психологи даже говорят нам, клиницистам, что, вообще-то говоря, психотерапией по-настоящему может заниматься лишь тот, кто изучал душу на психологическом факультете или, будучи врачом, хотя бы основательно подучился психологии. И в психотерапевтических-де сообществах главенствовать должны психологи. А что касается вашей клинической психотерапии, так ее сейчас нигде в мире нет — значит, и у нас быть не может.

Мне думается, я уже ответил на все это. Прибавлю только еще два обычных здесь своей жизненностью вопроса-ответа: 1) кто будет отвечать за остропсихотические, судорожные и суицидальные осложнения в психологической психотерапии в тех случаях, когда душевнобольной человек покажется самостоятельно работающему психологу душевноздоровым клиентом? и 2) сможет ли психотерапевт-психолог сам, без помощи клинициста, управляться с психотерапевтическими психиатрическими пациентами?

Еще одна грусть. Приходится слышать сейчас, что в России есть только одна психотерапевтическая школа — ленинградско-петербургская мясищевская, — и это, в основе своей, скрытый советский марксистский психоанализ. Совершенно согласен с тем, что психотерапевтическая школа Мясищева — психологическая по своей основной структуре. Но есть в России и не менее старая, консторумская школа клинической психотерапии. Отмечал уже, что хотя теоретическим основоположником мировой клинической психотерапии является Эрнст Кречмер, все же именно наш, московский психиатр-психотерапевт Семен Исидорович Консторум (1890 — 1950), окончив германский университет, в подробностях разработал в России, на почве великого российского клиницизма, стройную систему практической клинической психотерапии различных душевных расстройств. Российскую школу клинической психотерапии представляют вместе с Консторумом, прежде всего, такие известные уже ушедшие от нас клиницисты, как С. А. Суханов, Ю. В. Каннабих, А. И. Яроцкий, П. М. Зиновьев, И. С. Сумбаев, Н. В. Иванов, П. Б. По-

свянский, В. Я. Деглин и др. У нас есть прекрасное прошлое, а значит — и будущее.

Печально, что о нашей клинической психотерапии мало знают наши молодые психотерапевты, особенно психологи. Вот и германский психиатр-психотерапевт Хамид Песешкиан в своей докторской диссертации на русском языке “Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в Российской психотерапии” (1998) пишет историю нашей психотерапии *мимо* нашей главной, клинической психотерапевтической самобытности, как будто бы и не жил у нас, как будто бы и не врач.

Клиническую психотерапию невозможно отрезать от отечественной психотерапии уже потому, что в ней нуждаются очень многие российские пациенты. Клиническая психотерапия роднее им “привозной” психотерапии, как оно и должно быть, потому что искусство, содержащееся в психотерапии, всегда национально.

В. В. Макаров считает “важнейшим отличием отечественной психотерапии” “ее эклектизм”, состоящий в том, что психотерапевты выбирают из огромного психотерапевтического арсенала “то, что подходит им” [4]. Мне думается, что это весьма подкрепляет мои размышления здесь. Убежден, что для многих психотерапевтов других стран, для мировой психотерапии важно в нашей психотерапии именно наше самобытное. Глинка, помнится, говорил, что мы можем быть по-настоящему интересны миру лишь своей, русской музыкой, а не перепевами западной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурно А. М. Клиническая психотерапия и “психологизация” // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия. Прилож. к “Независимому психиатрическому журналу”. — М.: НПА, 1997. С. 15 — 17.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования: Пер. с лит. — М.: Академический проект, 1999.
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.
4. Макаров В. В. Избр. лекции по психотерапии, 2 изд. — М.: Академ. Проект, 2000. С. 30.
4. Мудров М. Я. Избр. произв. — М.: АМН СССР, 1949. С. 248 — 249.

Всем, кому интересна наша рубрика “Психиатрия и религия”,
рекомендуем информационно-аналитический журнал

“РЕЛИГИЯ И ПРАВО”

Выходит 1 раз в два месяца, подписной индекс 48544

В редакции (Москва 117071, Ленинский пр., 20, Институт религии и права)
можно заказать подборку предыдущих выпусков журнала.

Стоимость подборки за 1997 — 1998 гг. — 100 руб.,
за 1999 г. — 120 руб. с учетом пересылки.

К вопросу о судьбе концепции нарушения общего чувства

В. Ф. Мусиенко

Статья Остроглазова В. Г. [13], твердого сторонника концепции нарушения общего чувства, во многом вызывает непонимание или возражение и побуждает задуматься о перспективах данной концепции.

В эпиграфе к статье и в самой статье дано определение диспноэ J. Comroe: “Диспноэ — это не тахипноэ — быстрое дыхание, это не гиперпноэ — когда вентиляция увеличивается пропорционально увеличивающемуся метаболизму, это не гипервентиляция, когда вентиляция превышает требования метаболизма. Диспноэ — это трудное, мучительное, неприятное дыхание, хотя оно и не болезненно в обычном смысле этого слова... Это чувственное восприятие, которое, подобно боли, воспринимается и оценивается только больным”. Автор статьи считает, что он “возвращается к определению границ феномена диспноэ”, хотя, наоборот, запутывает эти границы.

Диспноэ встречается при очень разных психических расстройствах (в том числе, конечно же, и при шубообразной шизофрении), разных синдромах, хотя чаще при т.н. “неврозах” и циклотимиях. Автор же это не учитывает. Проявляется диспноэ очень разнообразно, сочетаясь с другими патологическими ощущениями, а также патологическими ощущениями, промежуточными между диспноэ и другими ощущениями. Среди этого разнообразия диспноэ в виде ощущения дезавтоматизации автономного дыхания или блокады его составляет весьма небольшую долю. Автор и это не учитывает. Он, хотя и признает, что диспноэ может проявляться в виде “гомономных и гетерономных сенестопатий, переливающихся друг в друга”, но считает, что “существенной особенностью” диспноэ является центральное расстройство кинестезии дыхательных мышц, и описывает только это “расстройство” (точнее, стремится к этому).

Диспноэ встречается часто. Значительно реже оно является главной жалобой больного. Еще реже оно сочетается с выраженными гипервентиляционными явлениями. Еще реже — с астмофобией. Среди нозофобий, с которыми сочетается диспноэ, астмофобия встречается значительно реже других нозофобий, особенно кардиофобии. Случаи сочетания диспноэ с гипервентиляционными явлениями и астмофобией, имитирующие бронхиальную астму или бронхит с астматическим компонентом, составили клинический материал автора обсуждаемой статьи (24 пациента территориальной поликлиники с “ГВС”, отобранные из числа тех, которые обратились к терапевту по поводу расстройств дыхания и приступов удушья). Только эти случаи диспноэ рассматривались автором. Причем, “открытие” доминирования астмофобии в этом клиническом материале противника тавтологи, за которую он любит критиковать других исследова-

телей, выглядит странно (т.к. “открылось” то, что отбиралось изначально).

В данных случаях (сочетаниях диспноэ с астмофобией, гипервентиляцией, тахипноэ, полипноэ) о нарушении автономного дыхания судить трудно, т.к. оно перекрывается нарушением произвольного дыхания. А последнее является идеаторно-(когнитивно-)поведенческим расстройством, выступая вместе с астмофобией. Это явно звучит в описаниях самого автора статьи. Странно, что автор это игнорирует, как бы не замечает. Почему?

Может быть потому, что это не укладывается в прокрустово ложе выделенных автором 3-х компонентов т.н. “ГВС” (1 — диспноэ как нарушение ценестезии и центральной кинестезии дыхательных мышц, 2 — объективные изменения дыхательных движений, 3 — аффективно-идеаторные расстройства). Из этих компонентов, как считает автор, первые два имитируют бронхиальную астму, а 3-й является “собственно психопатологическим”. Эта схема слишком очевидно является неверной и неперспективной.

Если астмофобия встречается намного реже, чем диспноэ, то еще реже встречается фобия паралича автономного дыхания (“проклятия Ундины”), как один из вариантов астмофобии [8]. Поэтому второе название — т.н. “ГВС” — неудачное (название В. Г. Остроглазова — “псевдосиндром Ундины”).

Панические приступы с “гипервентиляционными явлениями” (т.н. “ГВС”) не имеют четких границ с другими паническими приступами, и хотя сотрудник клиники А. М. Вейна И. В. Молдовану выделяет т.н. “ГВС”, отношение к данному “синдрому” других сотрудников данной клиники неоднозначное. Г. М. Дюкова, к примеру, считает, что его целесообразно выделять “только из прагматических соображений” [8]. Думается, что его нецелесообразно выделять и “из прагматических соображений”. Автор обсуждаемой статьи считает иначе и при этом неубедителен.

Диспноэ не только сочетается, но и чередуется с другими сенестопатиями и вегетативными (функционально-соматическими) проявлениями, а также с сенестопатиями, промежуточными между диспноэ и другими сенестопатиями, или сменяется ими, находясь во взаимосвязи с ними, как и с аффектом. “Сдвиг синдрома”, о котором пишет автор, был бы нам понятен как “сдвиг”, если уж говорить о “сдвиге”, не синдрома, а симптомов, феноменологически и психопатологически взаимосвязанных не только в статике, но и в динамике. И эти “сдвиги”, являясь характерной особенностью изучаемых явлений, казалось бы, говорить должны о единстве патогенеза этих “сдвигающихся” (сменяющихся, чередующихся, комбинирующихся) симптомов и отнесенности их к одному синдрому и одному патогенезу. Однако автор почему-то делает

на основании этих “сдвигов” противоположный вывод о том, что “патогенез ГВС... не идентичен патогенезу ларвированной циклотимии, которая может последовательно сопровождаться иными соматизированными, функциональными расстройствами различных анатомо-физиологических систем организма”. Последовательно сопровождаться иными патогенезами?

Ларвированная депрессия — понятие весьма условное. Это — разные заболевания, разные синдромы, имитирующие разные соматические заболевания. Преимущественно имитируют соматическую патологию депрессивные и сенесто-ипохондрические расстройства (или такие “включения” в другие расстройства) с вегетативными (функционально-соматическими) расстройствами, но в целом синдромы могут быть разными. Речь, естественно, идет об обычных психических заболеваниях и обычных психопатологических синдромах. Особенно же значимо то, что те или иные соматические расстройства (в данном случае сопутствующие) могут имитироваться теми или иными отдельными психопатологическими проявлениями синдромов и заболеваний, в целом не вызывающих сомнений в плане их отнесенности к психиатрической патологии (и не обязательно аффективной или сенесто-ипохондрической в целом). Об этом нередко забывают исследователи маскированных депрессий, хотя проблема диагностики сопутствующей соматической патологии (с исключением имитации ее) у хронически психически больных стоит тоже весьма актуально. Исследователи маскированных депрессий нередко как бы забывают, какой материал они отбирают, и заявляют, к примеру, что “содержание этой развивающейся интерпретативной системы не вышло за рамки ипохондрии на всем протяжении болезни, и психосенсорные и психомоторные малые автоматизмы никогда не сопровождалась бредом влияния или воздействия” [11, 12]. Поэтому указание автора, что ларвированные депрессии с т.н. “ГВС” являются “ларвированными циклотимиями” (только!), “самостоятельными вариантами циклотимии”, “стертыми и незавершенными формами по отношению к своему прототипу — МДП”, неверное. Можно добавить к этому, что и “классическая депрессия” чаще выступает в “стертом” или “незавершенном” виде, ведь до явлений Котара дело в большинстве случаев не доходит. Возражение, что “классическая депрессия” может развиваться в другом направлении, не меняет сути дела. Тем более, что автор, как и другие авторы, отмечает “выраженную витальность” и “откровенно эндогенный характер” маскированных депрессий.

Выделять “ГВС” нецелесообразно. И, хотя МКБ-10 достойна критики, критика автором этой классификации за ее “разноречивость, поверхностность, субъективность” по отношению к т.н. “ГВС” несостоятельна, т.к. само выделение “ГВС” — разноречиво, поверхностно, субъективно. Например, по-разному описывается данный синдром у автора обсуждаемой статьи и у И. В. Молдовану [8]. По-разному описывается у них и история его выделения.

Автор называет его хроническим гипервентиляционным синдромом Люиса (о Да Косте даже не упоминает), И. В. Молдовану называет его, среди прочих названий, “синдромом раздраженного сердца” или синдромом Да Коста. Статистику относительно распространенности данного синдрома в данной статье автор не дает, зато дает ее в своей статье с интригующим и претендующим на “открытие” названием “Удушье в роли маски, или новая точка зрения на гипервентиляционный синдром” в 1992 г. [14]: “Распространенность ГВС, по данным разных исследователей, составляет от 6 до 28% всех пациентов в общемедицинской сети. По нашим данным, больные с ГВС составляют на терапевтическом участке поликлиники вместе с больными кардионеврозом 64,4 на 1000 населения”. Разброс данных и объединенность больных с больными кардионеврозом иллюстрируют неопределенность данного синдрома.

П. Дюбуа [7], который считается основоположником рациональной психотерапии, подчеркивал отсутствие резких границ между отдельными психоневрозами, ипохондрическими, меланхолическими состояниями и психозами. Автор обсуждаемой статьи — твердый сторонник этого объединения. Но он противоречит самому себе, выделяя т.н. “ГВС” с его особыми компонентами и органокалистическими тенденциями, хотя против этих тенденций выступает. Кроме того, П. Дюбуа напутствовал: “Никогда не следует без очевидной необходимости признавать у больного существование двух независимых друг от друга страданий”. Это напутствие автор статьи в некоторой мере игнорирует, когда необоснованно говорит о “сдвиге синдромов”. В результате он, к примеру, может не учесть, что дыхание больного в полиэтиленовый мешок может влиять на состояние больного не столько из-за преодоления гипокапнии, сколько из-за опосредованного внушения, как и при других состояниях, не связанных с гипокапнией. Или другой пример. Он может (как и И. В. Молдовану) перепутать обычные для таких больных сенестопатические, вегетативные (функционально-соматические) явления, не связанные с объективными нарушениями дыхания (и гипокапнией), с проявлениями “тетании”. Упомянутые “сдвиги” могут совершаться многократно и очень быстро даже на протяжении одного панического приступа. Все это тем более значимо, что В. Г. Остроглазов из психотерапевтических подходов явно подчеркивает свое предпочтение рациональной психотерапии. Можно представить больную, говорящую на очередном сеансе примерно следующее: “У меня бесчисленное множество синдромов... Они и сдвигаются, и наслаиваются... То один синдром, то другой... Я вся больная...”. Понятие “сдвиг синдрома” (если его понимать так, как поясняет автор статьи), используемое для объяснения непостоянства проявлений т.н. “ГВС” и, таким образом, для оправдания его выделения, вносит путаницу.

В руководстве для врачей, написанном большой группой высокоавторитетных американских психиатров, читаем: “За истекшее десятилетие... мы были

свидетелями драматического сдвига в сторону биологического понимания панического расстройства. В настоящее время паническое расстройство считается генетически обусловленным заболеванием, сходным с другими болезнями метаболизма, при котором важную роль играют биологические факторы” [6]. Примечательно, что среди симптомов данного (ПП) расстройства на 1-м месте в этом руководстве указывается “одышка (диспноэ) или ощущение нехватки воздуха”. Лечение предлагается аналогичное лечению других эндогенных аффективных состояний. И отмечается, что патогенез во многом еще неизвестен.

С учетом отсутствия убедительных данных об ограничении приступов т.н. “ГВС” от других панических приступов данная цитата противоречит заявлению В. Г. Остроглазова, что только отдельные представители на Западе и у нас В. Г. Остроглазов считают “ГВС” эндогенным расстройством.

Следует считать тенденцию к отказу от выделения т.н. “ГВС” закономерной и правильной. И совершенно напрасно автор сетует, что в последние годы в справочниках, словарях, монографиях, руководствах и даже на конференциях, посвященных заболеваниям органов дыхания, о “ГВС” даже не упоминается. Причем это сожаление автора противоречит вышеотмеченной его точке зрения на т.н. “ГВС” как эндогенное расстройство. Его выражения “этиология и патогенез” (а не “патогенез”), точка зрения, что “патогенез ГВС не идентичен патогенезу маскированной депрессии”, непонятны. Кроме того, тут заостряются некоторые спорные моменты концепции кайнестопатии.

Диспноэ, как отмечалось, — сенестопатия или комплекс сенестопатий (нарушение общего чувства). Рассматривать диспноэ как нарушение ценестезии и центральной кинестезии дыхательных мышц (как это делает автор) это: 1) непосредственно сводить субъективное, психопатологическое, феноменологическое к объективному, соматическому (неврологическому), естественно-научному; 2) смешивать психическое (психопатологическое) в виде кайнестопатии с соматическим (неврологическим) в виде расстройства центральной кинестезии.

Относительно значимости расстройств центральной кинестезии стоит вспомнить некоторые “исторические моменты”. “А. К. Ануфриев проприоцептивные сенестопатии расценивает как центрально (диэнцефально) обусловленное расстройство суставного мышечного чувства в виде костно-мышечных сенестопатий. По А. К. Ануфриеву, в основе двигательных навязчивостей лежат нарушения чувствительности, а именно, кинестезии” [16, с. 73]. Под его руководством Л. А. Голованова подтвердила это [16]. Далее под его руководством В. Г. Остроглазов и М. А. Лисина [11, 12] установили (или подтвердили?) связь с центральным расстройством кинестезии (расстройством мышечного чувства) функциональных двигательных расстройств при психопатологических состояниях, имитирующих вертеброгенную патологию (патологию опорно-двигательной системы). Наконец, В. Г. Остроглазов установил (или подтвердил?) связь

с центральным расстройством кинестезии объективных нарушений дыхания при т.н. “ГВС” [13, 14]. Но трудно исключить во всех этих исследованиях серьезную методическую и методологическую ошибку, которая особенно очевидна в исследованиях В. Г. Остроглазова т.н. “ГВС”.

(Например, исследуемые состояния не сравниваются с состояниями, весьма распространенными, с подобными “расстройствами кинестезии” (в кавычках), но без двигательных навязчивостей, без функциональных двигательных расстройств, без объективных нарушений дыхания. Кроме того, не учитывается, что двигательные расстройства, включая сюда объективные дыхательные расстройства в виде изменения ритма, частоты и глубины дыхательных движений, и соответствующие им переживания могут значительно влиять и на описание ощущений, и на сами ощущения.)

Примечательно, что, подчеркивая эту связь, В. Г. Остроглазов и М. А. Лисина [11, 12] повторяют цитату из “Общей психопатологии” К. Ясперса [22] со “смысловой точностью” до наоборот: “...Речь идет не о двигательном параличе и также не о психогенном расстройстве, но об элементарном процессе, при котором превращение волевого побуждения в телесное движение выпадает”. Они обрывают цитату в том месте, после которого Ясперс продолжает: “Мы не знаем, где кроются истоки расстройства... Сама по себе воля не имеет динамической точки приложения; она прилагается к той точке, которая должна быть приведена в движение. Нам недоступно видение того, где именно находится эта фактическая точка приложения и где именно мы можем обнаружить связь между психологическими переживанием и гетерогенным и многосоставным нервно-мышечным процессом”. Т.е. как “элементарное событие” нарушение волевого импульса (волевого акта) Ясперс рассматривает именно из-за того, что слишком неэлементарной является связь волевого импульса с двигательными механизмами. Ясперс здесь коснулся одного из главных принципов, о котором прямо или косвенно говорит многократно в “Общей психопатологии”, касаясь взаимоотношения психического (души) и соматического (тела), — о “непроеходимости разделяющей их территории”. Упомянутые авторы эту “территорию” “прошли”, в принципе, но свое несогласие с Ясперсом почему-то не отметили.

Ортодоксальный сторонник “отечественного нервизма” (задачу защиты которого подчеркнуто провозгласил В. Г. Остроглазов) П. Г. Сметанников [17] связывает с нарушением проприоцептивной чувствительности (“проприоцептивной гипестезией”), т.е. той же “кинестезии”, деперсонализацию. Нет уверенности, что В. Г. Остроглазов с ним не согласен. Правда, В. Г. Остроглазов и М. А. Лисина имеют четкую тенденцию связывать определенные двигательные расстройства с нарушением центральной кинестезии соответствующих мышечных групп, а это, трудно сказать, менее или более радикальный “нervизм”. Кроме того, они рядом с “расстройством кинестезии”

“мышечного чувства”) ставят в качестве “основы” функциональных двигательных расстройств “расстройство схемы тела”, которое в контексте в духе “нервизма” подразумевается довольно “неврологично”. Они не учитывают, что это расстройство можно выявлять в той или иной мере в очень многих случаях состояний с сенестопатиями, что оно может пониматься по-разному, имеет сложные и важные аспекты и что, поэтому, его целесообразно рассматривать особо. Короче, “осознание нашего физического состояния (нашей “телесности”) и пространственная “схема тела” вместе составляют целое, которое Вернике обозначил термином “соматопсихика” [22].

Кроме того, в качестве той же “основы” они также ставят рядом, конечно же, сенестопатии (самые разнообразные).

Они отмечают также [11] объективное расстройство чувствительности болевой, хотя по описанию его затруднительно трактовать как “объективное”, а не субъективное. Примечательно, что это расстройство названо не гипо-, гипер-, анальгезией, а гипо-, гипер-, анестезией, что воспринимается несущественной ошибкой (или опечаткой?), т.к. с тем же успехом можно было бы говорить и о субъективно-объективном нарушении тактильной чувствительности.

Думается, что “можно было бы” таким образом выделять и многие другие виды нарушений неврологической чувствительности, которые выделяют невропатологи, выбирая их в зависимости от степени “свободы творчества” и стремления “адаптировать все частности к изначально постулированной обобщенной схеме” [22]. Любую сенестопатию, таким образом, в принципе, можно определить как расстройство ценестезии и специфической чувствительности (какой-либо в зависимости от описаний ощущения больным и этой схемы, естественно-научного исследовательского “гештальта” психиатра-ученого, а не больного), всего лишь отмечая дополнительно патологические характеристики этих “специфических” нарушений (в том числе нарушений кинестезии).

Из этой “изначально постулированной схемы” с подчеркиванием роли “кинестезии “выпадает” внутреннее несистемное головокружение “или” общее несистематизированное ощущение ненадежности сознания” [22]. Из этой схемы выпадают также малые идеаторные автоматизмы, которые автор описывает [11] и которые могут сопровождаться двигательными расстройствами при рудиментарных приступах Клооса или шперрунгах Крепелина [2]. Кроме того, согласно данной же публикации [11], малые идеаторные автоматизмы в виде “острой дезорганизации мышления в виде переживания путаницы, обрывов, отключения мыслей, пустоты в голове” могут сопровождаться “страхом потерять сознание, самоконтроль, сойти с ума, упасть у всех на виду”. Данные эмоциональные проявления тоже могут вызывать двигательные расстройства. А это тем более значимо, что, как отмечает автор, “выявление этих симптомов затруднено, поскольку они, как правило, скрываются или диссимулируются пациентами”. Значит и в большей части

клинического материала, где идеаторные автоматизмы или страхи не выявлены, они тоже имеются, тоже влияют на двигательную сферу, но исследователями эти двигательные расстройства трактуются “адаптированно” к отмеченной схеме.

Уже это одно ставит под большой вопрос и правильность данной схемы, а попутно и целесообразность выделения “психосенсорного” и “психомоторного” компонентов, как имитирующих соматическую патологию, и “аффективно- идеаторного компонента”, как не имитирующего ее.

Что касается упоминаемых в этой публикации [11] малых моторных автоматизмов (от простых до весьма сложных движений), то они, наоборот, представлены необоснованно именно этой схемой, отождествляются с этой “изначально постулированной схемой”, концентрируют в себе эту схему: “Эти двигательные феномены сочетаются с гетерономными, порой вычурными сенестопатиями, иногда на короткое время приближающимися к галлюцинациям общего чувства, а также с обманами мышечного чувства, т.е. имеют сложную структуру психомоторных расстройств. По своей сути они представляют собой малые моторные автоматизмы Клерамбо”. [11]. Может быть и объективные нарушения дыхательных движений при т.н. “ГВС” В. Г. Остроглазов относит (хотя бы частично) к малым моторным автоматизмам? Ведь схема здесь в основном аналогичная. Причем В. Г. Остроглазов, верный этой схеме и имитационному критерию, не рассматривает “редуцированные, стертые дыхательные проявления” в виде, например, “вздохов, кашля, зевоты, сопения”, которые зачастую не сопровождаются диспноэ и которые описывает И. В. Молдовану [8] как “гипервентиляционные эквиваленты”.

Зато некоторые из этих “эквивалентов” как обоснование этой схемы рассмотрены попутно в упомянутых исследованиях Л. А. Головановой двигательных навязчивостей [16], среди которых она упоминает “внюхивательный тик”, “явления речевого тика в виде насильственного произнесения нечленораздельных звуков по типу “воркованья”, “карканья”, произвольной икоты, покашливания, поперхивания и пр”. Однако, замечая, что “все пациенты без исключения указывали на особый характер ощущений в мышцах, вовлеченных в произвольное движение”, она также отмечает, что “больные не всегда могли точно локализовать место возникновения патологических сенсаций”. К тому же “внюхивательный тик” она связала с произвольными сокращениями мышц лица и шеи, хотя отсутствие здесь нарушений дыхательных движений весьма сомнительно, что ставит под сомнение и оценку “расстройств кинестезии” соответствующих мышечных групп. О решающей роли рассмотрения психики в целом (с нецелесообразностью подчеркивания роли “кинестезии”) говорит и следующее: “Попытки купировать двигательные расстройства вызывали тягостное чувство незавершенности и неудовлетворения, после же завершения действий пациенты ощущали “облегчение и раскрепощенность”. К тому же, отмеченные ощущения “незавершенно-

сти”, как пишет автор, “почти всегда вызывали беспокойство, тревогу, иногда чувство страха”. И к тому же, среди ощущений “расстройств кинестезии” автор отметила и “зуд” и “и прочее”.

В этих публикациях [11 – 14, 16] нередко как бы не замечается, что и ощущения изменения мышечного чувства (обманы мышечного чувства), и сенестопатии (разнообразные, “переливающиеся друг в друга”), и ощущения нарушения “схемы тела” нередко даже не только взаимосвязаны феноменологически, но и нередко являются разными именованьями одного и того же.

В главе “Осознание собственного тела” [22] Ясперс пишет: “Осознание телесности должно анализироваться с точки зрения физиологии, исходя из специфических чувственных восприятия, которые составляют его основу... Осознание телесности подлежит феноменологическому объяснению через связь с нашим переживанием тела как целого... феноменологическое описание переживаемой телесности нужно отличать от обсуждения того, какое значение имеет тело для человека с точки зрения действенных и доступных пониманию взаимосвязей в тех случаях, когда на сознание “Я” воздействуют ипохондрические, нарциссические или символотворческие тенденции...” (подчеркнуто Ясперсом). И авторы указанных публикаций это не учитывают.

В этой главе Ясперс, приводя в качестве примеров мескалиновое, гашишное отравления и шизофрению, относительно “ощущений искажения (деформации) собственного тела” пишет: “Витальные ощущения, переживания символического смысла, неврологические расстройства проникают одно в другое; сознание собственного “Я” позволяет представить одно через другое. “Можно добавить: позволяет представлять больному, но не позволяет исследователю непосредственно переводить, “транслировать” [19] субъективное (психическое) в соматическое (неврологическое) и наоборот, “как его естественное продолжение”, что справедливо отмечает А. Ш. Тхостов [19], хотя он и не упоминает Ясперса. Сопутствующие явления, кроме того, не следует понимать как транслированные. Можно отметить также, что к “витальным ощущениям” Ясперс мог бы добавить и галлюцинации телесных чувств, в т.ч. галлюцинации мышечного чувства, которое Ясперс понимает значительно шире, чем указано у М. А. Лисиной [11], включая сюда и многое то, что в ее работе (под редакцией В. Г. Остроглазова) описывается как нарушения мышечного чувства. Примечательно, что понятием “сенестопатии” Ясперс не пользуется и не без оснований (как и Э. Крепелин, Э. Блейлер [21]).

Как отмечалось, “осознание телесности подлежит феноменологическому объяснению через связь с нашим переживанием тела как целого”. Здесь К. Ясперс [22] продолжает: “Тесная связь между телом и сознанием “Я” лучше всего проявляется в опыте мышечной деятельности и движений, несколько хуже — в ощущениях, источником которых служат сердце и система кровообращения, еще хуже — в вегетативных из-

менениях”. (подчеркнуто К. Ясперсом). Здесь “опыт мышечной деятельности” понимается как проявление психики в целом, и эта точка зрения противоречит указаниям на “центральные расстройства кинестезии” при феноменологическом исследовании нарушений этого “опыта” при психических расстройствах.

