

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2015

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

EDITORIAL BOARD

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
В. А. Кажин
Г. М. Котиков
В. В. Мотов
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigori Kotikov
Vladimir Motov
Pavel Ponizovskiy
Vladimir Prokudin

**Журнал включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981),
рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

Сдано в набор 12.06.2015. Подписано в печать 26.06.2015. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2015-2-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

60-летие “Критики психосоматики” Ганса-Йорга Вайтбрехта	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Из “Критики психосоматики” Ганса-Йорга Вайтбрехта	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
О методе изучения и написании клинической психиатрической истории болезни — В. Г. Остроглазов.	13
Позиция России в отношении метадоновых программ — А. Г. Гофман	18
Проблема нормы в психиатрии: философский анализ — Е. В. Косилова.	24
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Особенности течения эндогенного процесса при ВИЧ-инфекции — проф. В. В. Калинин, О. Е. Крылов	29
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Наделение психиатрического учреждения функциями опекуна недееспособного пациента — Ю. Н. Аргунова	40
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Цинизм экспертов: вместо легкой дебильности — имбецильность; вместо легкой дебильности — интеллектуальная норма	47
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Роль В. Р. Буцке в развитии отечественной психиатрии — А. Я. Басова, М. В. Кокорина	54
Московская тарантелла — В. Д. Тополянский	60
О фальсификации истории психиатрии в Википедии — Ю. С. Савенко	75
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ	
По поводу статьи С. Ю. Циркина “Конформное поведение как социальное, биологическое, психологическое и психопатологическое явление” — Б. В. Воронков.	76
К вопросу психокоррекции пациентов, вовлеченных в эзотерические медитативные практики — Н. А. Шатайло (Днепропетровск)	78
ХРОНИКА	
XXIII Европейский конгресс по психиатрии в Вене	80
Круглый стол “О добросовестности в науке” Б. Г. Юдин “О добросовестности в научных исследованиях”	83
Внеочередной съезд Национальной медицинской палаты Ю. С. Савенко “Основное условие успешности реформы здравоохранения”	84
Всероссийская конференция психиатров и наркологов	87
О присвоении имени В. П. Сербского	89
Психиатрическая служба Чеченской республики	90
Семинар для юристов по правам людей с психическими расстройствами — новое в законодательстве.	92
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Хоть на листе — но, чтобы собою! (на примере художника Владимира Яковлева) — И. А. Иванюшкин	93
Быль о человеке-невидимке — Евгения Адрова	99
РЕКОМЕНДАЦИИ	101
АННОТАЦИИ	102

CONTENTS

60 anniversary of “Criticism of a psychosomatic” of Hans-Jurg Weitbrecht	5
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
From “Criticism of a psychosomatic” of Hans-Jurg Weitbrecht	7
ACTUAL PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
About a method of studying and writing of the psychiatric clinical record — V. G. Ostroglazov	13
Position of Russia in the relation the metadon programs — A. G. Gofman	18
The problem of normality in psychiatry: philosophical analysis — E. V. Kosilova	24
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Features of endogenous process course at HIV infection — prof. V. V. Kalinin, O. E. Krylov	29
PSYCHIATRY AND LAW	
Investment of mental health facility with functions of the guardian of the incapacitated patient — Yu. N. Argunova	40
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Cynicism of experts: instead of mild intellectual disability — severe intellectual disability; instead of mild intellectual disability — intellectual norm	47
HISTORY OF PSYCHIATRY	
V. R. Butcke role in development of Russian psychiatry — A. Ya. Basova, M. V. Kokorina	54
Moscow Tarantella — V. D. Topolyansky	60
On falsifying the history of psychiatry in Wikipedia — Yu. S. Savenko	75
REACTIONS AND DISCUSSIONS	
Concerning the S. Yu. Tsirkin’s article “Conformal behavior as social, biological, psychological and psychopathological phenomenon” — B. V. Voronkov (St-Petersburg)	76
On psychological correction of patients involved in esoteric meditation practices — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk)	78
CHRONICLE	
XXIII European Congress of Psychiatry in Vienna	80
Round table “About the Integrity in Science” B. G. Yudin “On integrity in scientific research”	83
An Extraordinary congress of the National Medical Chamber Yu. S. Savenko “The main condition for the success of health care reform”	84
All-Russian Conference of psychiatrists and narcologists	87
About the Serbsky name	89
Psychiatric service of Chechen Republic	90
Seminar on the rights of people with mental health problems for lawyers	92
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Be it on piece, but be true to yourself (on the example of the artist Vladimir Yakovlev) — I. A. Ivanyushkin.	93
True story on invisible man — E. Adrova	99
RECOMMENDATIONS	101
ABSTRACTS	102

60-ЛЕТИЕ “КРИТИКИ ПСИХОСОМАТИКИ” ГАНСА-ЙОРГА ВАЙТБРЕХТА

Необходимо уметь увидеть интеллектуальную красоту концепций Теодора Мейнерта, Карла Вернике, Зигмунда Фрейда, Ивана Петровича Павлова, знать и помнить развитие их концептуальных построений. Пускай это научная мифология с современных позиций, но их концепции позволяли охватить и осмысленно свести известные на ту пору данные в объяснительную систему, они были продуктивными и динамичными. Продуктивными были и их ошибки.

Критическая традиция Канта, а в медицине Н. И. Пирогова, принцип фальсифицируемости собственных идей — реально вечный двигатель науки. Но он будет работать вхолостую, если ошибки будут повторяться на разные лады, не исправляясь по существу.

Монография Вайтбрехта “Критика психосоматики” — выдающийся пример этой критической традиции со стороны классика клинической психиатрии в адрес очень эффективных интеллектуальных построений, мифологичность которых вряд ли можно назвать продуктивной. Вайтбрехт показывает неуловимость и продолжение тех ошибок, на которые с начала века указывала феноменологическая школа в психиатрии — Карл Ясперс (1883–1969) и Курт Шнайдер (1887–1967). Критика Вайтбрехта сосредоточена на ближайшей к нему волне, если не девятом вале психосоматики. В 1950 г. в Германии вышла монография Виктора фон Вейцекера (1886–1957) “По эту и по ту сторону медицины”, а в США — “Психосоматическая медицина” Франца Александера (уроженца Будапешта, эмигрировавшего из Германии в 1932 году и четверть века проработавшего в Чикагском психоаналитическом институте) (1891–1964). Спустя пять лет это уже разветвленное направление исследований, опиравшееся в значительной мере, особенно в США, на психоаналитические представления. Среди других ведущих представителей этого направления А. Мичерлих (1949), Г. Глацель (1949, 1954), Е. Вейс (1951) и мн. др.

Вайтбрехт показал непродуктивность различных версий нео-психоаналитических и тем более ортодоксально психоаналитических методических приемов и интерпретаций, используемых психосоматиками, несмотря на их отказ от таких центральных положений психоанализа как Эдипов комплекс, сексуальный генез неврозов, кастрационный комплекс и т. д. Вайтбрехт видит психосоматическую медицину как перелицованную и расширенную проблематику неврозов.

Фундаментальные ошибки в психосоматике этого периода — это априорная предвзятость относительно

первичности и доминирования психических факторов — специфических психогенных и конфликтных ситуаций разного рода; особых личностных особенностей — психосоматических типов личности; универсального характера психических влияний и, таким образом, психогенеза многих соматических заболеваний; перерастание психосоматики в определенное мировоззрение — всеобщую антропологическую доктрину психоаналитического толка, претенциозно обозначающую себя “глубинной психологией”.

Вайтбрехт считает непродуктивной трактовку болезни как материализации неразрешимого конфликта, как превращение “Я” в “Оно”, “смятения духа” в телесную конституцию, а также обоюдной “взаимозамены”, “превращения”, “перетекания” тяжелых органических заболеваний и прогрессирующих психических расстройств, в частности тяжелой эндогенной депрессии. Он иронизирует над попытками обосновать психоз как “необратимую судьбу”: такое поспешное системообразование в отношении психогенеза чревато превращением самой психосоматики в эрзац религии.

Вайтбрехт приходит к следующим выводам:

- 1) Психогенез соматических заболеваний должен быть отвергнут вне зависимости от его понимания, это неизжитая психологизация;
- 2) Представление о психосоматических типах личности и специфических ситуациях для определенных соматически заболеваний несостоятельно;
- 3) Сама аналитическая система трактовки болезней непродуктивна;
- 4) Попытка построения медицинской антропологии обречена на неудачу;
- 5) Психосоматическое направление слишком поспешно было провозглашено новой медициной.

Хотя уже в 1961 г. монография Вайтбрехта была отреферирована в “Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова” д-ром И. С. Каганом, но не произвела соразмерного своей значимости отклика из-за того, что наносила удар по психоаналитическим спекуляциям, которые тогда у нас самих активно критиковались. Не было осознано, что удар наносился значительно глубже и серьезнее — не по психодинамической мифологии, а по мифологии как таковой: по некорректной интеллектуальной переработке эмпирического материала, не фундированного феноменологически, по некорректности производимых корреляций, отождествлению субъективного смысла болезненных переживаний с приписываемым исследователем, превращению исследуемой проблемы в независимый

объект изучения, оторванный от его места в системе значимостей конкретного больного, по представлению о символическом языке органов и его объективации, и т.д. Вайтбрехт цитирует Ясперса: “Основная ошибка всей этой так наз. революции в медицине выражается в неизменно повторяющемся противоречии — сначала в объективизации необъективируемого, затем — в привлечении этой объективации в качестве предмета новой медицинской науки”.

“Психосоматическая медицина”, подобно “социальной психиатрии”, является искусственно вычленимым направлением исследований, чреватым вредными последствиями, когда начинает претендовать на самостоятельность, а не скромный раздел клинической медицины. Любая болезнь носит психосоматический характер, а клиническая психиатрия всегда является социальной психиатрией.

Нельзя не подчеркнуть, что Ганс-Йорг Вайтбрехт (1909 – 1975) — один из наиболее выдающихся кли-

ницистов, автор выдающегося неоднократно переиздававшегося труда “Психиатрия в основах” (1963, 1968, 1973), представитель феноменологической психиатрии, продолжатель Карла Ясперса и Курта Шнайдера, ученик последнего и, как и он, последователь критической онтологии Николая Гартмана, что Курт Шнайдер написал предисловие к этой книге, где отметил в качестве ее “основного достоинства” “эмпирический критицизм”. Она до сих пор очень актуальна даже в Германии, что видно, например, из наиболее популярного учебника психиатрии Райнера Телле, из последнего издания словаря Генриха Уве Петерса (2011), а теперь для широкого круга отечественных врачей, в связи с очередной волной интереса к этой проблематике. Актуальна как предостережение в отношении очередных возможных мифологических построений.

Ю. С. Савенко

Вышла книга Ю. С. Савенко

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

Критическая психопатология

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М.: “Логос”, 2013. — 448 с.

Книга включает 9 разделов: предмет, методы и единицы анализа психиатрии, основные изменения и систематика психических расстройств, диагноз, модели и патогенез психических расстройств, социальная психиатрия и социология психиатрии.

В приложении: “Тревожные психотические синдромы”, “Скрытые депрессии”, “Новая парадигма в психиатрии”.

В работе показано, что основной метод клинической психиатрии — феноменологическое (а не естественно-научное) описание непосредственного общения с психически больным и реконструкция истории его болезни — является самым сложным, так как требует высокого уровня критической рефлексии, интеграции феноменологических и индуктивных единиц анализа и рассмотрения в различных измерениях. Обсуждается современная классификация психических расстройств и ее развитие.

Работа предназначена для широкого круга специалистов, как начинающих психиатров, так и опытных коллег, в силу важных вкладов феноменологического направления, новой научной парадигмы, адекватных философских и математических представлений.

Изложенный подход открывает широкий горизонт для новых исследований.

В Москве книгу можно приобрести в офисе НПА России по адресу: Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3, комн. 5-а; в книжных магазинах “Фаланстер” и “Циолковский”. Стоимость книги 400 руб., с пересылкой 520 руб. (при заказе нескольких экземпляров стоимость пересылки сокращается). Заказать книгу можно по адресу: info@npar.ru или по тел. (495) 625-0620.

Критика психосоматики¹

Ганс Йорг Вайтбрехт

“Сконструировать единство очень легко, обнаружить единство из проявления феноменов весьма затруднительно. Часто мир представляется довольно простым. Хотя мир это единство, он является закрытым, но не из-за принципа, не из-за единственной детерминирующей силы, которая запускает всё от одной точки снизу или сверху”.

Николай Гартман (Nicolai Hartmann)



ВВЕДЕНИЕ

Иной читатель может спросить, зачем и для чего вообще писать о возможностях и границах психосоматического образа мышления, если учесть, что всеобъемлющий анализ души и тела остаются в медицине недостижимыми без утраты целостности живого человека.

Одной из причин необходимости такого рассмотрения является то, что в некоторых специальных направлениях в медицине внутренних заболеваний и психотерапии выражение “психосоматическое” применяется в особенном, часто посредством невысказываемой мировоззренческой предпосылки (типа

клейма) смысле, что делает необходимым пояснения. Зачастую речь не идёт о том, чтобы эта “психосоматическая медицина” телесно-душевных-проблем в исследованиях и лечении пробудила у несведущих, вольно или невольно, представление об особо ограниченной специализации, а скорее о том, что в терапии и учении о болезнях, вопреки всем речам о целостности и одновременности, утверждается примат психического перед соматическим. Что под этим понимается в отдельных случаях, должно проясниться в ходе исследования. Не случайно, что “новая медицина” не называет себя сомато-психической. Мичерлих (Mitscherlich) указывая на это, сказал: “Ваше поле исследования чаще можно описать как поворот назад: как психические процессы оказывают патологическое влияние на протекание телесных заболеваний”. Однако, на этих, как обширных так и крайне важных рабочих программах дело не останавливается, и большая часть психосоматиков считает цель исследования заранее известной и не требующей вовсе дальнейшей дискуссии, а рассматривается, как фундамент учения, *что психические факторы в генезе телесных заболеваний играют первичную роль.*

Вместе с тем, не в последнюю очередь с точки зрения клинической патологии, здесь возникают сомнения. Что психосоматическая терапия часто почти идентична психотерапии — можно согласиться. *Что можно всё же наблюдать с тревогой, то это более или менее замаскированную тенденцию психосоматической медицины, ни в коем случае только в США, а там и сям предпринимаемых попыток раздувания модификаций Фрейдовского психоанализа по отношению к общей “Антропологии”.*

Вряд-ли когда-нибудь полемика по поводу медицинских гипотез — а ими до сих пор остаются психосоматические труды — так сильно предполагала характер борьбы веры и мировоззрения, с одной стороны беспокоящей величайшие умы, а с другой

¹ Hans Jorg Weitbrecht. Kritik der Psychosomatic. — Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1955 — Отрывки. Перевод Григория Михайловича Котикова.

стороны становясь темой “паблисити”, опускаясь до уровня иллюстрированных газет.

Выражение “Глубинная психология”, неразделимо связанное с психосоматической медициной, является претенциозным и требует из-за своей, в большой степени сознательно культивирующейся эзотеричной “флюидности”, критического осмысления. Оно претендует не на что-то умеренное, а на то, чтобы быть психологией истинной, действующей, взиравшей в глубь человеческой сущности, которая по отношению ко всем другим остаётся наивысшей. “Психология сознания” презирается из-за механистичности и причинной зависимости...

...Сегодня нет психологии, достойной этого имени, которая так тщательно не занимается изучением мира влечений, ценностей, чувств и структур восприятия, а также так серьезно и проблемой сознательного и бессознательного, как специальная “глубинная психология”. Она может достаточно достоверно привести к пониманию того, что единственно она способна объединить теории Фрейда, Адлера, Юнга, ф. Вайцекера (v. Weizsäcker) и прочие, которые, делают возможным подход к истинной глубине, в то время как все иные пути заводят в дебри. Признание “бессознательного” и неисчерпаемая глубина его проблем, конечно, не позволяет просто быть идентифицированным с помощью особых способов понимания, представляемых той или иной психоаналитической школой. Постоянно повторяющееся утверждение, что “школьная психиатрия” отрицает “бессознательное”, требует пересмотра. Если мы опросим принципиально разных авторов, таких как Груле, Ясперса или Кречмера, то все они подчёркивают значение Бессознательного. Gruhle, например, в отличие от некоторых аналитиков, отвергает выражение “механизмы” для понимания Бессознательного, “поскольку они из бессознательно возникающего синергизма должны мыслиться отнюдь не механическими... а вполне жизненными.” Бессознательное для Груле как и для Ясперса является принципиально способным осознаваться; Ясперс по контрасту рассматривает внесознательное в качестве “переживаемого фактически как незамечаемое”, наконец Кречмер предпочитает, вслед за Шильдером, термин “сфера”, так как термин “бессознательная душевная жизнь” находится в понятийном противоречии сам с собой. Процесс может быть лишь “малоосознанным”, “сферическим”, тогда это ещё нечто душевное, или “внесознательным”, тогда это, например, соматический мозговой процесс, уже более ни в коей мере не имеющий отношения к душевному...

...Несомненно, во многих университетах *медицинская психология* и *общая психопатология перебиваются* на правах Золушки и молодой клиницист получает здесь довольно мало опыта. Не нужно лишь зашоривать взгляд на секторное слияние каждой школы. На то, что такая опасность всё-же существует, со всей серьёзностью указывал прежде всего Ясперс

своим *предупреждением об анализе обязательного обучения*. Разумеется, настоящий врач “во все времена”, насколько это вообще возможно, это врач для человека, а не только для болезни, даже если он никогда ничего и не слышал об аналитической технике. При этом остаётся бесспорным, что понимание развития многих аномальных реакций переживания и развитий характера путём изучения знаний законов их сущности способствует овладению быстрым подходом к пониманию их динамики и при этом возможной их терапии и что “психология здорового человеческого состояния” может быть основательно ошибочной. Тем не менее, мне кажется уместным подчеркнуть следующее: принимая во внимание необозримый поток соответствующей литературы и под суггестивным впечатлением “само собой разумеющегося”, которым психосоматика представляет себя, как “*новая медицина*”, практический врач не должен позволять себе беспокоиться по поводу чувства неполноценности. Часто “*классическая медицина*” представляется карикатурно, как “пробирочная медицина” и выставляется мрачным фоном, на котором должна сверкающе выделяться *новая “религиозность переживаний”*. Она должна заместить “устаревшее каузальное мышление”, которое не осознаётся как “историческая духовная позиция” и подвергается иронии. Сюда же относится и известный тезис ф. Вайцекера, что “*естественно-научной медицине*” не следует оценивать методы и успехи психотерапии, так как психосоматическая медицина критикует сама себя.

Было бы очень досадно, если бы вследствие подобных тезисов психосоматическая медицина, прежде всего в Германии, попала бы в *опасность сектантства*. Более чем понятная фасцинация (завораживание), которая использовала всё антибиологистическое, опирающееся на дух, на ту “Кровь и Почву”, от которых получала отвращение учащаяся молодежь послевоенного времени, начинает, насколько мы видим, смягчать определённое дистанцирование. Причиной этого, в частности, является нетерпимая реформаторская позиция некоторых представителей нового направления исследований и определённая, в не малом количестве публикаций активно проталкивающая себя, эзотерическая “образовательная спесь”, которая все более и более угрожает своим чрезмерным размножением собственно врачебной работе. То, что критика и опыт “как знание медицины, выбитое на скале естествознания (Бюхнер (Buechner)), чьё “возрастающее духовное проникновение” и безусловное “серьёзное восприятие психологического и антропологического опыта” являются многообещающим положительным явлением нашего времени и будут стойко этому противиться — само-собой разумеется, как и то, что они останутся существовать и оказывать влияние и дальше... Попытки же *притязания на абсолютность* “новой медицины” быть представленной в будущем исключительно ей одной постепенно стихают.

Несмотря на веские сомнения относительно отдельных теорий психосоматики, о которых ещё будет сказано, нужно упомянуть большую заслугу ряда выдающихся врачей, среди которых должны быть упомянуты такие имена, как Крель (Krehl), Зибек (Siebeck), ф. Бергманн (v. Bergmann), ф. Вайцекер (v. Weizsaecker), И. Г. Шульц (J. H. Schultz), Шпеер (Speer), и Хейер (Heuer), благодаря которым обогащаются и углубляются перспективы исследований и лечения, и то здесь то там действительно осваивается целина...

К понятию психосоматической медицины

Не существует единого психосоматического учения. Психоанализ Фрейда, часто рассматриваемый как недопустимый метод в психосоматике, пережил, прежде всего в США, разнообразные изменения. Немалое количество их основных пунктов, без их оценки в смысле, придававшемся автором, перестали быть тем, что подразумевалось и вместо них на передний план выдвигаются другие. То что остаётся — это многозначные идеи в генезе и динамике побуждений, в знании вытеснения, в психизме бессознательных душевных процессов и в некоторых значимых для межлических отношений действиях, таких как проекция, перенос и контрперенос (Кемпер (Kemper)) и сохранение их психологического значения вне рамок конкретной задачи в анализе.

То что психосоматическое рассмотрение определённо доступно, что существуют “психосоматические болезни”, было например с одной стороны Ф. Александером (F. Alexander) и Е. Вайсом (E. Weiss), с другой Шульц-Хенке (Schultz-Hencke) трактовано по-разному. При этом спор идёт прежде всего о положении “конверсионных неврозов”, которые уже из-за своего символического характера проявления не причисляются американцами к психосоматическим заболеваниям. Всё же — в отдельных случаях мы можем видеть — Александер тоже никоим образом не свободен от того, чтобы признавать “экспрессивное (выразительное) поведение” органа при некоторых психосоматических нарушениях, в то время как при других несомненно устанавливается только корреляция между типичной ситуацией и болезнью, без того, чтобы вкладывать в это большее, как, например, корреляционно-статистические отношения между строением тела и характером. Это, конечно, исходя из обстоятельство, совершенно несравнимые постановки вопроса, которые необоснованно помещаются здесь под ведущим понятием “психосоматический”.

Если рассмотреть соответствующую литературу, то окажется, что прежде всего изучаются такие болезни как астма, гипертония, стенокардия и язвенная болезнь, болезни, при которых, как подчеркивает Бюхнер, в смысле функциональной патологии ф. Бергманса (v. Bergmans), многократно может быть установлена “последовательность от психических нарушений к органическим функциональным наруше-

ниям, к обратимым органическим структурным нарушениям и, наконец, к необратимым органическим структурным нарушениям.” Бюхнер попытался в качестве психосоматических болезней выделить такие, “при которых хотя решающее вторжение в человеческое здоровье первично переживается или предполагается как психическая вредность, однако, нарушение и последующая болезнь начинаются в психической и соматической сферах человека одновременно.” (Об “одновременности” и важной проблематике “последовательности” ср. ниже.)

Александер, как и ф. Вайцекер придерживаются точки зрения, что было бы заблуждением выделять определённые болезни как психосоматические. Для Александера психологические процессы фактически неотличимы от других процессов, происходящих в организме. Они всегда одновременно являются физиологическими процессами, которые отличаются от других лишь тем, что они могут восприниматься субъективно и что ими можно делиться с другими людьми. “Каждый соматический процесс прямо или косвенно подвержен влиянию психологических раздражений, ибо весь организм образует единство, отдельные части которого связаны между собой. Психосоматический процесс может поэтому проявляться в каждом феномене, существующем в живом организме. Универсальность применимости даёт нам основание говорить о психосоматической эре в медицине.” Решающей важностью является то, что Александер “центральное” и “психогенное” считает равнозначным. Осознание того, что психика господствует над сомой означает, что над ней господствует центральная нервная система. Психические феномены являются “субъективной стороной определенных физиологических (мозговых) процессов”. Идей об отношениях обеих рядов феноменов мы не находим, поверхностно рассмотренное синхронное событие кажется способным удовлетворить все вопросы, и в дихотомии духа и тела, оставленной нам Декартом, Александер видит “типичное проявление инерции человеческого духа”.

Простое и никем не оспоренное определение, что у людей несомненно не совершается ничего психического, которому бы не соответствовало соматическое какого-либо рода, могущее быть обусловленным также и физиологией мозга, стало для Александера (Alexander) поводом утверждать, что в настоящее время “рецептивные стремления в настоящее время невозможно идентифицировать биохимическими, электрическими или какими-нибудь другими непсихологическими техниками”. В этой связи он ставит вопрос, “должно ли рассматриваться психосоматическое действие лишь как преходящий метод, который отпадёт, когда мы будем в состоянии с улучшением электроэнцефалографических и других физиологических методов исследовать отдельные мозговые процессы, которые к сегодняшнему времени мы можем определять лишь психологическими методами.” В конце концов Александер считает правдоподобным, что “мозговые процессы, определяющие межлические отношения, могут быть адекватно

описаны лишь в психологическом и социологическом выражениях”.

Таким образом мы имеем перед собой материалистический монизм, который подобно *“Волновой теории”* Шульц-Хенке, является противоположным полюсом представляемого преимущественно немецкими психосоматиками идеалистического спиритуализма...

...Александр полагает, беря при этом вновь “старый материал опытов” медицины, который вызывает значительное сомнение, что для определённых эмоциональных конфликтов характерна “специфичность”, если они имеют тенденцию “инфицировать” совершенно определённые органы. “Заторможенный гнев провяляет специфическое отношение к системе кровообращения...; потребность в близости и тенденции поиска помощи связаны с проблемами функции питания... конфликт между потребностью в близости и сексуальными желаниями оказывает особое влияние на функции дыхания...” и т.д.

В противоположность, например, Холлидею (Halliday), Александр отвергает классификационное название “психосоматическая болезнь” для язвы желудка, гипертонии, ревматического артрита, гипертиреоза и др., *потому что не может быть доказан факт лишь психогенного объяснения этих заболеваний, “что типичные эмоциональные стечения обстоятельств, обнаруживаемые у язвенных пациентов, могут наблюдаться также у большого числа пациентов, не страдающих язвенной болезнью.* Поэтому должны приниматься во внимание локальные и общие, пока плохо определяемые, соматические факторы, и лишь одновременное существование обоих рядов факторов, как эмоциональных, так и соматических может сделать доступным понимание развития язвы (при этом мы, разумеется, не должны думать о “понимающей психологии” в смысле Ясперса или Груле!). Также важен и тот факт, что в индивидуальном случае относительное значение соматического и эмоционального факторов варьирует в широких границах. *Многочисленность и изменчивое распределение психологических и непсихологических факторов от случая к случаю делают понятие “психосоматическое заболевание” бессмысленным.* Теоретически любая болезнь имеет психосоматический характер, так как эмоциональные факторы влияют на все процессы в организме посредством нервных и гуморальных связей.”...

...Что бросается в глаза в исследованиях американских авторов — это трезвое клиническое содержание и при этом трудности в совместимом беспроblemном употреблении классических психоаналитических шаблонных понятий. Мы поймём, что все попытки, к примеру, в смысле Глацеля (Glatzel) описать “язвенного человека” отклоняются, а монотонное оперирование такими конструкциями как “сверх-Я” или “Оно” недостаточно, чтобы сделать вывод о *большом человеке*, что является главным в немецкой психосоматике. То, что отсутствует единство понятия психосоматики уже подчёркивалось, и Шульц-Хенке исходит, например, со своим скрытым материализмом из

совершенно другого основания, нежели спиритуалисты из круга Зибек и ф. Вайцекера. На то, что принятие психоанализа Фрейда вовсе не означает в “новой медицине” поворот от “болезни” к “человеку”, часто воспринимается ложным образом, указывал ф. Гебзаттель (v. Gebtsattel). “Напротив”, — делает он вывод, — “честолюбие Фрейда или Юнга направлено на то, чтобы сделать доступной человеческую душу научно-естественным методикам. Речь шла о “глубинных механизмах”, о “душевных аппаратах и функциях”, о “динамизме аффектов и побуждений”, о “энергии комплексов и либидо”, и с гордостью говорилось о “энергетических связях”, как об Альфе и Омеге душевной действительности. Задачей было не только общение с больным человеком, но и анализ больной психики. Она равным образом делалась объектом, как любой другой орган тела”. Нельзя сказать, что эта установка исчезла из всей немецкой психосоматики. Так, мы наталкиваемся иногда на мнение из репертуара классического фрейдовского психоанализа относительно необычайно закостеневшей, прямо-таки механистически представляемой *определяющей тяжести ранних детских фрустраций* по отношению к возникающим позднее заболеваниям, которое ни в коей мере в борьбе за “свободу” и против всех “причинностей” не приводит к правильному пониманию. Заикленность на неизбежной роковой предопределённости психосоматических катастроф, расценивающихся как следствие давно происшедших разочарований грудного ребёнка, оценивает свободу в зависимости более чем ничтожно. Что человек не в последнюю очередь созревает, растёт и узнаёт, что он “относит” себя к себе самому в условиях отказа, запрета и разочарования, не удаётся определённо отразить в поле зрения этой *мистически-фаталистической психологии насыщения*...

...*В немецкой психосоматике, сформированной преимущественно ф. Вайцекером, на передний план выступает перенесение центра тяжести от физико-химического рационализма к животнo-антропологическому принципу. Материализация душевного конфликта в болезни и понимание его смысла в рамках истории жизни являются при этом основными тезисами и рабочей программой.*

Важным для исследования основных принципов является обзор Христиана (Christian) *понимания личности в современном медицинском мышлении.* Здесь особенно отчётливо виден полярный контраст по отношению к чикагской школе.

Христиан развивает тройную диалектику понимания личности, которая своей важностью для психосоматики становится главенствующей. 1. Определение личности в неличностных формах, которые в соответствии с ведущим знанием эпохи находятся в антитезе с антропологическим ограничением реального индивидуума. 2. Неизбежная абстракция личности в каждом теоретическом обобщении находится в антитезе с её конкретным и уникальным существованием. 3. Понимание личности, как чистой индивидуальности, находится в антитезе к её межчеловеческому положе-

нию в партнёрских отношениях между врачом и больным... Что касается болезни, то Христиан отвергает *психологически бессмысленное вторжение* её в жизнь. Это становится начальной точкой для полемики клинической психиатрии с психосоматикой, потому как все усилия, сделать психологически осмысленно — понятными сущность эндогенных психозов оказываются неудачными и не приводят к цели, в то время как психосоматика пытается отрицать любую эндогенность в принципе и упрощать психозы до “неврозов”, чтобы они могли интегрироваться в общее поле. Христиан сопоставляет “совершенствующийся и углублённый” ряд понятий болезни: тропы идёт от понимания болезни как слепого события в структуре органа до интеграции болезни в общий процесс жизни человека посредством биологического и психофизического персонализма к психосоматической медицине и к медицинской антропологии...

...На первый взгляд это звучит гладко и выявляет положительную тенденцию ухода от “случая болезни”, который определяется в лаборатории, в то время как человек вообще не попадёт в поле зрения медиков, а врачу никогда не удастся изучить уникального человека и судьбу его болезни. При ближайшем рассмотрении, тем не менее, даже здесь на более высоком уровне анализа заболевания удаётся *фундаментальное понимание смысла*...

...Ранее мы выражали сомнение, несмотря на отчасти убедительный анализ психотического и невротического, прежде всего у ф. Гебзаттеля, что с помощью, например, антропологии можно составлять мнение о депрессивных людях. Клинический опыт показывает нам, что при эндогенных депрессиях можно выделить 2 группы циклотимий, которые существуют в настолько принципиально отличающемся мире, что и сведение обеих конструкций существования в один лежащий в основе “процесс торможения” недостаточно убедительно для нас, вызывает удивление, что одна и та же болезнь может приводить к настолько полярно противоположным самооценкам больных. Целый мир разделяет заторможенного или инициативного витально печального депрессивного пациента, который имеет полное представление о болезни и ищет помощи врача, рассказывает о предыдущих фазах болезни, терапевтическом опыте, ищет способы излечения, от другой группы. Речь идёт о больных с первичным бредом вины или греха, аналогично больным с первичной ипохондрией и нигилистическим бредом обнищания, упорно отказывающихся признать себя “больным” и лечиться; они плохи, греховны и потеряны, подлежат смерти и не желают никакой помощи от врача, а достойны лишь суда, наказания и уничтожения.

Майнерц (Meinertz) указал на большие трудности, состоящие в том, что перед *антропологией* ставится задача, “понять априорно данную структуру человеческого состояния”, в то время как в области *психологии* эти психические процессы должны быть “на основе этой общей структуры человеческого существования быть объективно испытываемыми”.

Майнерц подчеркнул при этом, что рациональное суждение не годится для понимания душевных взаимосвязей; недостаточно *категориального*, необходимо *экзистенциальное* мышление. Точка зрения, с которой Майнерц ясно выступает прежде всего в противоположность Ясперсу и Хайдеггеру, в том, что он декларирует: “Исследование этой специфически человеческой структуры существования мы можем отдать онтологии, антропологии, феноменологии, как областям исследования — как вам угодно. Однако, её истинную сущность вы раскроете, лишь если выделите её *психологическое* значение. Говорю вам: экзистенция конечно находится а priori перед любым опытом; она относится к структуре человеческого бытия. Но распознать её, понять её суть, оценить её значение в ситуациях здоровья и болезни, изучить её личные неисчерпаемые вариации... это возможно только на эмпирической основе. Другими словами: экзистенциальные вопросы относятся к области психологии.” Во всяком случае, экзистенциальный метод был бы приемлемым, чтобы “изымать собственно специфическую сферу человеческого бытия”, отделять её от остальных сфер души и избегать психологического понимания”, это было бы допустимо только если мы признаем за психологией рациональное средство понимания, объективного сопоставления, внешнего анализа, рубрификации и сравнения.” Жёсткое разделение Ясперсом рационального познания и экзистенциального разъяснения не допускается Майнерцем, “потому что обе эти области образуют органическое единство”, и это определено является духовной структурой, которая остаётся преобладающей, следовательно, проблемой психологии. То, что экзистенциально-аналитическое направление в психопатологии представляется пришедшим из специфически человеческих структур бытия, таких как внезапно появляющиеся тревога и страх, зависит с одной стороны от центрирования на депрессивных, ананкастных и других страдающих психопатических личностях, с другой стороны, по крайней мере равным образом, от особого оттенка получившей здесь решающее значение философии Хайдеггера. То, что это, *впрочем*, лежит в природе человека — чувствовать базовое доверие и первичное удовольствие в смысле Гёте или защищённость, как сына Божьего в качестве установления своей собственной человечности — не имеет особого значения. Карус (Carus) как-то сказал о внутренней истине совести каждой беспристрастно развернутой души, “что наша собственная внутренняя истинная природа является просто особой неделимой единицей в круге бесконечного разнообразия..., которой нравится проявляться в верховной вечной мистерии”.