Заодно ставится под вопрос психопатологическая определенность понятия сенестопатий (тем более кайнестопатии), из которых можно, оказывается, довольно произвольно выделять те или иные “центральные расстройства” и располагать в том же понятийном ряду, что и сенестопатии. Тем более, что в определении А. В. Снежневского это понятие имеет “подпорку” в виде “метода исключения” — в его определении одним из главных критериев сенестопатий является отсутствие “определяемых соматическими методами исследования причин” [21]. Вероятно, нуждаются в особом анализе различие и общность истоков этой, мягко выражаясь, недостаточной психопатологической определенности сенестопатий в работах разных исследователей, например, И. Р. Эглитиса [21], сотрудников клиники А. М. Вейна [8], А. К. Ануфриева [16], В. Г. Остроглазова [13].

Что касается системы дыхания, то в отмеченной цитате К. Ясперса ее, вероятно, можно было бы расположить между “мышечным опытом” и сердечно-сосудистой системой, тем более если учесть подразделение дыхания на автономное и произвольное и связь дыхания, как с мышечным опытом, так и сердечно-сосудистой системой. Сенестопатия — частный аспект, проявление патологии психики в целом; диспноэ, если это сенестопатия, — тоже. Причем, это — не просто фантазии, “фантазмы”, иллюзии. Следует также признать, что позиция Ясперса относительно “непроходимости территории”, разделяющей соматическое и психическое, не совсем определенная, уверенная, ясная. Говоря про эту “непроходимость”, он также утверждает: “... Судя по всему, со стволем головного мозга связано множество витальных чувств, которые предположительно являются промежуточным звеном между чисто вегетативно-физиологическими событиями и психическими феноменами” [22, стр. 590, подчеркнутую Ясперсом].

Рассмотрение диспноэ в жесткой связи с объективными нарушениями дыхания и астмофобией (а не с психикой в целом и не с психической реальностью в целом), как это делает В. Г. Остроглазов [13, 14], глубоко ошибочно. Не обременяя себя “геменевтическими кругами” [22], он прямоком забирается на естественно-научные академические “высоты” уже давно испытанным способом (испробованным при исследовании разных “имитаций”). На этих “высотах” у психиатра кружится голова и в ней смешивается несовместимое. А также непонятно соответствие статьи [13] эпиграфу к ней.

А. Ш. Тхостов пишет [19]: “В психиатрии, психологии и физиологии широко применяются... “двойственные” понятия, представляющие собой место “перетекания” психического в соматическое. Помимо стресса можно назвать уже описанные “кайнестопатии”.

тию”, “детектор”, “церебральное информационное поле”, “вегетативную нервную систему”, “торможение и возбуждение” и пр”. К этому, вероятно, можно было бы добавить “функциональную систему аффективного состояния” П. К. Анохина [1, 2, 18]. Но уж если рассматривать диспноэ с точки зрения теории функциональных систем П. К. Анохина, то лучше его рассматривать, как и другие кайнестопатические явления, с акцентом на нарушение функциональной системы аффективного состояния, состоящей из множества компонентов, в том числе дыхательной системы. В. Г. Остроглазов, усугубляя вышеотмеченную несовместимость, делает акцент даже не на функциональной системе дыхания, а на функциональной системе механорецепторного контура управления дыханием, подкрепляя тем самым точку зрения о роли “кинестезии” дыхательных мышц. Причем, прав или не прав профессор В. А. Сафонов, следует судить не психопатологам, а физиологам, изучающим дыхательную систему. И, думается, не В. Г. Остроглазову.

Некоторые аспекты концепции нарушения общего чувства имеют очень древнюю историю. Это имеет отношение и к общеизвестным “маточным” представлениям древних врачей об истерии. Они верно ощущения затруднения дыхания связывали клинически и патогенетически с разнообразными другими динамичными патологическими ощущениями с меняющейся локализацией, верно отмечали функциональный характер многочисленных соматических расстройств, верно отмечали, что источник этих расстройств един и находится за пределами тех органов, в зоне проекции которых отмечаются патологические ощущения и которые функционально нарушены, в то же время верно отмечая, что источник расстройств находится внутри организма и носит биологический характер. И Гиппократ поступил мудро, переняв эти взгляды, существовавшие до него уже 1,5 тысячи лет [20], несмотря даже на то, что в его время, по данным Ю. Каннабиха [9], основы мозговой теории уже существовали. Аналогия, проводимая В. Г. Остроглазовым между этими взглядами и взглядами современных врачей на т.н. “ГВС”, которых автор относит к органо-патологическому направлению, неуместна. Если же сравнивать эти древние взгляды со взглядами автора, то, думается, они более архаичны (т.е. древние), чем указывает автор, но в некоторых аспектах не более архаичны (т.е. устаревшие), чем его стремление утвердить выделение т.н. “ГВС”. К тому же, В. Г. Остроглазов в какой то мере повторяет ошибки древних относительно “транслирования” соматического непосредственно в психическое. Критика психоанализа за то, что он “в основную психогенетическую гипотезу вплетает архаические сексуальные факторы “истерии” вряд ли основательна, как и за созвучность некоторых положений древних эзотерических учений психоанализу. Такие сопоставления требуют более глубокого анализа. Упомянутый Указ Президента о внедрении психоанализа действительно достоин резкой критики, но лестное для инициаторов Указа и самого Президента уподобление его со стороны

В. Г. Остроглазова... перегибам Петра I (!) — неуместно, т.к. такая аналогия путает внешнее с внутренним, частное с целым, как и в главных вопросах статьи В. Г. Остроглазова.

А. С. Кронфельд (1940 г., цит. по [10]) считал, что “синдромологические исследования целесообразны и плодотворны лишь постольку, поскольку они ведутся в рамках клинко-нозологической систематики”. Можно добавить: а не в рамках систематики имитаций. У В. Г. Остроглазова имитация является главным критерием отбора клинического материала и его анализа. В результате феноменологический метод нарушается, т.к. случаи, феноменологически близкие к случаям, отобранным в качестве “имитации”, и феноменологически взаимосвязанные с ними, при таком подходе отстраняются, если “имитации” уже нет или она не демонстративна. В этом плане не является целесообразным и плодотворным деление клинической картины на 3 компонента, из которых два являются “имитирующими” соматическую патологию, а один — “собственно психопатологическим” (о чем уже говорилось).

Такое доминирование “имитации” в качестве главного критерия способствует отрицательному проявлению спорных аспектов концепции нарушения общего чувства (усилению психосоматической двойственности понятия нарушения общего чувства) и ослаблению положительных ее аспектов (ослаблению объединения разных “имитаций” и не имитаций единым феноменологическим постижением). Таким образом утверждается выделение т.н. “ГВС”, патогенез которого “не идентичен патогенезу ларвированной депрессии”, но который имеет “тимопатическую эндогенную основу” и который бывает при “самостоятельном варианте ларвированной депрессии” (как считает В. Г. Остроглазов). Так можно выделять бесчисленное количество синдромов, имитирующих соматическую патологию, и бесчисленное количество “самостоятельных вариантов ларвированной депрессии”. У.З. Фрейда, судя по публикациям В. Г. Остроглазова [13 – 15], было, оказывается, два психических заболевания сразу — данный “самостоятельный вариант” циклотимии и ларвированная депрессия с кардионевротическими расстройствами.

В связи с таким доминированием “имитации” физиология, которая представлена в статье В. Г. Остроглазова, — это не физиология образований головного мозга, имеющих отношение к явлениям общего чувства (ценестезии), а физиология дыхания (“психофизиология дыхания и его нарушения при ГВС”).

В этом разделе статьи много непонятного. Непонятно, зачем автор подчеркивает, что “в отличие от других биологических функций (например, приема пищи, физиологии выделений, сексуальности) дыхание не социализируется. Непонятно, как могут социализироваться даже отмеченные биологические функции без посредства регуляции произвольного дыхания. Что же касается речи, то “особенно сложной является регуляция дыхания, обеспечивающего речевую функцию” (БМЭ, 3-изд., том 7-й).

Непонятно, зачем автор утверждает: "...Хотя представление об ощущении недостаточности дыхания как результате реакции дыхательного центра на отклонения газового состава артериальной крови широко распространено (см., например, последнее издание БМЭ, т. 17, с. 617 – 626), в действительности постепенно нарастающее кислородное голодание у здоровых вызывает не ощущение удушья, а эйфорию, реже — дисфорию и потерю сознания". Непонятно, зачем автор сослался на статью "Одышка" А. Г. Дембо в указанном томе БМЭ. В этой статье говорится: "Патогенез одышки во многом неясен, поэтому все существующие теории ее происхождения не безупречны... В вопросе о причинах субъективного ощущения при одышке также нет единства мнений". А. Г. Дембо приводит много различных мнений, предположений. Например, приводит мнение Л. Л. Шика: "В регуляции вентиляции существенное значение принадлежит импульсации, поступающей в дыхательный центр, обусловленной не изменениями состава артериальной крови, а от рецепторов двигательного и дыхательного аппаратов, сигнализирующих о возникающих возмущениях, которые могут привести к отклонению pCO_2 и pO_2 . Следовательно, помимо регулирования по отклонению, происходит и регулирование по возмущению. "В этой статье А. Г. Дембо приводится также мнение С. И. Франкштейна (1974), Л. Л. Шика (1975) и др. о том, что локальное повышение чувствительности или раздражение лимбических структур может дать субъективную одышку без всяких объективных ее проявлений, что ощущение недостатка воздуха формируется здесь. В. Г. Остроглазов приводит мнение С. И. Франкштейна так, как будто оно не учтено в критикуемой им статье А. Г. Дембо.

Непонятно, почему, подчеркивая это мнение С. И. Франкштейна, В. Г. Остроглазов не сопоставляет его со своим мнением о роли в диспноэ центральной кинестезии дыхательных мышц. Может быть данный исследователь эту роль не отмечал?

Непонятно, почему автор утверждает, что "диспноэтический стимул отличается от стимулов других типов ощущений" тем, что "он может быть центральным и локализован внутри центральной нервной системы". А фантомные боли, разнообразные нарушения общего чувства, помимо диспноэ?

Непонятно, почему сторонник концепции нарушения общего чувства, говоря, что диспноэ формируется в лимбической системе, забывает упомянуть, что и другие нарушения общего чувства формируются здесь же.

Непонятно, почему автор отрицает наличие при горной болезни субъективных проявлений одышки. Отсутствие затрудненного дыхания и эйфория при кислородном голодании В. Г. Остроглазовым явно преувеличивается, как преувеличивается поражение при этом именно лимбических структур, создавая впечатление о существовании какого-то мозгового центра диспноэ. Кстати, в указанной статье А. Г. Дем-

бо приводятся нередкие случаи отсутствия субъективных проявлений одышки у больных с выраженными объективными проявлениями ее и значительными нарушениями газового состава крови. Причем, в контексте это не связывается с нарушением лимбической системы ("при постоянно существующей одышке больной как бы привыкает к ней, перестает ее ощущать и на нее не жалуется...").

В заключение уместно будет повторить, что, судя по публикации В. Г. Остроглазова, многие положения "Общей психопатологии" К. Ясперса актуальны по настоящее время. Например, его точка зрения по поводу "соматических предрассудков", "мифов".

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Эмоции. // В кн. Психология эмоций. Тексты. — М.: Изд. МГУ, 1993.
2. Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. — Киев, 1984.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж: 1995.
4. БМЭ в 30 томах. Изд. 3-е. — М.: Советская энциклопедия.
5. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония. — М., 1981.
6. Диагностика и лечение тревожных расстройств. Руководство для врачей. / Под ред. Томас Дж. Мак Глинна и Гарри Л. Меткалфа, пер. с англ. 1989.
7. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. пер. с фр. — СПб., 1912.
8. Заболевания вегетативной нервной системы. / Под ред. А. М. Вейна. — М., 1991.
9. Каннабих Ю. История психиатрии. Репринтное издание. — М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.
10. Клиническая психиатрия. / Под ред. Н. Е. Бачерикова. — Киев, 1989.
11. Лисина М. А. Маскированные психопатологические состояния, имитирующие патологию опорно-двигательной системы. Методические рекомендации. / Под ред. В. Г. Остроглазова. — М.: ВНИИЗ АМН СССР, 1989.
12. Остроглазов В. Г., Лисина М. А. Клиника и динамика психопатологических состояний, имитирующих вертеброгенную патологию. Журн. невропатол. и психиатрии, № 5, 1989.
13. Остроглазов В. Г. К психопатологии и психофизиологии гипервентиляционного синдрома. // Медицинская газета. 1997. №№ 34, 36.
14. Остроглазов В. Г. Удушье в роли маски, или новая точка зрения на гипервентиляционный синдром. // Медицинская газета. 1992. № 62.
15. Остроглазов В. Г. Кардионеврозы. // Медицинская газета. 1991. № 8.
16. Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. / Под ред. А. К. Ануфриева. — М.: МНИИП МЗ РСФСР, 1979.
17. Сметанников П. Г. // Независ. психiatr. ж. 1992. №№ 3 – 4. С. 92 – 93.
18. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М., 1986.
19. Тхостов А. Ш. Интрацепция и ипохондрия: психологическая и философская проблема в контексте психиатрии. // Независ. психiatr. ж. 1993. № 1 – 2.
20. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1987.
21. Эглитис И. Р. Сенестопатии. — Рига, 1977.
22. Ясперс К. Общая психопатология: пер. с нем. — М., 1997.

Продолжение полемики диссертанта со своей диссертацией

К научно-методологической постановке вопроса об этиологии психических расстройств в отдаленном периоде у участников ЛПА на ЧАЭС 1986 – 1987 годов, получивших суммарную дозу внешнего γ -облучения до 61,9 бэр¹

“Общеизвестно, что этиология —
— самый слабый отдел медицины.”

академик И. П. Павлов

Вызывает ли суммарная доза внешнего γ -облучения до 61,9 бэр радиоиндуцированную психопатологию в отдаленном периоде или нет?

Если первое письмо (опубликованное в НПЖ, 1998, № II и “Медицинской радиологии и радиационной безопасности”, 1999, № 1) было посвящено критике собственной кандидатской диссертации, то настоящее — беспристрастному анализу ее автореферата [20], как результата сотрудничества диссертанта и руководителя, а догматизация учеником взглядов учителя, со времен Аристотеля, — плохая услуга науке.

В результате деления ядер урана и плутония получается сложная смесь радионуклидов от цинка до гадолиния. В состав мелкодисперсных радиоактивных аэрозолей входит более 200 изотопов 36 химических элементов таблицы Д. И. Менделеева, но основную часть радиоактивности составляют элементы с массовыми числами 95 – 103 и 130 – 144. В ближней зоне аварии на ЧАЭС, где оседает от 30 до 70 % продуктов ядерного распада, были зафиксированы преимущественно короткоживущие радиоизотопы йода, представлявшие опасность в мае 1986 года, что указали в первом письме (НПЖ, 1998, № 2). Радиойод ^{131}I в конце цепочки распада дает изотопы цезия. Итак, главными источниками излучения были радиоизотопы йода и цезия. По данным И. Я. Василенко [2] разрушенный реактор ЧАЭС выбросил 1850 ПБк радионуклидов, на долю цезия пришлось 270 ПБк. Из радиоизотопов цезия наиболее опасен ^{137}Cs с периодом полураспада в 30 лет, притом чистый γ -излучатель.

Метод диссертации — клиничко-психопатологический, с динамическим наблюдением за больными. Оценка изучаемых состояний основывалась на использовании клиничко-психопатологической карты [9], состоящей из 189 ранжированных параметров, созданной с нашим участием. Мы внесли идею включить в анамнестическую часть карты пункты: “первичная реакция”, дополнительные экзогенные и психогенные вредности, а 157 феноменологических параметров — идеи В. Н. Краснова и В. Ф. Войцеха.

К моменту нашего исследования возраст ликвидаторов в основной группе составлял от 24 до 63 лет (усредненный показатель 38,1 + 8,4) и почти не отличался от контрольной группы (усредненный показатель 34,9 + 8,7). Доза внешнего γ -облучения за время

участия в ЛПА на ЧАЭС по диссертации составляет от 0,009 до 0,619 Грей или от 0,9 до 61,9 бэр (усредненный показатель 18,7 + 10,8 бэр). Длительность участия в работах на ЧАЭС была обычно около двух месяцев. Срок пребывания определялся, прежде всего, накопленной дозой индивидуального дозиметра, которая не должна была превышать 25 бэр. Если дозиметр набирал более 25 бэр, то такой человек не допускался временно к работе, проходя клинический анализ крови и врачебный осмотр.

В 1988 – 1993 гг. все ликвидаторы проходили в Московском НИИ диагностики и хирургии МЗ РФ повторный дозиметрический контроль на радиоизотопы цезия ^{134}Cs и ^{137}Cs , но результаты дозиметрии всегда были отрицательны. Это позволяет ставить под сомнение фактор внутреннего облучения во всем клиническом материале (213 человек). В отличие от внешнего, внутреннее облучение опаснее: радионуклиды, попавшие в организм человека при вдыхании, алиментарно или перкутанно, становятся источником длительного облучения. Но ликвидаторы получали “чистое питание” (привозные вода и продукты), исключая внутреннее облучение, в сравнении с населением загрязненных территорий. Прием пищи был на чистой площадке, спецодежда проходила дозиметрический контроль. Более того, если гипотетически допустить поступление внутрь ^{137}Cs , то в отличие от йода, цезий распределяется в организме равномерно, что будет почти идентично действию внешнего γ -излучателя. Однако, не описано клиники инкорпорации нуклидов в диссертации, что говорит об отсутствии доказательств внутреннего облучения, а также снижает значение β -частиц в патогенезе. Опасностью β -квантов можем пренебречь и потому, что ^{137}I через 24,2 с β -распада дает ксенон, а ^{137}Xe через 4 минуты β -распада дает долгоживущий γ -активный ^{137}Cs [2]. Кроме того, в выбросе ЧАЭС мало было изотопа ^{90}Sr . Полагаем, и влияние нейтронов несущественно. Влияние лучей Рентгена сказалось у лиц, лишь в первые дни работавших на 4-м блоке, заболевших острой лучевой болезнью. Люди, вошедшие в наш клинический материал, прибыли на ЧАЭС не ранее 10 дней после взрыва, а подавляющее большинство — спустя месяц и более. Из 213 ликвидаторов 1986 и 1987 гг. соответственно было 67,6 % и 32,4 %. Итак, исключена значимость ряда экзогенных вредностей, кроме внешних

γ -квантов, верифицированных индивидуальными дозиметрами.

Аналогично, не удалось доказать участия в патогенезе нервно-психических расстройств у ликвидаторов тяжелых металлов (Pb, Sn, Hg, Mn и др.), ибо длительный мониторинг за состоянием их здоровья не выявил характерной симптоматики профпатологии. Ни у одного из 213 человек клиники хотя бы стертого поражения тяжелыми металлами нет. В диссертации предполагалось у части ликвидаторов 1986 года наличие отравления парами тяжелых металлов из мелко-дисперсной аэрозоли в 30-км зоне отчуждения (дополнительный экзогенный фактор во время участия в ЛПА). Ныне следует осознать ошибку. На чем тогда зиждется гипотеза об экзогенно-органической природе психопатологии [20, с. 12]? И еще с участием в патогенезе заболевания относительно рано развивающегося прогрессивного сосудистого процесса, при относительно молодом возрасте большинства обследуемых [20, с. 12 – 13]?

Между прочим, две последние фразы переключили в вывод № 5 диссертации и автореферата. Очевидно, преимущественно экзогенно-органическая природа рассматриваемых расстройств со сложным патогенезом, наряду с возможными радиационными и нерадиационными воздействиями экстремальной ситуации ЛПА на ЧАЭС, определяется алкоголизацией части лиц. Разумеется, это одно из возможных объяснений. Ему не противоречит формирование психопатологически более грубых расстройств, с более выраженными изменениями социальной адаптации [20, с. 22]. Определенную роль в формировании психоорганического синдрома (к моменту исследования) играют относительно ранние и неблагоприятно протекающие сосудистые изменения, о чем свидетельствуют как структурно-динамические особенности психических расстройств, так и результаты ряда параклинических исследований [20, с. 22]. У ряда ликвидаторов диагностирован корсаковоподобный вариант психоорганического синдрома. Итак, не исключено влияние Бахуса, дозиметрия тут бессильна, а при сборе анамнеза характерна диссимуляция. Более понятно влияние такого фактора, как признаки невропатической конституции, как одного из проявлений органически измененной почвы по С. Г. Жислину; $p < 0,01$ [20, с. 16 – 18].

По данным диссертации в 79 % случаев манифестные проявления нервно-психических и психосоматических расстройств у участников ЛПА на ЧАЭС появились спустя существенные сроки — от 0,5 до 5,5 лет, всегда без какой-либо реакции со стороны радиочувствительных тканей организма. Это говорит против вклада малых доз облучения в патогенез болезни. Значительное место в структуре болезненных явлений занимали аффективные расстройства и вегетативно-сосудистые нарушения. Собственно начальные проявления психических расстройств ограничивались, как правило, астено-вегетативными нарушениями [20, с. 9 – 13]. Аналогично, Н. В. Тарабрина и со-

авт. [21, 22, 35] пришли к выводу, что психосоматические и нервно-психические нарушения у ликвидаторов — посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) по критериям DSM-III-R. И в докладе по Международному Чернобыльскому проекту эксперты пришли к выводу о Post Traumatic Stress Disorders. Причем, стресс Чернобыля — “невидимый” стресс, направленный в будущее личности, в отличие от PTSD участников войн (Вьетнам, Афганистан). Ощущение невидимой угрозы для жизни осталось вне зоны АЭС, и спустя много лет. Некоторые врачи подливали в “огонь” PTSD “масло” иатрогении, удивляясь, что чернобыльцев трудно лечить. *Noli nocere!*

Оригинальное лечение ликвидаторов [19, 29] большими дозами церебролизина внутривенно капельно (20 мл за раз) напоминает опосредованную психотерапию: гербалайф, мумие, виагра, экстракт из плавников глубоководной акулы. Или В. Н. Краснов возразит с помощью контрольных групп, где было плацебо? Может использовали двойной слепой метод для научной чистоты оценки психофармакологического эффекта церебролизина? Что 20 мл церебролизина — большие деньги, в отличие от плацебо, не в счет. Экономические аспекты в СССР не изучали, бюджетные деньги не берегут. Осмотрительнее поступила Е. Г. Тимошина [22], отметив предварительно множество методик по коррекции психических расстройств у ликвидаторов: безлекарственную терапию, разные нефармакологические способы, использование психотерапии, санаторно-курортное лечение и социальную реабилитацию.

Мы отрицаем ведущую роль радиационного воздействия в развитии психических расстройств у участников ЛПА на ЧАЭС, обследованных нами лично в Московском НИИ диагностики и хирургии МЗ РФ и Московском НИИ психиатрии МЗ РФ, раз вклад облучения в патогенез не доказан. В диссертации ни у одного ликвидатора истинной лучевой патологии нет. С другой стороны, группа ликвидаторов очень разнородна, посему акцентируем внимание на **КЛИНИЦИЗМ**. Пусть профессор В. Н. Краснов представит клинический случай с катамнезом, подтвердивший его концепцию (хотя бы одного чернобыльца). Мы катамнестически не нашли этиологической связи психопатологии с γ -облучением в указанных дозах, а Краснов приписал важную роль малым дозам радиации в патопластике нервно-психических расстройств в отдаленном периоде (от астении и вегетодистонии до психоорганического синдрома). Неужели, по В. Н. Краснову, прогрессирующие сосудистые нарушения в ЦНС — стохастический эффект? А что скажут профессиональные радиологи? Все нестохастические эффекты были исключены: в материал не вошел ликвидатор с лимфолейкозом, проконсультированный в МНИИ диагностики и хирургии.

“Хорошо организованные эпидемиологические исследования, в которых были использованы соответствующие контрольные группы, обнаружили идентичную заболеваемость и смертность среди ликвида-

торов и других групп населения (Logachev et al., 1993; Nilova et al., 1995; Okladnikova et al., 1992)”, — пишет видный радиолог Z. Jaworowski [26].

Если бы не было в живых существах, включая человека, “порога” для радиации, то жизнь на планете Земля давно бы погибла, считает специалист по малым дозам радиации и токсикологии продуктов ядерного деления, профессор И. Я. Василенко [1]. Все живое ежеминутно подвергается разным видам электромагнитных волн (ультрафиолетовая часть светового спектра, УКВ, СВЧ, рентгеновское, γ -излучение) и потоку частиц (α , β , нейтроны). В живых организмах эволюция выработала радиозащитные механизмы. Напомним о гормезис-эффекте по Z. Jaworowski [27], T. D. Lucey [33], т.е. когда малые дозы оказывают оздоравливающий эффект. К примеру, радоновые ванны давным-давно вошли в физиотерапию.

Как по количеству обследованных, так и текстологически, включая таблицы и графики, диссертация изоморфна двум публикациям журнала “Социальная и клиническая психиатрия” в 1993 г. [11, 12]. Иначе говоря, фундамент концепции отдела клинико-биологических исследований пограничных состояний Московского НИИ психиатрии составила наша диссертация, первого защитившегося по Чернобыльской теме аспиранта под руководством глубокоуважаемого В. Н. Краснова; последующие аспиранты развивали уже заложенную идею. Но если строители залили фундамент с грубыми ошибками, то все здание ждет падение в пух и прах — судьба ЧАЭС.

В диссертации Скавыша допущены **фатальные ошибки** для последующих таблиц, корреляций и выводов Московского НИИ психиатрии по Чернобыльской теме, что обусловлено общим клиническим материалом, единой применявшейся психопатологической картой и гипотезой, выработанной с нашим участием. Об ошибочности выводов, исходящих даже из одной ложной посылки силлогизма, мы говорили в НПЖ, 1998, № II и “Мед. радиологии”, 1999, № 1, по морально-этическим соображениям сознательно ограничившись самокритикой.

Если Б. Н. Пивень прав, и появляется все больше публикаций (НПЖ, 1998, № III, с. 56), где утверждается ведущая роль радиационного фактора в генезе психических расстройств у лиц, работавших в зоне аварии на ЧАЭС, но без лучевой болезни, — это гениально!

С другой стороны, существует ли радиоиндуцированная психопатология в отдаленном периоде у ликвидаторов 1986 – 1987 гг. при суммарной дозе внешнего γ -облучения до 61,9 бэр? Если нет, то автореферат [20] пестрит тенденциозными фантазиями, например, ошибочна фраза: “Есть основания говорить о радиоиндуцированной патологии, в патогенез и патопластику которой на разных этапах включаются predisposing факторы “измененной почвы” и дополнительные осложняющие факторы.” (автореф. дисс. с. 19)

Тогда, очевидно и невероятно, публикации МНИИ психиатрии [9 – 14, 19, 20, 28 – 32] будут свидетельством, что гора родила мышь, и притом весьма худую.

В собственной диссертации указали [20, с. 59], что симптомы не уложились в рамки PTSD. Избыток симптоматики, пожалуй, надо было объяснить стигмами органически неполноценной почвы по С. Г. Жислину и влиянием алкоголя, но не малыми дозами γ -квантов, при экзогенно-органической природе психопатологии. С методической целью из диссертации были исключены три ликвидатора с болезнью Блейлера и один с циркулярным психозом.

Ждем клинической демонстрации от глубокоуважаемого В. Н. Краснова, чтобы расставить все точки над “i”. Это интересно для практических врачей и, видимо, будет опубликовано в постоянной рубрике клинических разборов НПЖ. В 1992 г., помнится, профессор Р. Г. Голодец провела клиническую демонстрацию пациентки с астеническим синдромом при хронической лучевой болезни (профессиональная патология у рентген-лаборанта). Уважение к истине воспрещает нам претендовать на что-либо большее, чем самокритика: заботливое приведение в порядок фактов и беспристрастный анализ заблуждений. Увы, как минимум, в нашей диссертации 33 % ошибок.

В заключение цитируем профессора Р. О. Яковсона [24]: “Между научными и политическими конференциями нет, к счастью, ничего общего. Успех политического собрания зависит от согласия между всеми его участниками или, по крайней мере, между большинством из них. Что же касается научной дискуссии, то здесь не используется ни вето, ни голосование, а разногласия, по-видимому, оказываются здесь более продуктивными, чем всеобщее согласие. Разногласия вскрывают антиномии и точки наибольшего напряжения в пределах рассматриваемой области и тем самым ведут к новым исследованиям.”