Известно, что в наше время глубинная психология повсеместно, согласно “научной основе”, находит наибольшее внимание в области медицины. Немало способствует этому то, что многие её учителя вышли из медицинских консультаций и исследовательских кабинетов в широкую публичность и во многих случаях претендуют на то, чтобы свою деятельность на-

зывать достоверным созданием правильного образа человека. И к таким “образам человека” имеется почти ностальгическая близость в широких кругах различнейших слоёв. Многие “получившие образование”, прежде всего набрасываются с настоящей страстью на духовно окрашенную психологию и находят утешение и поддержку в мнимых “проникновениях” и знании ответов в качестве инсайдеров в психотерапевтических кругах...

...Карл Ясперс сказал однажды о заблуждениях, которым мы подвергаемся, когда пытаемся получить в руки “целое” и, в частности, о ложных надеждах, которые пробуждает предлагаемая сегодня на всех рынках для продажи “антропология”: “Человеческое существо в целом никогда не станет объектом познания. Не существует системы познания человека. Когда мы считаем, что достигли целостности в понимании человека, сам он ускользает от нас. Все знания о человеке происходит в частных аспектах, показывая каждый раз реальность, но не сущность человека.”

И далее: “Антропология не привносит никакого нового знания. Не может быть никакой специфической медицинской антропологии, как “пригодного для врача учения о человеке”. Она плохо сочетается с философской антропологией как таковой, а та не является доктриной, адекватно представляющей предмет, а лишь бесконечным процессом просвещения самих себя.”

Заключение

Мы приветствуем серьезность, с которой подавляющее большинство психосоматически ориентированных врачей, рассматривающих *больного человека* как уникальную личность, ставят в центр исследований и действий его социальные отношения и признают многие индивидуальные, *обоснованные и подпадающие проверке результаты*, подтверждающие большое значение духовной стороны индивидуального существования для развития и течения многих заболеваний, являющихся чем-то иным нежели известные психогенные конверсионные и органические неврозы. Тем не менее, мы отвергаем феномен *совершенно не очевидного психогенеза* соматических заболеваний, как основного, а также интерпретацию соответствующих теорий Психического в смысле материалистического монизма, как субъективной стороны определённых физиологических процессов или спиритических монизма или дуализма. Мы противостоим концепции *определённых типов личности и “специфически” конфликтных ситуаций* в их значении для определённых телесных заболеваний и, прежде всего, пониманию этой концепции, как чрезмерного физического проявления *аномальной психической реакции*. Сами разрушающиеся преобразования классического психоанализа Фрейда показывают сомнительность одностороннего

переплетения психосоматики с проблемной “*глубинной психологией*”, чьи часто угрожающие и нередко уже происшедшие спады в эзотерическое, заменяющее религию *миросозерцание*, возможно, посредством тесного контакта с клинической психопатологией ещё могут быть обратимыми. Желание выстроить из психологии неврозов *медицинскую антропологию* на наш взгляд обречено на неудачу.

Так как мы серьезно воспринимаем индивидуальное человеческое существо в его болезни, мы испытываем благоговение перед *неподдающимся анализу* и остерегаемся нашим фрагментированным, скромным пониманием или ощущением смысла переоценивать чужую жизненную судьбу. Нам не следует судить, с позиции священника, о вине человека или о праведности его жизни, о которой мы ничего не знаем, не говоря уже о смелости рассматривать его болезнь, как результат противоборства с божественным порядком, и ради спасении его души сетовать на “*излеченную путём инъекций пневмонию*”, как будто мы могли бы оценить её значение для этой жизни. Высокомерие в намерении пронизательности и разоблачения, даже если это замаскировано как добро, а также неврачебный отказ, как каждая скрытая властность в психотерапии, приносит врачу риск невыполнения своей помощи в режиме реального процесса индивидуализации. Если она сознательно останется в своих границах и не откажется от усилий жизнеспособного философского подхода, тогда психосоматическая концепция несомненно сможет быть переработана в ценное взаимоотношение между психическим и соматическим рядами феноменов. Понимание того, что данная точка зрения является отдельным направлением исследований и что опрометчивостью было, с реформаторским фанатизмом внедрять её как “*новую медицину*”, могло бы облегчить необходимый шаг назад к смещению акцента от спекулятивного системного мышления к трудному и критическому проблемному мышлению. Что человеческая мысль сама по себе, конечно, согласно этому, призывает мир к его единству, чтобы понять его окончательно — известно давно.

Напомним в заключении предупреждение, оставленное нам N. Hartmann : “Исходя из того, как мы мы смотрим на вещи сегодня, мы должны Единое, насколько мы это можем, сопоставлять с определённым благоговением, а не подходить к вещам со стремлением к упрощению смысла... вы получаете ложную картину, если пытаетесь вывести комплексную структуру этого мира из одного принципа... это в основном бегство от навязчивости Непознаваемого, нетерпение прийти к чему-то материальному, вместо бесконечных исканий окончательности и устойчивости. Мир имеет естественное единство, и необдуманно описанием Единого он делается только нераспознаваемым”.

О методе изучения и написании клинической психиатрической истории болезни¹

В. Г. Остроглазов

Для психиатра, который знает психиатрию, для того, который читал выдающиеся клинические описания Эскироля и Гризингера, Ласега и Шюле — Фальре и Вестфаля — Маньяна и Кальбаума — Крепелина и Сегла — Блейлера и Пьера Жанэ — именно ценность этих клинических штудий составляет фундамент психиатрической науки. Гипотезы, теории, этиопатогенетические концепции уходят, но клиника остается как постамент психиатрии.

Анри Эй (Henry Ey)

Эту идею Анри Эя о безусловном примате клини- ки, отчеканенную в его статье, посвященной Курту Шнайдеру, разделяют все выдающиеся психиатры, в том числе и Карл Ясперс. По его убеждению, клини- ческий архив историй болезни представляет собой основной материал, от которого отправляется клини- ческая и научная психиатрия. Отсюда очевидно значение истории болезни, ибо *“в психиатрии невоз- можно разобратся без описания отдельных случаев. Они — краеугольные камни, без которых рушатся наши понятийные структуры”*.

Если, теперь, обратиться к нашим клиническим историям болезней, отражающим результаты подчас многолетних стараний разных лечащих врачей, то не- редко можно обнаружить, что из массы написанного в анамнезе болезни и в психическом, неврологическом и соматическом статусах клинический диагностиче- ский вывод о конкретном заболевании сделать иногда не просто; а по дневникам затруднительно судить о тен- денциях течения болезни. Конкретное клинико-психо- патологическое описание подменяется, порой, терми- нологическими квалификациями и шаблонами.

Вместе с тем, легко убедиться, как много места за- нимают ненужные записи, не имеющие клинического значения и свидетельствующие о разнообразных под- робностях соматической, неврологической и психи- ческой нормы. В результате очевиден диагностиче- ский недостаток клинической информации при избыточном объеме истории болезни.

Задача сообщения — не в конкретной методиче- ской рекомендации, а в обсуждении общих условий и целей, к которым следует стремиться при исследова- нии и написании клинической психиатрической исто- рии болезни. Здесь как в фокусе сходятся почти все проблемы научной психиатрии. Поэтому коснусь наиболее общих условий, в особенности тех, которые тесно связаны со спецификой общей психопатологии как нашей науки. Они могут быть сведены к двум ос- новным вопросам: первый касается сущности этой науки, а второй — её методологии.

Психопатология отражает реальное заболевание головного мозга, и с этой стороны, являясь частью об- щей патологии и общей медицины, имеет дело с обще- патологическими закономерностями и категориями: предрасположением к заболеванию, патологическим процессом и его исходом. Но в отличие от соматиче- ской медицины, в психиатрии еще не установлен суб- страт для многих психических заболеваний, и поэтому на данном историческом этапе научной психиатрии мы вынуждены судить о процессе и диагностировать его к л и н и к о - п с и х о п а т о л о г и ч е с к и, т.е. поль- зуясь феноменологическим и клинико-психопатоло- гическим методами. В этом заключается специфика, но не исключительное положение психиатрии среди прочих медицинских дисциплин. По этому поводу Гризингер заметил, что *“патология мозга находится в настоящее время (середина 19 в. — В. О.) в том же по- ложении, в каком была патология грудных органов до Лаэннека”*.

¹ Предлагаемый текст В. Г. Остроглазова, представляю- щий его доклад на Совете молодых ученых в Московском НИИ психиатрии в 1976 году, остается актуальным и широ- ко востребованным. Он был помещен проф. В. А. Содатки- ным в сборнике (в электронном виде) материалов конференции в Ростове-на-Дону *“Психиатрия: дороги к мастерству”* 05.06.2013 г. памяти проф. А. О. Бухановско- го, выдающегося члена НПА России. Поэтому мы были рады желанию автора увидеть этот текст на страницах на- шего журнала. Виктор Гаврилович — ближайший ученик и сотрудник проф. А. К. Ануфриева, также выдающегося члена нашей Ассоциации, продемонстрировал неизменно высокий уровень пропедевтики психиатрии, основы ее на- учности, и верность отечественным традициям высокого клиницизма и психопатологического мастерства.

Эта специфика психопатологии нашла отражение в высказываниях Г. Шюле, С. С. Корсакова, В. П. Осипова и Анри Эйя о том, что, хотя психическая болезнь как всякая болезнь вообще, представляет собой соматическое заболевание (здесь, “соматический”, сома означает тело, к которому принадлежит и центральная нервная система, включая головной мозг — В. О.), мы имеем дело не с больными мозгами, а с личностями. И в душевнобольном мы видим перед собой объект и субъект вместе.

Психиатрическая история болезни представляет собой единое целое из анамнеза болезни и психического статуса, то есть единую “внутреннюю картину” настоящего психического статуса (*Status praesens*) и его истории. Отсюда вытекает главенствующая роль субъективно-психологических данных. А объективные сведения играют здесь вспомогательную роль, дополняя и оттеняя клиническую психосоматическую динамику. Они служат нужным и необходимым дополнением, позволяя косвенно судить об отражении патологического процесса и о влиянии его на поведение, социально-психологические и профессиональные характеристики.

Мне не хотелось бы вызвать впечатление преуменьшения важного значения объективных данных. Но следует только ставить их на второе место после клинко-психопатологических результатов исследования психического заболевания.

В отличие от истории болезни в общей медицине, при изучении и написании психиатрической истории болезни нет столь четкого разграничения между анамнезом жизни (*anamnesis vitae*) и анамнезом болезни (*anamnesis morbi*). Это разграничение устанавливается после написания клинической истории болезни путем клинко-психопатологического анализа. Этим путем определяется время возникновения психического заболевания как патологического процесса.

При написании анамнеза жизни и болезни не следует делать выводов о значении наследственной отягощенности и писать, например, “наследственность отягощена...”. Лучше, как это рекомендует Суханов, описать каждого родственника отдельно по восходящим, нисходящим и боковым генеалогическим линиям. Анализ должен быть нацелен на фамильные черты соматической, психосоматической и психической патологии и модуса реагирования на внешние вредности, т.е. на те черты, которые могли быть унаследованы пробандом.

Данные о протекании беременности, родов и раннем детском развитии желательно получить непосредственно от матери, сопоставляя их с объективными данными “Карты развития ребенка”. И при этом сосредоточивать исследовательское внимание главным образом на отклонениях, избегая описывать физиологические подробности нормы.

Становление личности обрисовывать в кратких, но стержневых, определяющих типологию личности чертах, избегая терминологических шаблонов и оце-

ночных категорий, а лучше, поясняя, когда это необходимо, несколькими показательными фактами и примерами. Дать описание динамики ведущих личностных черт в их становлении и развитии. На этом этапе становления и формирования личности так же важно отразить особенности реагирования на различные внешние и внутренние вредности или факторы. Вместе с тем, в описании истории болезни не должно быть гипотез или выводов о каузальных, причинно-следственных зависимостях проявлений болезни от внешних или внутренних факторов. Эти задачи решаются на клинических экспертных комиссиях и клинко-психопатологических разборах. Такого рода связи и зависимости представляют собой причинность или этиологию, которая является самым сложным, по существу философским предметом в общей патологии человека (И. В. Давыдовский, А. В. Снежневский).

Конечно, главным в клинической истории будет описание болезни. **Изучение истории заболевания** должно быть клинически непредвзятым, объективным. Именно качества патологического процесса — острота, глубина психопатологического поражения, стереотип и особенности течения, его тенденции к прогрессивности, регрессивности или стабилизации — являются определяющими. И поэтому отражение процесса в этих основных его характеристиках должно быть главнейшим предметом в клинической истории болезни. А так как психические заболевания представляют собой мозговые патологические процессы, то и описывать их надо комплексно, объективно, включая сюда и психопатологическое, и соматовегетативное отражения с возможной регистрацией объективно наблюдаемых функциональных нарушений в разных анатомо-физиологических системах.

По-существу, психические заболевания, как это было показано с очевидностью на последних международных симпозиумах по типичным и стертым, ларвированным (маскированным) депрессиям, могут имитировать почти всю соматическую патологию. Поэтому, в истории болезни целесообразно описывать и широкий спектр т.н. психосоматических проявлений (например, сердечно-сосудистых, дыхательных, желудочно-кишечных, мышечно-двигательных и т.д.) и не отбрасывать их, руководствуясь умозрительным разделением на “психику” и “соматику”, которое имеет только гносеологический смысл.

При исследовании инициального этапа заболевания следует стремиться приблизиться к его истокам, включая сюда наиболее ранние проявления, в том числе и соматопсихические нарушения по Карлу Вернике, то есть патологические расстройства общей внутренней чувствительности (сенестопатии) и мышечного чувства (кинестезии).

При изучении клинической картины нужно иметь в виду, что всякая болезнь проявляется тремя рядами симптомов, которые в соответствии с **концепцией Х. Джексона об эволюции и диссоциации нервной системы**, имеют принципиально отличный смысл :

1) позитивные или плюс-явления, составляющие главную, самую выразительную, фасадную часть продуктивной психопатологической симптоматики. Сюда относятся бред, галлюцинации, деперсонализационные, депрессивные расстройства и т.п.; 2) негативные или минус-расстройства, отражающие ущерб функции. Их слишком часто в последнее время смешивают с явлениями дефекта как необратимого выпадения или ущерба функций. В действительности, по Джексону, негативные расстройства относятся не к понятию дефекта как результата патологического процесса, а к самим процессуальным явлениям, точно так же, как и позитивные или плюс-расстройства.

По сути, в известных нам психопатологических симптомах позитивные и негативные расстройства всегда выступают в единстве, представляя разные стороны этих психопатологических феноменов процесса. Например, в зрительной или слуховой иллюзии восприятия ложное восприятие объекта отражает собой позитивное или плюс-расстройство. Но в этой же иллюзии имманентно содержится и негативное расстройство, которое перекрывается более радужной позитивной симптоматикой, ибо представляет собой не-узнавание реального объекта (например, дерева, воспринимаемого как притаившийся человек).

И, наконец: 3) реакция личности на процесс, представляющая собой не первичное, психопатологическое проявление процесса, а вторичное патопсихологическое образование как субъективную реакцию личности на объективно развивающийся (то есть, независимо от личности) патологический мозговой процесс.

Собственно, вся психотерапия и направлена на этот третий, патопсихологический компонент синдрома, поскольку она не влияет на сам патологический процесс. (Понимание этого момента при несколько чрезмерной претензии профессиональных психотерапевтов отражено в формуле: мы не влияем на процесс, но изменяем судьбу. Иногда это действительно так, например, в случае предотвращения суицида).

Первые два вида расстройств (симптомов), тесно взаимосвязанных в клинической картине, составляют вместе продуктивную симптоматику как непосредственное проявление процесса, но их значение различно. Если позитивные расстройства, позитивная симптоматика отражает процесс в виде бесконечного богатства проявлений, то негативные симптомы всегда однополярны, стоят ближе к сущности патологического процесса (здесь, понимание процесса не в смысле Ясперса, а в смысле П. Е. Снесарева, И. В. Давыдовского и А. В. Снежневского, т.е. в общепатологическом смысле соматического мозгового процесса) и в динамике вернее отражают его разрушительные тенденции, т.е. степень прогрессивности.

Эти два вида симптомов коррелируют, но между ними нет жесткой необходимой связи. Негативные признаки в динамике отражают глубину психопатологического поражения. В процессе они всегда скры-

ты более пышной, “радужной” (Янцарик) позитивной симптоматикой. А выступая в чистом виде, они представляют наиболее устойчивые “осевые, сквозные синдромы” — синдромы личностного снижения как результата болезни. При остановке процесса они выражают необратимый дефект (в той мере, насколько задержалось обратное развитие продуктивной негативной симптоматики), который входит как составная часть в патологическое состояние — **pathos (по И. В. Давыдовскому и А. В. Снежневскому)** или выздоровление с дефектом.

Т.о., **продуктивная симптоматика** отражает остроту процесса; негативные признаки и осевые синдромы — показатели глубины и патологических тенденций процесса.

Наконец, **личностные реакции на процесс** являются одним из показателей реактивности и способности к компенсации и реадaptации. Все эти ряды расстройств вместе, в едином клинко-психопатологическом комплексе могут служить базой для суждения о качествах патологического процесса, его патокинезе и наиболее вероятном прогнозе.

Поскольку главнейшим в истории болезни является клиническое описание патологического процесса и поскольку в силу отмеченной специфики психиатрической диагностики остается клинко-психопатологической, то и в её спектре следует искать собственно **процессуальные признаки**, являющиеся наиболее близкими и непосредственными выражениями процесса. В истории психиатрии отражено это стремление найти симптомы, наиболее близкие процессу. Это — первичные, т.н. “идиопатические нарушения общей чувствительности” (или сенестезии) т.е., сенестопатии, которым была посвящена диссертация Андрея Солнцева, защищенная в Императорском Московском Университете в 1825 году; и затем, на 10 лет позднее исследования “бельгийского эскироля” — Гислена, а в 20 веке — физикальные признаки процесса Евгения Блейлера, чувство болезненного процесса — *processgefuhl* Вирша, первичные и невыводимые симаптомы Карла Ясперса и Курта Шнайдера, таламическая триада Клагеса, переходная эндо-органическая симптоматика Герда Хубера, и, наконец, койнестопатия в понимании А. К. Ануфриева как первичное фундаментальное расстройство при острых и подострых шизофренических приступах.

Анализ истории заболевания должен быть нацелен на эти собственно процессуальные витально-физикальные признаки, непосредственно свидетельствующие о патологическом процессе.

Клиническая история должна быть написана живым выразительным языком. Нужно стремиться быть ближе к действительности, отказаться от терминологических умозрительных конструкций и толкований. Изучение заболевания должно быть свободным от диагностической клинической предвзятости восприятия заболевания как эндогенного, органического или экзогенного. Но, описание его — это не биография, и,

даже, не патография, и именно поэтому оно должно быть проникнуто непредвзятой клинической гипотезой и структурно организовано. Это придаст стройность, целенаправленность изложению и освободит от второстепенных описаний и случайностей повествования.

Самоописания, даже весьма ценные, не должны подменять клинического изложения, но могут быть введены как феноменологически ценная часть или иллюстрация в историю болезни.

Как писал В. П. Осипов, *“история болезни не есть описание болезни вообще, взятое из соответствующей главы частной психопатологии, а изображение клинической картины заболевания определенного больного; она должна служить живым материалом для наших психиатрических выводов и заключений, для установления и распознавания, а не слишком общего описания клинической формы, даваемого учебником”*.

История заболевания, как бы описанная изнутри и подкрепленная объективными сведениями со слов родственников, сотрудников или друзей, а также данными медицинской документации, завершается описанием **“настоящего психического статуса”** и его последующей динамики.

Психическая жизнь как в здоровье, так и в патологии представляет собой бесконечное богатство и разнообразие проявлений. И поэтому не должно быть какой-либо унифицированной, застывшей схемы написания статуса. Таковые могут служить учебным целям и только для ориентировки.

Статус должен служить целям клиники и, следовательно, отражать, прежде всего, ведущий синдром. При этом психиатр не должен ограничивать себя установкой на какую-то нозологическую единицу.

Эта линия отражения в истории болезни прежде всего клинических фактов красной нитью проходит через историю научной психиатрии. Это — клинические симптомокомплексы, которые, по меткому выражению Анри Эйя, для клинициста *“обладают созидательной силой как то, что имеется наиболее твёрдого, наиболее прочного в наших знаниях — это именно клиническая и феноменологическая физиономия ментальной болезни. Эта физиономия бросается в глаза клинициста, навязывает ему свой диагноз и свою прогностику. Навязывает самой структурой симптомов, которые её составляют, и одновременно составляют мозаику расположений и последовательных форм её типичности. Бред преследования Ласега и Фальре, кататония Кальбаума, циклотимия или маниакально-депрессивный психоз, описанный Байярже, Фальре и Крепелином, являются ментальными болезнями, являются даже прототипами ментальных болезней. Или мы может описать, узнать и предвидеть психопатологические формы этого типа, или психиатрии не существует”* (Анри Эй, там же, с. 2). Очевидно, речь идет здесь о синдромально ориентированных прототипах психических болезней,

т.е., по сути, о прототипах психопатологических синдромов.

Квалифицированно описанный статус должен соответствовать психопатологической структуре синдрома. В нем живым выразительным языком должно описывать то, что больной действительно переживает. В нем не должно быть предвзятости восприятия, каких бы то ни было дефиниций, терминологических шаблонов и стандартов. Совершенно излишне описывать бесконечно разнообразные стороны нормы. Следует избегать сомнительных констатаций, например, “сознание ясное”, или “больной оглушен”, “мышление паралогическое”.

Как в анамнезе, так и в статусе одно из главных направлений целесообразно отвести описаниям проявлений собственно процессуальности. В описании патохарактерологической структуры не нужно констатировать ущербность той или иной психической сферы (например, слабоумие, эмоциональная тупость, абулия и т.д.), чтобы не попасть под власть собственного шаткого впечатления. Лучше дать фактическое описание, или несколько показательных примеров соответствующего поведения или эмоционального реагирования.

Статус вместе с дневниками должен отражать динамику процесса и наблюдающиеся тенденции в процессе лечения.

Таково в общих чертах должно быть описание настоящего психического состояния (статуса).

Психиатрический диагноз, как и диагноз в соматической медицине, ставится на основании анализа клинической картины и стереотипа развития болезни в целом. При этом, “настоящее психическое состояние” — это её синтез и этап. Наряду с этим, особо важное значение “психического статуса” (в отличие, напр., от анамнеза жизни и болезни) состоит еще в том, что он служит первичным, наиболее достоверным и детализированным клиническим материалом для общей психопатологии как науки.

В связи с особой важностью “статуса” для клинической и теоретической психопатологии коснемся основного метода его исследования, разработанного главным образом Карлом Ясперсом как феноменологическое направление исследований в психопатологии. Задачей этого метода является проникновение во внутренне-психологическую картину переживаний посредством наблюдения объективных симптомов, уяснения их рационального (а, стало быть, и объективного) содержания, изучения разного рода деятельностей и функций, продукции пациента путем “вчувствования”, сопереживания, наглядного созерцания и “понимания”.

Эта феноменологическая установка направлена в первую очередь на то, что больной действительно переживает, а не на то содержание его переживаний, которое индивидуально слишком многообразно. Все достижения классифицирующей и определяющей психопатологии обязаны своим существованием изучению того, что больной действительно переживает, благодаря

вчувствованию, наглядному представлению и само-описанию больного. Так были выделены галлюцинации, бредовое восприятие, именно так В. Х. Кандинским были описаны и выделены псевдогаллюцинации.

Как можно видеть, в этих установленных с помощью феноменологии понятиях (таких, как, например, псевдогаллюцинации, бредовое восприятие, бредовое настроение) существенным является форма, структура переживания, а не мимолетное изменчивое содержание.

Именно к такой описательной цели, а не к терминологическим квалификациям должно стремиться и в описании психического статуса. Именно с ней связан дальнейший прогресс психиатрической феноменологии, которая, как констатировал в начале 20 века Ясперс, все еще находится в начале своего пути. Можно сказать, что за истекшее время в этом отношении мало что изменилось, а в некоторых направлениях имелся определенный регресс. Здесь имеются в виду два основных заблуждения: 1) стремление проникнуть глубже в сущность психических нарушений приводило на практике к тому, что психопатологическая данность явлений сводилась целиком к физиологической природе нервных процессов, которые могут лежать в основе данного явления.

2) вторым заблуждением стало модное увлечение пытаться решать задачи феноменологии путем статистически-математической обработки большого количества данных. Однако, математическая обработка феноменологических симптомов, выявление которых чрезвычайно зависит от многих субъективных и объективных факторов, и которые калейдоскопически сменяют друг друга, с точки зрения точных наук не является корректным решением задачи.

Феноменология не имеет дела с генезом психических феноменов, но как метод она обеспечивает такое отражение и описание действительных переживаний психического статуса, которое может быть базой для последующего исследования понимающе-генетической психопатологии, для решения вопроса о первичных или невыводимых симптомах, для поиска и уточнения т.н. основных расстройств, процессуальных признаков, уточнения уже описанных психопатологических феноменов и выявления новых.

В более общем смысле можно сказать, что такое феноменологическое описание является предпосылкой для углубленного анализа с разграничением на собственно психопатологические феномены и производные от них патопсихологические.

Специальное внимание хотелось бы обратить на положение о принципиальной чуждости, недоступности для понимания и вчувствования и т.н. “гетерономности” некоторых психопатологических феноменов. Это положение было высказано Ясперсом и прочно укоренилось в немецкой психиатрии. Действительно, в клинике часть переживаний больных остается недоступной вчувствованию, пониманию и как будто не имеет никаких сравнительных аналогий в нормально психологической жизни. Это так. Однако, эти грани-

цы суживаются по мере того, как все совершеннее становится самоотчет больного и оттачивается феноменологическое мастерство клинициста. В этом можно убедиться на примерах углубленных самоописаний, вошедших в классику психиатрии. Например, самописание псевдогаллюцинаций русским психиатром В. Х. Кандинским.

С прогрессом психопатологии круг такого рода переживаний, как это можно уже констатировать, значительно сузился, и границы его будут отступать по мере того, как мы все глубже будем проникать в феноменологическое существо переживаний пациента.

Из дополнительных исследований в психиатрической истории болезни особую значимость имеют патопсихологические, которые позволяют уточнить, объективировать и верифицировать определенные формально-психологические характеристики и функции. Эти исследования должны быть прицельны и направлены на содействие в решении конкретных клинических и психопатологических задач. Я сознательно не касаюсь множества вспомогательных соматических, параклинических методов исследования, значение которых меняется в зависимости от разнообразия в природе, этиологии, патогенезе процесса и приводящих факторов.

Переходя к заключению, вспомним слова Карла Ясперса: *“Архив по-настоящему обработанных биографических историй болезни является настоящей потребностью психиатрии. Только под влиянием идеи нозологического единства возникают обширные биографии. Они должны в качестве истинных описаний противостоять пустым конструкциям схемы, как противостоит оформленная казуистика случайным историям болезней, поверхностным анамнезам, любым занятым сообщаемым случаям или хаотическим копиям дневников. На них (историях болезней — В. О.) будет создаваться конструктивная типология, выделяющая наиболее характерное”*.

Резюмируя, можно сказать, что описание историй болезней путем последовательной феноменологической установки и с общепатологических позиций позволит отразить патокинез основного синдрома, динамику и тенденции процесса к прогрессивности либо к послаблению и интермиссии вплоть до его остановки и перехода в *pathos* или полное выздоровление.

А это сделает возможным найти в такой истории болезни ответы на клинически важные вопросы, как-то: выраженность процессуальности на любом этапе течения процесса, глубина ремиссий, характер социально-трудовой дезадаптации и обусловленность её собственно процессом или его результатом — дефектом; отграничение “процессуального” от “реакции” и “развития”; эффективность терапии, патокинез основных синдромов и феноменов — т.е., ответы на те вопросы, которые являются проблемными в клинической психопатологии, и с разработкой которых тесно связан прогресс психиатрии как науки.

Позиция России в отношении метадоновых программ



**УПОЛНОМОЧЕННЫЙ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИ ЕВРОПЕЙСКОМ СУДЕ
ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА –
ЗАМЕСТИТЕЛЬ
МИНИСТРА ЮСТИЦИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Председателю Этической комиссии
Общероссийской общественной
организации «Независимая
психиатрическая ассоциация»,
д.м.н., профессору

А.Г. Гофману

Житная ул., д. 14, Москва, 119991
тел. (495) 677-09-40, факс (495) 677-06-93

24.04.2015 № 10-2006-15

На № _____ от _____

Уважаемый Александр Генрихович!

В производстве Европейского Суда по правам человека находятся жалобы № 62964/10 «Курманаевский против России», № 58502/11 «Абдюшева против России», № 55683/13 «Аношкин против России», в которых заявители жалуются на предполагаемое нарушение их прав в связи с запретом «лечения» наркозависимых лиц в России методом «заместительной терапии» с использованием метадона и бупренорфина.

Принимая во внимание необходимость формирования позиции властей Российской Федерации по делу с учетом мнения медицинского сообщества, прошу Вас по возможности оказать содействие, дать поручение подготовить и направить в мой адрес до 15 мая 2015 г., в том числе по адресу электронной почты guspepr@gov.ru, мотивированное экспертное заключение об эффективности лечения и медицинской реабилитации опийных наркоманов в России (с приведением научных и практических данных о наиболее эффективных и инновационных методиках лечения и реабилитации опийных наркоманов, пропаганде здорового образа жизни, с приложением научных работ (на бумажном или электронном носителе), в том числе диссертаций, монографий и научных статей, приведением статистических данных о показателях ремиссии лиц, прекративших потребление опиатов), а также высказать позицию Вашей Организации относительно «опиоидной заместительной поддерживающей» терапии.

Приложение: справка Секретариата Европейского Суда: на 7 л.

Г.О. Матюшкин

ПЕРВАЯ СЕКЦИЯ

Жалоба № 62964/10,
Алексей Владимирович КУРМАНАЕВСКИЙ
против России и 2 другие жалобы
(см. список в приложении)

Изложение обстоятельств дела

ФАКТЫ

Заявители являются гражданами Российской Федерации.

Обстоятельства дела, изложенные заявителями, могут быть представлены следующим образом. Все заявители имеют наркотическую зависимость от героина. Периоды, когда они употребляют наркотики, чередуются с периодами ремиссии. Все трое заявителей неоднократно госпитализировались в медицинские учреждения для прохождения курса детоксикации, но сразу же после их возвращения из этих учреждений следовали рецидивы.

1. В отношении первого заявителя

Заявитель употребляет наркотики, в частности, психостимуляторы и героин, с 1994 года. По словам заявителя, с 1996 по 2002 год он регулярно обращался в наркологический диспансер Республики Татарстан — государственное медицинское учреждение, оказывающее помощь в лечении наркотической зависимости (далее — диспансер), для прохождения курса лечения и двенадцать раз¹ был госпитализирован. По словам заявителя, каждый раз, когда он проходил лечение в стационаре, ему назначались достаточно болезненные процедуры по детоксикации, которые оказались неэффективными, так как после завершения лечения в диспансере у него происходили рецидивы. В 1998 году заявителю был поставлен диагноз гепатит С, а в 2001 году — ВИЧ (на момент подачи жалобы заявитель находится на третьей клинической стадии ВИЧ). По словам заявителя, заражение произошло по причине применения использованных шприцев.

3 ноября 2009 г. заявитель обратился в Министерство здравоохранения Республики Татарстан и в диспансер с просьбой назначить ему лечение методом опиоидной заместительной терапии с использованием метадона.

10 ноября 2009 г. Министерством здравоохранения Республики Татарстан заявителю был направлен ответ, в котором сообщалось, что Федеральным законом “О наркотических средствах и психотропных веществах” (см. часть “применимое национальное законодательство”), а также приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 апреля 1998 г. № 140 “Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных” лечение больных опийной наркоманией методом заместительной терапии с применением метадона к бупренорфина на территории Российской Федерации не предусмотрено.

¹ Заявитель, говоря о количестве пройденных в диспансере курсов лечения, называет иногда цифру двенадцать, иногда — девятнадцать.

В декабре 2010 года заявитель повторно направил письмо с просьбой назначить ему лечение методом заместительной терапии с применением метадона при прохождении курса лечения в диспансере. Перед медицинской комиссией, которая рассматривала его просьбу, заявитель утверждал, что опиоидная заместительная терапия рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения (далее — ВОЗ) в качестве эффективного метода борьбы с наркоманией и СПИДом. Он сообщил, что в отношении него были применены все стандартные методы лечения от наркозависимости, доступные в Российской Федерации. Комиссия заслушала также мнение профессора В. Д. Менделевича, заведующего кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики Казанского государственного медицинского университета, который поддержал просьбу заявителя. 26 января 2011 г. комиссия отклонила, просьбу заявителя на тех же основаниях, что были изложены в письме Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 10 ноября 2009 г.