В. А. Скавыш

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василенко И. Я. // Природа. 1995. № 5. С. 78 – 86.
2. Василенко И. Я. // Природа. 1999. № 3. С. 70 – 76.
3. Голодец Р. Г. Астенические состояния при хроническом воздействии ионизирующего излучения. Клиника, патогенез, терапия. Дис. докт. мед. наук. — М., 1963.
4. Гуськова А. К. Десять лет после аварии на ЧАЭС. // Мед. радиология. 1997. т. 42. № 1. С. 5 – 12.
5. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. — М., 1962.
6. Декарт Рене. Рассуждения о методе, дабы хорошо направлять свой разум и отыскивать истину в науках. — Спб., 1885.
7. Заболеваемость участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС (по данным диспансеризации за 1986 – 1990 гг.). Инф. письмо. — М.: МОНИКИ, 1991.
8. Ионизирующее излучение: источники и биологические эффекты. Доклад за 1982 год, т. 1. Нью-Йорк: Научный комитет по действию атомной радиации при ООН, 1982.
9. Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф., Скавыш В. А. и др. // Сб. научн. тр. “Чернобыльский след”. — М.: Вотум, 1992. С. 76 – 82.
10. Краснов В. Н., Войцех В. Ф., Юркин М. М., Скавыш В. А. // Сб. матер. конф. “Чернобыльская катастрофа: диагностика и меди-

- ко-психол. реабилитация пострадавших”. — Минск, 1993. С. 11 – 12.
11. Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф., Скавыш В. А. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение I: структура и актуальный патогенез // Соц. и клин. психиатрия. 1993. т. 3. № 1. С. 5 – 10.
 12. Краснов В. Н., Петренко Б. Е., Войцех В. Ф., Скавыш В. А., Юркин М. М. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение II: клиничко-патогенетические и патопластические взаимосвязи. // Соц. и клин. психиатрия. 1993. т. 3. № 4. С. 6 – 20.
 13. Краснов В. Н., Юркин М. М. и др. // Актуальн. нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. — Киев: Украина, 1995. С. 102.
 14. Краснов В. Н., Юркин М. М., Петренко Б. Е., Курмышева Н. Я., Крюков В. В., Оленичева Е. Л., Горобец Л. Н., Войцех В. Ф., Скавыш В. А. // Библиотека ж. Мед. радиология. — М., 1995. С. 98 – 107.
 15. Логановский К. Н., Нягу А. И. // Соц. и клин. психиатрия. 1995. т. 5. № 2. С. 15 – 23.
 16. Материалы научно-практической конференции “Результаты и задачи медицинского наблюдения за состоянием здоровья участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде”. — М.: МОНКИ, 1998.
 17. Медицинские последствия Чернобыльской аварии. Научный отчет. Международная программа по медицинским последствиям Чернобыльской аварии (АЙФЕКА). — Женева: ВОЗ, 1996.
 18. Методы диагностики и коррекции психовегетативных нарушений у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и лиц, подвергшихся воздействию вредных факторов других катастроф. — М.: МОНКИ, ИП РАН, 1997.
 19. Оленичева Е. Л. Принципы терапии психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1997.
 20. Скавыш В. А. Клиничко-психопатологическая оценка нервно-психических расстройств у лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 – 1987 годах. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1993.
 21. Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. // Психол. ж. 1994. т. 15. № 5. С. 67 – 77.
 22. Тарабрина Н. В. и др. // Психол. ж. 1996, т. 17. № 2. С. 49 – 56.
 23. Тимошина Е. Г. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1998.
 24. Ушаков И. Б., Карнов В. Н. Мозг и радиация. — М., 1997.
 24. Якобсон Р. О. Структурализм: “за” и “против”. — М., 1975.
 26. Яворовски З. “Жертвы Чернобыля: реалистичная оценка медицинских последствий Чернобыльской аварии.” // Мед. радиология. 1999. т. 44. № 1. С. 19 – 30.
 27. Jaworowski Z. Hormesis. The Beneficial Effects of Radiation // 21st Century. Fall 1994. p. 22.
 28. Krasnov V. N., Yurkin M. M., Petrenko B. E., Skavysh V. A., Kryukov V. V. // 2nd Int. Conf. “Radiobiological Consequences of Nuclear Accidents”. Russian-Norwegian Satellite Symposium on Nuclear Accidents. Abstracts. — Moscow, 1994. p. 125.
 29. Krasnov V. N., Yurkin M. M., Petrenko B. E., Kryukov V. V., Olenicheva E. L. // Int. Conf. on the Mental Health on the Mental Health Consequences of the Chernobyl Disaster. May 24 – 28, 1995. Abstracts. — Kiev, Ukraine, 1995. p. 103.
 30. Krasnov V., Yurkin M., Khomskaya E., Petrenko B., Kryukov V. Mental Disorders in Chernobyl “Liquidators” // Abstrs. of the X World Congr. of Psychiatry. Madrid, August 23 – 28, 1996, V. 2. p. 178.
 31. Krasnov V. N. et al. 9th Congress of Association of European Psychiatrists “Standarts of psyhiatry”, Copenhagen, September 20 – 24, 1998 // J. AEP. 1998. V. 13. Suppl. 4. p. 316.
 32. Krasnov V. N. et al. // XIth World Congress of Psychiatry: “Psychiatry on New Thresholds”. Hamburg, August 6 – 11, 1999. Abstracts. V. 2. p. 4.
 33. Luckey T. D. The Evidence for Radiation Hormesis // 21st Century. Fall 1996. p. 12.
 34. Skavysh V. // Abstracts of the X World Congress of Psychiatry. Madrid, August 23 – 28, 1996. V. 2. p. 178.
 35. Tarabrina N., Lazebnaya E., Zelenova M., Lasko N. Chernobyl clean-up workers’ perception of radiation threat. // Radiation. Protection. Dosimetry. Nuclear Technology Publishing. 1996. V. 68. p. 251 – 255.

Ответ В. Ф. Войцеха

Мне не совсем понятно истинная мотивировка дискуссий, поднятой В. А. Скавышем на страницах НПЖ. Как одному из участников совместно проводимого исследования мне хотелось бы высказать ряд замечаний по поводу недостаточной корректности автора в трактовке событий 6-ти летней давности.

Первое. Ликвидаторы не проходили дозиметрический контроль на радиоизотопы ^{134}Cs и ^{137}Cs . Они обследовались в МНИИ диагностики и хирургии МЗ РФ с использованием цитогенетического метода и в определенном проценте случаев был косвенно подтвержден факт радиационного облучения.

Второе. Вопрос по обнаружению в организме ликвидаторов тяжелых металлов в организме специально не обсуждался.

Третье. Никогда в совместных работах не говорилось о ведущей роли радиационного воздействия в развитии психических расстройств у ликвидаторов ЧАЭС. Наоборот, учитывая проблемность раскрытия этиологии, особо подчеркивалась многофакторная природа выявляемых психических расстройств, а не “...в патопластике многофакторных нервно-психиче-

ских расстройств...”, как пишет автор. В нашей общей статье в журнале “Социальная и клиническая психиатрия” (1993, № 4, С. 18) отмечается: “Таким образом, результаты клиничко-статистического анализа патогенетических, динамических и патопластических взаимосвязей психических расстройств у участников ликвидаций последствий аварий на Чернобыльской АЭС, позволяют подтвердить высказанное ранее предположение о многофакторной природе рассматриваемых расстройств, с разнообразными и меняющимися по своей значимости факторами, часть из которых остается неизвестной либо недоступной анализу. При этом не один из факторов, взятый изолированно, не может служить объяснением развития заболевания в целом”.

Четвертое. Клиничко-психопатологическая картина формирующегося психоорганического синдрома не соответствует таковой при развитии алкоголизма. В той же работе подчеркивается: “...не оправданным было бы связывать формирование психоорганического синдрома в целом (возможно, за отдельными исключениями) со злоупотреблением алкоголем”.

От редактора.

Итак, когда был прав опровергатель собственной диссертации: когда писал ее или когда ополчился против?

Возникшая дискуссия заставляет вспомнить знаменитую полемику относительно рентных неврозов после Первой мировой войны. Является ли “воздушная волна” травмирующим фактором, оставляющим внятные клинические последствия, или это мифология для выколачивания военной пенсии? Несомненные истероневротические наслоения и отсутствие в то время достоверных способов объективизации полученной травмы только отсрочили ее подтверждение. Однако вполне правомерен и другой поворот: психогенная травма, приведшая к соответствующим клиническим проявлениям, также имеет нейрофизиологическую основу и также требует компенсации.

Эта историческая полемика стоит в одном ряду с целой серией других, которые варьировали на разные лады такие смысловые поля, как “обучение или созревание?”, “функциональное или органическое?”, “экзогенное или эндогенное?”. Ложность этих альтернатив, многократно ясно показанная, оказалась более слабым фактором, чем достигаемая ими “экономия мышления”. Ответы на вопросы, формулируемые подобным образом и оперирующие такими понятиями, малопродуктивны. Мы видим значительный регресс уровня рефлексии в их обсуждении со времени знаменитой работы Артура Кронфельда “К вопросу о синдромологии”, знакомство с которой не может, однако, заменить собственной рефлексии.

Вторая публикация д-ра В. А. Скавыша смещает акценты самого вопроса, существенным образом модифицирует его. Он не формулировался таким образом в диссертации. Это вполне правомерная и вполне обычная последовательность научного поиска и продвижения проблематики, но это не основание для перечеркивания предыдущих работ. В этом отношении ответ д-ра В. Ф. Войцеха точно и по существу парирует критические выпады д-ра Скавыша. Лапидарность ответа даже усиливает его выразительность.

Теперь об этической стороне дела.

В тексте В. А. Скавыша собственная диссертация и собственный автореферат выступают под именем проф. В. Н. Краснова и подвергаются жесткой критике. Это, конечно, придает тексту жара, но и жаренности тоже. Этическая позиция предписывает в таких

случаях самокритику, а не критику, по крайней мере, перевес самокритики. Критику в данном случае следует предоставить другим. Первая публикация автора поразила многих именно самокритикой, и мы, представляя ее, вспомнили даже Н. И. Пирогова. В данном тексте мы видим существенную перемену: отчуждение от все-таки своего творения и приписывание его своему руководителю, то есть, чистую проекцию. Но автор и совершеннолетен и дееспособен, то есть, он сполна ответственен за формулировки своих выводов. Поэтому смещение акцентов, перенос ответственности с себя на другого девальвирует его предприятие. Слишком лично звучит критика, слишком однозначной делается картина, и возникает закономерный вопрос: какой из всех этих приводимых автором доводов не был очевиден сразу?

Мы все хорошо знаем, что наука в поисках истины не интересуется мотивами этих поисков, достаточно соблюдать принципы и правила научности. Исследователь, фанатично преданный своей идее, перестает видеть то, что ей противоречит, но чрезвычайно зорко и цепко схватывает все, что ее подтверждает. Такое одностороннее видение порождает специфически ярко “убедительные” концептуальные тексты, типа Брега и Шелтона. Их “убедительность” — не более, чем внушающий эффект односторонне подаваемой информации.

Убедительность критики за счет однозначности рисуемой картины опасным образом приближается к этому типу, если такой однозначности на деле нет.

Настоящий ученый — тот же реальный Иван Петрович Павлов — всегда в мучительных сомнениях, первый подвергая свою концепцию самым жестоким испытаниям, а не ограждающий ее от них в оранжерее.

Жаль, что обе стороны не высказали во весь голос протеста по поводу засекречивания основополагающих данных по этой тематике. В результате такого засекречивания существует глубокое недоверие даже к показаниям самих наших дозиметров и уж подавно к сведениям об этих показаниях (даже открыто называемая их погрешность — $\pm 25\%$), что на существенный градус снижает интерес к результатам исследований, которые на них опираются.

Завершая эту полемику, повторим известную истину: точка в ней поставлена быть не может.

VII Всемирный конгресс Всемирной Ассоциации психосоциальной реабилитации

7 – 10 мая 2000 г., Париж

Тел.: +33 (1) 42.66.46.46; факс: +33 (1) 42.66.45.45

E-mail: nha.com@wanadoo.fr

Обсуждение проекта Федерального Закона “О внесении изменений и дополнений к Закону Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” специалистами НПА России

В. Г. Батаев, Председатель
экспертной комиссии НПА России
Ю. С. Савенко, Президент НПА России

В СТОРОНУ КОНСЕНСУСА. Прежде чем приступить к обсуждению конкретных изменений и дополнений к Закону, внесенных Проектом, мы должны сделать ряд общих замечаний.

Проект не устранил имеющихся в Законе существенных погрешностей, на которые мы уже указывали в своем предисловии к изданному нами тексту Закона¹, в частности, неоправданное расширение права ведомств принимать правовые акты о психиатрической помощи²; декларативный характер некоторых статей; противоречия положений некоторых из них внутри самого Закона.

Сохранение старой редакции ч. 2 ст. 2 в ее основной содержательной части: “*Правительство Российской Федерации и правительства субъектов Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции*” (вместо “*нормативные акты*”), свидетельствует о полной глухоте членов министерской комиссии к подробному разъяснению ведущих юристов нашей страны (Витрук, Зорькин и многие другие), что эти термины не синонимичны, а представление об их синонимичности отражает живучесть до сих пор доктрины А. Вышинского, отождествившей Закон и Право. Эта живучесть — не простая инерция советского юридического словоупотребления, а сохранение реального доминирования, вопреки Конституции, государства, которое хочет быть не только исполнителем, а толкователем и даже автором

¹ О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” Закон Российской Федерации. — М.: НПА, 1993.

² Примером того, какие драматические последствия для судьбы гражданина может иметь применение к нему правовых актов силовых ведомств (МО, ФСБ) служит проходившее на наших глазах судилище над военным журналистом Г. Пасько. Действующий по букве федеральных законов “Об охране окружающей среды”, “О средствах массовой информации”, “О государственной тайне” (последним запрещено считать государственной тайной сведения о состоянии экологии и об экологической опасности), Г. Пасько обнаружил информацию о загрязнении военным ведомством акватории Тихого океана. На основании ведомственных приказов (МО, ФСБ) он был привлечен к уголовной ответственности за разглашение государственной тайны, 3 года содержался в СИЗО.

законов. Реакция на эти наши возражения проделала знаменательную эволюцию. Вначале было смятение руководителя комиссии 1992 года Л. И. Когана, потом защита синонимичности, затем использовано нелепое в юриспруденции (всегда стремящейся разводить термины) выражение “нормативно-правовые” и, наконец, попросту игнорирование наших возражений. На простой вопрос: зачем было менять изначально записанное в Законе понятие “нормативные” на “правовые”, если для Вас это синонимы, а для нас нет? — существует однозначный подтекст любого ответа: это и сделано для перевеса ведомственного права. — Вот только широкую общественность это никогда не устроит. Иного вряд ли можно было ожидать от комиссии, созданной при Минздраве и под председательством заместителя министра здравоохранения. — Дух максимальной огосударствленности, расширения и закрепления ведомственных прав за счет прав граждан и общественных организаций, откровенное правление Законом (rule by law) вместо господства Права (rule of law).

Одним из немногих фундаментальных нововведений Проекта, которые следует одобрить, является дополнение к статье 18 Закона³, на котором мы настаивали с самого начала, которое было поддержано всей комиссией 1992 года по разработке Закона, но потом исчезло:

“Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, вправе осуществлять защиту прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе в суде.”

Правда, это нововведение можно считать таковым только по отношению к статье 18, хотя положения его уже имеются в разделе VI Закона⁴, в частности, в части 2 статьи 47. К счастью, Проект оставил эту статью без изменений. Часть 2 статьи 47⁵ гласит:

“Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало изве-

³ Ст. 18 — “Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь”.

⁴ Раздел VI — “Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи”.

⁵ Ст. 47 — “Порядок и сроки обжалования”.

отно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы”.

Это положение обязывает психиатров к овладению элементарной юридической грамотностью, совершенно необходимой в их профессии. На это обстоятельство должны обращать внимание комиссии, выдающие лицензии и удостоверения об уровне квалификации врачей-психиатров.

К сожалению, в этой же статье 18 Закона Проектом внесено изменение, на наш взгляд, умаляющее роль негосударственных общественных объединений психиатрического направления, таких, например, как НПА России, Ассоциация психиатров по защите прав детей с психическими расстройствами, других. Вот это изменение:

“Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные лечебно-профилактические учреждения, учреждения социального обслуживания, образовательные учреждения для специального (коррекционного) обучения лиц, страдающих психическими расстройствами, и другие соответствующие учреждения...”

С большой натяжкой понятие “учреждение” (от слова “учреждать”) могло бы распространиться на общественные объединения, не будь оно перечеркнуто в Проекте понятием “соответствующие”, т.е. лечебно-профилактические, к которым НПА, например, отнести нельзя. Другими словами, здесь есть зацепка для игнорирования нашей деятельности недобросовестно исполняющими правосудие судами и прокурорами, а также для психиатрических управленцев в их стремлении объявить нас не отвечающими понятию “соответствующие”, т.е. не относящимися к лечебно-профилактическим учреждениям.

Для устранения этого дискриминационного положения требовалось бы, на наш взгляд, после слов “негосударственные лечебно-профилактические учреждения” добавить:

или “...общественные объединения, деятельность которых отвечает требованиям статьи 1 настоящего Закона”⁶, или, по крайней мере, добавить слово “организации” и далее по тексту.

Деятельность общественных объединений психиатрического направления, в Уставах которых Минюст утвердил право на оказание психиатрической помощи в плане диагностики и медико-социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, должна быть признана законной и отражена в указанной статье (18).

Разработчики Проекта как бы не замечают значительного ограничения полномочий правозащитных объединений, осуществляющих свою деятельность на профессиональной основе (к примеру, НПА России). Иначе как же объяснить то, что контроль обществен-

⁶ Ст. 1 — “Психиатрическая помощь и принципы ее оказания”.

ных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи (статья 46 Закона)⁷ ограничивается лишь возможностью посещения ими психиатрических учреждений. И даже оно может встретить запрет со стороны администрации этих учреждений. Возможность же знакомства с медицинской документацией не оговорена. О ней можно лишь догадываться по фразе из части 2 статьи 46 Закона и Проекта:

“...представители общественных объединений обязаны... подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны”.

Посещение психиатрических учреждений представителями общественных и религиозных объединений, конечно же, не может быть предметом врачебной тайны. Предметом врачебной тайны могут быть лишь медицинские сведения (устные или письменные) о лицах, страдающих психическими расстройствами.

В таком случае Проект не устраняет противоречия данной статьи со статьей 9 Закона⁸.

Статья 9 оставляет место для гадательности, что не допускается в законах:

“Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть представлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи”.

Остается гадать, в какой форме могут быть представлены эти сведения гражданину: в устной или письменной, в вольном изложении или в виде эпикриза, с учетом его психического состояния или без учета такового?⁹ Могут ли эти сведения по просьбе гражданина быть представлены общественным правозащитным объединениям психиатрического направления? Наша экспертная практика¹⁰ свидетельствует о том, что администрация психиатрических учреждений понимает Закон и права лиц, страдающих психическими расстройствами, на свой лад и в одних случаях отказывается представлять выписки из историй болезни комиссии НПА, в других — представляет их психически больным без учета их психического состояния.

В связи с вышеизложенным считаем необходимым дополнить статью 46 следующим положением:

⁷ Ст. 46 — “Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи”.

⁸ Ст. 9 — “Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи”.

⁹ Ст. 11 — “Согласие на лечение”. Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства...” (часть 2).

¹⁰ Здесь “экспертная”, то есть, комиссия, состоящая из специалистов.

“Те общественные объединения психиатрического направления, в уставе которых закреплено право на психиатрическую помощь в плане диагностики и медико-социальной реабилитации, с согласия гражданина имеют право знакомиться с медицинской документацией лиц, имеющейся в государственных психиатрических учреждениях.”

К сожалению, Проект не внес ожидаемых корректур к статье 6 Закона¹¹. Перечень психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, хоть и утверждается правительством, разрабатывается, как известно, психиатрами, зачастую стоящими на позициях не защиты прав своих пациентов, а прямо противоположных — на перестраховочных, не отличающихся от средневековых, предполагающих сажать на цепь (вспомним Пушкина “Не дай мне, Бог, сойти с ума...”). Этот печально известный лишь врачевным комиссиям Перечень включает в себя прямо-таки предназначенные для психически больных работы банщиков, маникюрщиц, работников прачечных и др. Работодатели, игнорируя или не зная положений статьи 8 Закона¹², требуют от этих и других работников при приеме их на работу предоставления справки ПНД о том, что они в него никогда не обращались и там не числятся. Здесь, да и не только здесь, презумпция психического здоровья становится чем-то вроде трансцендентных чисел: математики их признают, другие — с ними не считаются.

Это положение части 2 статьи 6 Закона, перечеркивающее преамбулу Закона и часть 3 статьи 5¹³, можно было бы скорректировать, но в Проекте этого не сделано.

Наше предложение по коррекции статьи 6:

“Перечень медицинских психиатрических противопоказаний в виде проекта составляется назначаемой Правительством РФ комиссией, состоящей из врачей-психиатров государственных и негосударственных учреждений и организаций, психологов, социологов, экономистов, представителей Комитета по труду и заработной плате, юристов, депутатов Государственной Думы. Проект Перечня, в соответствии с требованиями демократической гласности, должен быть опубликован в доступных средствах массовой информации для обсуждения его гражданами и общественными организациями”.

Понятие “коррекционное” в контексте с понятием “специальное обучение”, часто повторяющееся в Про-

¹¹ Ст. 6 — “Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности”.

¹² Ст. 8 “Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья”.

¹³ Ст. 5 “Права лиц, страдающих психическими расстройствами”.

¹⁴ Ст. 11 — “Согласие на лечение”.

екте, можно считать лишним, затрудняющим понимание его смысла и ограничивающим круг обучающих учреждений и организаций, а следовательно, ущемляющим свободы лиц с психическими расстройствами.

Диагноз психического расстройства. От него зависит во многом добровольность или недобровольность психиатрического освидетельствования, формы психиатрического наблюдения, виды лечения, его платный или бесплатный характер, признание гражданина дееспособным или недееспособным, вменяемым или невменяемым, применение недобровольных мер медицинского характера, расширение или ограничение гражданских прав, структура и количество психиатрических учреждений, финансирование их деятельности из бюджета и др.

Здесь мы должны сделать отступление, касающееся последствий изменения психиатрической диагностики, происшедшего с введением у нас в стране МКБ-10. Как быть с ограничениями и льготами для лиц с т.н. шизотипическими расстройствами, оценкой их состояния в гражданском и уголовном процессе, с финансированием психиатрических учреждений и т.п.? Это же относится к эпилепсии, которая вообще вынесена из перечня психических расстройств МКБ-10, и другим психическим расстройствам. Здесь, как раз и требовались бы разъяснения Минздрава.

Далее в части 5 ст. 11¹⁴ Проекта говорится: *“Если лицо, не признанное в законном порядке недееспособным, нуждается в лечении, но в связи с тяжелым психическим расстройством не способно дать осознанное согласие на лечение (либо отказаться от него), а необходимости в недобровольной госпитализации в психиатрический стационар нет, лечение может проводиться без получения согласия по решению комиссии врачей-психиатров, а в неотложных случаях — по решению врача, освидетельствующего больного”.* Чтобы предотвратить возможные в этих случаях злоупотребления, считаем необходимым после слов “по решению врача, освидетельствующего больного” добавить: *“и только на период острого психотического состояния”.*

Считаем, что статью 20¹⁵ Закона нужно оставить в прежней редакции, как самодостаточную. Предложенное Проектом понятие “первичной медико-санитарной помощи” является узко ведомственным, не известно ни законодателю, ни возможным иностранным инспекторам, а зачастую, и врачам-психиатрам.

К сожалению, Законом обойдены такие важные вопросы, как ограничения и льготы для лиц с психическими расстройствами, находящихся на консультативном психиатрическом наблюдении (ст. 26). В связи с этим предлагаем внести в Проект следующее дополнение к указанной статье: *“Лицо, получающее консультативную помощь, не имеет никаких ограни-*

¹⁵ Ст. 20 — “Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи”.

чений, кроме тех, что предусмотрены в статье 6 настоящего Закона. Льготы этому контингенту, устанавливаемые законодательством, основываются на психиатрическом диагнозе”.

Устранение указанных нами недочетов и внедрение оправданных новаций сделает закон еще более совершенным в обществе, избравшем демократический путь развития.

Б. Н. Алмазов, профессор Уральской государственной юридической академии (Екатеринбург)

ПОСПЕШНОСТЬ В МОДЕРНИЗАЦИИ БУКВЫ ЗАКОНА МОЖЕТ НАВРЕДИТЬ. Существенные поправки в законопроекте касаются, главным образом, правил оказания недобровольной помощи. Исходя из клинической реальности, они выглядят обоснованно, расширяя полномочия “комиссии врачей психиатров” в неотложных ситуациях. Однако формально такая “комиссия” — фигура мифическая. Любая врачебная комиссия, принимающая властные решения (медико-социальная, военно-врачебная, врачебно-консультативная), действует в рамках соответствующего Положения и имеет четкие функциональные обязанности. “Комиссии врачей”, как юридически действующей единицы, не может быть, есть лишь комиссионный порядок подготовки материалов для органа, наделенного полномочиями принимать конкретные решения. К тому же (п. 3 ст. 11) при отсутствии опекунов и родителей единственным законным представителем подростка является орган опеки и попечительства (орган местного самоуправления), а не мифическая “комиссия врачей”.

Создается впечатление, что проект изменений рассчитан на лучшие побуждения тех, кто будет им руководствоваться. В жизни так бывает не всегда. Так что, открывая “комиссии врачей” возможность принимать решения, менее зависимые от контроля суда, необходимо более тщательно прописать процедурные аспекты.

Б.Н. Пивень, профессор, зав.кафедрой, председатель Алтайского отделения РОП и регионального центра НПА России (Барнаул)

НЕОБХОДИМЫ УТОЧНЕНИЯ. В предложенной формулировке п. 5 ст. 11 следовало бы уточнить где без получения согласия может проводиться лечение лица, не нуждающегося в недобровольной госпитализации.

Из текста п. 7 ст. 11 не ясно, что это за организация — Комитет по вопросам этики в области охраны здоровья граждан, который станет ответственен за выдачу разрешения на проведение испытаний новых средств и методов лечения.

Учитывая крайнюю слабость и некомпетентность руководства психиатрической службой со стороны многих официальных лиц и структур, представляется необходимым значительно усилить роль профессиональных общественных объединений в области психиатрии. С этой целью ввести в Закон примерно такие положения: “Общественные объединения (общества, ассоциации) врачей психиатров совместно с органами здравоохранения соответствующих уровней:

— принимают участие в выработке стратегии и тактики оказания психиатрической помощи населению на административных территориях их деятельности;

— принимают участие в аттестации специалистов, занятых оказанием психиатрической помощи населению;

— осуществляют контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи;

— осуществляют контроль за соблюдением прав специалистов, оказывающих психиатрическую помощь.

Ю. Н. Аргунова, канд. юрид. наук, юрист-консультант НПА России

ЗАКОНОПРОЕКТ НУЖДАЕТСЯ В ДОРАБОТКЕ. В представленном Минздравом РФ очередном варианте законопроекта “О внесении изменений и дополнений к закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” ряд замечаний и предложений по предыдущему варианту законопроекта¹⁶ авторами учтен. В частности, расширен объем понятия “врачебная тайна”, который стал соответствовать ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан; снято предложение о введении дополнительного ограничения на предоставление сведений о состоянии психического здоровья лица, а также об оказанной ему психиатрической помощи самому лицу или его законному представителю при реализации этим лицом своих прав и законных интересов. Получило реализацию предложение об уточнении формулировок статей 11, 23 и 29 об осознанном согласии лица на освидетельствование (госпитализацию, лечение) *либо отказе от него*. Именно путем создания такой альтернативы (согласие или отказ) возможно обеспечение принципа свободного волеизъявления. В свою очередь, неспособность к осознанному волеизъявлению лица станет одним из критериев применения к нему недобровольных мер медицинского характера.

К сожалению, многие другие наши замечания и предложения в законопроекте при его доработке уч-

¹⁶ Аргунова Ю. Н. Работа над законопроектом должна быть продолжена // Независ. психиатр. ж. 1999. № 2. С. 42 – 44.

тены не были, несмотря на вескую, на наш взгляд, аргументацию.

1. Понятно благое стремление авторов расширить диапазон прав, гарантированных больным. Однако введение для *всех* без исключения лиц, страдающих психическими расстройствами, гарантии социального обслуживания в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социальной защиты населения (ч. 2 ст. 5), гарантии на *всю* совокупность социальных услуг, предоставляемых на дому и в учреждениях социального обслуживания (ч. 2 ст. 16) отдает популизмом и находится в частичном противоречии, в частности, с Федеральным законом РФ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ, согласно которому тяжелое психическое расстройство лица является медицинским противопоказанием как для его социально-медицинского обслуживания на дому, так и для полустационарного обслуживания. Следует поэтому внести в предлагаемые пункты ч. 2 ст. 5 и ч. 2 ст. 16 дополнение, уточнив: “...за исключением случаев, специально предусмотренных законом” или “...лицам, страдающим психическими расстройствами в стадии ремиссии”.

2. Редакционному изменению подвергся и другой пункт ч. 2 ст. 5. Действительно, приглашенный по требованию пациента специалист, участвующий в оказании психиатрической помощи, для работы во врачебной комиссии может решать вопросы, регулируемые отнюдь не только Законом о психиатрической помощи. Поэтому замену слов “...для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим законом” на формулировку “...для работы во врачебной комиссии, деятельность которой предусмотрена настоящим Законом” можно считать справедливой. Однако в таком случае потребуются предусмотреть в Законе специальную норму о порядке образования, составе и функциях этой самой врачебной комиссии, что авторами законопроекта не сделано.