Заявитель обратился в Советский районный суд г. Казани с заявлением об оспаривании действий Республиканского наркологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан в части отказа в назначении лечения наркомании методом опиоидной заместительной терапии с применением метадона или бупренорфина.

7 июня 2011 г. судом было отказано в удовлетворении заявления заявителя. Суд отметил, что ссылка истца на рекомендации ВОЗ о применении на территории Российской Федерации метода опиоидной заместительной терапии для лечения наркомании не является основанием для удовлетворения иска. Данная рекомендация носит необязательный характер. Ссылаясь на ч. 6 ст. 31 и ч. 4 ст. 55 ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах”, суд указал, что использование метадона и бупренорфина в лечении наркомании запрещается.

11 июля 2011 г. кассационным определением судебной коллегии Верховного Суда Республики Татарстан указанное решение оставлено без изменения.

2. В отношении второго заявителя

Заявительница употребляет опиаты с 1984 года. По ее словам, с 1984 по 2009 год она прошла несколько курсов лечения в различных наркологических клиниках. Однако эти курсы лечения не имели длительного эффекта, так как после окончания каждого курса лечения медленно следовал рецидив.

В 1989 году заявительнице был поставлен диагноз гепатит С, в 2000 году — ВИЧ, а 15 марта 2005 г. — СПИД. По словам заявительницы, заражение произошло по причине применения использованных шприцев.

Заявительница обратилась в Министерство здравоохранения Калининградской области с просьбой назначить ей лечение методом опиоидной заместительной терапии с применением метадона и бупренорфина. 27 января 2011 г. главным врачом областной наркологической больницы был направлен ответ заявительнице, в котором сообщалось о том, что лечение наркомании с применением метадона и бупренорфина, запрещено на территории Российской Федерации, Зая-

вительнице было предложено обратиться в диспансерное отделение Областной наркологической больницы для получения информации о современных методах лечения опийной наркомании и назначения ей необходимых препаратов.

Заявительница обратилась в суд с заявлением об оспаривании действий Министерства здравоохранения Калининградской области и восстановлении нарушенного права. 27 мая 2011 г. Ленинградский районный суд г. Калининграда оставил заявление заявительницы без удовлетворения. Ссылаясь на ч. 6 ст. 31 и ч. 4 ст. 55 ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах”, суд указал, что запрещается лечение наркомании с использованием метадона и бупренорфина. По мнению суда, эти положения соответствуют Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, на которую ссылалась заявительница для обоснования своей позиции.

3 августа 2011 г., кассационным определением Судебной коллегии по гражданским делам Калининградского областного суда указанное решение оставлено без изменения.

3. В отношении третьего заявителя

Заявитель употребляет опиаты с 1994 года. С 1996 года по 2012 год заявитель пытался бороться с наркотической зависимостью, регулярно обращаясь в наркологический диспансер г. Тольятти, государственное медицинское учреждение в Самарской области (далее “диспансер”) для прохождения курса детоксикации. По словам заявителя, это лечение было крайне болезненным и неэффективным, так как после окончания курса у него происходили рецидивы.

По словам заявителя, ему поставлен диагноз ВИЧ и гепатит С.

11 апреля 2012 г. заявитель обратился в Министерство здравоохранения Самарской области с просьбой назначить ему лечение методом опиоидной заместительной терапии с применением метадона и бупренорфина. 16 мая 2012 г. заявителю был направлен ответ, в котором сообщалось, что запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II, куда входит бупренорфин. Метадон входит в Список I перечня наркотических средств, оборот которых в Российской Федерации запрещен. Заявителю было предложено продолжить лечение и медико-социальную реабилитацию в соответствии с действующими стандартами лечения наркологических больных.

23 августа 2012 г. заявитель обратился в суд с заявлением об оспаривании действий Министерства здравоохранения Самарской области в части отказа в назначении лечения наркомании методом опиоидной заместительной терапии с применением метадона или бупренорфина, просил назначить ему указанное лечение.

7 ноября 2012 г. Центральный районный суд г. Тольятти оставил заявление заявителя без удовлетворения. Суд отклонил довод заявителя о нарушении его конституционного права на получение медицинской помощи, так как отказ касался не оказания медицинской помощи как таковой, а лечения методом заместительной терапии с использованием наркотических средств, запрещенных к обороту действующим законодательством.

5 февраля 2013 г. апелляционным определением судебной коллегии Самарского областного суда указанное решение оставлено без изменения.

В. Применимое национальное право

Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 “Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации” содержит три списка наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Метадон включен в список наркотических средств, оборот которых в Российской Федерации запрещен (Список I).

В Список II включены наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в Российской Федерации ограничен, и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации. К этим веществам, в частности, относится бупренорфин.

В соответствии с п. 1 ст. 31 ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах” в медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II.

Тем не менее, в соответствии с п. 6 указанной статьи лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II, запрещается.

В соответствии со ст. 14 Закона оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список I, допускается только в научных и учебных целях (ст. 34 указанного закона), в экспертной деятельности (ст. 35 указанного закона) и оперативно-розыскной деятельности (ст. 36 закона).

В соответствии с п. 1 ст. 54 Закона государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

Согласно ст. 55 Закона лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 2).

Для диагностики наркомании и лечения больных наркоманией применяются средства и методы, разрешенные федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения; (п. 4).

С. Применимые международные акты

В резолюции № 2004/40 “Руководящие принципы медикаментозного лечения лиц с опиоидной зависимостью, дополняемого психосоциальной помощью”, принятой 21 июля 2004 г. на 47 пленарном заседании, Экономический и Социальный Совет ООН предложил Всемирной организации здравоохранения разработать и опубликовать минимальные требования и международные руководящие принципы медикаментозного лечения лиц с опиоидной зависимостью, дополняемого психосоциальной помощью, с учетом региональных инициатив в этой области в целях оказания помощи заинтересованным государствам-членам.

В рамках программы “Доступ к контролируемым медикаментам”, опубликованной в феврале 2007 г., ВОЗ и Международный комитет по контролю над наркотиками, сформулировали рекомендации относительно применения метадона и бупренорфина в качестве опиоидной заместительной терапии.

Метадон и бупренорфин включены в Примерный перечень ВОЗ Основных лекарственных средств, пункт 24.5 “Лекарственные средства, применимые в программах лечения зависимости от психотропных веществ”.

В п. 29 заключительных замечаний Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, принятых на сорок шестой сессии Экономического и Социального Совета (1 июня 2011 г., E/C 12/RUS/CO/5), указывается:

Комитет, по-прежнему, обеспокоен распространением наркомании, в том числе путем внутривенного приема наркотиков, которая является основным фактором растущей эпидемии ВИЧ/СПИДа, гепатита С и туберкулеза в Российской Федерации. Комитет, по-прежнему, обеспокоен сохраняющимся запретом на медицинское использование метадона и бупренорфина для лечения наркотической зависимости и тем фактом, что Правительство не поддерживает опиоидную заместительную терапию (ОЗТ), а программы обмена игл и шприцев, настоятельно рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭИДС), Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и другими международными организациями в качестве эффективных мер предупреждения ВИЧ/СПИДа среди внутривенных наркоманов (ст. 12).

Комитет настоятельно призывает государство-участника применять правозащитный подход к наркоманам с тем, чтобы они не утрачивали свое основное право на здоровье. Комитет настоятельно рекомендует государству-участнику ввести четкие правовые основы и поддерживать применение мер, признанных на международном уровне, по предупреждению ВИЧ среди наркоманов, принимающих наркотики посредством внутривенных инъекций, включая, в частности, опиоидную заместительную терапию с использованием метадона и бупренорфина, а также программы обмена игл и шприцев и программы по предупреждению передозировки наркотиков”.

ЖАЛОБЫ

1. Ссылаясь на ст. 3 Конвенции, первый заявитель жалуется на отказ властей Российской Федерации назначить ему лечение методом заместительной терапии с использованием метадона. По словам заявителя, неэффективность традиционных методов лечения, примененных в Российской Федерации, обуславливала его возвращение к употреблению наркотиков, а также подвергала его жизнь опасности, связанной с проблемой передозировки и низкого качества наркотических средств на нелегальном рынке.

2. Ссылаясь на ст. 8 Конвенции, первый заявитель считает, что отсутствие эффективного лечения от наркозависимости может толковаться как нарушение его права на неприкосновенность частной жизни и, в частности, на психическую и физическую целостность. Он обвиняет власти Российской Федерации в том, что абсолютный

запрет заместительной терапии не позволяет ему получить адекватную медицинскую помощь, чтобы излечиться от наркозависимости. На самом деле, методы оказания медицинской помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью, применимые в российских клиниках, не позволили ему избавиться от наркотической зависимости; после лечения у него возникали рецидивы, иногда даже сразу же после возвращения из больницы. Заявитель считает, что существует прямая причинно-следственная связь между отсутствием заместительной терапии и его заражением ВИЧ и гепатитом С, ввиду того, что он был вынужден покупать наркотики нелегально и употреблять их в условиях, небезопасных для его здоровья. Он жалуется также на то, что отсутствие эффективного лечения привело к другим отрицательным последствиям, таким, как постоянная угроза уголовного преследования за хранение наркотиков, необходимость совершения правонарушений с целью получения средств для покупки наркотиков, невозможность завершить обучение и сохранить рабочее место, а также невозможность сохранить семейные отношения вследствие наркотической зависимости.

3. Ссылаясь на ст. 3 Конвенции, второй и третий заявители считают, что, установив абсолютный и необоснованный запрет на метод заместительной терапии с использованием метадона и бупренорфина, власти Российской Федерации подвергли их страданиям в нарушение ст. 3 Конвенции. Ссылаясь на соответствующие мнения ВОЗ и Экономического и социального совета ООН, которые благосклонно относятся к данному методу лечения, заявители настаивают на том, что указанный запрет не обоснован никакими научными исследованиями.

Ссылаясь на ст. 3 Конвенции отдельно и во взаимосвязи со ст. 14 Конвенции, второй и третий заявители жалуются на то, что отказ назначить лечение методом заместительной терапии, является дискриминирующим, так как вводит разграничение между хронически больными лицами, страдающими наркотической зависимостью, и остальными хронически больными лицами, такими, как больные инсулинозависимым диабетом или больные раком.

Ссылаясь на ст. 8 Конвенции отдельно и во взаимосвязи со ст. 14 Конвенции, второй заявитель жалуется на то, что препятствование эффективному лечению наркозависимости является нарушением права на уважение ее частной жизни. В частности, она утверждает, что в связи с неоднократными неудачными попытками лечения традиционными методами у нее происходили рецидивы, и она была вынуждена вести образ жизни, препятствующий созданию семьи, трудоустройству и обретению дома.

ВОПРОСЫ СТОРОНАМ

1. Имело ли место нарушение права заявителей на уважение их частной жизни, гарантированного ст. 8 Конвенции (*Христовоз и другие против Болгарии*, №№ 47039/11 и 358/12 от 13 ноября 2012 г., §§ 116-26), (выписки). В частности:

а) обеспечивает ли абсолютный запрет в Российской Федерации на лечение наркомания методом заместительной терапии с использованием метадона и бупренорфина справедливое равновесие между обязанностью государства защищать жизнь и здоровье людей, находя-

щихся в его юрисдикции, посредством регулирования доступа к наркотическим средствам, с одной стороны, и заинтересованностью заявителей в доступе к лекарствам, которые могли бы способствовать их излечению от наркотической зависимости, с другой стороны?

б) какие причины послужили основанием абсолютного запрета в Российской Федерации лечения методом заместительной терапии?

В связи с необходимостью дать официальный ответ по вопросу о целесообразности введения в России программы так называемой заместительной терапии больных, страдающих зависимостью от опиатов, могу сообщить следующее:

1) Решение всех судебных инстанций в отношении трех граждан, которым было отказано в “лечении” метадонем, полностью обоснованы, так как они вытекали из действующего в России законодательства, которое запрещает назначать опиоидным наркоманам наркотики.

2) Существующие в России методы лечения больных опиоидной наркоманией (опий, кодеин, дезоморфин, морфий, героин и др.), конечно, не дают стопроцентной гарантии излечения. Они позволяют избавиться больного от мучительного состояния, вызванного прекращением приема наркотика, добиться того, чтобы нормализовались сон, аппетит, настроение, уменьшилась интенсивность патологического влечения к наркотику. Конечно, этим дело не должно ограничиться. Требуется затем провести многомесячное восстановление психического здоровья путем реабилитации в закрытом лечебном учреждении. Нельзя называть полноценным лечением купирование абстинентного синдрома, это только начало длительного лечения (также как нельзя при аппендиците ограничиться вскрытием брюшной полости и не удалить воспаленный отросток). Если каждый больной смог бы получить возможность пройти полноценный курс терапии и реабилитации, эффективность была бы достаточно высокой. К сожалению, сейчас полноценный курс лечения проходят очень немногие. Это объясняется прежде всего тем, что больные имеют законодательно закрепленное право выписываться по первому требованию, т.е. преждевременно с медицинской точки зрения. Такое кратковременное пребывание в стационаре нельзя по существу рассматривать как лечение (как полноценное лечение).

Реабилитацию в России проходят очень немногие (в России очень мало коек для проведения длительной, длящейся не менее года, реабилитации). При такой несовершенной организации лечения и реабилитации эффект лечения весьма скромный. Судя по

2. Были ли заявители подвергнуты дискриминации в связи с состоянием их здоровья (*Киотин против России*, № 2700/10, от 10 марта 2011 г., § 57) в нарушение ст. 14 Конвенции во взаимосвязи со ст. 8 Конвенции в связи с запретом лечения наркомании с применением метадона и бупренорфина, как это предусматривало ч.ч. 1, 6 ст. 31 ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах”?

*Заместителю министра юстиции
Российской Федерации
Г. О. Матюшину*

данным статистики, примерно у 16% больных, наблюдающихся в наркологических диспансерах, возникают ремиссии, длящиеся год и более. К сожалению, о частоте возникновения ремиссий, длящихся от 6 месяцев до года, сведений нет.

3) Программа так называемой заместительной терапии фактически не предполагает отказ больного от потребления наркотика. Она способна только предупредить совершение противоправных поступков частью больных. Эффективность “заместительной терапии” невелика. Не менее 50 % больных в течение года возвращаются к потреблению героина или опия, некоторая часть погибает от передозировки метадона, еще одна часть совмещает прием метадона с периодическим потреблением героина.

Никогда не было доказано, что жизнь человека, официально получающего метадон, продолжается столько же, сколько длится жизнь человека, прекратившего потребление опиатов. Другими словами, санкционируя практически многолетний прием метадона, врач участвует в сокращении длительности жизни пациента. При этом сокращается криминальная активность части больных (некоторые больные продолжают нарушать закон, торгуя полученным метадонем), но это сомнительное достижение.

4) Главная опасность метадоновых программ состоит в том, что начинается утечка метадона на черный рынок. Это было зафиксировано и в других странах, где программы получили распространение. Особенно показателен опыт внедрения метадоновых программ в Крыму, когда он входил в состав Украины. Оказалось, медсестер, участвовавших в выдаче метадона, приходилось менять раз в три месяца. Наркоманы и преступные элементы требовали от них выдачи метадона в том количестве, которое им хотелось. По результатам проверки оказалось необходимым возбудить уголовное преследование в отношении ряда лиц, имевших отношение к реализации метадонной программы. В современных российских условиях при невероятной распространенности коррупции внедрение метадоновых программ неизбежно приведет к увеличению количества наркотика на черном рынке, т.е. к росту наркомании.

5) Раздача игл и шприцев, равно как и выдача метадона и бупренорфина, приведут к прекращению лечения больных. Больным как бы говорят, что они неизлечимы, а врачам рекомендуют не бороться с зависимостью, а санкционировать пожизненную наркотизацию. Случаи, когда путем метадоновой программы удалось снизить дозировку, а затем добиться полного прекращения наркотизации, крайне редки.

6) Ошибочно считать, что раздача игл, шприцев, презервативов и метадона существенно предотвращает возникновение ВИЧ-инфицирования. Распространенность ВИЧ, скорее всего, объясняется в России иными причинами (да и в западных странах — тоже). Известно, что медицинские учреждения регистрируют не более 10 % наркоманов, находящихся в населении. Примерно 50 % из них, судя по зарубежным публикациям, участвуют в метадоновой программе. Из них удерживаются в программе в течение года не более 50 %. Иными словами, защитой от ВИЧ реально пользуются не более 3 % всех находящихся в населении больных опийной наркоманией. Распространенность ВИЧ в России объясняется, видимо, в первую очередь нежеланием пользоваться презервативами и готовностью к вступлению в сексуальные отношения с кем попало.

7) Законодательство, касающееся лечения больных наркоманией, можно усовершенствовать. Должны быть решены вопросы о принудительном лечении (опийная наркомания — социально опасное заболевание), о сроках лечения, которые определяет не только врач, но и суд. Вполне возможно рассмотреть вопрос о показаниях к назначению наркотиков по некоторым обстоятельствам. Например, больной опийной наркоманией, страдающий от мучительных болей, вызванных физическим заболеванием (кистозная почка, сосудистое поражение конечностей и т.д.), мог бы получать обезболивающие наркотики. Это же касается больных наркоманией в исходной стадии СПИД. Если бы суд определял время лечения наркомана в стационаре сроком не менее 1 – 1,5 месяцев, можно было бы пойти на постепенное (в течение 10 – 12 дней) снижение дозы опиата (например, морфина).

8) На “вопросы сторонам” могут быть даны такие ответы:

Пункт “а”. В России соблюдается необходимость способствовать излечению больных от наркотической зависимости, существуют разработанные методики. Метадоновая программа, равно как и назначение бупренорфина, не способствует излечению от

наркотической зависимости, а продлевает эту зависимость. Метадон, бупренорфин — наркотики и, в принципе, нет существенных различий в назначении этих препаратов или в санкционировании продолжения приема героина, опия или кодеина (это так и делается в ряде западных стран).

Пункт “б”. Основной причиной абсолютного запрета в России так называемого лечения методом заместительной терапии послужили следующие основания: это не лечение, а укорочение жизни больных, это приводит к утечке метадона, бупренорфина и распространению наркотизации населения за счет появления на черном рынке дополнительного количества наркотиков.

По параграфу “2”. Никакой дискриминации в связи с состоянием здоровья не было. Стремление добиться прекращения больным приема наркотика не может рассматриваться как дискриминация, ибо это направлено на улучшение здоровья, а не на ухудшение состояния. Если больные преждевременно выпишывались из стационара, не следовали рекомендациям врачей и возобновляли прием наркотиков, то в этом нет вины ни государства, ни врачей. Есть спекуляции на тему “дискриминация”. Метод “заместительной терапии” не имеет серьезного научного обоснования. Если следовать принципу замены вредного наркотика менее вредным (менее токсичным), то тогда надо лечить больных алкоголизмом бесплатным предоставлением им самых дорогих спиртных напитков (чтобы не пили самогон и суррогаты алкоголя). Если больных алкоголизмом лечат по поводу зависимости от алкоголя, это не значит, что в отношении них допускается дискриминация.

Сравнивать больных, страдающих диабетом или онкологическими заболеваниями и получающих соответствующие медикаменты, с больными опийной наркоманией, требующими назначения наркотиков, некорректно. Больные диабетом без инсулина не могут жить (инсулинозависимые), больные онкологическими заболеваниями получают морфин, чтобы не мучиться от болей, вызванных ростом опухоли. Больные наркоманией всегда употребляют такую дозу наркотика, которая во много раз превышает дозу, устраняющую проявления абстинентного синдрома, т.е. стремятся к достижению эйфории. Любой больной наркоманией может жить без наркотика, воздержание от наркотика только продлевает жизнь. Через 6 – 12 месяцев исчезает и патологическое влечение к опиатам.

Заведующий отделом психических расстройств,
осложненных патологическими видами зависимости,
Московского научно-исследовательского института психиатрии —
филиала ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
профессор

А. Г. Гофман

Проблема нормы в психиатрии: философский анализ

Е. В. Косилова¹

В статье показывается, что в современной динамично меняющейся культуре невозможно определить понятие психической нормы. Рассматриваются социальный, коммерческий и научный аспекты психиатрии. Только в научном дискурсе возможны попытки дискуссии о ненормальности. Автор предлагает понятие адекватность, как наиболее полное и подлинное бытие субъекта, с наименьшими искажениями его базовых бытийных отношений (к Другим, к миру, к себе, к трансценденции).

Ключевые слова: психическая нормальность, культура, адекватность, субъект.

Субъекты не одинаковы. И не просто не одинаковы в эмпирическом смысле (имеют разные способности, разный характер), но и различаются глубокими субъектными структурами. Некоторые достигают взрослого возраста, но ведут себя инфантильно. Глядя на некоторых, кажется, что им неведомы непрерывность и единство “Я”. Некоторые не способны организовать свою деятельность; некоторые не могут установить отношения с Другими. Едва ли не у большинства отсутствует ясное представление о границах собственной субъектности, хотя у некоторых оно все-таки встречается. И не очень-то многие обладают умением критично выстроить элементы собственной биографии, хотя, казалось бы, что нужно для этого, кроме памяти? Да что далеко ходить — даже к простейшему самоотчету способны далеко не все!

Эта неодинаковость субъектов, как видим, сама не одинакова. Есть редкие экземпляры, которые сразу бросаются в глаза. Они напоминают нам тяжелые болезни. А есть такие варианты, которые скорее напоминают насморк — в идеале не должно быть, но у всех бывает.

Серьезные и глубокие нарушения субъектности с точки зрения Других предстают именно нарушениями, то есть отклонениями, ненормальностью, в бокие нарушения субъектности во взгляде Других на субъекта предстают именно нарушениями, то есть отклонениями, ненормальностью возможно, безумием. Зачастую нарушения субъектности попадали в область психиатрии. Поскольку психиатрия — это область медицины с собственной историей и спецификой, такой нозологической формы, как “нарушения субъектности”, в ней нет. То, что попадает в ее область, психиатрия толкует как болезнь, то есть как отклонение от нормальности.

1. Проблема нормальности в психиатрии

Понятие нормальности субъекта не лишено смысла. Взрослого человека со структурой субъектности

младенца мы вряд ли сочтем нормальным. Имеется какая-то более-менее обычная структура субъектности и какой-то более-менее приемлемый диапазон вариаций, в пределах которого мы распознаем норму, а за пределами — ненормальность.

Итак, среди имеющихся вариантов субъектных структур имеются такие, которые не являются нормальными. Если имеется болезненный процесс, если состояние субъекта прогрессивно ухудшается, вопрос о норме не встает. Но если субъект имеет постоянную, но отклоненную от нормы субъектную структуру? Иногда в психиатрии это называют психопатией. Сейчас медицинская классификация отходит от именованья болезней в пользу перечисления синдромов, это более гибкий подход, и, возможно, целый ряд нарушений субъектности будет вписан в новые классификации под соответствующими синдромами. А пока, как определить, какая структура субъекта нормальна?

Способы определения нормальности

Прежде всего, на практике для психиатрии характерна гипердиагностика, так что любой, кто оказался в психиатрической ситуации, имеет все шансы получить диагноз, если только у психиатров не возникнет подозрение, что именно за диагнозом он и пришел (получить освобождение от армии, либо судебную невменяемость, либо инвалидность).

Однако это — перекосы современной психиатрии. В идеале некоторое представление о нормальности у практикующих психиатров, конечно, есть. Представляется, что оно зависит от характера организации психиатрического учреждения: в государственной психиатрии нормальность связывается в основном с критериями социальной адаптации, в коммерческой психиатрии центральный критерий — это жалобы самого пациента, а в научной психиатрии критерии приближаются к статистическим.

Нельзя не видеть, что все три способа определять нормальность приводят к релятивизму в определении нормы. Социальная адаптация как критерий нормы, во-первых, ставит субъекта в зависимость от социума (одно дело социум футбольных болельщиков, другое

¹ Доцент, канд. философских наук; Философский факультет МГУ им. М. В. Ломоносова.

дело — студенческий научный кружок), так как, вполне возможно, окажется, что разные социумы затребуют субъектов с разными свойствами, а остальных будут считать маргинальными; во-вторых, ставит субъекта в зависимость от отношения к нему в социуме; в-третьих, и это главное, требования социума к субъекту вообще не обязательно “нормальны”. Как писал Лэйнг, “один самолет может отклониться от порядка, но и весь порядок может двигаться не по курсу” (Лэйнг, 1995). Если порядок движется не по курсу, то тот, кто хочет оставаться нормальным (но не в социальном, а в абсолютном смысле слова), должен отклониться от порядка. Здесь в первую очередь приходят на ум такие крайние примеры, как выживание в концлагере или в зоне, политическое диссидентство и т.п. Однако тот же Лэйнг показывает, что примерами подобных отклонений от “не по курсу” переполнена вся наша повседневная жизнь. Более того, можно сказать, что требования социума к субъекту вообще в большинстве случаев “ненормальны”. Социум требует от индивида большей социальности, чем это следует из других соображений. “Если ты меня уважаешь, то ты выпьешь со мной, несмотря на большую печень,” — вот несколько утрированная форма того требования, которое социум предъявляет к индивиду. Это, конечно, может различаться в разных обществах, но суть остается. Поэтому мы нередко ощущаем себя в некотором долгу перед социумом (или ощущаем себя жертвами его влияния).

На всех этих примерах мы видим, что существует некоторое идеальное представление о субъектности, о том, каким нужно быть, как относиться к Другим, миру и т.п. Но мы не можем найти его, исходя из социальных характеристик индивида.

Аналогично не работает такой критерий, как собственное недовольство индивида, по крайней мере, он не работает в психиатрической области. Коммерческая психиатрия трактует субъекта примерно так, как если бы его психика была чем-то вроде машины, по отношению к которой он был бы чем-то вроде пользователя. Этот вечный пациент является субъектом жалующимся, субъектом недовольным. Требование, которое он предъявляет к машине своей собственной психики — чтобы она обеспечивала его бесперебойным комфортом при достижении жизненных целей. Сон должен быть здоровым и приятным; аппетит не излишним, но и еда не безвкусной; настроение прекрасным; потенция у мужчин бесперебойной, а сексапильность у женщин — беспроблемной. Жизненные цели должны быть поставлены с размахом, а их достижение должно приносить большую и постоянную радость. То, что такое представление о жизни и нереально, и глупо, представителю современной культуры не приходит в голову. В культуре утрачены почти все дискурсы недовольства собой, за исключением

психиатрического. Современный человек не задумывается ни об испытаниях, ни о покаянии, ни о перенесении страданий, ни, тем более, о терпении ради терпения, о терпении как о добродетели. Слово “депрессия” ему известно лучше, чем все эти слова. Данная логика делает больных из здоровых их собственными усилиями. Насколько далеко заходит нереальность жизненных требований, настолько же заходит и релятивность представлений о норме. Если все время принимать прозак, то можно даже всю жизнь провести в позитивном настроении. Надо отступить шаг в сторону от порядка, чтобы понять, насколько не по курсу он движется.

Мы опять видим, что существует какое-то представление об идеальном субъекте. Но его нельзя найти и исходя из представлений самого субъекта.

Наконец, научная психиатрия. Это психиатрия учебников, монографий, диссертаций, реферируемых журналов. Она неповоротлива в своем дискурсе, погружена в проблемы вчерашнего дня, некритична к себе, нерелексивна относительно своих целей. Особенно это касается отечественной научной психиатрии. Но в ней, по крайней мере, нет этого царства безнадёжной гипердиагностики, и это единственный психиатрический источник, где можно надеяться найти хотя бы какие-то толковые мысли относительно природы нормальности и болезни. Особенно это касается психологической ветви психиатрии, малой психиатрии и психотерапии. Из примеров интересных книг, где есть какие-то попытки проанализировать понятия нормы и патологии, можно назвать, прежде всего, работы Р. Лэйнга. Это идеолог антипсихиатрии, поэтому у него иногда бывали радикальные высказывания, но его слова всегда берут за душу, они точны и выстраданы. Также прекрасны работы О. Сакса — там нет философских рассуждений, но очень хороши рассказы о клинических случаях, которые будят мысль читателя. Не устаревает “Общая психопатология” Ясперса. Отечественный автор С. Я. Бронин — автор прекрасной книги “Малая психиатрия большого города” — тоже, как и Сакс, будит мысль. В клинической психотерапии выделяются книги М. Е. Бурно.

Новое направление на стыке психиатрии и филологии — его называют, например, психиатрическая семантика или лингвистика — представлено книгами питерских авторов Пашковской В. Э., Пиотровской В. Р. и Пиотровского Р. Г. “Психиатрическая лингвистика”, Микиртумова Б. Е. и Ильичева А. Б. “Клиническая семантика психопатологии” и др. Представители этого направления пытаются выявить глубинные особенности мышления больных по их речи. Здесь важно, что авторы этого направления, как правило, не принимают заранее диагнозы и факт болезни как данность, а пытаются найти более-менее объективные критерии. Достаточно часто у них получается пред-

сказуемый результат следующего вида: “отличить текст больного автора от текста здорового автора можно только если знаешь, здоров автор или болен” (Пашковский с соавт., 2009). Ценно в этом то, что они этого не скрывают.

Из психотерапевтов нельзя не упомянуть очень модного у нас А. Лэнгле. Как раз его подход к толкованию болезни и нормы представляется довольно примитивным. В книге “Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессии” он трактует депрессию с экзистенциальной точки зрения, как некое неверное отношение субъекта к бытию. Даже при беглом знакомстве с текстом создается уверенность, что этот автор понятия не имеет о том, что такое настоящая депрессия. Эта книга хороша как иллюстрация того, что в современной западной цивилизации депрессией стало называться то, что раньше называлось, грубее и вернее, “беситься с жиру”.

Однако учения психиатров-экзистенциалистов ни в коем случае нельзя сбрасывать со счетов. Если где-то и искать мысли об идеальном субъекте, то именно в экзистенциализме. Я буду опираться на учение Хайдеггера о “подлинности” бытия.

Отсутствие нормы человека и наличие идеала

Теперь несколько слов о том, что такое вообще “норма человека”. Насколько это понятие имеет смысл?

Если бы действия человека были однозначно и каузально определены той ситуацией, в которой он находится, то *принятый большинством людей способ действия в данной ситуации оценивался бы как нормальный*, а отклонения от него — как ненормальность. У животных такие однозначные действия осуществляются на основе либо инстинктивного, либо рефлекторного поведения. Однако, во-первых, инстинктивное и рефлекторное приспособление к среде возможно только если среда не отличается разнообразием. Во-вторых, оно не гибко. В-третьих, это является просто фактической данностью — что инстинктов у человека нет, а рефлексы заторможены.

Можно вообразить себе, что знание о том, как следует реагировать в каждой ситуации, транслируется культурой. Здесь фактическая данность говорит “за”, т.к. такое транслирование действительно происходит. Однако возможно ли оно в полном объеме? Очевидно, нет, так как ситуации будущего не могут полностью повторять ситуации прошлого. Этот фактор становится решающим при изменении среды и изменении культуры. *Когда культура изменяется с такой скоростью, как наша*, она не только ничего не может транслировать в будущее, она с трудом в состоянии выработать комплекс приемлемых реакций даже внутри самой себя. Возможна такая ситуация, как конфликт среды и культуры, когда среда изменя-

ется быстрее, чем культура к ней приспосабливается, либо когда изменения среды нежелательны в рамках данной культуры, и т.п.

Следовательно, мы приходим к выводу, что трансляция “нормальных реакций” в нашей среде и нашей культуре если и есть, то недостаточная и запаздывающая, а чаще ее совсем нет. Уже не говоря о том, что вообще невозможно транслировать нормальные реакции на любые ситуации, по тем же причинам, по каким невозможно запрограммировать их генетически. Ситуаций слишком много.

Остается сфера собственных решений человека, его, как говорили раньше, “разум”, на который ложится сверхнагрузка принятия решений в очень неопределенной ситуации. Как можно оценивать нормальность в таком случае? Да еще при том, что все участники одной и той же ситуации зачастую толкуют ее по-разному?

Вывод, который мы тут можем сделать, совершенно однозначен: никакого смысла пытаться найти в нашей культуре “норму” человеческих действий, поведения и даже того, о чем мы говорим — субъектной структуры — нет. *“Нормы” не существует.*

Тем не менее, на материале психиатрии, как и любой медицины вообще, достаточно очевидно, что существует болезнь как менее желательное состояние и здоровье — то есть та самая “норма” — как более желательное. Сомнения относительно того, “как искать норму”, посещают лишь в том случае, когда субъект, так сказать, нормален в здравом смысле этого слова. Если структура субъектности нарушена грубо — если, скажем, некто не различает людей и неживые предметы; если он не различает знакомых и незнакомых; если он не различает близких и далеких — то в этом случае разговоры о том, что нормы-де не существует, превращаются в пустословие. Некоторое более-менее приемлемое состояние психики должно иметь место.

Может быть, следует сказать, что “норма” — это какой-то неясно очерченный круг допустимого, за пределами этого круга находится явно неприемлемое, а вот внутри круга отличить более нормальных от менее нормальных нельзя? Это слишком простое решение вопроса. Если говорить о строении субъектности, о бытийной расположенности субъекта к своим базовым отношениям, имеется идеал, к которому можно и нужно стремиться. Именно из этого следует, как представляется, исходить. Речь должна идти не о норме/патологии, а в некотором смысле идеальном строении субъектной структуры. Для кого или для чего она идеальна, вопрос не ставится. Идеальный субъект идеален с любой точки зрения: себя, Других, мира и т.п.