3. Так и осталось неясным в результате предложенного изменения формулировки ст. 6 какой именно орган должен принимать решение о непригодности лица вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности. В ныне действующей редакции статьи такое решение принимается самой врачебной комиссией. В новой редакции лишь говорится, что это решение принимается в порядке, установленном законодательством РФ, на основании заключения врачебной комиссии. Но кем? Этой же комиссией на основании собственного заключения или каким-либо другим органом, который в основу своего решения положит данное заключение? Вполне понятный замысел авторов законопроекта изменить формулировку для уточнения вида документа (заключение) обернулся исчезновением в формулировке субъекта принятия реше-

ния. Отсылка к “законодательству РФ” проблему не снимает.

4. В концептуальной проработке и приведении в соответствие с ГК РФ нуждается новая редакция ст. 11 Закона.

4.1. Авторы законопроекта предлагают дополнить ст. 11 пунктом, по существу расширяющим перечень возможных оснований для недобровольного лечения. По действующему Закону без согласия дееспособного лица, страдающего психическим расстройством, лечение может ему проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера в соответствии с УК РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона. В обоих случаях, таким образом, предусмотрена судебная процедура.

Согласно же новому пункту ст. 11, лечение лица, не признанного недееспособным и при этом нуждающегося в недобровольной госпитализации, может проводиться без получения его согласия по решению комиссии врачей-психиатров, а в неотложных случаях — по решению врача, освидетельствующего больного, при неспособности лица дать согласие на лечение по причине тяжелого психического расстройства. Новая редакция ч. 1 ст. 12 Закона не дает право такому больному отказаться от лечения или прекратить его. Представляется, что применение данной недобровольной меры медицинского характера так же должно санкционироваться судом.

4.2. В ч. 3 ст. 11 вносится дополнение, согласно которому при отсутствии законного представителя у несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет, а также у лица, признанного недееспособным, их лечение проводится по решению комиссии врачей-психиатров.

Вводя такое правило, авторы законопроекта не учли, что функции по защите имущественных и личных неимущественных прав и интересов детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также недееспособных граждан до назначения им опекунов временно возлагаются на органы опеки и попечительства, чье согласие на лечение и должно быть испрашено.

Часть 2 ст. 23 и часть 4 ст. 28 Закона как в действующей, так и в предлагаемой редакции вполне обоснованно предусматривают, в частности, в случае отсутствия у несовершеннолетнего законного представителя согласие на его освидетельствование и госпитализацию органа опеки и попечительства. Представляется, что защита прав несовершеннолетнего при назначении ему лечения должна быть обеспечена отнюдь не в меньшей степени, чем при процедуре освидетельствования и госпитализации.

4.3. Новая редакция ст. 11 снимает запрет на проведение испытаний медицинских средств и методов лечения в отношении недобровольно госпитализированных по ст. 29 Закона. Указывается, что в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими

расстройствами, к которым не применяются принудительные меры медицинского характера, для проведения испытаний новых средств и методов лечения таких расстройств необходимо получить согласие Комитета по вопросам этики в области охраны здоровья граждан. Таким образом подвергаться такого рода испытаниям могут как госпитализированные больные, так и пациенты, находящиеся под диспансерным наблюдением.

Не ясно в этой связи, почему авторы этой нормы не сочли возможным предусмотреть согласие самого больного (если он сохраняет способность к осознанному волеизъявлению) или его законного представителя на проведение таких испытаний.

Данная норма противоречит Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденным Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 года. В соответствии с п. 15 Принципа 11, «клинические опыты и экспериментальные методы лечения ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении любого пациента без его осознанного согласия, за исключением тех случаев, когда клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели».

Что представляет собой упомянутый в статье Комитет по вопросам этики в области охраны здоровья граждан не ясно. Является ли он независимым или находится в ведомственном подчинении? Насколько он компетентен? Обладает ли он надзорными функциями и каковы его задачи? Это тот случай, когда тайное должно стать явным и прописанным в Законе.

Необходимость четкого правового регулирования данного вопроса подтверждается также и некоторым неблагополучием в этой сфере на практике. Проверка исполнения Закона о психиатрической помощи, проведенная в 1998 г. Генеральной прокуратурой РФ, выявила бесконтрольность в применении новых методов диагностики и лечения. При этом отмечалось, что Минздрав РФ в своей деятельности продолжает руководствоваться приказом Минздрава СССР от 30.12.85 г. № 1695. Ряд положений этого приказа не выполнен. Так, не установлен перечень научно-исследовательских учреждений, которым дается право на проведение испытаний новых методов диагностики и лечения, не создан Государственный реестр методов, разрешенных для широкого применения в практике здравоохранения, отсутствует положение об этом реестре.

5. Не вполне понятной представляется предлагаемая норма о предоставлении права на пособие по государственному социальному страхованию лицам, находящимся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. Если данное уста-

новление вполне правомерно в отношении невменяемых, находящихся в психиатрическом стационаре и признанных нетрудоспособными на весь период пребывания в нем, то в отношении ограниченно вменяемых преступников, не страдающих тяжелыми психическими расстройствами и отбывающих наказание, выглядит непродуманным (ч. 2 ст. 13).

6. В ч. 1 ст. 13 перед словами «общественно опасные деяния» следует вставить слово «преступления и», т.к. в соответствии с главой 15 УК РФ ограниченно вменяемым лицам, а также алкоголикам и наркоманам принудительные меры медицинского характера назначаются наряду с наказанием за совершенное преступление.

7. Несколько улучшив редакцию ч. 2 ст. 23 и ч. 4 ст. 28 и записав вместо слов «по решению органа опеки и попечительства» — «по обращению или с согласия органа опеки и попечительства», авторы законопроекта необоснованно опустили концовку этой нормы о возможности обжалования в суд указанных действий органа опеки и попечительства.

Хотя окончательное решение об освидетельствовании (госпитализации) по новой редакции ч. 2 ст. 23 и ч. 4 ст. 28 принимает не орган опеки и попечительства, тем не менее и сам факт обращения и дача согласия могут быть обжалованы, что вытекает из ст. 2 Закона об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан.

8. Представляется целесообразным уточнить предложенную редакцию ч. 2 ст. 28 (в проекте Закона ч. 5 ст. 28). Следует указать, что основанием для госпитализации в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения военно-врачебной и медико-социальной экспертизы.

9. Нуждается, на наш взгляд, в дополнении предложенная редакция ч. 2 ст. 30.

9.1. При ее переформулировании исчезло указание о том, по чьему решению применяются меры физического стеснения и изоляции при оказании психиатрической помощи. Ныне действующая редакция ч. 2 ст. 30 апеллирует к «мнению» врача-психиатра. Подобное упущение может привести к серьезным нарушениям прав и свобод граждан.

9.2. Представляется необходимым в конце ч. 2 ст. 30 указать, что перечень разрешенных для применения форм физического стеснения и изоляции утверждается Минздравом РФ (вариант: совместно с МВД РФ и Минюстом РФ).

10. Для устранения возникающих на практике случаев нарушения врачебной тайны в связи с неинформированностью граждан и должностных лиц о действующих нормах Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 31 и 61), установивших общие для всех отраслей медицины правила обращения с информацией, содержащей врачебную тайну, представляется целесообразным дополнить ст. 9 Закона нормой следующего содержания: «Предоставле-

ние сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан”.

11. В более развернутой редакции нуждается ст. 18 и 46 Закона в отношении деятельности профессиональных общественных объединений, что вытекает из Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387. В разделе XI этого документа прямо указывается: “К работе по охране здоровья граждан и оказанию медико-социальной помощи необходимо привлекать непрофессиональные общественные организации и профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации, а также граждан, что позволит повысить эффективность профилактической работы, в том числе с социально не защищенными слоями населения, облегчить реабилитационную работу с группами пациентов, развить принцип взаимопомощи и навыки решения медико-социальных проблем самими пациентами”.

12. Как уже указывалось, в более подробной регламентации нуждается судебная процедура ведения дел об оказании недобровольной психиатрической помощи. При этом ссылки на гражданское процессуальное законодательство должны присутствовать не только применительно к порядку обжалования судеб-

ного постановления. Многие судьи, по их словам, применяют те или иные процессуальные нормы по аналогии, что приводит к разнобою в правоприменительной деятельности.

13. Более точным должен быть и понятийный аппарат законопроекта.

13.1. В ст. 25 так же, как и в ст. 35, документ, принимаемый судом, должен именоваться постановлением, а не решением.

13.2. В преамбуле, ч. 1 ст. 1, ч. 3 ст. 2, ч. 2 ст. 5, ч. 3 ст. 7, ст. 15, ч. 3 ст. 36 вместо слов “настоящим Законом” должно писаться: “настоящим Федеральным законом”. В самом начале законопроекта следует указать о переименовании Закона РФ “О психиатрической помощи...” в Федеральный закон. В названии законопроекта предлог “к” нужно исправить на предлог “в”, т.к. изменения и дополнения вносятся в Закон, а не к Закону.

13.3. В ч. 3 ст. 16 вместо слов “республик, автономных областей” и т.д. лучше указать “субъектов РФ” (как это сделано в ст. 2).

13.4. В ч. 3 ст. 35 и ч. 1 ст. 48 не следует делать ссылку на ГПК РСФСР, т.к. в скором времени его заменит ГПК РФ. Возможно лучше записать: “гражданским процессуальным законодательством РФ”.

...Прошел ровно год с момента обсуждения предыдущего варианта законопроекта. Неужели он и дальше будет двигаться такими темпами?

Х СЪЕЗД НПА РОССИИ

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДОВЕРИЯ

14 октября 2000 г.

Москва, Общественный центр акад. Андрея Сахарова

Накануне, на XIII съезде психиатров России (11 – 13.10.2000) будет проведено заседание обоих всероссийских психиатрических обществ — РОП и НПА России — и принят ряд принципиально важных обращений:

- о МКБ-10 и отечественной классификации психических расстройств,
- о соблюдении прав психически больных и специалистов, работающих в психиатрии,
- о недопущении вовлечения психиатрии в политику,
- о взаимодействии научной психиатрии с религией и целительством.

Еще раз об исключительных состояниях

Ранее мы описывали случай, когда по вольному или невольному заблуждению экспертов физиологический аффект испытуемой был преподнесен ими как патологический.

Кратковременно протекающие психотические состояния, объединяемые в судебно-психиатрической клинике в группу так называемых исключительных состояний, являются одной из важных проблем судебной психиатрии.

Название этих состояний подчеркивает, что они являются как бы исключением по отношению к обычному психическому состоянию, исключительным событием в жизни человека.

Диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложна.

К этому следует добавить, что эта сложность иногда используется для категорических выводов там, где для этого нет достаточных оснований.

В нижеприведенном случае мы усматриваем ту же тенденцию экспертов. Объяснить ее одной только психиатрической неграмотностью нельзя. Впрочем, пусть судят читатели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

на Акт № 373 от 22.10.99 г. судебно-психиатрической экспертизы, проведенной К-ву Н. Г. в Костромской психиатрической больнице.

Прежде всего следует воспроизвести хронологию событий, как она представлена в Акте.

Обвиняемый К-в занимался предпринимательской деятельностью.

Ребята из Ярославля требовали от него деньги, угрожали.

Фадеев, с которым К-вы дружили семьями, обещал дать денег, а потом отказался.

24 апреля 1999 г. ночью, возвратившись с охоты, К-в узнал от жены об очередном визите вымогателя накануне. Поругался с женой. Сказал ей, что пойдет посоветоваться к Богачеву, ушел из дома, прихватив с собой ружье. Денег решил не отдавать, думал защищаться.

У Богачева выпил, сказал, что если жена не пустит его ночевать, то вернется к нему.

Затем пришел к Фадееву, предложил ему выйти. Тот хотел одеться, закрыл дверь.

В это время К-в два раза выстрелил в дверь, в результате чего был ранен Фадеев и убит Бубнов.

После этого К-в вернулся к Богачеву, плакал, говорил, что вероятно убил Фадеева, отдал ружье и патроны, просил звонить в милицию.

В тот же день на явке с повинной в милиции сказал, что переживал по поводу наездов ребят из Ярославля, не помнил как взял ружье и как нажал на курок.

После дачи показаний в камере спал 4 – 5 часов.

Как это видно из приведенного описания, К-в представил экспертам две противоречивых версии случившегося: по первой из них он взял ружье, так как “решил защищаться, денег не давать”, по второй — “не помнил (смутно помнил) как взял ружье и как нажал на курок”.

Если бы экспертами была принята первая версия, то действия К-ва следовало бы рассматривать как сознательные и целенаправленные, вполне в духе современного отечественного бизнеса, тесно связанного с криминалом, и в таком случае его нужно было бы признавать виновным на момент совершенного им преступления.

Правда, существуют досадные и важные пробелы в доказательстве вины К-ва:

а) какую роль он отводил (т) Фадееву в деле своего преследования “ребятами из Ярославля”?

б) о чем говорил с Фадеевым? Почему Фадеев не пригласил его войти? На основании чего решил, что К-в зовет его на охоту?

в) о чем говорил он с Богачевым? Как объяснил вероятность того, что жена может не пустить его ночевать (был пьян, или из-за серьезной ссоры с женой)? Как объяснил, что пришел с ружьем? Говорил ли о своем намерении идти к Фадееву?

Устранение этих пробелов было бы возможно с помощью материалов уголовного дела, которые эксперты могли бы добыть, руководствуясь статьей 82 УПК РСФСР, но они этого не сделали.

Они могли бы также заполнить образовавшийся вакуум сведениями, полученными от испытуемого во время его психиатрического обследования — он не находился в психическом состоянии.

И этого не сделано.

Выяснение этих вопросов могло бы многое прояснить в оценке психотического состояния подэкспертного.

Эксперты взяли на вооружение вторую версию: “не помнил как взял ружье и как выстрелил”.

Исходя из этого, они квалифицируют психическое состояние К-ва на момент деликта как “аффектив-

но-суженное сознание”, не расшифровывая его диагностической принадлежности: физиологический или патологический аффект, и тем самым не только уходят от ответа на прямо поставленные вопросы суда, но и расписываются в своей профессиональной неграмотности.

Уж коль эксперты говорят об аффективно-суженном сознании, то они должны были бы квалифицировать состояние испытуемого в момент совершения преступления как физиологический аффект, при котором лица признаются вменяемыми.

Известно, что основным критерием разграничения патологического и физиологического аффектов служит установление **сумеречного** состояния сознания при патологическом аффекте и **аффективно-суженного, но не психотического** — при физиологическом аффекте.

Известно также, что к обоим для физиологического и патологического аффектов признакам относятся: кратковременность, острота, яркость выражения, связь с внешним психотравмирующим поводом, трехфазность течения, характерные экспрессивные, вазо-вегетативные проявления, свидетельствующие о взрывном характере реакции (во второй фазе), истощение физических и психических сил, амнезия (в заключительной фазе).

В связи с указанными особенностями (суженное сознание, трехфазность течения исключительных состояний, психофизическое истощение, амнезия не только на происшедшее, но и на свои субъективные переживания) строить свои диагностические определения, как это сделали эксперты, на основании субъективных сведений не представляется возможным. Об этом прямо говорится в “Руководстве по судебной психиатрии” (под ред. академика Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988): “При диагностике исключительного состояния ведущее значение приобретают материалы уголовного дела, свидетельские показания о поведении и состоянии обследуемого”.

В свидетельских показаниях нет описаний необычного состояния К-ва до и после совершенного им деяния.

Жена. Пошел к Богачеву, чтобы посоветоваться.

Богачев. Сказал, что если жена не пустит его ночевать, он вернется. Возвратившись, сказал, что убил Фадеева, был испуган, подавлен, плакал (осознавал фактический характер совершенного им общественно опасного деяния), просил позвонить в милицию (осознавал свою вину). Богачев ушел узнать в чем дело, встретились на улице. К-в спросил его: “Что произошло?” (интересовался последствиями выстрелов) и твердил “Я не хотел” (появляется линия защиты).

Фадеев. Решил, что К-в зовет его на охоту.

В милиции. Давал связные показания, в камере уснул.

Таким образом, в описаниях свидетелей отсутствуют указания на такие внешне констатируемые признаки измененного сознания, как дезориентировка, отрешенность, бессвязность высказываний, отсутствие какой-либо реакции на содеянное, невозможность контакта, сон.

Сон в описательной части Акта — это не тот терминальный сон, который наступает при патологическом аффекте, когда преступник засыпает буквально на теле жертвы. Сон у К-ва возник спустя несколько часов после случившегося. Кстати, до конца не ясно: был ли К-в пьян?

Эксперты проигнорировали мнение безусловного авторитета в психиатрии профессора Н. Г. Шумского, который говорил об аффективно-суженном сознании испытуемого предположительно. Определенно сказал, что сумеречного помрачения сознания не было.

Таким образом, заключение экспертов о невменяемости К-ва на момент совершения им преступления следует считать неубедительным, лишенным силы судебного доказательства.

Психиатр высшей
квалификационной категории
В. Г. Батаев

I Международный Форум

“Настроение и тревожные расстройства”

29.XI – 2.XII.2000, Монте-Карло (Монако)

Тел.: +377 (97) 973-555; Факс: +377 (97) 973-550

E-mail: lucia.teppati@publiccreations.com

Институт религии и права передал в экспертную комиссию нашей Ассоциации на рецензию заключение комиссии психиатров Кировской области и ряд материалов по делу вятских пятидесятников. Это, в частности, цепочка, вернее вертикаль, по военному императивных оперативных “входящих” и “исходящих” документов: Приказ начальника Департамента здравоохранения “О создании комиссии” от 26.10.99 в связи с письмом в Управление юстиции председателя Миссионерско-образовательного совета Вятской епархии, настоятеля православной церкви Иоанна Предтечи г. Кирова свящ. А. А. Коротаева (“Приказываю: 1. Создать комиссию в составе... 2. Представить материалы в срок до 28.10.99 в Департамент здравоохранения. 3. Контроль возложить на главного психиатра...”) и ответ созданной комиссии о выполнении приказа от 26.10.99 (то есть, в тот же день). Прискорбная для медицины солдафонщина.

Из “Обращения НПА России к Октябрьскому районному народному суду г. Кирова по поводу заключения комиссии психиатров Кировской области относительно богослужения пятидесятников”:

Со всей ответственностью сообщаем Суду, что позиция обоих всероссийских психиатрических обществ — Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России — состоит в признании научной несостоятельности заключения комиссии проф. Ю. И. Полищука, которое тем не менее было использовано в качестве кальки для возбуждения многочисленных судебных исков против различных религиозных организаций.

За последние пять лет не подтвердился ни один случай принесения вреда психическому здоровью религиозными техниками. Наоборот, религиозные конфессии оказались наиболее действенным средством долговременного устранения зависимости от алкоголя и наркотиков.

Во всех многочисленных делах по этой теме, где психиатры высказывали свое негативное отношение к религиозным техникам, в конечном счете оказывалось, что это была их гражданская, а не профессиональная позиция, что они всякий раз выходили за пределы своей профессиональной компетенции, проявляя религиозоведческую неграмотность и методологическую некорректность. В европейских университетах эти дела уже стали учебным материалом в качестве отрицательного примера.

Представленное на рассмотрение Суда дело служит очередным ярким примером.

Комиссия психиатров пошла на поводу приказа № 741 Департамента здравоохранения Администрации Кировской области от 26.10.99 в контексте проводимой в течение последних лет “антикультуристской” кампании.

Комиссия психиатров, будь она корректнее в профессиональном и правовом отношении, должна была отказаться давать какое-либо заключение по заданным ей вопросам, так как:

Во-первых, анализ видео-, аудио- и т.п. материалов (тем более сделанных скрытой камерой, с потолка) не является ни законным, ни достоверным, ни этичным. Психиатр должен свидетельствовать конкретных людей с их согласия или по постановлению суда. Перед нами облегченная, откровенно халтурная процедура: приказ выполнить в два дня сложное ответственное поручение выполняется в тот же день и чисто формально.

Во-вторых, принципиально невозможно корректно ответить на поставленные вопросы, опираясь на видеозапись. Таким образом, видеозапись послужила чисто искусственным внешним поводом для высказывания тенденциозного мнения, существовавшего до этого.

Что касается существа данных ответов, то они откровенно обтекаемы и малосодержательны, а для профессионального взгляда вообще бессодержательны.

По первому ответу — что такое “элементы трансового воздействия?” — это кратковременные мимолетные состояния, обычные, например, для аудиторий рок-ансамблей. Психотерапевты считают такие состояния целительными.

По второму ответу — что такое “в ряде случаев может наноситься вред здоровью участников данного религиозного мероприятия”? Так можно сказать про что угодно — про эмоциональное зрелище, про демонстрацию, дискуссию, сдачу экзаменов, даже про букет цветов и уже давно про товарищеский ужин.

То есть, перед нами некий социальный театр: на некорректный приказ психиатры отвечают неопределенно, расплывчато, малосодержательно, оставляя дело на усмотрение суда. Однако, когда прессинг витающего в воздухе общепонятного политического или социального заказа достаточно силен, даже этого оказывается достаточно.

К сожалению, в некоторых регионах страны позиция обоих научных психиатрических обществ менее значима и даже менее известна, чем вектор местных сил.

Итак,

1) для ответа на заданные комиссии психиатров вопросы необходимо специальное научно корректное исследование;

2) отвечать на эти вопросы, опираясь на видеокассету, незаконно, недостоверно и неэтично;

3) данные ответы носят обтекаемый малосодержательный и на деле нейтральный характер: вероятность и масштабы вреда для здоровья сформулированы не превышающими риски обыденной жизни.

28 января 2000 г.

К чести вятских психиатров следует сказать, что на судебном заседании они, как и их магаданские коллеги в сходном деле, заняли адекватную позицию, дезавуировав свое первое поспешное заключение. В результате, данный судебный процесс, так же как магаданский и многие другие, закончился достойным образом.

Ю. С. Савенко

Развитие психиатрии и служб психиатрической помощи в исламских государствах¹

проф. Ахмад Мохи,
региональный советник ВОЗ по психиатрии
на Ближнем Востоке (Александрия, Египет)

“Ближний Восток”, “Средний Восток”, как, впрочем, и другие географические термины, вроде официального “страны Южной Азии и Северной Африки, расположенные между Ливией и Афганистаном” (Webster Dictionary), не отражают действительного положения дел в данном регионе. Их можно применить только условно, с определенной натяжкой — и географической, и смысловой. Скорее, удобнее и правильнее сказать: это географический район, где разворачиваются события сказок Шахеразады².

Исторически сложилось, что столь обширный регион, в котором сегодня проживает около 500 млн жителей, явился колыбелью многих древних цивилизаций, большинство из которых не уцелели до наших дней. Сегодня эти страны объединены Исламом. Исламская культура, впитав в себя народные традиции и интегрировав их, является сегодня доминирующей в рассматриваемом регионе. Следует сделать принципиальное различие между Исламом, как религией, родившейся 13 веков назад, и Исламской культурой, которая способна формировать и современное светское общество.

К сожалению, рассматриваемый нами регион далек в настоящее время от политической и экономической стабильности. В одних государствах можно говорить об экономическом росте и процветании, в то время как в других население существует в крайне неблагоприятных условиях. Ниже мы попытаемся проанализировать развитие психиатрии и психиатрической помощи в регионе, оценить динамику и исследовать возможные перспективы.

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДОИСЛАМСКИЙ ПЕРИОД

На территории, занимаемой сегодня Исламскими государствами, развивались в разные периоды мно-

¹ Сокращенный текст доклада на XI конгрессе ВПА (Гамбург, 6 – 11 августа 1999 г.)

² В. Г. Белинский писал: “Никакие описания путешественников не дадут вам такого верного, такого живого изображения нравов и условий... жизни мусульманского Востока, как “Тысяча и одна ночь”... потому что в сказках Шахеразады описан *весь Восток*.”

гие культуры. Египетская, Месопотамская, Персидская, Иудейская, Индийская культуры развивались практически параллельно, весьма тесно контактировали друг с другом, и имели порой довольно сходные представления о медицине в целом и о психиатрии — в частности. Общеизвестными “возбудителями” психических болезней являлись духи (демоны), вселившиеся в людей. Порой допускалось и естественное происхождение психического расстройства — так, было известно действие алкогольных напитков, наркотиков растительного происхождения, ядов, влияние соматической патологии. Как следствие указанного дуализма во взглядах на происхождение психических болезней, лечение их также подразделялось на две категории: магическую (жреческую) и общемедицинскую.

В качестве методов, применявшихся для лечения психических расстройств в тот период, необходимо прежде всего выделить психотерапию, включавшую в себя многочисленные магические ритуалы, возможно — гипноз, и фитотерапию, использовавшую широкий спектр растительных препаратов в виде большого количества лекарственных форм — пилюлей, мазей, отваров, пластырей, ванн и т.д. Было бы большим заблуждением назвать применявшиеся методы лечения примитивными, поскольку их результаты нередко были весьма удовлетворительными, действенными. В древнейших литературных источниках, таких, как Тора, египетские папирусы, Аюрведа, мы находим примеры исцеления психотических больных, как магическими (психотерапевтическими), так и фармакологическими средствами³.

В древних государствах существовали медицинские школы и система сертификации врачей, деятельность которых строго регламентировалась законами, наиболее известны из которых законы Хаммурапи (Вавилонская культура). Высокого развития медици-

³ Подробно эта проблема излагается на русском языке в работах: Блиннов Г. М., Гарибова Т. М. Медицина древнего Египта. // Сов. здравоохранение. 1975. № 7 – 8; Дьяконов И. М. Научные представления на Древнем Востоке: Шумер, Вавилония, Передняя Азия // Очерки истории естественно-научных знаний в древности. — М.: 1982. С. 59 – 119; Сорокина Т. С. Атлас истории медицины. Первобытное общество. Древний мир. — М.: 1987.

на достигла и в Персии, где Зороастризм, впитавший в себя древние культы, сформировал довольно детализированную концепцию происхождения психических расстройств и методов их лечения. По-видимому, именно существование медицинских школ стимулировало создание в древних городах первых психиатрических клиник, где осуществлялось лечение и призрение больных. В то же время получили широкое распространение многочисленные талисманы и обереги, предохранявшие владельцев от овладения злыми духами. Очевиден их психотерапевтический эффект.

Древние философско-психологические концепции рассматривали личность в качестве системы, включавшей душу и тело. Чаще всего эти системы оперировали уровнями физических отправления, душевных движений и директив духа (например, в Индии — *тамы, раджи и саттвы*)⁴. Несмотря на разнообразие религиозных взглядов, общность культур была очевидна. Бесспорно, что отмечались и заимствование методик диагностики и лечения.

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАННЕИСЛАМСКИЙ ПЕРИОД (VII – XIII ВЕКА)

Ислам, родившийся в VII веке, и быстро распространившийся среди арабских племен, является по существу самой молодой монотеистической мировой религией. Кроме непосредственного распространения религии, Ислам нес свою культуру, которая, тесно переплетаясь с гениальной культурой приобщавшихся к Исламу народов, явилась существенным объединяющим фактором, создавшим возможности для культурного взаимодействия народов обширного региона.

Развитие Исламской культуры, ее расцвет привели к росту потенциала теоретической науки и прикладных дисциплин в странах Ближнего Востока. Установленный Исламом строгий баланс между обществом в целом и его отдельными членами привел к развитию медицинской помощи. Это отразилось в полной мере и на психиатрических знаниях. Города, став крупными культурными центрами, создавали медицинскую инфраструктуру. Помимо развития таких общегигиенических структур, как водопровод, канализация, квартальное строительство, облегчавшее карантинные меры, развивалась и клиническая медицина. Практически во всех крупных городах были открыты больницы, средства на содержание которых выделялись государством. Многочисленные медицинские школы, возглавляемые известными учеными и практикующими врачами, оставили литературные памятники, свидетельствующие о высоком уровне медицины. Переводились египетские, греческие, ин-

дийские научные тексты. Стоит напомнить, что многие труды греческих и римских врачей вернулись в Европу в арабских переводах.

Труды арабских врачей — Ибн Сины, Харазмшахи, Маймонида и др. сохранили свое медицинское значение до нынешних дней. По ним обучались студенты как Исламских государств, так и средневековой Европы. Количество врачей на востоке тем временем стремительно росло. Медицинской (и в том числе — психиатрической) помощью оказалось охвачено практически все население региона. Совершенствовались методы лечения: психотерапия достигла расцвета. Достоверно известно, что хирурги совершали операции пациентам, находившимся в состоянии гипноза. Развивались методы, которые сегодня можно было бы отнести к групповой терапии, гештальт-терапии. В первую очередь этому способствовали философские представления об эволюции души, господствовавшие в Исламе, особенно в отдельных религиозных общинах, которые подразумевали духовный рост практикующих определенных техники. Целостное восприятие мира лежало в основе большинства этих техник.