2. Понятие адекватности

Определение адекватности как философского термина очень трудная задача. К сожалению, с понятием адекватности происходит то же самое, что с понятием разумности: мы его понимаем, более того, мы распознаем адекватность в жизни, но мы не можем безусловно определить его.

Однако мы можем сказать, что адекватный человек, так сказать, в наименьшей степени искажен в своих базовых бытийных отношениях (к миру, к Другим, к себе, к трансценденции). Он выстраивает их таким образом, чтобы его собственное бытие и бытие того, к чему он относится (Других, прежде всего) было в наибольшей степени подлинным, собственным, свободным, бытийным (*eigentlich*, по Хайдеггеру).

Что очень важно показать относительно понятия “адекватный”, так это то, что адекватность распознается одинаково даже при относительно значительном изменении условий. При этом выполняются такие условия: а) *существует* адекватное отношение субъекта и адекватная субъектная структура, и то и другое *распознается* Другими; б) подавляющее большинство людей нашей культуры находятся в состоянии *умеренной неадекватности*, оно соответствует средне-статистической “норме”; в) *существуют* состояния тяжелой неадекватности, и они *распознаются* Другими. Как происходит это распознавание, неизвестно. Возможно, здесь есть некоторые элементы априорности. Возможно, это некоторая антропологическая константа. Скорее всего, антропологической константой является некоторое должное, заданное откуда-то извне (но по большей части отсутствующее) состояние идеальности, гармонии, полного соответствия бытию, его условиям и требованиям.

Как было сказано выше, мы все действуем без “подсказок” инстинкта и культуры, в неопределенной среде, в неповторимых ситуациях. Более того, иногда там, где “подсказки” инстинкта и культуры все же вносят свой голос, позже оказывается, что как раз к ним не стоило прислушиваться. Все мы действуем ошибочно и так или иначе неадекватно. Мы нередко отличаем умных людей от глупых по тому, насколько они признают свои ошибки, свою предвзятость и т.п. Ибо все делают ошибки и все предвзяты, но не все способны это осознать: у части людей включаются бессознательные защитные механизмы. Эти люди глупы в экзистенциальном смысле этого слова².

² Раньше можно было еще предсказать, что умный человек будет учиться на собственных ошибках. Но это было возможно только в рамках более-менее устойчивой среды, которая не меняется с каждым днем. Сейчас обучение на ошибках уже становится практически невозможным. Завтрашние ситуации уже не будут напоминать вчерашние, они будут требовать решения новых задач. И мы всегда будем делать ошибки, но вместе с тем будет существовать, как недостижимый идеал, и правильный способ отношения и действия в любой ситуации.

Адекватность можно определить как *экзистенциальный ум* или экзистенциальную мудрость. В этом адекватном уме бытие познает себя с максимальной глубиной, на которую способен человек, и бытие этого человека самым подлинным образом предстает общему бытию мира. Субъект становится более свободным, он как бы проживает больше и на более высоком уровне.

Несомненно, адекватным бытием в мире является такое бытие, которое развернуто к миру. Это бытие естественным образом развернуто к собственному будущему и прошлому. Оно должно быть развернуто как к миру предметов, так и к миру людей. Причем, оно должно иметь специфическую позицию достаточно отстраненного понимания: например, сюда включается обязательное умение поставить себя на место другого человека. То есть, с одной стороны требуется некая встроенность в мир, открытость миру. С другой стороны, чтобы адекватно отнестись к миру, от него нужно и несколько отстроиться.

Понятие адекватности все время соскальзывает к пафосу “золотой середины”, хотя на самом деле оно чрезвычайно далеко от него. Это скорее “золотая вершина”. От нее можно отклоняться в разные стороны, и тогда она конечно кажется чем-то средним, но ее нельзя “подсчитать, вычислить” как среднее между отклонениями. Она распознается именно как заданный извне зов, обращенный ко всем, и каждый может отклоняться от него по-разному.

Еще раз повторим, что согласно данному представлению об адекватности, большинство людей находится в умеренном отдалении от нее (это и можно считать “нормой”), и лишь некоторые субъекты, бытийные отношения которых искажены в наибольшей степени, являются действительно ненормальными.

Естественно, сразу же встает вопрос, как “лечить” такого рода ненормальность? Но это тема для отдельного разговора.

ЛИТЕРАТУРА

- Бронин С. Я. Малая психиатрия большого города. М., 1998.
 Бурно М. Е. О характерах людей: психотерапевтическая книга. Москва: Акад. Проект, 2005.
 Гофман А. Г., ред. Клинические разборы в психиатрической практике. Москва: МЕДпресс-информ, 2009.
 Лэйнг Р. Д. (Лэнг Р. Д.) Расколотое “Я”. Политика переживания. Райская птица. СПб: Белый кролик, 1995.
 Лэйнг Р. Д. “Я” и Другие. М.: Независимая фирма “Класс”, 2002.
 Лэнгле А. Дотянуться до жизни... М.: Генезис, 2010.

Микиртумов Б. Е. Ильичев А. Б. Клиническая семантика психопатологии. СПб: СПбГПМА, 2007.

Паиковский В. Э., Пиотровская В. Р., Пиотровский Р. Г. Психиатрическая лингвистика. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009.

Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу и другие истории из врачебной практики. М.: АСТ [и др.], 2011.

Хайдеггер М. Бытие и время. М.: Академический Проект, 2013.

Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.

От редактора. Вопреки серьезным претензиям к настоящей работе, публикуемой в порядке дискуссии, например, за игнорирование фундаментальной дихотомии двух измерений классической психиатрии: “здоровье — болезнь” и “норма — патология”, явно недостаточное знакомство с психиатрической литературой на эту тему, обозначение деятельности НПА России как антипсихиатрической, а меня как антипсихиатра, причем в благожелательном ключе (!), мы сочли полезным поместить эту статью, как пример восприятия психиатрии как таковой, причем со стороны автора двух монографий: “Психиатрия: опыт философского анализа” (М., 2014) и “Философия возраста. Взаимосвязь экзистенциального и познавательного взросления человека” (М., 2014), и спецкурса “Философия психиатрии”, читаемого студентам МГУ уже много лет, и, таким образом, постоянно тиражируемого.

Как бы там ни было, текст отличается свободой размышления над поставленной проблемой, не связанного какими-либо догмами, что само по себе представляет несомненную ценность. Проведенный автором анализ, конечно, полезен. В общетеоретическом плане это заставит тоньше разрабатывать понятие адекватности и внесет разнообразие в споры об интуитивном познании.

Классики клинической психиатрии нового времени Курт Шнайдер, Ганс-Йорг Вайтбрехт, Клаус Конрад, Виктор Франкл предпочитали опираться на критическую онтологию Николая Гартмана, а не фундаментальную онтологию Мартина Хайдеггера. Последняя — яркое выражение силы воздействия художественного таланта автора-мифолога и созданной им философской моды. И Николай Гартман, и Мартин Хайдеггер опирались на феноменологический метод Эдмунда Гуссерля. Обоих Гуссерль не принял, оба пошли своим путем.

Мы надеемся на отклики по этой вечно актуальной теме.

РЕКОМЕНДУЕМ

В. И. Арнольд

“Жесткие” и “мягкие” математические модели

4-ое изд., Москва, МЦНМО, 2013

В. И. Арнольд

Что такое математика?

4-ое изд., Москва, МЦНМО, 2012

Книги издательства Московского центра непрерывного математического образования. Оба издания подготовлены при поддержке фонда Дмитрия Борисовича Зимина “Династия”.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Особенности течения эндогенного процесса при ВИЧ-инфекции

Разбор ведет проф. В. В. Калинин (19.03.2015),
врач-докладчик к.м.н. О. Е. Крылов

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больная Мария Львовна, 35 лет. Поступила в нашу больницу 24.01.2015 г.

Анамнез. Родилась в полной семье в г. Москва. Наследственность психопатологически отягощена: мать после развода с мужем наблюдалась в Клинике неврозов. Раннее развитие без особенностей. Посещала ДДУ, формировалась общительной, подвижной, капризной. Детские инфекции перенесла без особенностей. Менструации с 12 лет. В 6 лет мать развелась с отцом, переживала это событие, обижалась на мать. В школу пошла с 7 лет, училась средне, книг не читала. С 7-го класса прогуливала уроки, конфликтовала с учителями. Была капризна, легко возбудима, трудно-подчиняема, агрессивна к сверстникам. Окончила 9 классов средней школы на “удовлетворительно”. С 12 лет нарастало ярко выраженное девиантное поведение: убегала из дома, ночевала в подвалах, алкоголизировалась, наркотизировалась (гашиш, амфетамины). Состояла на учете в ИДН. Первый половой контакт в 12 лет, на фоне алкоголизации. В этом же возрасте в ходе конфликта с матерью нанесла себе ряд самопорезов на тыльной стороне левого предплечья. Находилась на лечении в ПБ № 6 с диагнозом “Психопатоподобный синдром”. После школы закончила колледж, получила специальность экономист-бухгалтер. По специальности не работала, занимала низкоквалифицированные должности в торговле, работала курьером, вела асоциальный образ жизни, была неразборчива в половых контактах. Со слов двоюродной сестры, получила огнестрельное ранение левого бедра — “стрелял любовник из ревности”. В настоящее время не работает. В 17 лет вышла замуж, на фоне конфликтов и измен мужа развелась через 3 года. Детей не было. В 2000-м году от онкологических заболеваний умерли мать и отец. С родственниками (мачехой и двоюродной сестрой) отношения конфликтные до настоящего времени, так как после смерти отца унаследовала его квартиру, но у больной появилось ощущение, что “ее отнимут”. Обвиняла мачеху в том, что та обладает способностями колдуньи, строит против нее заговоры. Ощущала, что из-за нее “сжимается круг друзей”. Со слов больной, в этот период употребляла алкогольные коктейли, пиво,

проживала с сожителем. Конфликтовала с ним, считала, что он в сговоре с мачехой, так как он толкнул ее на лестнице, в результате чего больная получила перелом руки. Называла его “киллером”. После обращения в ГКБ № 14 для наложения гипса, в связи с неадекватным поведением была госпитализирована в ПБ № 4 17.01.2013 в недобровольном порядке. Было обнаружено, что больная является ВИЧ-инфицированной, сама связывала это с половыми контактами. При поступлении держалась без дистанции, сообщала о себе противоречивые сведения, нецензурно бранилась. Наличие обманов восприятия категорически отрицала, однако постоянно прислушивалась к звукам за дверью — “опасаюсь киллера”, настойчиво требовала выписки из стационара. Пассивно принимала терапию, заявляла, что здорова. Эмоционально оставалась холодна, ничем не интересовалась, залеживалась в постели, суицидальных мыслей не высказывала. Была выписана под наблюдение ПНД с рекомендациями по приему галоперидол-деканоат 50 мг 1 раз в 3 недели, неуплетил 30 мг в сутки в каплях, циклодол 6 мг в сутки. Выставлен диагноз “шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, неполная ремиссия”. После выписки ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. В центре СПИДа не наблюдалась. Свою квартиру сдавала, продолжала вести асоциальный образ жизни, общалась с лицами кавказской национальности, с которыми уехала в г. Махачкала. Была неоднократно ими избиваема — многократные ЧМТ (к врачам по этому поводу не обращалась). В последующем стала замечать, что за ней следят “наркоманы из Москвы”, так как они звонили домой и угрожали расправой. Чтобы спасти “своих друзей” обратилась за помощью в ПБ города Махачкалы, там находилась на лечении в течение 3 месяцев. После выписки лекарств не принимала, спустя некоторое время снова стала ощущать “давление со стороны наркоманов”. Конфликтовала с “друзьями”, у которых жила, с соседями. В связи с конфликтной ситуацией была вынуждена вернуться в город Москва. 07.10.2013 на вокзале обратилась к сотрудникам полиции за помощью “так как ее квартира все еще сдается, ей негде жить, и ее преследуют наркоманы, а в Махачкале ее завербовали ваххабиты, с

которыми она общается через птиц”. В настоящее время заявляет, что намеренно напугала сотрудников полиции, для того чтобы попасть в больницу в связи с сохраняющимися жилищными проблемами. После осмотра дежурным психиатром 07.10.2013 была госпитализирована в ПБ № 4. При поступлении была дурашлива, конфликтна, раздражительна, категорически отрицала наличие обманов восприятия, заявляла, что ей “просто страшно”. В отделении оставалась дурашливой, конфликтной, склонной к нарушению режима, общалась в кругу психопатизированных больных, была груба с медицинским персоналом. Периодически предъявляла жалобы на страх, считала, что ее преследуют “кавказцы”. На фоне терапии стала упорядоченее в поведении, спокойнее, укладывалась в режим отделения, продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживалось, однако сообщала, что иногда “мысленно общается с умершей матерью”, “просит ее о помощи”. Была выписана с рекомендациями риссет по 2 мг 3 раза, циклодол 2 мг 3 раза, феназепам 1 мг н/н. После выписки ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. Проживала с гражданским мужем из Дагестана, от которого забеременела. В октябре 2014 года продала свою однокомнатную квартиру на улице Обручева и купила двухкомнатную квартиру на Сиреневом бульваре. С сожителем отмечались частые конфликты, часто уезжала из дома, стала тревожной, беспокойной, не спала ночами. После последней ссоры с сожителем, подозревая его в измене, уехала в гостиницу “Салют”. 16.10.2014 была обнаружена в холле гостиницы, категорически отказывалась покинуть гостиницу. Была осмотрена дежурным психиатром, направлена в ПБ № 4 в добровольном порядке. При поступлении сидела с закрытыми глазами, просила “дать ей поспать”, на вопросы отвечала после паузы, односложно, высказывания были непоследовательными. Была легко истощаема, жаловалась что уже “несколько дней не может уснуть”, была напряжена, тревожна. Обвиняла сожителя в том, что он применяет к ней “физическую силу”. В отделении первое время предъявляла жалобы на чувство сдавливания головы “обручем”, нарушения сна, беспокоилась, что ее не навещает сожитель после конфликта. За период нахождения в стационаре острой продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживалось. Была выписана 22.10.2014 в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по приему рисперидона 2 мг н/н, выставлен диагноз “шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, неполная ремиссия”. После выписки 23.11.2014 родила ребенка, продолжала вести асоциальный образ жизни, периодически алкоголизировалась, прием ПАВ отрицала. В настоящее время проживает с новым сожителем, дагестанцем по национальности, который не работает и “живет на ее сбережения”. Двоюродная сестра характеризует ее как “крайне лживую, цинич-

ную, эгоистичную”. Заявляет, что квартира ее сестры “притон наркоманов”, и что она не желает принимать участие в ее судьбе и судьбе ее ребенка. 23.01.2015 была задержана сотрудниками полиции в магазине “Магнит” в алкогольном опьянении, где вела себя неадекватно: набрасывалась на окружающих, кидалась бутылками, разговаривала сама с собой, высказывала националистические лозунги. Была доставлена в ОВД “Северное Измайлово”, где осмотрена врачом ПОНПа (пост № 2) и госпитализирована в ПКБ № 3 в добровольном порядке. При поступлении заявляла, что сожитель преследует ее, хочет ее убить, просила “избавить ее от его голоса в голове”. В беседе была ориентирована в месте и времени, верно понимала, что находится в больнице. Заинтересованности беседой не проявляла. Была дисфорична, гневлива, выражение лица угрюмо-злое. Говорила громким голосом, вела себя с переоценкой, демонстративно, дистанцию не выдерживала, нецензурно бранилась. Переживаний полностью не раскрывала, отрицала, что слышала или слышит “голоса”. Считает, что ее ребенок находится в опасности, но в чем она состоит и от кого исходит, не сообщала. Суждения носили нелепый, вычурный характер, примитивны, причиной настоящей госпитализации называет то обстоятельство, что ее избивает “сожитель Расул”. Свое поведение в магазине объясняет тем, что выпила полтора литра алкогольного коктейля, при этом с кем разговаривала, почему бросалась на людей, объяснить не может — “со мной так бывает, я психически больная”. Дала согласие на лечение в ПБ. Диагноз при поступлении: шизофрения параноидная, галлюцинаторно-бредовый синдром на фоне личностного (апатобулического и психопатоподобного) дефекта. 03.03.2015 консультирована проф. Циркиным С. Ю., диагноз: “шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом”. F 20.014.

В отделении первое время была демонстративна, оголялась, нецензурно бранилась, проявляла вербальную агрессию к больным и медицинскому персоналу, была цинична, груба. Отказывалась подчиняться режимным требованиям, в пределах палаты не удерживалась, стремилась покинуть отделение, заявляла, что ей нужно к сожителю, в связи, с чем проводилась интенсивная терапия клопиксол-акуфаз 100 мг 1 раз в 3 дня № 2, неулептил по 10 мг 3 раза, аминазин 50 мг 3 раза, галоперидол по 10 мг 3 раза, тригексифенидил по 2 мг 3 раза/сут. На фоне активной терапии стала упорядочена в поведении, пассивно следовала режиму, общалась в кругу психопатизированных больных. В беседе с врачом была навязчива с требованиями о проведении ей ВТЭК и возможности получения группы инвалидности.