ПЕРИОД С XIII ПО XIX СТОЛЕТИЕ

Период с XIII по XIX века сопровождался постепенным проникновением европейцев на Восток. С другой стороны, начиная с захватнических войн Бабур, и последовавшего за ними роста империи Великих Моголов, правление в Исламских государствах начало принимать все более тоталитарный характер, что сопровождалось постепенным нарастанием консерватизма в научных взглядах, утратой независимости научными школами, и как следствие — застоєм⁵.

Даже отношение к психически больным сделалось примитивным и менее гуманным: все более клиники напоминали тюрьмы. Распространилась практика сковывания больных. Более древние обычаи, еще сохранившиеся в народе со времен жреческой медицины, то и дело давали о себе знать. Сохранился ряд описаний путешественников и немногих психиатров конца XIX века, в которых дается анализ лечения введением в трансное состояние, практиковавшегося в Иране и странах Персидского залива.

В конце XVIII и в XIX веках влияние европейской медицины сделалось решающим. Врачи многочисленных европейских (преимущественно английских) миссий оказывали помощь населению, как правило — его наиболее обеспеченной части. Однако уже в это время в Египте и в Индии стали появляться люди, получившие образование в лучших европейских университетах. Многие из них встали у истоков возрождения национальных психиатрических школ.

⁵ Данное утверждение в отношении правления Великих Моголов представляется весьма спорным. Могольская династия оказывала покровительство науке и искусствам. Начало периода ее правления (1526 – 1858) ознаменовалось расцветом культуры. О методах правления см. *Бабур*. Бабур-наме. — Ташкент: 1992.

⁴ См. *Радхаринан С.* Индийская философия. Т. 1 – 2. — СПб.: 1994.

Вновь стали открываться психиатрические больницы, создаваемые по европейскому образцу. Так в 1880 г. открылся госпиталь Аббаси (Египет), в 1886 — в Бейруте (Ливан).

СОВРЕМЕННОСТЬ

Современное развитие психиатрии в Исламских государствах вполне соответствует мировому уровню.

В Египте коечный фонд составляет ныне 9000 на 60 млн населения. В стране работают 450 врачей психиатров, не считая сотрудников научно-исследовательских центров и университетских клиник, которые также осуществляют лечение больных. Крупнейшие и старейшие госпитали Аббаси (1880), Ханка (1912). В Каире, Александрии, Аль-Азхаре и зоне Суэцкого Канала работают медицинские школы.

В Иране около 8700 коек на 60 млн населения и 540 врачей психиатров. Первый современный психиатрический госпиталь был построен в Тегеране в 1951 г. В Ираке первый частный госпиталь был создан в 1943 г. в Багдаде, а государственный крупнейший госпиталь Шаммах в 1959 г. Крупные научные школы действуют в Ливане: это Американский университет в Бейруте и госпиталь Дел-эль-Салиб (Госпиталь Креста). В Иордании работают 45 психиатров, всего в стране 330 психиатрических коек, из которых 220 сосредоточены в больнице Аль-Хоай в Аммане. Крупная университетская клиника построена недавно в Триполи (Ливия). В Марокко на 28 млн жителей около 2200 психиатрических коек. Первый госпиталь был открыт в 1920 г. в Касабланке, сегодня работают клиники в Фесе, Рабате. Хорошо развита система психиатрической помощи в Пакистане: на 130 млн населения в стране работают около 200 психиатров, исключая сотрудников клиник учебных заведений и научно-исследовательских центров. На территории Палестинской Автономии и в секторе Газы работают 18 врачей (2 клиники на 320 и 34 коек). В Королевстве Саудовская Аравия практически в каждом крупном городе функционируют государственные психиатрические клиники. В Сирии с 1929 года существует больница им. Ибн Сины в Дамаске и с 1956 — госпиталь Алеппо. В Тунисе насчитывается около 900 психиатрических коек. Хорошо организован психиатрический сервис в Кувейте и ОАЭ.

Практически во всех государствах региона осуществляется специальная программа развития системы психиатрической помощи, разработанная с участием экспертов ВОЗ. Сегодня приоритетными задачами в данной области являются разработка новых лечебных подходов, позволяющих осуществлять курацию больных в амбулаторных условиях, повышение уровня практикующих врачей, создание собственных научных школ мирового уровня, создание разветвленной сети психиатрической помощи. Большую работу ведут в данном направлении и негосударственные благотворительные организации.

Не исключено, что верным шагом на пути к скорейшему решению проблем явилось бы частичное слияние психиатрической помощи с общемедицинской сервисной сетью. Еще одним направлением в решении проблемы является создание сестринской патронажной службы, причем медицинские сестры должны иметь специальную психиатрическую подготовку. Сегодня подобная программа осуществляется в Египте, где более 180 врачей общей практики и 120 медицинских сестер уже работают с больными психиатрического профиля. В Иране в результате осуществления подобной программы психиатрический прием ведут более 3200 врачей общей практики. Богатый опыт подобной работы имеется у врачей в Судане.

Большим достижением для региона является тесное межгосударственное сотрудничество в области психического здоровья. Совместные усилия особенно значимы для развития науки и преподавания психиатрии в высших учебных заведениях. Общность языка открывает в этой области большие перспективы. В последние годы увеличивается количество научных публикаций и учебной литературы.

ПЕРСПЕКТИВЫ

Перспективы развития психиатрии в регионе зависят прежде всего от судьбы этой медицинской дисциплины во всем мире, поскольку страны региона интегрированы в мировое сообщество. Возможно, что психиатрия постепенно сольется с общеклинической медициной. Для этого слияния есть две предпосылки: дальнейшее развитие науки позволит уяснить причины психических расстройств, откроет пути к их патогенетической терапии, создаст достоверные критерии заболеваний, основанные на физикальных данных; также есть и другая возможность — в связи с увеличением числа врачей общей практики, имеющих опыт лечения психических расстройств, на фоне совершенствования психофармакологических средств, будет достигнута возможность амбулаторного лечения больных всеми типами психических расстройств.

В психиатрии ближайшего будущего будет все более развиваться профилактическое направление. Психогигиена, как отрасль социальной психиатрии, будет эффективно работать, что позволит свести к минимуму заболеваемость психическими расстройствами и приведет к их значительному патоморфозу, к дальнейшему сглаживанию глубины расстройств, что непременно будет сопровождаться лучшей социальной адаптацией больных.

Рост благосостояния во всем мире и в Исламских государствах также скажется положительно на общей динамике заболеваемости психическими расстройствами. Снижение роли клиник повлечет возрастание роли социальных институтов. Не последнюю роль должны сыграть в этой трансформации и общественные организации.

Перевод и примечания Л. О. Пережогина

Земская психиатрия — это не только “палата № 6”

А. Г. Комиссаров¹ (Набережные Челны)

Для современного психиатра, хоть немного интересующегося историей отечественной психиатрии, в том числе ее земским этапом, при упоминании условий быта и содержания психически больных того времени, неминуемо всплывает образ знаменитой чеховской палаты под номером “6”.

Освежим воспоминания короткими выдержками из известного произведения.

“В больничном дворе стоит небольшой флигель, окруженный целым лесом репейника, крапивы и дикой конопли. Крыша на нем ржавая, труба наполовину обвалилась, ступеньки у крыльца сгнили и поросли травой, а от штукатурки остались одни только следы. Передним фасадом обращен он к больнице, задним — глядит в поле, от которого отделяет его серый больничный забор с гвоздями. Эти гвозди обращены остриями кверху, и забор, и сам флигель имеют тот особый унылый, окаянный вид, какой у нас бывает только у больничных и тюремных построек...”

Отворив первую дверь, мы входим в сени. Здесь у стен и около печки навалены целые горы больничного хлама... вся эта рвань свалена в кучи, перемята, спуталась, гниет и издает удушающий запах. Окна изнутри обезображены железными решетками. Пол сер и занозист. Воняет кислою капустой, фитильной гарью, клопами и аммиаком, и эта вонь в первую минуту производит на вас такое впечатление, как будто вы входите в зверинец.

В комнате стоят кровати, привинченные к полу. На них сидят и лежат люди в синих больничных халатах и по-старинному в колпаках. Это — сумасшедшие.”

Нас, как профессионалов, естественно интересуют и условия надзора, красочно описанные автором в своем рассказе.

“На хламе всегда с трубкой в зубах лежит сторож Никита, старый отставной солдат с порыжелыми нашивками. У него суровое, испитое лицо, нависшие брови, придающие лицу выражение степенной овчарки, и красный нос, он невысок ростом, на вид сухощав и жилист, но осанка у него внушительная и кулаки здоровенные. Принадлежит он к числу тех простодушных, положительных, исполнительных и тупых людей, которые больше всего на свете любят порядок и потому убеждены, что их надо бить. Он бьет по лицу, по груди, по спине, по чем попало, и уверен, что без этого не было бы здесь порядка.”

О режиме “нестеснения”, можно сделать суждение, что такого и не существовало, так как больные лежали в палате безвыходно в течение многих лет: “Из всех обитателей палаты № 6 только ему одному (дурачку

Мойсейке) позволялось выходить из флигеля и даже больничного двора на улицу.”

Почти в то же самое время, в почти таком же, как и описанном у Чехова, заштатном, провинциальном, уездном городке Вятской губернии Елабуге, тоже существовало небольшое отделение для содержания психически больных. Нами обнаружены документы, позволяющие взглянуть на земскую психиатрию другими глазами.

Лечебница для душевнобольных в г. Елабуге была отделением Вятской губернской земской больницы. Отделение было организовано в 1891 году с целью децентрализации психиатрической помощи в Вятской губернии и рассчитано было на 60 коек. Удалось найти выдержки из отчета врача Стельмаховича о деятельности лечебницы.

Отчет охватывает период с 1 сентября 1898 по 1 сентября 1899 года. Нет необходимости приводить здесь старую терминологию описания болезней и причин их развития, они кажутся сегодня достаточно примитивными, соответствующими тому уровню психиатрических знаний. А вот на описаниях режима отделения, системы надзора, кадровых проблемах и мероприятиях реабилитации хотелось бы остановиться поподробнее.

За указанное время в лечебнице было 58 больных, поступило 12, выбыло 4, умерло 16, осталось к 1 сентября 1899 года — 50. Все больные были, по словам врача, хроники. Итого в отчетном году пребывало в стенах больницы 70 больных.

Читаем доклад: “Образ жизни душевнобольных ничем не отличался от предшествовавших лет. По-прежнему некоторые больные занимались физическим трудом: работали на больничном дворе, в саду, занимались сельскохозяйственными работами на арендованном участке земли, а при отсутствии работ, в летнее время, в хорошую погоду проводили по несколько часов на открытом воздухе на больничном дворе. День начинался в летнее время с 6 часов утра, кончался около 8 вечера... Вслед за утренним чаем способные к труду отправлялись во двор, сад или поле на работы, когда в том являлась надобность, некоторые же прибирали в палатах, женщины чинили белье, вязали чулки, одна занималась вязанием салфеток, делала цветы. Полевые работы, как то: унавоживание, выравнивание полей, исправление канав, дорог, изгородей, жнитво, косьба, полотье, уборка хлебов и молотьба, равно как и домашние работы — носка дров, топка печей, уборка двора, сада, улицы, укладка дров, катание белья и прочие домашние работы производились больными. Неспособные к труду, слабые, эпилептики и паралитики — в хорошую погоду выводились на некоторое время во двор, на открытый воздух. Некоторым больным позволялось посещение церкви под присмотром прислуги.”

¹ Комиссаров Алексей Геннадьевич — врач-психиатр, заведующий мужским отделением городского психоневрологического диспансера г. Набережные Челны.

Развлечение больных состояло в игре в карты, шашки, гармонику, пение, некоторым больным давались популярны и удобопонятны для чтения книги и газеты. В некоторые большие праздники бывали угощения больным: чай с молоком, белым хлебом, сухарями, конфетами, пряники, орехи, яблоки, арбузы.

Пища больных... состояла из утреннего и вечернего чая с черным хлебом, обеда из двух блюд и ужина из одного блюда. В некоторых случаях больным выписывалась пища сверх порций, равно как давались овощи, лимоны, водка, белый хлеб, молоко. На доброкачественность пищи обращалось особенное внимание. В спокойных отделениях больные обедают и ужинают за общим столом,... буйные же обедают и ужинают в своих палатах, слабых кормит прислуга. Иногда столовые за обедом посещаются врачом, равно как и кухня во время приготовления пищи больным.

Ближайший надзор за больными лежит, как в отделении, так и на работах, на прислуге — сторожах, сиделках, затем на надзирательнице и сиделках. Кроме того, отделение ежедневно посещается врачом, за весьма редким исключением некоторых дней. “

Далее, в отчете врача Стельмаховича, большое место занимает вопрос об обслуживающем душевнобольных персонале. Приведем выдержки из доклада: “Вообще вопрос о прислуге составляет чуть ли не самое больное место почти во всех психиатрических заведениях, в том числе и в Елабужском отделении. Тяжелая и не всегда безопасная обязанность ухода за душевнобольными, особенно буйными и неопрятными, вызывает частую смену прислуги... Крайне желательно, чтобы прислуга у больных была более менее постоянная и доброкачественная, чем, конечно же, обеспечивался бы лучший надзор за больными... Прислуга нанимается из совершенно разного состава людей, которые сами по себе решительно никакого отношения к интересам больных не имеют... в отделение идет наниматься только такая прислуга, которая не находит себе другого места и живет она здесь только до тех пор, пока не найдет себе другого места. При этом же и отдельных помещений для служительского персонала не имеется, а отводятся таковые здесь же в палатах вместе с больными. Между тем нигде интересы больных не стоят в такой зависимости от низшего служебного персонала, как именно в заведениях для душевнобольных. Часто враждебное отношение больных к окружающим в силу чисто их психического состояния не понимается служителями, вследствие чего проявляются со стороны последних неприятные столкновения, иногда направленные прямо ко вреду больных. Поэтому при договоре служительского персонала в заведении для душевнобольных следовало бы обращать внимание не на экономию, а на выбор лучших, пригодных для того людей, чтобы обеспечить больных от грубого обращения с ними прислуги. Стало быть, упорядочение условий службы низшего служебного персонала в заведениях для душевнобольных представляется делом первостепенной важности. Необходимо увеличение постоянно вознаграждения (т.е. жалованья) или единовремен-

ной награды. Так же необходима предварительная подготовка прислуги для поступления ее в заведения душевнобольных, ознакомление ее по крайней мере с элементарными правилами и понятиями об уходе за душевнобольными. Последнее всего легче можно было бы достигнуть устройством школ для прислуги при психиатрических больницах. Материальные затраты для того потребовались бы небольшие, а заниматься подготовлением прислуги по всей вероятности не отказался бы любой из ординаторов, тем более, что каждому из них приходится толковать и объяснять вновь поступающим служителям их обязанности.”

В заключение своего отчета врач г-н Стельмахович настаивает на капитальном ремонте здания лечебницы.

Место и время рождения Стельмаховича Филиппа Григорьевича не известны. Учитывая некоторые даты в документах можно предположительно назвать 1846 – 1847 гг. В Московском городском архиве сохранился АТТЕСТАТ выданный ученику Смоленской Губернской Гимназии, мещанину Филиппу Стельмаховичу, окончившему полный курс учения, имеющему от роду 18 лет. В том же архиве сохранилось ПРОШЕНИЕ на имя ректора Московского Университета Баршева от окончившего курс Смоленской гимназии Стельмаховича Ф. Г., в котором он просит зачислить его в число студентов медицинского факультета.

К сожалению личного дела студента Стельмаховича в архивах не сохранилось, но известно, что в 1869 году он закончил медицинский факультет Московского университета, а впоследствии служил в разных городах на разных должностях. Был ординатором Сарапульской земской больницы, заведующим там хирургическим и арестантским отделениями. В 1880 г. служил земским врачом в селе Бережные Челны Мензелинского уезда, (ныне город Набережные Челны Республики Татарстан). Затем в восьмидесятые и первую половину девяностых годов состоял на “частной службе” общественного городского врача в городе Елабуге. В конце девяностых годов он числится заведующим лечебницей душевнобольных в той же Елабуге.

Отдадим же должное нашему замечательному коллеге и поклонимся низко его подвижническому труду, утверждавшему в земстве альтернативы “Палате № 6”!

ЛИТЕРАТУРА

1. Земские врачи Вятской губернии (учебно-методическое пособие). — Киров: Кировский медицинский институт, 1994. С. 5 – 6.
2. Каннабих Ю. В. История психиатрии (репринтное издание). М.: ЦГР МГП ВОС, 1994.
3. Озеров Н. В защиту душевнобольных // Приложение к Вятским Губернским Ведомостям. 1900. № 2. С. 1 – 2.
4. Отчет о постройках, произведенных при Елабужском отделении душевнобольных в 1895 году. Вятка, 1895.
5. Центральный Исторический архив Москвы. Фонд 418, опись 33, ед. хр. 554-1,2.
6. Чехов А. П. Избранные произведения в 2 х томах. Том первый. — М.: Художественная литература, 1986. С. 573 – 574.
7. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: МедГиз, 1951. С. 467.

К истории прозектуры Преображенской больницы

С. Д. Душейко

Московская психиатрическая больница № 3 им. В. А. Гиляровского (Преображенская) является старейшим лечебным учреждением Москвы, специально предназначенным для лечения психически больных.

В 1785 году Екатерина II издала Указ о передаче Приказу Общественного Призрения помещений бывшей парусинной фабрики в Преображенской слободе, где в 1787 г. была открыта богадельня, получившая позже название Императорский Екатерининский богаделенный дом. Рядом с этой богадельней в 1808 г. было закончено строительство двухэтажного здания для умалишенных (доллгауза), по проекту губернского архитектора И. А. Селехова, которое и в настоящее время является главным корпусом больницы.

В 1838 г. доллгауз получил наименование — Преображенская больница для душевнобольных в Москве. С 1919 г. она называлась — 1-я Московская городская психиатрическая больница, а с 1952 г. — Психоневрологическая больница № 3; в 1978 г. она получила имя В. А. Гиляровского, в память работавшего в ней выдающегося отечественного психиатра.

В июне 1998 г. больница отметила свой 190-летний юбилей.

Общественный музей истории больницы располагает некоторыми материалами о патологоанатомической службе в дореволюционные годы, которые и послужили источниками настоящей работы, приводятся они с сохранением лексики и терминологии того времени и особенно наглядно иллюстрируют эволюцию взглядов на нозологию психических заболеваний и на вопросы танатологии.

В начале XIX века “на задней части территории Екатерининской богадельни была выстроена деревянная на каменном фундаменте часовая для выноса умерших”. В богадельне и Преображенской больнице “эта часовня служит специальным местом для отпевания умерших”.

С 1828 по 1871 г. главным врачом Преображенской больницы был В. Ф. Саблер, к этому периоду времени можно отнести организацию прозекторской службы в больнице, так как в отчетах появляются сведения об умерших и о причинах их смерти. Вскрытия производились В. Ф. Саблером и ординаторами больницы, консультативную помощь им оказывал А. И. Полунин, профессор Московского Университета, работавший также прозектором Старо-Екатерининской больницы.

Первые сведения об умерших в больнице имеются в “Отчете по Московской Преображенской больнице”, опубликованном в “Журнале МВД” за 1844 г., где, в частности, говорится:

“К 1 января 1843 г. в больнице состояло больных: 93 мужчин, 69 женщин, поступило 54 мужчин, 25 женщин.

Умерло: 11 мужчин и 6 женщин — 17 человек, проведенных в больнице от 20 дней до 18,5 лет. Эта смертность самая малая (7,2 % — С. Д.) какая когда-либо замечалась в заведении.

Причины смерти: 5 чахотки легких, 5 сухотки, 2 старческой сухотки, 3 водяной болезни, 2 апоплектического удара.”

В архиве психиатрической клиники 1 ММИ им. С. С. Корсакова хранится рукопись В. Ф. Саблера о прогрессивном параличе — “Паралитическая деменция”, написанная им в 1849 — 1851 гг. По его данным каждый шестой пациент Преображенской больницы страдал прогрессивным параличом. Этиология прогрессивного паралича в то время была еще не установлена, но в целом ряде случаев В. Ф. Саблер связал развитие заболевания с чрезмерными “чувственными наслаждениями” и “сифилитической болезнью”. Он придавал большое значение патологической анатомии прогрессивного паралича, в пятом разделе рукописи приводятся тексты протоколов вскрытий, обсуждаются обнаруженные макроскопические изменения и высказываются сожаления о невозможности проведения микроскопических исследований, “но таких исследований еще в науке не существует”. В. Ф. Саблер указывал, что смерть при прогрессивном параличе чаще наступает от истощения, у больных нередко “является понос, пролежни, апоплектические и конвульсионные припадки”, от которых они и погибают; кроме того, он отмечал, что эти больные часто умирают от присоединившихся болезней, от туберкулеза легких и пр.

Для примера приводим один из протоколов вскрытий В. Ф. Саблера: “Больной С. И. Марков, история болезни № 942. Находился на излечении по поводу паралитической деменции в Преображенской больнице с сентября 1849 г. по день смерти в конце того же года.

Вскрытие произведено мною через 36 часов после смерти.

При наружном осмотре не заметно ничего особенного. В полости черепа: твердая мозговая оболочка твердо соединена во многих местах с черепом посредством пахионовых грануляций, в мешке арахноидеа довольно значительное накопление жидкости по левой стороне прозрачной, по правой мутной с плавающей в ней клочками.

Внутренняя пластинка арахноидеа на обоих боках утолщена. Несмотря на внимательное исследование

мозга, в нем не заметно изменений — ни твердости, ни наполнения крови, но так как между мозгом и твердой оболочкой находилось значительное количество жидкости, то он был меньше нормального, в состоянии атрофии.

Легкие наполнены значительным количеством бугорков, превращенных в землистую массу. Прочие внутренности нормальны”.

Как видно из приведенного протокола вскрытия, В. Ф. Саблер обнаруживал у умерших с прогрессирующим параличом анатомические изменения, обращал особое внимание на атрофию мозга, считая, что для получения достоверных сведений об атрофии мозга необходимо снятие оболочек мозга, сосудов и удаление жидкости из полостей желудочков мозга.

В местах приращения оболочек и размягчения серого вещества образуется атрофия ткани мозга; белое вещество с течением времени также подвергается атрофии, вследствие чего возникают “застойные явления” в мозгу, приводящие к “усилению припадков”.

В архиве больницы сохранились копии “Всепопданейшего отчета Попечительного Совета Заведений Общественного Призрения в Москве” за 1871 – 1886 гг., в которых есть сведения об умерших в Преображенской больнице и некоторые данные о результатах вскрытий, которые приводятся ниже с сохранением терминологии и лексики того времени:

1871 год. Умерло 52 чел., мужчин — 34, женщин — 18. Смертность 13,2 %.

1872 год. Умерло 75 чел., мужчин — 41, женщин — 34. Смертность 18 %.

В смете на 1873 г., среди прочих предполагавшихся расходов говорится о необходимости “построить небольшое деревянное здание для часовни”.

1873 год. Умерло 45 чел., мужчин — 28, женщин — 17. Смертность 12 %.

При Преображенской больнице имеется часовня для умерших. Эта часовня служит и специальным местом отпевания умерших. Церкви при больнице не имеется, и поэтому заведение причислено к приходу церкви Воскресения при Екатерининском богаделенном доме, который находится по соседству. Требы исполняются священником и причтом означенной церкви.

1874 год. Умерло 23 чел., мужчин — 9, женщин — 14. Смертность 6 %.

Из 23-х умерших было вскрыто 19 трупов. Только в 3-х случаях явления посмертного вскрытия не оправдали пожизненной диагностики.

Умершие мужчины

Формы болезней		Причины смерти	
Параличное безумие	3	Воспаление мозговых оболочек	1
Безсмыслие	1		
Мрачное помешательство	1	Падучей болезни	1
Горделивое помешательство	1	Параличное безумие	2
		<u>Бугорчатки</u>	5
Падучая болезнь	1		9

Помешательство с буйством	1
Слабоумие	1
	9

Умершие женщины

Формы болезней		Причины смерти	
Слабоумие	4	Чохотка	3
Параличное безумие	3	Изнурительный понос	2
Мнимое ощущение	2	Параличное безумие	2
Мрачное помешательство	2	Водянка	1
Падучая болезнь	2	Воспаление мозговой оболочки	2
<u>Мания и неистовство</u>	1	Изнурительная лихорадка	1
	14	Рожа	1
		Старческое изнурение	1
		<u>Сухотка</u>	1
			14

1875 год. Умерло 26 чел., мужчин — 18, женщин — 8. Смертность 7 %.

Форма болезней	% летальности
Мнимое ощущение	8
Мрачное помешательство	5
Мания и неистовство	1,1
Горделивое помешательство	0
Безумие	5,8
Безумие и слабоумие	5,5
Идиотизм	11,5
Параличное безумие с падучей	20
Помешательство	10

На излечении находилось 373 человека.

1876 год. Умерло 42 чел., мужчин — 25, женщин — 17. Смертность 13 %.

Форма болезней	Мужчины	Женщины
Мнимое ощущение	—	3
Мрачное помешательство	2	5
Мания и неистовство	6	1
Горделивое помешательство	1	—
Безсмыслие	1	—
Слабоумие и безумие	5	8
Параличное безумие	1	1
Падучая болезнь	1	—
Идиотизм	—	1
	25	17

1877 год. Умерло 34 чел., мужчин — 20, женщин — 14. Смертность 10,9 %. Четвертую часть всех умерших составили страдающие прогрессирующим параличом, остающиеся в больнице от прежних лет. Главной причиной были: прогрессирующий паралич, легочная чахотка, изнурительный понос. В отчетном году было вскрыто 14 трупов, и во всех случаях диагностика оказалась соответствующей прижизненным явлениям.

% смертности по роду болезненных страданий

Мнимое ощущение	3,1
Мрачное помешательство	7,4
Мания и неистовство	13,8

Горделивое помешательство	14,2
Безмыслие	7,6
Слабоумие и безумие	9,8
Параличное безумие	23,1

1878 год. Умерло 39 чел., мужчин — 29, женщин — 10. Смертность 9,2 %

1879 год. Умерло 57 чел., мужчин — 35, женщин — 22. Смертность 10 %

1880 год. Умерло 69 чел., мужчин — 42, женщин — 27. Смертность 12,7 %

Большая смертность между мужчинами сравнительно с женщинами объясняется преобладанием между ними прогрессивно-параличного безумия — болезни, которая всегда оканчивается смертельно. Из 42-х смертных случаев у мужчин — 18, т.е. 42,8 % относится к этой болезни, между тем, как эта причина смерти между женщинами имела место только в 3 случаях или 11,1 %.

По ближайшим причинам смерти умерло от:

прогрессивного паралича	21
воспаления мозговых оболочек	4
нервного удара	1
кровоизлияния в мозг	1
спинной сухотки	1
падучей болезни	1
легочной сухотки	27
хронического воспаления кишок	1
воспаления брюшины	1
желудочно-кишечного катарра	2
брюшной водянки	1
воспаления почек	2
рожи	1
старческого изнурения	1

Следовательно легочная чахотка самая частая причина смерти между психическими больными, в чем согласны все статистики.

При больнице устроена часовня, она состоит из трех отделений, именно: для отпевания умерших, вскрытия трупов и для занятий врачей.

1861 год. Умерло 94 больных, мужчин — 60, женщин — 34. Общий % смертности 16,5.

По ближайшим причинам смерти — умерло:

	М	Ж	Итого
от прогрессивного паралича	20	3	23
воспаления мозговых оболочек	2	2	4
нервного удара	—	1	1
кровоизлияния в мозг	5	—	5
падучей болезни	2	—	2
легочной чахотки	25	20	45
крупозного воспаления легких	1	1	2
отека гортани	1	—	1
хронического кишечного катара	1	—	1
брюшной водянки	2	—	2
общего истощения	1	1	2
старческого истощения	3	2	5
самоубийства	—	1	1

Самой частой причиной смерти, следовательно, являлась: легочная чахотка — 47 %, от которой погибает большинство хронических больных; второе место у мужчин занимает прогрессивный паралич, от которого умерло не менее 33 %.

1882 год. Умерло 96 чел., мужчин — 52, женщин — 44. Смертность 15 %.

Преображенская больница устроена на 280 кроватей, на 1 января 1883 г. состояло 348 больных. Переполнение больницы проявляется в чрезвычайно большой смертности, которая на все количество находившихся в больнице достигла 15 %, а по отношению к выбывшим — 32,5 %.

Ближайшей причиной смерти было собственно мозговое страдание в 34 % всех случаев: мужчин — 40 %, женщин — 25 %, между которыми прогрессивный паралич занимает у мужчин первое место.

Из хронических страданий преобладала легочная чахотка — в 34 %, а из интеркуррентных болезней — от кровавого поноса умерло 4 мужчин и 2 женщины и, наконец, от пятнистого тифа — 1 женщина.

1883 год. Умерло 100 чел., мужчин — 62, женщин — 38. Смертность 16,4 %.

1884 год. Умерло 60 чел., мужчин — 43, женщин — 17. Смертность 16 %.

1885 год. На 1 января 1806 г. состояло 374 больных.

Умерло — 86 человек; мужчин — 63, женщин — 23. По отношению к среднему числу больных, состоявших в течение г. в больнице % смертности составил 23 %. Процент смертности достиг небывалого максимума, что объясняется крайней скученностью в больнице вследствие чего являлось быстрое развитие и дурное течение хронических, по преимуществу, легочных страданий. Из заразных болезней, окончившихся смертью, было 2 случая рожи.

В 1887 г. опубликован “Отчет по осмотру русских психиатрических заведений”, составленный П. А. Архангельским, в котором о Преображенской больнице, в частности говорится: “Анатомический покой помещается в небольшом деревянном флигеле. Он состоит из часовни с паркетным полом для отпевания умерших и небольшой комнаты для вскрытия”. В этом же отчете имеются данные, что за 15 лет (1871 — 1885 гг.) умерло всего в больнице 898 больных.

1886 год. Умерло 72 чел., мужчин — 55, женщин — 17. Смертность 15 %.

* * *

К сожалению не удалось разыскать каких-либо сведений о прозекутуре больницы за целый ряд ниже следующих лет; далее следуют материалы, которые удалось обнаружить в различных источниках (С. Д.).

1893 год. При 325 штатных кроватях сверх штата в течение года имелось 83 больных, на 1 января 1894 г. было 407 чел. Умерло 63 больных, мужчин — 48, женщин — 15; 48 % всех выбывших больных представляют смертные случаи. Почти все умер-

шие были подвергнуты анатомо-патологическому исследованию прозектором больницы доктором В. А. Муратовым.

В. А. Муратов (1865 – 1916 гг.) — известный русский нейрогистолог и невропатолог. Окончил медицинский факультет Московского Университета в 1889 г. и после ординатуры в клинике А. Я. Кожевникова стал работать прозектором Преображенской, Бахрушинской (ныне больница им. А. Остроумова) и больницы Св. Владимира с 1893 по 1904 г.; одновременно (с 1894 г.) приват-доцентом Московского Университета; с 1906 г. директором Тамбовской, а затем Саратовской психиатрических больниц; с 1911 по 1916 г. профессор Московского университета. В. А. Муратов был первым штатным прозектором Преображенской больницы, именно он при активном содействии главного врача больницы И. В. Константиновского организовал нейрогистологическую лабораторию. В. А. Муратов является автором многочисленных работ по неврологии и нейрогистологии, к моменту ухода из Преображенской больницы он опубликовал около 70 работ. В 1901 г. им опубликована первая в мире морфологически обоснованная работа: “Нозологическое доказательство причинной зависимости общего паралича помешанных от сифилиса”, в выводах которой говорится:

“1. В течении сифилиса нервной системы возможно наступление анатомических изменений нервных и эпендимарных элементов, равно и мозговых оболочек, свойственное прогрессивному параличу...”

4. Соединение явления третичного сифилиса с клиническими и анатомическими признаками общего паралича, по нашему мнению, представляет нозологическое доказательство причинной зависимости общего паралича от сифилитического заражения, приобретенного или унаследованного (в общем параличе у детей).”

Умершие в 1893 г. по формам болезней распределены следующим образом:

Острая аменция	1
Хроническая параноя	1
Органическая деменция	4
Деменция вторичная	18
Деменция старческая	5
Эпилепсия	1
Хронический алкоголизм	3
Прогрессивный паралич	26
Имбецильность	3
Идиотизм	1
	63

1894 год. Из: “Отчеты по заведениям Общественного призрения”.

Общее число больных, бывших на пользовании в больнице – 621. Умерло — 71; мужчин — 57, женщин — 14; что составило 33,1 % всего числа, вышедших из больницы. Из числа умерших были два случая скоро-

течного течения прогрессивного паралича помешанных и один случай острого бреда, у которого по смерти оказался подострый менингит.

Ближайшие причины смерти	М	Ж
Атероматоз мозговых сосудов	2	1
Хронический лептоменингит	1	—
Крупозная пневмония	3	2
Внутренняя гидроцефалия	1	—
Гриппозная бронхопневмония	3	—
Туберкулез легких	15	3
Нижний катаральный колит	2	2
Туберкулезный перитонит	1	—
Апоплексия мозга	3	—
Спинная сухотка	2	—
Абсцесс переднего средостения	1	—
Отек легких	1	—
Перитонеальная геморрагия	1	—
Цирроз печени	1	—
Хронический нефрит	1	—
Старческий маразм	5	—
Сифилис мозга	1	—
Прогрессивный паралич	6	2
Пиемия	2	—
Межоболочечная геморрагия	1	—
Гематома твердой мозговой оболочки	1	1
Подострый менингит	1	—
Маразм в абстиненции	1	—
Абсцесс реберной плевры	1	—
Острый энтерит —	—	—
	57	12

Не были вскрыты две женщины.

Вышеприведенные данные позволяют высказать мнение, что благодаря прозекторской службе формулировка причин смерти впервые принимает конкретный характер, т.к. в большинстве своем они являются определенными нозологическими формами заболеваний, чего не было раньше. (С. Д.)

1896 год. из: “Отчеты по заведениям Общественного Призрения”.

Общее число больных, бывших на пользовании в больнице в течение отчетного года равняется 735: 494 мужчин и 241 женщин. Умерло 69 чел., 53 мужчин, 16 женщин.

Из 69 умерших у 44 были произведены вскрытия. Вскрытия не были произведены в большей части остальных случаев или благодаря усиленным просьбам родственников умерших, или же в уважение религиозных обрядов лиц не православного вероисповедования.

Ближайшие причины смерти	М	Ж
Паралич сердца	3	—
Паренхиматозная дегенерация и ожирение миокарда	5	1
Возвратный эндокардит	1	—
Атероматоз аорты	1	—
Легочная апоплексия	1	—
Крупозная пневмония	1	—
Гипостатическая пневмония	2	—

Катарральная пневмония	6	1
Туберкулез легких	5	1
Отек легких	1	—
Апоплексия мозга	1	—
Опухоль мозга	1	1
Отек мозга	—	1
Интерстициальный нефрит	1	1
Флегмона голени	—	1
Пиемия	2	1
Септицемия	2	—
Маразм паралитический	4	—
	36	8

Наибольшее число случаев для вскрытия представляли больные, страдавшие прогрессирующим параличом (29 вскрытий). Кроме обычных изменений со стороны головного мозга и оболочек в этой группе, в 11 случаях отмечены изменения в спинном мозгу (перерождение задних или задних и боковых столбов) и в 15 случаях эпендиматит. Как в этой группе, так и в других, после головного мозга наиболее частые изменения представлялись со стороны сердца и сосудов. В 30 случаях отмечены заболевания сердечной мышцы: жировая дегенерация миокарда и артериосклеротический миокардит, эксцентрическая гипертрофия миокарда и в 29 — заболевания аорты и сосудов (атероматоз).

В 25 случаях найдены разнообразные заболевания почек, как то нефрит паренхиматозный и интерстициальный, пиелонефрит, дегенеративные кисты почек, амилоидное перерождение и т.п.

В 18 случаях были отмечены заболевания легких и в 8 из них туберкулез.

Из числа случаев, представлявших особенный научный интерес, нужно упомянуть один случай общей эпилепсии с своеобразным изменением мозга в области двигательных центров и один случай паралитического слабоумия при раннем размягчении мозга.

Большинство случаев обследуется микроскопически. Общее направление работ кабинета идет параллельно клинике, и на конференции врачей докладываются результаты патологоанатомических исследований и демонстрируются препараты.

Из специальных вопросов особое внимание к деятельности патологического кабинета посвящено изучению патологии эпилепсии и изучению патогенеза местных симптомов при прогрессирующем параличе помешанных. По этим вопросам производились исследования прозектором больницы, приват-доцентом В. А. Муратовым; результаты этих работ опубликованы в специальных научных изданиях и послужат предметом доклада на предстоящем международном конгрессе.

1899 год. из: "Отчеты по заведениям Общественного призрения".

Умерло 43 человека; мужчин — 29, женщин — 14.

Среди умерших:		Среди причин смерти:	
Хроническая параноя	1	Туберкулез легких	15

Вторичная деменция	4	Прогрессивный паралич	9
Дегенеративные психозы	2	Крупозная пневмония	4
Истерия	1	Миокардит	4
Хронический алкоголизм	2	Артериосклероз	4
Прогрессивный паралич	24	Перитонит	1
Старческая деменция	2	Катарральная пневмония	1
Органическая деменция	3	Маразм	2
Имбецильность	2	Рожа	2
Экспертные пациенты	2		

Наибольшую группу умерших составляет прогрессирующий паралич, более 50 %, эти больные, чаще всего умирают от туберкулеза.

В 1899 г. в патологоанатомический кабинет были приобретены:

1. Большой микрофотографический микроскоп Цейса.
2. Оптическая скамья для установки осветителя и диафрагмы.
3. Большой штатив Цейса с апохроматами и окулярами.

Текущие лабораторные расходы на микроскопические занятия и специальную библиотеку покрывались из специальной ассигновки на кабинет больницы. Самый кабинет по своим лабораторным средствам обставлен вполне удовлетворительно, но страдает крайней теснотой помещения. Кабинет и все лабораторные работы находятся в заведывании прозектора больницы приват-доцента В. А. Муратова.

Практическая деятельность кабинета состояла в обработке текущего больничного материала. Прозектором больницы произведены 5 специальных работ, опубликованных в периодических изданиях.

Под руководством прозектора ряд ординаторов больницы занимались различными вопросами патологической физиологии и анатомии.

Вся деятельность кабинета преимущественно была направлена на изучение тех случаев, которые предварительно были предметом клинического исследования. Результаты этих работ составили одну из наиболее интересных частей наших больничных конференций.

Кроме того, были приобретены 2 микроскопа и микротом.

1900 год. из: "Отчеты по заведениям Общественного призрения".

Умерло 71 чел.; мужчин — 53, женщин — 13; вскрытий — 61.

Смертность по отношению к выбывшим — 44,1 %.

Смертность по отношению к использованным больным 11,1 %.

Смертность по заболеваниям		Причины смерти	
Хроническая параноя	3	Вследствие прогрессивного паралича	21
Вторичная деменция	13	Туберкулез	16
Периодический психоз	1	Бронхопневмония	4
Эпилепсия	1		

Прогрессивный паралич	45	Крупозная пневмония	5
Старческая деменция	5	Артериосклероз	5
Органическая деменция	2	Септицемия	2
Экспертные пациенты	1	Цирроз печени	1
		Гнойник печени	1
		Нефрит	2
		Скарлатина	1
		Суффокация (аспирация)	2
		Брюшной тиф	1

Прогрессивный паралич представляет собой болезнь, которая неизбежно ведет к смертельному исходу сама по себе, а кроме того понижает противодействие организма разным влияниям до ничтожной величины, последствием чего является ранняя смерть паралитиков от туберкулеза и даже крупозное воспаление легких.

Смертельные случаи могут быть разделены на три рубрики:

1. Погибшие от основной болезни: от прогрессивного паралича, старческого маразма, органического страдания головного мозга, эпилепсии, а также артериосклеротического паралича, апоплектического и старческого слабоумия. Здесь конечно, причиной смерти служила хроническая болезнь, параллельная душевному расстройству и зависящая от той же причины. В этой группе 25 случаев.

2. Погибшие от осложнений: самую многочисленную группу представляет туберкулез легких, кроме того: два случая септицемии при прогрессивном параличе; два случая задушения пищей при проглатывании и легочные заболевания катаррального характера.

3. Погибшие от случайной причины: два случая крупозной пневмонии и 1 случай скарлатины.

Анатомо-патологический кабинет Преображенской больницы, находящийся в заведывании прозектора, общего при 3-х больницах (Бахрушинской, Св. Владимира и Преображенской), снабженный необходимыми средствами и инструментами, предназначен для всех научных патолого-анатомических исследований по трем названным больницам.

На специальные темы прозектором больницы выполнено и опубликовано несколько работ. Под руководством прозектора ординаторы больницы занимались некоторыми вопросами морфологического изучения мозга. Кабинетом получались несколько специальных иностранных изданий.

1902 год. Никаких данных об умерших разыскать не удалось.

Известно лишь то, что на должность сверхштатного прозектора Преображенской больницы зачислен, после окончания медицинского факультета Московского Университета, М. О. Гуревич, оставленный ординатором психиатрической клиники Университета.

В 1907 – 1909 гг. прозектором Преображенской больницы был В. А. Иванов. сведения о котором от-

сутствуют, как и данные об умерших в больнице, работе прозектуры.

1911 год. из: Отчет по Московской городской Преображенской больнице за 1911 год. — Москва, 1913. С. 70 – 81.

Больница имеет 445 штатных кроватей, пользовалась лечением 876 больных. В течение года умерло 77 больных: 46 мужчин и 31 женщина; произведено 60 вскрытий.

В отчете приводится список всех 60 аутопсий с указанием клинического и развернутого анатомического диагнозов, причины смерти.

Патологоанатомические и микроскопические исследования производились Н. И. Орловым (ординатор больницы с 1903 года) и В. А. Гиляровским (сверхштатный ординатор больницы с апреля 1911 г.).

В таблице умерших указаны следующие заболевания:

	М	Ж
Аменция	—	2
Хроническая параноя	—	1
Раннее слабоумие	2	6
Маниакально-депрессивный психоз	—	1
Эпилептическое слабоумие	3	1
Прогрессивный паралич	35	12
Старческое слабоумие	3	4
Артериосклероз мозга	2	2
Идиотизм	1	2
	46	31

1913 год. из: Патологоанатомический отчет по Алексеевской и Преображенской больницам г. Москвы за 1913 год. / Прозектор доктор медицины М. Гуревич. — М., 1914.

В феврале 1913 г. после возвращения из Средней Азии М. О. Гуревич был назначен прозектором Алексеевской и Преображенской психиатрических больниц, так как на всю Москву была 1 ставка прозектора в психиатрических больницах городского подчинения; он проработал до 2-го полугодия 1914 года, когда был призван в действующую армию.

Всего за 1913 г. в Преображенской больнице умерло 137 больных: 94 мужчины и 43 женщины, вскрыто из них 80.

Распределение вскрытых умерших по формам заболеваний:

Прогрессивный паралич	35
Деменция прекокс	8
Артериосклероз мозга	12
Старческое слабоумие	8
Сифилис мозга	5
Имбецильность	1
Болезнь Альцгеймера	1
Симптоматические психозы	5
Цистицеркоз мозга	1
Пресенильный психоз	1
Параноя	1

Хронический алкоголизм	1
Полиневритический психоз	1
	80

Следует отметить, что при обсуждении случаев раннего слабоумия, прозектор пользуется термином — шизофрения, а из группы старческого слабоумия выделяет морфологически болезнь Альцгеймера.

Распределение вскрытых умерших по причинам смерти:

Маразм паралитический	16
Инсульт паралитический	2
Размягчение мозга	1
Цистицеркоз мозга	1
Гумма мозга	1
Порок сердца	4
Паралич сердца	11
Старческий маразм	7
Туберкулез легких	14
Плеврит острый	6
Катарральная пневмония	5
Пневмония гипостатическая	3
Перитонит аппендикулярный	1
Энтерит острый	3
Рак	1
Карбункул	1
Желтуха	1
Туберкулез почек	1
Пиелонефрит гнойный	1
Истощение	1
	80

1914 год. Штатное число кроватей в больнице 618, среднесуточное число больных 767.

Умерло 151 чел., мужчин — 107, женщин — 44.

Вскрытий — 60; мужчин — 43, женщин — 17.

Умершие по формам болезней	М	Ж
Вторичное слабоумие	3	2
Хроническая параноя	—	1
Преждевременное слабоумие	11	4
Маниакально-депрессивный психоз	—	1
Эпилепсия	7	1
Прогрессивный паралич	72	24
Старческое слабоумие	4	10
Артериосклероз мозга	8	—
Идиотизм	2	1

Распределение вскрытых умерших по формам болезней

Прогрессивный паралич	28
Артериосклеротическая деменция	10
Преждевременное слабоумие	8
Эпилепсия	6
Старческое слабоумие	4
Хронический алкоголизм	2
Сифилис мозга	1
Табопаралич	1
	60

Распределение вскрытых умерших по причинам смерти

Маразм старческий и паралитический	14
Туберкулез легких	13
Крупозная пневмония	1
Катарральная пневмония	8
Гнойный плеврит	1
Порок сердца	16
Апоплексия мозговая	3
Нефрит	3
Септицемия	1
Перитонит	1
	60

Патологоанатомическими исследованиями занимались доктора М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Н. И. Орлов; наиболее интересные случаи демонстрировались в научных конференциях больницы.

Исследование Вассермановской реакции в первом полугодии производил доктор М. О. Гуревич, а после его отъезда на фронт доктор В. А. Гиляровский.

Впервые в ведомости по содержанию прислуги больницы, среди прочих указана должность: “служитель при прозекторской — 1” с годовым жалованием — 180 рублей.

1915 год. Прозектор больницы — П. И. Попов. (каких-либо сведений об умерших разыскать не удалось)

В работе лаборатории принимает участие В. А. Гиляровский. Анатомио-гистологическими исследованиями занимаются многие ординаторы больницы — “в то время считалось необходимым, чтобы каждый психиатр вел работу по патанатомии, многие клиницисты имели диссертационные работы по нейроморфологии” (из воспоминаний В. А. Гиляровского).

Ежегодный съезд Королевского колледжа психиатров

3 – 7 июля 2000 г., Эдинбург

тел.: +44 (20) 723-5235; факс: +44 (20) 725-96507???

E-mail: mkerly@rcpsych.ac.uk

СОТРУДНИЧЕСТВО РОП И НПА РОССИИ

Опора НПА России на региональные центры принесла свои плоды. Конференция в Ростове-на-Дону дала импульс к значительно более тесному сотрудничеству РОП и НПА. После нее прежде нерегулярное участие руководства НПА России в Пленумах Президиума РОП, конференциях и симпозиумах РОП, заседаниях Ученого Совета НИИ психиатрии МЗ РФ

стало фактически постоянным, и не просто оживило дискуссии по всем затрагиваемым вопросам, но сделало их по общему признанию более продуктивными. Впрочем, неизбежность этого была предопределена двойным членством в обоих обществах значительной части профессуры и главных психиатров многих регионов России.

НОВЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЮГА РОССИИ

Конец века ознаменовала конференция в Ростове-на-Дону 21 – 23 декабря 1999 г. “Психиатрия на рубеже тысячелетий”, конференция во многих отношениях знаменательная. Трудно назвать другие места, где бы региональные конференции проводились с большим размахом, посвящались обсуждению такого числа проблем, привлекали такое разнообразие участников, сопровождалась публикацией сборника работ конференции такого объема. Этому вполне отвечали успехи **Ростовской кафедры психиатрии, отмечавшей свое 75-летие.** Кафедра, как и весь медицинский факультет, были созданы в результате перевода в Ростов медицинского факультета Варшавского университета после I мировой войны. Первое, что подчеркивалось организаторами конференции, и что реально интегрировало этот, видимо, самый большой в стране кафедральный коллектив, — это приверженность традициям кафедры, начиная с ее основателя проф. Карапета Сергеевича Агаджанянца (1917 – 1920), крупного отечественного психиатра, имя которого до архивных разысканий к этой конференции оказалось совершенно неизвестным, преданным забвению из-за его эмиграции в 1920 г. в Париж. Последующая плеяда заведующих кафедрой — один из основоположников биохимического направления в психиатрии А. И. Ющенко (1920 – 1929), один из пионеров активной терапии психических заболеваний М. Я. Серейский (1930 – 1934), крупный организатор детской и взрослой психиатрии и экспериментально-лабораторного направления Н. Н. Караганов (1934 – 1961), пионер лечебного голодания Ю. С. Николаев (1961 – 1963) и такие разносторонние клиницисты, как М. П. Невский (1963 – 1986) и В. М. Коваленко (1986 – 1996) — далеко не исчерпывает созвездия ярких имен, связанных с деятельностью кафедры. — Это В. В. Браиловский, А. А. Перельман, А. Я. Доршт, Н. М. Иценко, Э. М. Залкинд, Д. Г. Шефер, В. А. Никольский, Х. Ч. Гаркави, Е. В. Маслов, А. Б. Александровский, М. А. Чалисов, А. А. Меграбян, А. Б. Коган и др. С

1996 года кафедру возглавил проф. А. О. Бухановский, который приобрел международную известность своими исследованиями и организацией службы в области двойственного пола и серийных убийц, вплоть до их психологического портрета (серьезно заинтересовав этим ФБР).

Юбилейная конференция, приветствованная, в частности, Всемирной психиатрической ассоциацией, проходившая под эгидой Ростовского государственного медицинского университета, министерств здравоохранения Российской Федерации и Ростовской области, а также РОП и НПА России, собрала большое число участников, среди которых руководители обеих всероссийских психиатрических организаций проф. В. Н. Краснов и д-р Ю. С. Савенко, директор Российского исследовательского центра по правам человека и исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова, руководители и ведущие научные сотрудники Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского проф. Ю. А. Александровский, проф. Б. В. Шостакович, д-р Е. Я. Щукина, д-р Г. М. Румянцева и д-р Ю. Д. Криворучко, заместитель директора Московского НИИ психиатрии д-р А. П. Музыченко, главный психотерапевт Москвы д-р Ю. П. Бойко, руководители кафедр психиатрии юга России проф. И. В. Боев (Ставрополь), проф. Т. И. Букановская (Владикавказ), В. Г. Косенко (Краснодар), Я. С. Оруджев (Волгоград), Д. Ч. Темноев (Нальчик), главный врач Кисловодского центра психического здоровья И. А. Былим, etc. Среди обсуждавшихся тем — История Ростовской кафедры психиатрии и перспективы ее развития, Тенденции развития современной психиатрии, Актуальные проблемы пограничной психиатрии, наркологии и психотерапии, Организация психиатрической помощи, Агрессия и психиатрия, Психолого-психиатрические последствия техногенных катастроф и террористических акций (взрыв в Волгодонске был не только описан и проанализирован во всевозможных

аспектах, практическая помощь сотрудниками кафедры была оказана там с максимальной оперативностью), а также Право и этика в психиатрии (на этом заседании под председательством Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградовой и А. И. Ковалева прозвучала серьезная озабоченность падением уровня экспертиз по злободневным делам), с последующей живой дискуссией за круглым столом и пресс-конференцией. Оригинальным нововведением было включение в конференцию учебной программы в виде цикла из 8 лекций по основным разделам психиатрии, зачитанных в студенческой аудитории. Всем участникам были выданы сертификаты, подписанные ректором РГМУ, министром здравоохранения Ростовской области, руководителями обоих всероссийских психиатрических обществ и заведующим кафедрой психиатрии проф. А. О. Бухановским.

Сильными сторонами кафедры являются не только до- и последипломное образование, обеспечивающее преподавание психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии тысяче студентов трех факультетов 4 – 5 курсов, а также врачам-психиатрам и психологам с университетским образованием (по клинической психологии), не только фактическое положение центра исследований и организации службы в проблемах двойственного пола и серийных убийств, но и обширная издательская деятельность. Здесь следует особо отметить руководство по “Общей психопатологии” А. О. Бухановского, Ю. А. Кутявина и М. Е. Литвака, МКБ-10, “Эпилепсия” (Ю. А. Кутявин, В. С. Коваленко, М. Е. Литвак), “Психотерапевтические этюды” (М. Е. Литвак) и большая серия работ по психологии и различным прикладным вопросам.

Мастерски организованный и чрезвычайно насыщенный разнообразными мероприятиями досуг участников конференции в значительной мере основывался на музыкально-вокальных, артистических и неистощимых юмористических и игровых талантах сотрудников кафедры — здесь В. Л. Капустянский и О. Я. Силецкий высокие профессионалы, — на взаимодействии старшего поколения и студентов-кружковцев, обыгрывающих в комическом ключе педагогический процесс, экзамены и т. п., а главное, на таланте всего коллектива кафедры в искусстве человеческих отношений, щедрой отзывчивой доброжелательности. Не случайным поэтому выглядело особенное тяготение, испытываемое к кафедре, ее выходцами и всеми, соприкоснувшимися с ней когда-либо в прошлом.

При всех стараниях держаться в тени, нынешний руководитель кафедры проф. Александр Олимпиевич Бухановский выделялся своим неумным творческим темпераментом, сказывавшимся во всем: в педагогическом процессе студентов и врачей, организации клинической и научной деятельности, упрочении авторитета и независимого положения кафедры, в фор-

мировании широких межрегиональных и международных связей, в неординарных проектах, в реально системной практике, гибко увязывающей множество самых различных аспектов. Незадолго до конференции Александр Олимпиевич делился своим опытом на Пленуме Президиума РОП, который, как и эта конференция, стал — и в этом еще одна его большая заслуга — яркой демонстрацией продуктивности объединения усилий РОП и НПА России: члены кафедры являются членами обеих всероссийских психиатрических организаций. Выступление А. О. Бухановского произвело сильное впечатление на участников Пленума: сонное высокомерие столичной психиатрии было поколеблено изобилием разнообразных новаций, уже или тут же претворяемых в дело кипучим югом России, уже соорганизовавшимся и быстро превратившимся во вполне самостоятельную силу, чуждую в то же время, каких-либо “сепаратистских тенденций”. Конструктивность во всех начинаниях, творческая самостоятельность, активная передача своего опыта и заинтересованность в опыте других не только обеспечили успех, но служат его надежными гарантами и в дальнейшем. Этому служат также четко выстроенные отношения с администрацией Медицинского университета, министерством здравоохранения области, мэром, тесное сотрудничество с кафедрой неврологии, юридическими вузами города, с правоохранительными органами, с местными mass media, представителями фармакофирм и т.д. Все эти несомненные успехи поставили в тупик еще живую в РОП советскую традицию централизма: новые программные установки должны исходить из центра, они должны быть для всех едиными, унифицированными, а не ограничиваться общими принципами. Эта боязнь региональной самостоятельности с мелочной опекой, ставящая удобства управления и контроля выше удобства исполнения самих целей, несмотря на явную несообразность и постоянно воочию обнаруживающуюся неэффективность, всегда предпочиталась во всех сферах народного хозяйства и культуры. Отзвук этого наследия прозвучал в реакции на предложение проф. Бухановского издавать федеральную “Психиатрическую газету”. Не озаботившись самим реализовать это давно назревшее и необходимое предприятие, руководство РОП отрицательно отреагировало на перспективу издания такой газеты не в Москве, как будто это мешает иметь несколько таких газет. Все обстоит ровно наоборот, как и с существованием двух всероссийских психиатрических обществ, обеспечивающим увеличение на добрый порядок степени свободы и задающим дух состязательности, — фермент оздоровления и роста. Мы рекомендуем ознакомление с опытом Ростовской кафедры психиатрии всем коллегам в качестве примера творческого самостоятельного и эффективного пути развития.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В ПСИХИАТРИИ

Фундаментальная тема — “Экспертная оценка научных статей в психиатрии” на примере публикаций 1996 года в “Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова” и журнале “Клиническая и социальная психиатрия” — анализировалась в представленном на обсуждении 12 января докладе Никиты Александровича Зорина. Доклад произвел сильное впечатление на членов Ученого Совета Московского НИИ психиатрии блестящей формой подачи материала, с использованием самых современных технических средств, а также существом затронутых проблем. Еще бы: выяснилось, что значительная часть исследовательских работ, опубликованных в обоих журналах, не отвечает общепринятым международным требованиям, которые докладчик рельефно и четко обрисовал.

Только в ответах на вопросы приоткрылся скрытый антипсихиатрический пафос этого доклада, в частности, в ссылке на две откровенно антипсихиатрические публикации автора (в философских журналах “Логос” и “Философские науки”) и в утверждении, что описательный метод не в состоянии обнаружить связь различных признаков. И Н. А. Зорин и два других участника представленного исследования — д-р А. В. Немцов и д-р В. И. Калинин не смогли убедительно возразить прозвучавшей в их адрес критике, прежде всего, представителей НПА России, для которых эта тема всегда была и остается одной из центральных. Ю. С. Савенко и Б. С. Шорников показали, что представленный доклад затронул только одну из промежуточных фаз исследовательской работы: статистическую обработку и оценку научных данных, которые в отечественных работах сводятся обычно к нескольким устоявшимся шаблонам, без всякого анализа характера статистической выборки и обоснования адекватности и корректности выбора того или иного статистического метода. Доклад ограничился только этим аспектом и его современным международным уровнем, сравняться с которым, конечно, необходимо, но ограничиться которым значило бы остаться в границах уже устаревшей общенаучной парадигмы.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Пленум Президиума Российского общества психиатров 25 февраля 2000 г. был посвящен реально актуальнейшей теме — методологическим основам психотерапии. Сложность и широта темы контрастировала не только с двумя центральными докладами А. Б. Холмогоровой и Б. Д. Карвасарского, но и с реальной сверхзадачей заседания — благословить подготовленный приказ Минздрава. Помимо обильных взаимных комплиментов оба доклада рисовали картину успехов и первенствования оте-

Между тем наиболее ответственной, предваряющей и предопределяющей все прочие фазой научного исследования является получение самой базы данных, то есть, клиническая, собственно психиатрическая часть работы, корректность которой, в свою очередь, предопределяется применением феноменологического метода Э. Гуссерля в редакции К. Ясперса. Существо дела в этом последнем, а не в двойном слепом эксперименте, как давно отмечал И. Ангст. Проведение двойного слепого эксперимента потребовало бы таких средств, которых, по свидетельству С. Н. Мосолова, не хватило бы от продажи всего Института психиатрии.

Простым выражением соответствия исследовательской работы перечисленным докладчиками требованиям могла бы послужить ее публикация в одном из ведущих западных психиатрических журналов. Однако даже главному редактору Журнала им. Корсакова проф. Е. И. Гусеву пришлось для этого переделывать свою работу 6 раз.

В заключение обескураженный проф. И. Я. Гурович, попеняв на “чапаевский задор и лихость” и “гротескную подачу” представленного доклада, “полностью согласился с его фактологией” и сообщил, что журнал “Клиническая и социальная психиатрия” вводит дополнительное анонимное рецензирование двумя рецензентами. Вряд ли это сможет радикально изменить что-либо, так как статистическая подготовка самого проф. И. Я. Гуровича такова, что вынудила Б. С. Шорникова на реплику: “Клиника у нас дискретная, а не рандомизированная, и поэтому адекватной основой экспертных оценок является ранговая статистика и математический аппарат кибернетики”.

Собственно и сам докладчик, и д-р А. В. Немцов (вопреки своим еще недавним покаяниям в сциентизме) говорили об устоявшихся математических процедурах, которые во многом устарели и не соответствуют новому математическому аппарату синергетики и теории катастроф. В этой связи ключевое значение имеет отмеченное проф. В. Н. Красновым давление фармакофирм, заинтересованных в status quo принятых ими процедур.

чественной психотерапии, картину, весьма далекую от реальности. Отнюдь не методология была на деле лейтмотивом заседания, а проблемы организации и руководства обучением психотерапии и психотерапевтической службой, создание Федерального психотерапевтического центра. За этим стояли еще более глубокие меж- и внутрикорпоративные противоречия.

Заседание началось с вручения проф. М. Е. Бурно европейского психотерапевтического сертификата

(третьего из пяти, полученных российскими психотерапевтами: Макаров и Валентик из Москвы, Лурина из Рязани и Завьялов из Новосибирска). В заключение заседания эта процедура была названа проф. Карвасарским ошибочной и вредной. Казалось, им было сказано все: и что европейский сертификат никому не нужен, и что у самих австрийцев мало у кого он есть, и что вообще Европейская психотерапевтическая лига не единственная, а одна из многих европейских организаций, и что с одной из них, конкурентной Лиге, “мы” уже вступили в переговоры, и много другого в том же духе. То есть, фактически, одни выдвигаемые доводы побивались тут же своими собственными противоположными. Было отклонено предложение о вхождении в РОП Общества клинической психотерапии под председательством М. Е. Бурно и В. В. Макарова, как попытка возглавить психотерапию в РОП. Без всякого внимания было оставлено также предложение присоединиться к Конфедерации психотерапевтических обществ России.

Позиция НПА в отношении всего этого достаточно проста: не только к профессору В. В. Макарову, но и к самим себе следовало бы подходить столь же взыскательно. Как можно опираться, как А. Б. Холмогорова, на первоначально предельно социологизированную позицию Т. Куна, оставленную им самим, или на лишенную всякого критического духа апологию психотерапии М. Гейера, называющего мифами положения, что психотерапия — молодая, дочерняя, метод, а не отдельная наука. Как можно говорить, как Б. Д. Карвасарский о современной российской психотерапии, как о советской (не случайная оговорка), начиная с Новикова и Радищева, рисуя все розовыми красками, и даже отрицая репрессии психотерапии, или “я с Дмитриевой” относительно разработки Закона по психотерапии (?!). Или как В. М. Шкловский, что Московской психотерапевтической школы последние 50 лет не существовало. Словно не было школы Семена Исидоровича Консторума, словно не участвовали некоторые из присутствующих в провале пионерской докторской диссертации ученика проф. Консторума д-ра М. С. Вольфа “Психотерапия эпилепсии”, словно не проводятся уже пять лет ежегодные Консторумские чтения... Как можно при всем этом претендовать на централизацию, за которой похоже тоска по монополизму? Целесообразна лишь выработка общих принципиальных позиций по нескольким первоочередным проблемам, главные из которых:

- Как препятствовать халтуре?
- Как объективизировать уровень психотерапевтических техник?

- Как сертифицировать психотерапевтов?
- Какую литературу признать обязательной?
- Какие особенности должен содержать Российский этический кодекс психотерапевта?
- Своевременен ли закон о психотерапии?

Для нас несомненно, что арсеналом современных психотерапевтических техник психологи овладели лучше врачей, но также несомненно, что для приложения этих техник к психически больным необходим психиатр. Отсюда продуктивность совместной работы тех и других специалистов. Стиль и тон высказываний всегда отражают существо дела прозрачнее самой выговариваемой информации. К сожалению, оба доклада грешили против хорошего вкуса. Правда, деловым образом прозвучало выступление М. М. Решетникова (Санкт-Петербург) о постановке дела в Восточно-Европейской академии психоанализа. Однако почему мы должны копировать Запад в отношении приоритета психоанализа и поведенческих техник, тогда как когнитивные и гуманитарные не уступают им при соблюдении адекватных показаний и противопоказаний. На поверхности естественный профессиональный отбор: бихевиористские и психоаналитические техники как бы “вербуют” натуры, более склонные к лоббированию, а критерии эффективности разработаны в соответствии с позитивистскими принципами поведенческой теории, что опять-таки дает преимущество этим техникам. Из того, что американские традиции захлестнули и Германию, не следует, что нам нужно это копировать.

Наконец, принципиально неверно оценивать эффективность терапии в отношении отдельных методов, а не умение формировать индивидуальные системы разнообразных методов и типов терапии. Владение отдельными техниками — промежуточная стадия. **В критическом пересмотре давно нуждается вся система оценки эффективности не только психотерапии, но и фармакотерапевтических средств.** Но фармакофирмы тормозят это чересчур расходное для них предприятие.

Современная раздробленность отечественной психотерапии связана не только с периодом становления психотерапии, тем более российской психотерапии, но и с отсутствием харизматического лидера. Недавняя монография на эту тему Александра Сосланда осталась непонятой. Жанр розыгрыша, мистификации, откровенного веселого юмора слишком непривычны в нашей по-ученически серьезной литературе.

Ю. С. Савенко

“ВЕРА И БОЛЕЗНЬ” — конференция НПА России и Свято-Филаретовской высшей православно-христианской школы

Конференция “Вера и болезнь” прошла 15 января 2000 года в Москве. На ней обсуждались клинические и психотерапевтические аспекты проблемы “Психиатрия и религия”. Организаторов конференции было двое. Первый — НПА России, для которой проблема “психиатрия и религия” в последние годы стала одним из важнейших направлений деятельности. Это социальные и правовые, в том числе правозащитные выступления, образовательные программы — семинары, публикации, практическая лечебно-консультативная работа.

По всем этим направлениям НПА плодотворно сотрудничает со вторым организатором конференции — Свято-Филаретовской московской высшей православно-христианской школой, иначе называемой — Миссионерско-Катехизаторский Институт. Из этого определения видно, что вся деятельность учреждения обращена к конкретному человеку — верующему, вступающему в церковь, любому, нуждающемуся в помощи, а это подразумевает индивидуализированный, личностный подход, сформировать который помогает, в частности, и знакомство с основами клинической психиатрии и психотерапии.

Такой спецкурс и читает катехизаторам и студентам — старшекурсникам Школы автор этих строк. Поэтому правомерно будет сказать, что в основе докладов преподавателей и студентов лежала реальная образовательная работа в Школе, практика духовного наставничества, милосердной деятельности, а также итоги совместных с психиатрами и психотерапевтами размышлений на постоянно действующем Мелиховском семинаре “Психиатрия и проблемы духовной жизни”.

Объявленную тему невозможно сколько-нибудь глубоко осмыслить без широкого антропологического, культурно-исторического подхода, поэтому темы докладов были разнообразны, а их авторы являлись людьми разных профессий.

Президент НПА России Ю. С. Савенко выступил с докладом “Психиатрия, право и религия”. О том, как представляется с точки зрения священнослужителя сотрудничество людей Церкви и психиатров, психотерапевтов рассказал священник Георгий Кочетков. Профессор М. Е. Бурно рассмотрел взаимоотношения терапии творческим самовыражением и формирова-

ния религиозного мироощущения, а Б. А. Воскресенский (ему принадлежит и изначальный замысел провести конференцию) — грани взаимодействия между клинической психиатрией и религией.

Ректор Свято-Филаретовской школы М. В. Шилкина представила доклад на тему “Душевная болезнь как фактор в церковно-политической жизни”, а преподаватель школы Д. М. Гзгзян рассмотрел богословские аспекты душевной организации человека. Психолог С. Д. Бимбат говорила о психотерапевтических аспектах переживания чувства вины и покаяния, А. П. Андреев — о влиянии характерологических особенностей на пути к Богу и в Церковь.

Каждый из докладов вызывал множество вопросов, живой обмен мнениями. О своем видении обсуждавшихся проблем подробно рассказал главный ученый секретарь РОП, профессор Ю. И. Полищук. Демократическое звучание выступлений так изумило его, что он поинтересовался у ректора Школы: “Кто еще разделяет все то, о чем Вы здесь говорили?” М. В. Шилкина ответила, что все принципиальные положения и программа обучения были рассмотрены и утверждены положенными инстанциями полгода назад.

На конференции присутствовало 80 человек, и работа продолжалась около 7 часов. Удалось избежать упрощенного подхода к решению проблемы, при котором внешняя, обрядовая практика православной церковной жизни признается гарантией (а иногда — и основным средством) излечения больных с нервно-психическими расстройствами. Взаимодействие “духовного” и “душевного” может стать целительным только в результате серьезной, глубокой внутренней работы, осуществляемой и больными и врачом, как порознь, так и при их взаимодействии в ходе лечебного процесса.

В заключение считаем приятным долгом высказать благодарность руководству Московского научно-исследовательского института психиатрии, предоставившему для проведения конференции зал заседаний Ученого Совета и создавшему самые благоприятные условия для ее работы.

*Б. А. Воскресенский,
руководитель программы НПА России
“Психиатрия и религия”*

17 декабря 1999 г. в уютном конференц-зале Московского наркологического диспансера № 1 (главный врач – кандидат медицинских наук А. С. Овчинская) состоялась уже ставшая традиционной ежегодная 5-я научно-практическая конференция (Консторумские чтения) Общества клинических психотерапевтов при НПА России (председатель общества — профессор М. Е. Бурно, заместитель председателя — доцент Б. А. Воскресенский). Материалы конференции, как и прежде, будут опубликованы в специальном приложении к Независимому психиатрическому журналу. Напомним названия прежних конференций-чтений:

1. “Психиатрия малопрогрессирующей шизофрении”; 2. “Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия”; 3. “Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств”; 4. “Терапия духовной культурой”. Последняя конференция называлась максимально широко: “Клиническая психотерапия”. И докладов было больше, чем на прежних конференциях (22). Но, по крайней мере, 16 из них были о клинической терапии духовной культурой. Термин “клиническая” понимается здесь не только в смысле

психотерапевтической помощи довольно тяжелым пациентам, а в смысле проникнутости этой психотерапии клиническим мироощущением, приверженностью клинике, дифференциально-диагностическим размышлениям-переживаниям, направляющим работу психотерапевта. Создается впечатление, что нынешняя наша традиционная для России клиническая психотерапия после классических работ С. И. Консторума развивается как все более одухотворенная, человечная, “культурная” психотерапия, созвучная западным феноменологическим, экзистенциальным подходам. Других официальных обществ, секций клинической психотерапии в России как будто бы и нет. Многие психотерапевты (особенно психологи) вообще считают, что нет такой нигде на свете клинической психотерапии и предлагают по примеру Запада сосредоточиться лишь на психодинамическом и когнитивно-поведенческом подходах. Ну, а мы будем готовить 6-е Консторумские чтения.

М. Е. Бурно

Юбилейный благотворительный концерт НАТАШИ КОНСИСТОРУМ

29 декабря 1999 г. в Большом зале Института им. Гнесиных состоялся концерт из произведений Фредерика Шопена к 150-летию смерти композитора известной пианистки из Ганновера Наташи Консистерум.

Не только публика, но также известные музыканты и музыковеды высоко оценили тонкую интерпретацию исполненных произведений, ее соответствие духу музыки, легко “танцующего в оковах”, по выражению Фридриха Ницше, великого польского композитора.

Ровно 20 лет назад отец Наташи Консистерум Михаил Аронович Консистерум устроил благотворительный концерт для пациентов и сотрудников психотерапевтического центра в “Стрешнево”, в котором принимал участие и его двоюродный брат Семен Исидорович Консторум, основоположник отечественной клинической психотерапии. Вот традиция, которую важно сохранить и приумножить в наступающем веке!

Рояль, который звучал тогда, переехал недавно в Шахматово — возрожденную из пепла усадьбу Александра Блока.

Общество клинических психотерапевтов Независимой психиатрической ассоциации России последние пять лет каждый декабрь проводит “Консторумские чтения”, материалы которых публикуются в

виде отдельного Приложения к Независимому психиатрическому журналу. Это издание осуществляется благодаря помощи Наташи Консистерум.

Прошедший с большим успехом концерт также был благотворительной акцией в пользу Независимой психиатрической ассоциации России. Мы приносим Наташе Консистерум глубокую благодарность.



Стремительное развитие медицины, появление новых технологий, расширение возможностей воздействия на человеческую жизнь, целостность организма и личности, привели к разработке медицинскими сообществами новых этических принципов и правил поведения, отвечающих на этот вызов времени. Постоянный Этический комитет ВПА в последние годы также активизировал свою деятельность, уделяя большое внимание разработке **Этического кодекса для психиатров**. Эти усилия находят горячий отклик в национальных психиатрических обществах. Опрос 1996 г. показал, что 60 % обществ-членов ВПА имеют свой Этический кодекс, еще 5 % находились в стадии подготовки Этического кодекса для психиатров, а остальные 35 % национальных психиатрических обществ следовали более широкому Кодексу врачебной этики, принятому медицинскими обществами этих стран.

В 1996 году на X Конгрессе ВПА была принята Мадридская декларация, которая наметила этические ориентиры в новых ситуациях, ставших актуальными со времени принятия Гавайской декларации в 1977 г. Мадридская декларация — это важнейший итог деятельности Этического комитета ВПА за последние шесть лет. Она была подготовлена в результате совместной работы Этического комитета, Совета и Исполкома, а также обществ — членов ВПА. Мадридская декларация представляет собой этические принципы, которым должны следовать общества-члены ВПА, и включает рекомендации по поведению психиатров и отношению к эвтаназии, пыткам, смертной казни, смене пола и трансплантации органов.

Согласно опросу обществ-членов ВПА, проведенному Генеральным секретарем ВПА проф. Меззичем в 1997 г., 86 членов-обществ (что составляет 78,9% от общего числа членов) одобрили Мадридскую декларацию, 8 обществ (7,3%) не одобрили и 15 (13,8%) не ответили на поставленный вопрос. К 1998 г. Мадридская декларация была переведена на 15 языков и продолжает привлекать к себе внимание психиатров всего мира.

После Всемирного конгресса 1996 г. Этический комитет ВПА приступил к разработке новых этических рекомендаций, учитывая пожелания национальных психиатрических обществ и Исполкома Всемирной психиатрической ассоциации. Так были подготовлены проекты этических рекомендаций в отношении психотерапии, генетических исследований, этнической дискриминации, регулируемой психиатрической помощи, отношений с фармацевтической индустрией и со средствами массовой информации. После обсуждения этих проектов с членами Исполкома и обществами-членами ВПА этические рекомендации по вопросам генетических исследований и генетического консультирования психически больных, этнической дискриминации и отношений психиатров со средствами массовой информации были представлены на обсуждение Генеральной ассамблеи ВПА на XI Всемирном конгрессе по психиатрии в Гамбурге в августе 1999 г. Эти этические принципы были одобрены Генеральной ассамблеей и, соответственно, рекомендованы национальным психиатрическим обществам. Работу над этическими рекомендациями по отношениям с фармацевтической индустрией, по регулируемой психиатрической помощи и психотерапии решено продолжить. Предлагаем всем участ-

ствовать в этом процессе обсуждения, так как это отвечает нашим общим интересам.

Между тем Этический комитет ВПА продолжает готовить проекты новых этических рекомендаций в отношении особых ситуаций, которые ставит сама жизнь. Например, Исполком ВПА предложил Комитету обратиться к вопросу злоупотребления психиатрией третьей стороной (например, как психиатр может быть использован системой регулируемой медицинской помощи, имея в виду качество и справедливость услуг). Этот вопрос, вероятно, станет первым в повестке дня следующего заседания Этического комитета.

Этический комитет Всемирной психиатрической ассоциации стремится работать в тесном контакте с национальными психиатрическими ассоциациями и постоянно инициирует издание новых серьезных публикаций по проблемам этики. В мае 1999 г. во время проведения ежегодного съезда Американской психиатрической ассоциации в Вашингтоне Этический комитет ВПА совместно с Этическим Комитетом АПА организовал президентский форум, на котором обсуждались наиболее актуальные этические проблемы современной психиатрии. Симпозиум по этике был организован на XI Всемирном конгрессе в Гамбурге. Рукопись книги "Этика, культура и психиатрия" под редакцией А. Окаши (Председатель Этического Комитета ВПА), Дж. Арболеда-Флореза (член Этического Комитета) и Н. Сарториуса (бывший президент ВПА) была принята к публикации издательством American Psychiatric Press. Авторами статей в книге являются представители двенадцати различных культур: арабской, европейской, латиноамериканской, западно-средиземноморской, скандинавской, американской (США), индийской, африканской, китайской, германской и канадской. Проф. Ахмед Окаша и д-р Дж. Арболеда-Флорез готовят к печати книгу "История этических вопросов в ВПА".

Проанализировав результаты опроса обществ-членов, проведенного в 1998 г., Этический комитет сформулировал следующие предложения по продвижению этических стандартов, принятых ВПА:

- 1) принять Мадридскую декларацию и учредить национальные этические комитеты (сегодня постоянные этические комитеты существуют лишь в 63 членах-обществах, что составляет 57,8% от всех членов ВПА);
- 2) регулярно проводить опросы обществ-членов по этическим вопросам и обсуждать полученную информацию;
- 3) расширять деятельность, соответствующую высоким этическим стандартам, с помощью программ ВПА;
- 4) распространять больше информации и переводов по этическим рекомендациям в особых ситуациях, вводить этические стандарты в соответствии с развитием новых медицинских технологий и прогрессом медицины;
- 5) стремиться к сотрудничеству в отношении этических вопросов с международными организациями и правительствами отдельных стран;
- 6) продолжать рассмотрение особых ситуаций и вопросов, связанных с культурой;
- 7) разъяснять этические стандарты, принятые ВПА, и строить свою деятельность на их основе.

Проект этических принципов ВПА по особым вопросам

(обсуждение продолжается)

I. Отношения с фармакоиндустрией.

В 1996 г. Генеральная ассамблея ВПА приняла специальное заявление об отношениях с фармакоиндустрией и другими спонсорами. Это заявление касается ВПА как организации, однако каждому психиатру нужно знать следующее:

- Фармакоиндустрия может использовать психиатра для продвижения своих интересов различными способами: привлекая к участию в рекламных кампаниях, оплачивая транспортные расходы по участию в различных научных или других встречах, оказывая поддержку развитию сферы психиатрических услуг, пиаровским кампаниям больниц и других служб психиатрической помощи и т.п. Принимая по любым профессиональным или личным мотивам поддержку со стороны фармакоиндустрии, психиатр ни в коем случае не должен отказываться от выполнения своей основной обязанности — заботиться о благополучии пациентов. Это является основным принципом, которым следует руководствоваться во всех вышеперечисленных случаях взаимодействия психиатра с фармацевтической промышленностью.
- При проведении клинических испытаний необходимо учитывать следующее:

1. Психиатры должны обеспечить, чтобы их пациенты поняли все аспекты, касающиеся испытаний лекарственных препаратов, и давали свое согласие на основе полной информированности. Недостаточный уровень образования или житейского опыта пациента не может служить оправданием для невыполнения этого требования. Влияние фирм на план испытаний, проведение испытаний, не имеющих научной ценности, необходимость соблюдения конфиденциальности, ограничения на публикацию результатов, предусмотренные контрактом, могут налагать ограничения на свободу научных исследований и передачи научной информации.
2. При проведении на пациентах испытаний лекарственных препаратов следует учитывать научную ценность проекта и его соответствие этическим стандартам.

II. Регулируемая психиатрическая помощь

Если регулируемая психиатрическая помощь не является компонентом общей политики здравоохранения, основанной на равенстве прав и общей доступности медицинских услуг, она становится препятствием на пути использования пациентами соответствующих возможностей лечения. Из-за разнообразия и сложности болезней, а также из-за имеющейся душевной болезни, в рамках частной системы страхования психиатрические пациенты могут страдать от дискри-

минации. При этом лечение душевного заболевания может проходить в худших условиях страхования, чем лечение другого расстройства.

- В психиатрии лечащие врачи должны ставить благополучие своих пациентов выше заботы о расходах.
- В соответствии с резолюцией ООН 46/119, озаглавленной “Принципы защиты лиц с душевными заболеваниями и улучшения психиатрической помощи” психиатры должны понимать, что некоторые установки в области психического здоровья и системы лечения являются дискриминационными по отношению к душевнобольным. Они должны отвергать подходы, оправдывающие неравенство пособий и других выплат разным группам больных, и всеми средствами отказываться от работы в условиях дискриминации какой-либо группы пациентов.
- Сотрудничество психиатра с какой-либо психиатрической службой, которая игнорирует существующие рекомендации в отношении стандартов качества лечения и соблюдения этических принципов при лечении душевных расстройств, является неэтичным.

III. Этика психотерапии

С этической точки зрения недопустимо применять лечебные процедуры, в отношении которых не существует специальных показаний и доказательств их эффективности и безопасности. Это общее правило относится и к психотерапии. Психотерапия представляет собой важный способ лечения душевных заболеваний, и как компонент всякого медицинского вмешательства, и как специфический вид терапии при некоторых расстройствах. По крайней мере, в последнем случае необходима специальная подготовка в области практических навыков, установок и владения психотерапевтическими техниками.

- Эффективность и безопасность психотерапии должна оцениваться точно так же как и эффективность и безопасность любого другого лечения в медицине, т.е. должны существовать критерии показаний, эффективности, безопасности и контроля качества. Учитывая сложность и интимность психотерапевтической работы, необходимо рассмотреть целый спектр оценок результатов психотерапии, включая позитивное влияние лечения на здоровье.
- На применение психотерапии должно быть получено информированное согласие, особенно в тех случаях, когда пациент полностью понимает выгоду и возможный риск лечения. Информирование пациента должно быть частью начальной стадии процесса терапии.
- Всякий раз, когда есть медицинские показания для комбинирования психо- и фармакотерапии, следу-

ет объяснить это пациенту и предложить именно такое лечение. Ни в коем случае нельзя ограничиваться одной психотерапией, когда для лечения пациента необходима и фармакотерапия.

- Необходимо уважать конфиденциальность. Пациенты, проходящие курс психотерапии, имеют право знать о возможностях раскрытия информации, полученной в ходе психотерапии, третьим сторо-

нам, например, в целях исследования, страхования или семейной терапии.

- Только те психиатры могут использовать психотерапию, которые прошли специальное обучение по применению психотерапевтических техник. Необходимо понимать опасность нарушения границ в отношениях с пациентами с целью получения личной, сексуальной, финансовой, академической или профессиональной выгоды.

Дополнения к Мадридской декларации

Одобрены генеральной Ассамблеей Всемирной психиатрической ассоциации 8 августа 1999 г.

Отношения психиатров со средствами массовой информации

- СМИ играют важнейшую роль в формировании общественного мнения и установок, принятых в обществе.
- В своих контактах со СМИ психиатры должны представлять психически больных таким образом, чтобы не ущемить их достоинство, не допустить вмешательства в частную жизнь и уменьшить стигматизацию и дискриминацию. Важная роль психиатров состоит в том, чтобы выступать в защиту тех людей, которые страдают от психических расстройств. Поскольку отношение общества к психиатрии и психиатрам отражается на пациентах, психиатры должны достойно представлять психиатрию, как профессию, в своих контактах со СМИ
- Психиатры не должны делать заявлений в СМИ относительно предполагаемой психической патологии кого-либо.
- Представляя СМИ результаты научных исследований, психиатрам следует обеспечить научную корректность сообщаемой информации и быть внимательными к возможному влиянию их заявлений на восприятие обществом психических болезней и на благополучие людей с психическими расстройствами.

Психиатры и дискриминация на этнической и культуральной почве

- Дискриминация психиатрами лиц с психическими расстройствами на основе их этнической принадлежности или культуры, как непосредственная, так и с участием третьей стороны, является неэтичной. Психиатры не должны участвовать или поддерживать, ни прямо, ни опосредовано, никакие действия, связанные с этническими чистками.

Психиатры и генетические исследования и консультирование

- Количество исследований генетических основ психических расстройств быстро нарастает, и в

них участвует все больше людей, страдающих душевными болезнями.

- Психиатры, вовлеченные в генетические исследования и консультирование, должны учитывать, что использование генетической информации не ограничено индивидом, от которого она получена, и что раскрытие этой информации может оказать негативное и разрушительное действие на семью и сообщество, к которому относится данный человек.
- Психиатры должны гарантировать, чтобы:
 - люди и семьи, которые участвуют в генетических исследованиях, делали это с согласия, данного на основе полной информации;
 - любая генетическая информация, которая находится в распоряжении психиатров, должна быть надежно защищена от несанкционированного доступа, неверного истолкования и злоупотреблений;
 - при общении с пациентами и их семьями психиатры должны пояснять, что нынешние генетические знания являются неполными и могут быть скорректированы последующими открытиями.
- Психиатры могут посылать людей в учреждения для генетико-диагностических исследований, только если эти учреждения имеют:
 - качественные и надежные процедуры для проведения исследования;
 - адекватные и легко доступные средства для генетического консультирования.
- Генетическое консультирование относительно планирования семьи или прерывания беременности должно производиться с учетом системы ценностей пациента; необходимо помочь пациентам принять то решение, которое они сами считают наилучшим, предоставив им достаточную медицинскую и психиатрическую информацию.

*Составитель и переводчик
Л. Н. Виноградова*

Поставить депрограммирование в России вне закона

Заявление Центра обществ сознания Кришны в России

В ЦОСКР поступают письма, а также устные вопросы телезрителей по поводу так называемого “антисектантского” сюжета “Чужие” о кришнаитах, который был показан 24 ноября 1999 года на ОРТ в передаче “Человек и закон”. Ненаучность этой передачи и религиозоведческая безграмотность ее авторов настолько очевидна, что вряд ли стоило бы обращать внимание на тривиальную поделку “желтой прессы”, жаждущей сенсации в стремлении завоевать аудиторию.

Достаточно ознакомиться с общедоступными справочниками (см., например, Религиозные объединения Российской Федерации. — М.: Аппарат Совета Федерации Федерального собрания РФ, 1996; Индуизм. Джайнизм. Сикхизм. — М.: Институт востоковедения РАН, 1996; Новые религиозные культы, движения и организации в России. — М., РАГС при Президенте Российской Федерации), чтобы убедиться, что утверждения авторов передачи не имеют ничего общего с реальным положением дела. Кришнаиты представляют в России вишнуизм — древнюю монотеистическую традицию в индуизме, мировой религии с миллиардом приверженцев.

Нетрудно заметить, что вся передача построена на каких-то нелепых гипотезах, так что у зрителя возникает гипотеза — что передача эта была заказная, с явным намерением создать превратное представление о конфессии.

Дав волю своей безудержной фантазии, авторы договорились до явного абсурда (хотя предусмотрительно оформили это как “предположение”), дескать, Общество сознания Кришны в СССР создано КГБ. В то же время всем известно о жестоких преследованиях первых кришнаитов в СССР именно со стороны КГБ — 50 человек было брошено в тюрьмы и психушки, трое погибло.

Особую озабоченность вызывает то, что ОРТ пропагандирует одно из самых позорных явлений современной цивилизации — депрограммирование, т.е. насильственную переориентацию мировоззрения верующего человека с помощью различных психофизических методов воздействия. Во многих странах депрограммирование преследуется в судебном порядке как сознательное мошенничество и насилие над личностью. В нашей многонациональной поликонфессиональной стране депро-

граммирование разжигает межрелигиозную рознь, противодействуя стабилизирующим процессам в обществе.

Прискорбно, что обладающий достаточно квалифицированным составом сотрудников канал ОРТ привлек к участию в передаче скандально известного Александра Дворкина, американского гражданина, который тесно сотрудничает с зарубежными депрограмматорами и издает на вымогаемые путем запугивания общественности средства свои псевдонаучные “труды”. Сам никогда не участвовавший в делах милосердия, он позволяет себе кощунственно отзываться о благотворительности кришнаитов. Этот человек даже додумался до вполне нацистского проекта создания у нас в стране так называемых реабилитационных центров, удаленных от городов, куда можно будет вывозить людей для “промывания мозгов”.

Нельзя не видеть и еще один негативный аспект передачи ОРТ — международный. В России проживают десятки тысяч индийцев — бизнесменов, студентов, дипломатических и торговых работников. Вряд ли этично телевидению светского государства, провозглашающего дружбу с Индией, предпринимать подобного рода антииндийские акции. Большинство населения Индии почитает Кришну и такие священные писания как Бхагавад-Гита, которой в передаче облыжно приписывается оправдание деяний, явно не соответствующих канонам индуизма, вроде убийств и торговли наркотиками. Следует также принять во внимание высокую оценку роли Международного общества сознания Кришны как “культурного моста” между индийцами и другими народами мира, которую дал премьер-министр Индии А. Б. Ваджпай, выступая в прошлом году на открытии храмового комплекса “Слава Индии” Международного общества сознания Кришны в Дели.

ЦОСКР от имени десятков тысяч российских кришнаитов обращается к избирателям внести в указы новым депутатам Думы пункт о выработке Закона, предусматривающего преследование депрограмматоров в судебном порядке, как это делается в других цивилизованных странах мира. Тогда наш зритель будет избавлен от абсурдных, усугубляющих напряженность в обществе телепередач, вроде сюжета “Чужие” на ОРТ.

10 января 2000 г.

Руководящий Совет ЦОСКР

Нужна ли психиатрическая экспертиза А. М. Кашпировского?*

Уважаемая г-жа Галковская!

Спасибо за Ваше во многих отношениях информативное письмо (№ 10-006 от 15.12.99) и предложение высказать мнение НПА России.

Из Вашего письма ясно, как Вы сами отвечаете на все вопросы, с которыми обращаетесь. Вы считаете, что А. М. Кашпировский:

- психически болен;
- фактически он делает людей инвалидами и
- разрушает их мировоззрение;
- он преступник, так как делает все это, чтобы “повысить свой материальный и жизненный уровень”, и поэтому Вы намерены “подавать в суд на этого человека для создания судебных прецедентов для лиц, занимающихся подобными оккультными практиками”, и прибегнуть к нашей помощи для установления причинно-следственной связи “нарушений здоровья” и “обращений в центры нетрадиционной медицины, к колдунам и в оккультные салоны” и для заключения о психическом здоровье А. М. Кашпировского на основе аудиозаписей его сеансов и выступлений.

Довольно трудно понять, что это за мировоззрение, которое можно так быстро и легко разрушить, и что это за оккультные техники, которыми можно делать людей инвалидами; как можно одновременно называть человека психически больным и преступником и требовать его наказания.

Начнем с того, что 10 лет назад на обсуждении телесеансов А. М. Кашпировского в Институте философии я выступил от имени НПА России с предельно резкой критикой этой практики (тексты выступлений напечатаны в “Вопросах философии”). Однако острие этой критики было повернуто не на А. М. Кашпировского, а на тех, кто разрешил эти телесеансы, кто выделил для этого правительственный телеканал, да еще в самые популярные часы. Ведь это — внятная всем социальная символика, а поскольку это было еще в советскую эпоху, буквально императив к действию. Тем более, что одновременно прессе была запрещена публикация отрицательной информации и критики.

Оккультные техники, то есть, колдовство, действуют только на тех, кто в колдовство верит. Вся страна видела по ТВ как уже в постсоветскую эпоху в первую Чеченскую войну Кашпировского брали с собой на переговоры, возлагая надежды на мага, — а чеченские лидеры его просто не заметили.

Расписывая грандиозность вреда Кашпировского и его оккультных техник, Вы сами расписываетесь в вере в колдовство и делаете А. М. Кашпировскому неслыханный комплимент и рекламу. На самом деле эффект телесуггестии Кашпировского почти целиком связан с контекстуальными факторами: групповым

сидением у “кретинометра”, включив правительственный канал.

Наконец, вполне в духе ФСБ и МВД Вы предлагаете нам вынести экспертное суждение по аудиозаписи. Это противоречит и профессионализму, и закону. Для определения “причинно-следственных связей нарушения психического здоровья” необходимо профессиональное обследование конкретных “пострадавших”, а не анализ различных аудио-, видео- и прочих материалов о деятельности целителей, колдунов и религиозных организаций. Если деятельность А. М. Кашпировского является противозаконной, ею должна заниматься прокуратура. Что касается “уровня психического здоровья этого человека”, то, согласно Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” ответ на этот вопрос специалисты могут дать только суду или следственным органам при наличии возбужденного уголовного дела.

Но самое прискорбное в Вашем письме, это сама просьба “провести экспертное заключение о состоянии психического здоровья А. М. Кашпировского... насколько его лекции соответствуют здравому смыслу и не походят на бредовые высказывания маниакальной личности, формирующие индуцированный психоз у и без того нездоровых людей” (выделено нами). Эта Ваша формулировка сама очень далека от здравого смысла. В ней и крайне уничижительное отношение к психически больным, и представление об их могуществе, и установка на цензуру лекций. В наше время всем нам приходится ежедневно выслушивать и прочитывать намного более нелепые тексты, чем лекции Кашпировского. Однако доверие к ним у определенной части общества пока не называют индуцированным психозом. Настоящий индуцированный психоз проходит через три дня после разлучения с индуктором. Таким образом, реальность психиатрической клиники — оранжерея, заповедник по сравнению с повседневной реальностью обычной жизни.

Мы неоднократно выступали с протестами по поводу психиатризации действительности, характерной для некоторых отечественных СМИ, и рассматриваем ее как очередную попытку использовать психиатрию в немедицинских целях.

Вы пишете, что Ваш новый информационно-аналитический журнал “Армагеддон” посвящен “деструктивным влияниям оккультно-мистических организаций, тоталитарных сект и нетрадиционных методов лечения”. Вы должно быть не знаете, что уже и начальством принято к сведению, что нетоталитарных сект не существует, и что нетрадиционные методы лечения правильнее называть традиционными.

* Ответ главному редактору журнала “Армагеддон” Т. Е. Галковской.

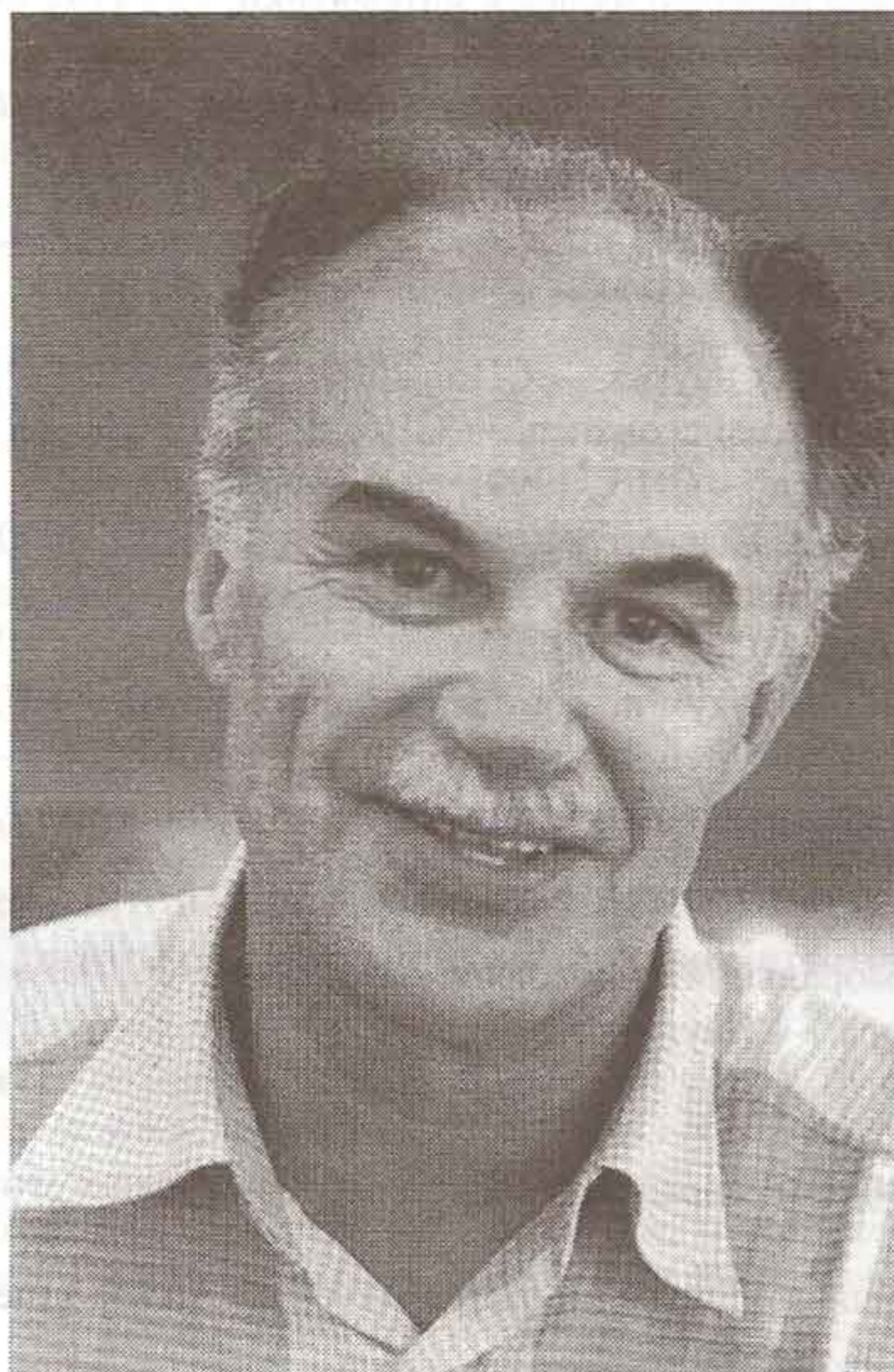
Президент НПА России
Ю. С. Савенко

Давид Черняховский

11.06.1939 – 13.02.2000

Невозможно поверить, что этого живого, казалось, всем давно знакомого, располагавшего к доверию человека больше нет с нами. Для всех, знавших его, — это личное горе.

Давид был человеком редкой отзывчивости и редкостных культуры и познаний, чрезвычайной основательности во всем, за что брался, что делал. Он мог на равных говорить с любым специалистом естественного и гуманитарного знания, литературы, искусства, богословия. Говорить свежо и оригинально. Точно формулировать. Рассказывать художественно и с юмором. Он с успехом попробовал себя на разных поприщах: научного работника, руководителя, издателя, общественного деятеля. Но душа его принадлежала другому делу, и все его таланты отлились в другом.



Давид Черняховский — это, прежде всего, — не побоимся этого слова — идеальный врач. Врач с большой буквы. В трудной, нередко опасной профессии психиатра Давид умел быть индивидуальным с каждым своим больным. Это всегда была филигранная работа, работа психотерапевта и фармакотерапевта в одном лице, работа семейного врача, врача, обращающегося к самым тонким современным методам исследования и к смежным специалистам. Он помнил все о своих многочисленных больных, никогда не оставлял их. Его помощь всегда носила активный характер. Среди пациентов Давида — семьи многих наших ведущих академиков-ученых, писателей, поэтов, другом и помощником которых он оставался на многие десятилетия. В его биографии — и помощь диссидентам, и противостояние комитету госбезопасности, и антифашистская публицистика, и членство в НПА России. В Давиде Абрамовиче сосредоточились лучшие черты российской еврейской интеллигенции.

Д. А. Черняховский родился в Переславле-Хмельницком Киевской области. Первоначально работал слесарем, потом электриком и навсегда сохранил любовь к этим профессиям. В 1965 г. закончил I ММИ, в 1972 г. защитил во II ММИ кандидатскую диссертацию «Клиника, течение и терапия барбитуромании». Работал в ПБ № 7, ПНД № 2 и № 5, в НИИ по биологическим испытаниям химических соединений (1974 – 1976 гг.), в Центральной поликлинике Литфонда СССР, как врач-нарколог и врач-психотерапевт. Он автор многих научных работ, а также издатель, редактор и комментатор трех монографий огромной общественной значимости: Нормана Кона «Благословение на геноцид. Миф о всемирном

заговоре евреев и «Протоколы сионских мудрецов» (1990) и Савелия Дудакова «История одного мифа. Очерки русской литературы XIX – XX вв.» (Наука, 1993) и «Парадоксы филосемитизма и антисемитизма» (в печати). С подготовленного Давидом интервью с митрополитом Антонием Сурожским — главой Русской православной церкви Великобритании, началась регулярная и самая острая рубрика «Независимого психиатрического журнала» — «Психиатрия и религия» (1995, № 1). Памятна также его дискуссия о связи психической болезни Нилуса с пропагандой знаменитой фальшивки «Протоколы сионских мудрецов». Последние годы Д. А. Черняховский работал врачом-наркологом в системе АМН РФ по своей оригинальной методике, а также выступал в роли консультанта крупных психиатрических клиник Западной Европы по вопросам терапии резистентных форм психозов.

Его незаурядный творческий дар — в здоровье его больных, в их благодарной памяти. И это достойная и завидная судьба.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Хаардт А. От просто слов к самим вещам и обратно. К плюрализму описания в феноменологии // Метафизич. иссл. 1999. № 12. С. 186 – 206.

Людвик Флек. Возникновение и развитие научного факта. Введение в теорию стиля мышления и мыслительного коллектива. — М., 1999.

Стили в математике: социокультуральная философия математики. — СПб., 1999.

Эволюция, язык, познание (ред. И. П. Меркулов) — М., 2000.

Соболева М. Е. Система и метод в философии символических форм Эрнста Кассирера // Вопр. филос. 2000. № 2. С. 87.

Басин М. А., Шилович И. И. Синергетика и Internet — СПб., 1999.

* * *

Курт Левин. Теория поля в социальных науках — СПб., 2000.

Леон Фестингер. Теория когнитивного диссонанса. — СПб., 1999.

Эрнст Кречмер. Гениальные личности — СПб., 1999.

Виктор Франкл. Основы логотерапии. Психотерапия и религия — СПб., 2000.

Виктор Франкл. Психотерапия на практике — СПб., 1999.

Эрих Фромм. Кризис психоанализа. — СПб., 2000.

Эйала Пайнс, Кристина Маслач. Практикум по социальной психологии. — СПб., 2000.

Дороти Сток Витакер. Группа как инструмент психологической помощи. — М., 2000.

Феодосий Добжанский. Мифы о генетическом предопределении и *tabula rasa* // Человек. 2000. № 1. С. 8 – 24.

* * *

Джордж Эдвард Мур. Природа моральной философии — М., 1999.

Документы II Ватиканского собора. — Паулино, 1998.

* * *

Питирим Сорокин. Преступление и кара. Изд. Русского христианского гуманитарного института — СПб., 1999.

Мишель Фуко. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. — М.: Ad Marginem, 1999.

Мишель Фуко. Это не трубка. — М., 1999.

* * *

Михаил Румер-Зараев. Сошествие в ад. — Ганновер, 1999.

Ержи Эйнхорн. Избранный выжить. — СПб., 1999.

Гордон Крейг. Немцы. — М., 1999.

Автопортрет славянина. — М., 1999.

Российская ментальность: методы и проблемы изучения. — М., 1999.

Михаил Эпштейн. Постмодерн в России. — М., 2000.

Карл Шмитт. Политическая теология. — М., 2000.

Карел Чапек. Беседы с Т. Г. Массариком. — М., 2000.

* * *

Гофман А. Б. 7 лекций по истории социологии. — М., 1999.

Леонид Сморгунов. Сравнительная политология. Теория и методология измерения демократии. — СПб., 1999.

Роберт Даль. О демократии. — М., 2000.

Флибберг Б. Хабермас и Фуко. — теоретики гражданского общества // Социол. иссл. 2000. № 2. С. 127 – 135.

Алексей Левинсон. Повсюду чем-то пахнет (К социологии обоняния) // Логос. 2000. № 1. С. 28 – 41.

Беседа Е. Ознобкиной с Н. В. Мотрошиловой // *Ibid.* С. 18 – 27.

ABSTRACTS AND TRANSLATIONS

Anxiety, Melancholy and Creativity: the Case of the Poet Rainer Maria Rilke

Otto Dörr-Zegers (Santiago, Chile)

The relationship between genius and madness has been a subject of interest since the beginning of critical and philosophical thinking. Thus, Aristotle, in the Book XXX of the *Problemata*, asks himself "why are all extraordinary men in the fields of philosophy, politics, poetry, and art melancholic?, adding afterwards: ... and some of them in such a way that they suffer from pathologic manifestations whose origin is in the black bile". In the past decades the German author Tellenbach studies several genius personalities, both from fiction, like Hamlet, and from reality, like the writer von Kleist, concluding that they suffered from a specific form of depression he called "Schwermut" (melancholy), which would be different from the depressive illness as such. This author asks himself if in the framework of the anxiety disorders could not occur something similar: that together with the neurotic anxiety there exists another form which

somehow accompanies the creative work. He finds in the German poet Rainer Maria Rilke an outstanding way for investigating this context, even more so because the whole of his epistolary work has been just published. Rilke suffered from the time of his childhood from intense states of anxiety, which evolved later towards mixed states of anxiety and depression. He was advised by different friends to submit himself to psychoanalysis, and the therapist chosen was Victor von Gebattel. Rilke never did it, but there exists a high interesting epistolary exchange with the above mentioned psychiatrist, in which the poet analyzed his physic condition, his literary work and the reasons why he was not willing to accept such a "total cleaning" of his suffering soul. The analysis of these letters allows this author to confirm the hypothesis that a specific form of anxiety peculiar to geniuses is somehow a *conditio sine qua non* for artistic creation.

Cooperation of the Russian Society of Psychiatrists and the Independent Psychiatric Association of Russia

The support of the IPA of Russia on regional centers has born its fruits. The conference in Rostov-on-Don has given impetus to closer cooperation between the RSP and the IPA of Russia. After it formerly occasional participation of the IPA leadership in the Plenum of the RSP Presidium, conferences and symposia of the RSP, in meetings of the Scientific Council of the Moscow Research Institute of Psychiatry

of the Health Ministry of the RF has become actually constant and it has not only brightened up discussions on all related subjects — but, according to general view, has made them more productive. Nevertheless, the inevitability of that had been predetermined by the double membership in both associations of a great number of professors and chief psychiatrists in many regions of Russia.

New Psychiatric Center in the South of Russia

The end of the last century was marked by conference in Rostov-on-Don "Psychiatry on the boundary of millennia" on December 21 – 23, which was remarkable in many respects. It is difficult to name other places where regional conferences would be held with greater magnitude, would be devoted to discussion of such a number of problems, attracted such a variety of participants and be accompanied by publication of collected materials of such representative conference. All those had been ensured by the successes of the **Rostov Psychiatry Chair, which celebrated its 75-th anniversary**. The Chair, like all the medical faculty, was established as a result of the transfer to Rostov of the medical faculty of the Warsaw university after the First World War. The organizers of the conference first of all stressed the fact, which had actually integrated that perhaps the greatest in the country team of Chair, namely adherence to the traditions of the Chair beginning with its founder Prof. Karapet Sergeevitch Agadzhanants (1917 – 1920). He was a prominent national psychiatrist, whose name, up to discoveries in archives made for the conference, had been completely unknown and forgotten due to his emigration to Paris in 1920. Subsequent galaxy

of heads of the Chair includes one of the founders of biological direction in psychiatry A. I. Yushchenko (1920 – 1929), one of the pioneers in active therapy on mental diseases M. Ya. Sereysky (1930 – 1934), prominent organizer of children's and adult psychiatry and the experimental-laboratory direction N. N. Karaganov (1934 – 1961), pioneer in medicinal fasting Yu. S. Nikolayev (1961 – 1963) and such versatile clinicists as M. P. Nevsky (1963 – 1986) and V. M. Kovalenko (1986 – 1996). And this list is far from exhausting constellation of bright names connected with the activities of the Chair. These are V. V. Brailovsky, A. A. Perel'man, A. Ya. Dorsht, N. M. Itsenko, E. M. Zal-kind, D. G. Shefer, V. A. Nikol'sky, Kh. Ch. Garkavi, E. V. Maslov, A. B. Alexandrovsky, M. A. Chalisov, A. A. Megrabyan, A. B. Kogan and others. Since 1996 the Chair has been headed by Prof. A. O. Bukhanovsky, who had acquired the international fame by his research work and organization of service in the field of double sex and serial murderers up to composing their psychological portraits (The FSB was seriously interested in it).

The jubilee conference, which had been welcomed by the World Psychiatric Association and sponsored by the Rostov

State Medical University, the health ministries of the RF and the Rostov Region as well as the RSP and the IPA of Russia, had gathered a great number of participants. Among them were leaders of both All-Russian psychiatric organizations Prof. V. N. Krasnov and Dr. Yu. S. Savenko, the Director of the Russian Research Center for Human Rights and the IPA of Russia L. N. Vinogradova, leaders and leading scientific workers of the Serbsky State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry Prof. Yu. A. Alexandrovsky, Prof. B. V. Shostakovitch, Dr. E. Ya. Shchukina, Dr. G. M. Rumyantseva and Dr. Yu. D. Kriivorutchko, Deputy Director of the Moscow Research Institute of Psychiatry Dr. A. P. Muzychenko, Chief psychotherapist of Moscow Dr. Yu. P. Boiko, heads of psychiatry chairs in the South of Russia Prof. I. V. Boev (Stavropol), Prof. T. I. Bukanovskaya (Vladikavkaz), V. G. Kosenko (Krasnodar), Ya. S. Orudzhev (Volgograd) and D. Ch. Temmoev (Naltchik), Kislovodsk chief psychiatrist Dr. I. A. Bylim and others. Among the items under discussion were: The history of the Rostov Psychiatry Chair and prospects of its development; Tendencies of development of modern psychiatry; Urgent problems of border psychiatry, narcology and psychotherapy; Organization of psychiatric care; Aggression and psychiatry; Psychologo-psychiatric consequences of technogenic catastrophes and terrorist acts (the explosion in Volgodonsk was described and analyzed in every possible aspect and practical help by members of the Chair had been rendered there with maximum efficiency), as well as Law and ethics in psychiatry. At that session under chairmanship of Yu. S. Savenko, L. N. Vinogradova and A. I. Kovalyev profound concern in connection with falling off in the level of evaluations in topical cases had been voiced and lively discussion followed at the round table. Press conference was also held. As a specific innovation was inclusion in the framework of the conference a curriculum in the shape of a cycle of 8 lectures on main sections of psychiatry, which had been delivered to students. All the participants were given certificates signed by the rector of the RSMU, Minister of Health of the Rostov region, leaders of both All-Russian psychiatric societies and by the head of Psychiatry Chair Prof. A. O. Bukhanovsky.

The greatest assets of the Chair are not only regular and post-graduate education ensuring lecturing on psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology to one thousand students of three faculties of the 4-th and 5-th year, as well as to doctors-psychiatrists and psychologists with university education (on clinical psychology) and not only actual position of the research center and organization of service in problems of double sex and serial murders, but vast publishing activity. Here one should especially note the handbook "General psychopathology" by A. O. Bukhanovsky, Yu. A. Kutyavin and M. E. Litvak, ICD-10, "Epilepsy" (Yu. A. Kutyavin, V. S. Kovalenko, M. E. Litvak), "Psychotherapeutic etudes" (M. E. Litvak) and a great series of works on psychology and various applied subjects.

The spare time of participants of the conference was organized with great skill and was abundant with various festivities mainly based on musical, vocal and humorist talents of members of the Chair. V. L. Kapustyansky and O. Ya. Siletsky acted as high professionals. The elder generation and students-members of circles acted together in humorous plays depicting pedagogi-

cal process, examinations and so on. All these were proof of talents of the whole team of the Chair in the art of human relations, the proof of good will. And it didn't look accident that all the graduates of the Chair and everybody who had dealt with it at any time in the past experienced a special warm feeling to it.

In spite of all his attempts to remain in shadow the present head of the Chair Prof. Alexander Bukhanovsky was notable for his active temperament in all his deeds, such as pedagogical process involving students and doctors, organization of clinical and scientific work, strengthening the authority and independent position of the Chair, formation of wide interregional and international ties, in extraordinary projects and in real system practice which flexibly connects a great number of aspects.

On the eve of the conference Alexander Olimpievich shared his experience at the Plenum of the RSP, which like that conference has become (and it was his another great accomplishment) **vivid demonstration of productivity of combining efforts of the RSP and the IPA of Russia**: members of the Chair are members of both All-Russian psychiatric organizations. The speech by Prof. Bukhanovsky had produced strong impression on the participants of the Plenum: the drowsy arrogance of psychiatry in the capital was shattered by abundance of various innovations, which had already been realized by the **seething South of Russia that had been organized** and rapidly converted **into totally independent force** with no "separatist tendencies". The constructive approach to all the initiatives, creative independence, active sharing of experience and interest to experience of others have not only ensured success, but serve as reliable guarantees in future too. To this purpose also serve clearly outlined relations with the administration of the Medical University, the Health Ministry of the Region and Major, close cooperation with the Neurology Chair, juridical higher education institutes, with law enforcement bodies, with the local mass media, with representatives of pharmaceutical firms and so on. All those undoubtful successes put onto a dead end the Soviet tradition of centralism still existent in RSP: new program directives should come from the center, they should be universal for all, unified, but not limited by general principles. Such a far of regional independence with petty surveillance, which put comforts of management and control above proper fulfillment of the aims themselves, despite obvious incongruity and constantly discovered inefficiency, had been always given preference in all spheres of people's economy and culture. The echo of that heritage was heard in the reaction to the proposal of Prof. Bukhanovsky to publish a federal Psychiatric Newsletter. The leadership of the RSP, which had failed to realize itself that long standing necessity, negatively reacted to the prospect of publication of such newspaper outside Moscow as if it rules out the existence of several such newspapers. In reality it is all vice versa, as it is the case with existence of two All-Russian psychiatric societies, which ensures increasing the degree of freedom ten times more and arouses spirit of competitiveness — the ferment of growth and improving health. **We recommend acquaintance with the experience of the Rostov Psychiatry Chair** to all colleagues as an example of creative independent and effective way of development.

Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

“Что нужно знать о психическом здоровье”

по следующим темам:

Когда нужен психиатр?

Душевнобольной в семье

Психическое здоровье пожилых людей

Расстройства пищевого поведения

Шизофрения

Маниакально-депрессивные расстройства

Депрессия

Фобии

Панические расстройства

Посттравматические стрессовые расстройства

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,
развенчать мифы об особой опасности,
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

НАЧАЛИ ВЫХОДИТЬ

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «**НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ**»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогредиентной шизофрении».
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клиничко-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)

ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных

на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- № I, 1991: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Обывательские комплексы психиатрического мышления — О психической заразительности.
- № I–II, 1992: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- № III–IV, 1992: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- № I–II, 1993: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- № III–IV, 1993: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- № I, 1994: Нелекарственная терапия психических заболеваний — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- № II, 1994: Эрих Вульф о бреде — Феноменологические аспекты меланхолии.
- № III, 1994: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- № IV, 1994: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- № I, 1995: Семен Гурвиц о вялотекущей шизофрении — Иорг Фроммер о клинической диагностике — Антоний митрополит Сурожский о медицинской этике.
- № II, 1995: Жан Эйм об институциональной психотерапии — Виктор Каган о границах психотерапии — Эрих Вульф об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- № III, 1995: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- № IV, 1995: Психоонкология в гематологической клинике — Психирургия в современной медицине — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- № I, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- № II, 1996: Ясперс — Бред ревности — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- № III, 1996: Ясперс — Бред ревности — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — Психотерапия и психоанализ.
- № IV, 1996: Ясперс — Бред ревности — Конгресс ВПА в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- № I, 1997: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- № II, 1997: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- № III, 1997: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- № IV, 1997: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей В. Бехтерева и П. Григоренко — Патографии Ленина и Хрущева.
- № I, 1998: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Судебно-психиатрическая экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- № II, 1998: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- № III, 1998: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- № IV, 1998: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Информацию для подписчиков и рекламодателей
можно получить в редакции по телефону (095) 206-86-39
103982, Москва, Лучников пер., 4