Соматический статус: ВИЧ-инфицирована. Среднего роста, нормостенического телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное.

Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: в анамнезе неоднократные ЧМТ. Фотореакции сохранены. Зрачки округлой формы. Функции глотания сохранены. Тонус мышц конечностей обычный. Сухожильные рефлексы D=S. Патологических знаков не выявлено. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Психический статус (18.03.2015): Ориентирована формально правильно. Движения вялые, замедленные. Мимика бедная, маловыразительная, эмоционально тускла. Голос монотонный, мало модулированный. Речь скудная, словарный запас бедный, косноязычна. В беседе дистанцию не соблюдает, периодически нецензурно бранится. Лжива, угодлива, старается представить себя с лучшей стороны. На вопросы отвечает не всегда по существу, не всегда понимает смысл вопроса. Отвечает после паузы. Мышление аморфное. В суждениях поверхностна, легковесна. В беседе быстро истощается. При упоминании об алкоголизации заметно оживляется. Формально беспокоится о судьбе сожителя и ребенка. Часто интересуется целью беседы и влиянием ее на возможность оформления группы инвалидности. Внушаема, сообщает противоречивые данные о своем состоянии. Так, в начале беседы утверждала, что слышала мужской “голос”, локализацию которого определить затруднялась, показывала рукой то на голову, то на стену, заявляла, что ей управляют, воздействуют, сравнивала это с сеансом Кашпировского, затем заявила, что обманов восприятия никогда не испытывала. Объясняла появление голосов перенапряжением в связи с конфликтами с сожителем, сестрой, проблемами с квартирным вопросом, “загнала себя”. После серии вопросов о психическом состоянии с раздражением заявляет, что “как врач захочет, так я и буду отвечать”, “мне все равно”. Пословицы трактует буквально. Интеллектуально-мнестически снижена. На момент осмотра острой продуктивной психопатологической симптоматики не выявляется. Критические способности грубо нарушены.

Психолог М. Л. Чернова: пациентка осматривалась мною дважды. Первый раз — 26 февраля 2015 года, второй раз сегодня, 19 марта. 26 февраля находилась в состоянии дезорганизации, была не ориентирована во времени, астенизирована, растеряна, иногда замолкала, теряла нить собственных рассуждений. Задания осмысливала с трудом. Темп психических процессов был замедлен. Показатели запоминания грубо снижены. Графика рисунков была экспансивная, имела органические черты, свидетельствовала о внутреннем напряжении. Мышление фрагментарное, конкретное. Категориальный способ мышления, абстрагирование, обобщение были недоступны. В эмоционально-личностной сфере выявлялась психопати-

зация, эмоциональная незрелость. **Заключение:** в ходе обследования обнаруживались грубые органические нарушения психической деятельности, значительное снижение мнестической функции, нарушения внимания, конкретность мышления, нарушения динамики мыслительного процесса и фрагментарность мышления. В личностной сфере выявлялась выраженная психопатизация.

На сегодня пациентка в собственной личности и месте ориентирована правильно, во времени дезориентирована. Считает, что сегодня январь 1900 – 2015 года (цитата). На нарушение ориентировки во времени реагирует удивлением, пытается запомнить сегодняшнее число. Жалобы отрицает, причину госпитализации объясняет тем, что в состоянии алкогольного опьянения вела себя неправильно. При разговоре об алкоголе оживляется, сообщает, что в последнее время употребляла, чтобы снять стресс. Пациентка охвачена переживаниями относительно судьбы своей дочери, беспокоится за нее. Мотивация к обследованию формальная. Инструкции к заданиям усваивает с трудом, теряет. Деятельность пациентки нуждается в контроле извне. В сфере внимания выявляются нарушения избирательности, распределения, отвлекаемость, истощаемость. Произвольный компонент функции не сформирован. Показатель непосредственного запоминания грубо снижен, кривая запоминания 10 слов: 4-6-6-4, отсроченно воспроизводит одно слово, что свидетельствует о дефектности мнестической сферы. Опосредованное запоминание также непродуктивно. Из пяти опосредованных образов верно воспроизводит один. Процессы опосредования крайне затруднены вследствие “застревания” на опосредованных образах. Опосредованные образы примитивные, конкретные, графика рисунков дефектная, свидетельствует о недоразвитии мелкой моторики. В сфере мышления выявляется нецеленаправленность мыслительных процессов, неравномерность качества выполнения мыслительных заданий. На фоне решения заданий легкого уровня по категориальным признакам предметов выявляется конкретность, формальность суждений, а также наглядные формы познавательной деятельности. Абстрагирование от конкретного смысла доступно. Пословицы трактует по конкретному типу. В эмоционально-личностной сфере в настоящее время выявляется ситуационная тревожность, беспокойство, импульсивность, активность, стремление к независимости, стремление избежать высоких требований, предъявляемых извне. Личностные особенности характеризуются эмоциональной незрелостью с облегченностью оценок и суждений, всплывчивостью, несформированностью навыков контроля, негативистичностью, безответственностью, недостаточным пониманием последствий своих поступков, внешне-обвиняющим типом реагирования, ориентацией на собственное мнение.

Таким образом, по результатам обследования на первый план выступает выраженная нецеленаправленность деятельности, несформированность навыков контроля и произвольной регуляции поведения и психических процессов, недоразвитие мелкой моторики, высших психических функций, абстрактного мышления, произвольного внимания на фоне грубых нарушений по органическому типу: нарушение мистических функций до степени дефекта, неравномерность качества выполнения мыслительных заданий. В личностной сфере на фоне ситуационной тревожности выявляется незрелость с облегченностью оценок и суждений, безответственность, негативистичность, недостаточное понимание своих поступков.

По сравнению с обследованием от 26 февраля отмечается снижение степени дезорганизации деятельности от грубой до выраженной нецеленаправленности, улучшение качества мыслительных функций, изменение эмоциональной заряженности от напряженности до тревожности. Отмечается исчезновение экспансивности в рисуночной продукции.

Ведущий: скажите, пожалуйста, а какие-нибудь специфические нарушения мышления, например, опора на латентные признаки, что-нибудь такое было выявлено у этой больной? — *Таких признаков нет, не выявлялось.* — Понятно. Еще вопросы психологу, пожалуйста. Нет? Все, спасибо.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Ведущий: входите, пожалуйста, Мария Львовна, садитесь сюда, на стул. Здесь все врачи. Побеседуем с Вами, не возражаете? Добрый день. — *Добрый день.* — Скажите, Мария Львовна, как Вы оказались в нашей больнице? Что Вас привело в больницу, как Вы считаете? — *Срыв.* — Что значит срыв? В чем, какой срыв, почему? — *Ну, это был срыв такой, наверно, я замерзла, и вышла спиртного. И были какие-то внутренние проблемы нерешенные, и вот так получилось, то, что я угодила. Ну, я не первый раз уже.* — Да, я знаю, Вы уже третий или четвертый раз. — *Да, я своим образом решаю какие-то вопросы со своей психикой вот через московские больницы психиатрические по месту прописки.* — В основном Вы были в больнице Ганнушкина, да, в предыдущие госпитализации? — *Раз, два. Ну, там, да.* — Понятно. Скажите, а те предыдущие госпитализации чем были вызваны, Мария Львовна? — *Как правило, все на фоне либо одиночества, либо спиртного.* — Спиртного. Значит, со спиртным у Вас серьезные проблемы, да? — *Не серьезные, но бывает такое, что, когда, допустим, я одна, не могу решить... Меня успокоить некому, и случается алкоголь.* — И в одиночестве выпиваете? Алкоголизм? — *Да, коньяк, алкоголь, ликер, и...* — Ликер, коньяк, водку, то есть крепкие напитки? — *Довольно-таки да, потому что пиво...* — В одиночестве. Скажите, а сколько Вы можете крепких напитков,

водки, допустим, выпить за день, когда Вы алкоголизуетесь? — *Много не смогу.* — Ну, сколько? Ваша доза какая? — *Бутылку.* — Ну, пол-литра? Пол-литра водки? — *Да, под горячую закуску, картошка.* — Ну, для женщины молодого возраста приличная переносимость. Понятно. И давно у Вас такое пристрастие? — *Ну, вот я выпивать стала еще, когда я вообще подростком.* — Так. Это где-то лет в 12? — *Да, в 12 – 13, вот так вот.* — Ваша жизнь с этого возраста пошла как-то наперекосяк, я правильно понимаю? — *Нет. Пошли... Родители развелись, у отца был второй брак, и вот с этого момента там начались проблемы.* — Но Вы уходили из дома, куда-то исчезали, я правильно понимаю? — *Да, я убежала из дома.* — Куда убежали и где Вы жили, не поставив в известность родителей, соответственно? — *Ну, там не настолько, чтоб так долго, чтобы прям...* — Ну, несколько дней отсутствовали? — *Нет, несколько дней... Находили меня все равно, там.* — То есть они беспокоились? — *Беспокоились.* — В связи с вашим исчезновением. — *Беспокоились. Нет, нет, я говорю “Вы беспоко...”, “Мы беспокоимся”. Я говорю: “Я больше беспокоюсь. Хочу, чтобы все вернулось на места, чтобы папа пришел к маме, чтобы это все”...* — Значит, Вы убежали как бы в знак протеста? — *Да.* — Против развода, против ссоры родителей, да? — *Вот сейчас то, что я здесь оказалась, это тоже в знак протеста.* — Протест в данном случае против чего? — *Я против...* — Ну, родители-то уже давно развелись. — *Человек, может быть, с которым я проживала...* — И их, по-моему, в живых нет. — *Да, их нет в живых. Я не знала, как ему донести то, что мне не нравится все, что происходит, я не знала, как донести. То, что это все ерунда, это все ерунда, и говорил-говорил. Я говорю: “Нет, не ерунда”. Очутилась я в больнице, потом после больницы. Ну, вернее, я очутилась сначала в полиции, после полиции я очутилась в больнице.* — Полиция Вас нашла в каком-то магазине, супермаркете, что ли? — *Да, там бы супермаркет.* — “Магнит”, там, или что-тотакое. — *Да.* — Где Вы стояли несколько часов в застывшей позе, я правильно понимаю? — *Нет, не так.* — Не так. А как? — *Я вышла из дома, ходила кругами из дома туда-сюда, ходила кругами вот так, ходила-ходила.* — И о чем-то думали? — *Да. А у меня в это время маленькая дочка дома спит. И он пришел, и он то ли он мне сказал, что “погуляй иди”, папа, пока дочка спит, там, или что-то такое. И вот на этом фоне, вот, то, что я ходила-ходила, гуляла-гуляла, вот...* — Ну, понятно. — *Случилось к... ср... нервный срыв случился.* — А под нервным срывом Вы что конкретно понимаете? Голоса в голове бывали, Мария Львовна? — *Они у меня бывают.* — Так, и вот они сколько лет уже как бывали у Вас, голоса? — *Ну, как я с региона приехала, из Дагестана.* — Это когда было? Сколько лет назад? — *Это два года назад.* — Два года назад начались голоса. Именно внутри головы? — *Они*

откуда-то... — Извне? Внутри тела? — Ну, сейчас трудно говорить, сейчас уже... — Но в принципе не так слышали, как мой, допустим, голос? Не ушами, а как-то по-особому? Правильно я говорю, да? — Да, угу. — По-особому? И голоса были неестественные, ненатуральные такие, да? — Нет, они больше такие... Ну, они... их надо бояться. — Это другой вопрос. А на что они похожи, больше какие, Вы хотите сказать? — Они похожи... Они каждый раз по-разному, и их невозможно вырвать вот так. — Они мужские, женские? — Где голос, вот где голос, так невозможно. — Мария Львовна, они мужские или женские? — Они... — Трудно сказать? Бесполое? — Ну, такие, да, больше, наверно, бесполое. — Бесполое. — И на них невозможно утверждать, что он будет говорить. — То есть нереальные голоса? — Нереальные. Чаще мужской, честно говоря. — Скажите, а как Вы объясняли себе их происхождение? — Для себя я знаю, откуда они. — Ну, откуда? — То, что на человека когда надавливают, у него может такое случиться, даже очень у хорошего, умного человека. — Как Вы сказали: выдавливают? — Надавливают. — А кто надавливал на Вас? — Ну, в этом плане, я вот вы знаете, как объяснить, вот как Кашипровский, когда идет давление вот именно на череп... мозговая вот аж доходит. — На психику? — Да. Вот это... вот мой молодой человек — он очень хорошо умеет это делать. То есть он... он... — Он оказывает воздействие психическое на Ваше сознание, на Ваш мозг, на Вашу психику? — Это страшно. — Он это специально делал? — Он умеет это делать. — Как? А зачем он это делает? Он же мучает Вас. — А его папа так с мамой делал. — Его папа с мамой делали и его обучили? — Он видел... Он... Нет, он просто видел, как так же себя папа вел с мамой со своей. — Но это же, понимаете, это же нехорошо, это же Вам мучения доставляет, а? Так ведь? — Да не только мне. — И другим? — Его семье вообще. Его папа оказывает влияние, то есть вот он, не подходя, не бьет ее, но она делает то, что он хочет. — Она — это мама? — Мама его, да. — Под влиянием мужа? — Да, под влиянием вот своего отца. — И папа, и мама оказывают влияние на Вашего приятеля, можно сказать? — Ну, он просто так жил, он это видел. — И он перенял этот опыт и использует его, воздействует на Вас? — Он другого не видел просто. — На Вас влияет? — Он же не видел, как мама с другим. — Понятно. А Вы чувствуете вот прямо на себе влияние? — Боль невыносимая. — И боль вызывает? Он на расстоянии, мысленно? — Мысленно, там, ну, как на 5 – 10 метров, это невозможно. — Боль. А в каких частях тела? — Ой, виски. — Так, еще. — Шейный... — Позвоночник. — Да. — Так, еще. — Встать вообще невозможно. — Это все под влиянием силы воли вот этого молодого... — Ну, вот эта сила воли — она не дается как бы... — Этого злодея? Ну, злодейские поступки, поведение злодея. — Да, просто я же не владею вот этим... — Понятно.

Хотелось бы защиту какую-то выстроить против этого, да? Экранировать как-то? — Ну, хотелось бы. Пока я знаю, что я просто попала, и все, потому что у меня еще родилась дочка сейчас маленькая, Миланочка. — Скажите, а преследование есть? Кто-то преследует Вас, какие-то люди? — Вот. Ну, нет, не думаю, что прямо преследуют. Я думаю, те, кто знают. — Кавказцы? — Да ну, что... — Этот молодой человек — он кавказец? — Маленькая Миланочка — да, она от него, она... — Милана. Понятно. Еще скажите, пожалуйста: у Вас ВИЧ подтвержден? — Да. — Вы это знаете? — Да. — Сколько лет Вы ВИЧ-инфицированы? — С 20 лет. — Так, сейчас Вам сколько? — 35. — Вам 35, то есть 15 лет Вы ВИЧ-инфицированы? — Да. — Вы получаете терапию от ВИЧ-инфекции? — Терапию сейчас нет. — И получали когда-то? — Когда я была беременная, я пила терапию. — А какие препараты Вы пили? — Ой, даже там не помню. Ну, для Миланочки я пропила, чтобы она... — А Миланочка не инфицирована? — Нет, Миланочка нет. — Несмотря... Понятно. Скажите, а врачи инфекционисты, которые специалисты по ВИЧ, по СПИДу, что они Вам говорят? — Вы знаете, каждый раз говорят по-разному. — И что? — Изначально, я помню, когда только вот в первое время я узнала, это было 20 лет назад, получила. Мне сказали, что все, макинтош деревянный готовь, сейчас ты будешь умирать. — Так, напугали. — Вплоть до такого. Молодая девочка. — А Вы не испугались? Вам было 20 лет. — Да, они говорят: “Готовься”. — Готовь гроб? — Все, говорит, макинтош, говорит, деревянный, все. И каждый раз просыпалась, жила с мыслью о том, что я умру. Каждый раз у меня об этом была мысль. И потом уже, когда мы сошлись вот с молодым человеком с моим, я ему говорю: “Я умираю, в общем”. Он такой: “Ну, пока ты умрешь, я, говорит, еще с тобой пообщаюсь”. — Он, да? — Да, и вот так сошлись. А я еще... — А он не заразился? — Нет. — Нет? — Нет. — А Вы от кого заразились ВИЧ? — Ой, трудно сказать. Как же можно с человеком договариваться. — Ну, у Вас, судя по всему, СПИДА-то нет. Вы ВИЧ-инфицированы, но СПИДА нет. Какая группа крови? — Вы знаете, там... Я не знаю. — Потом скажете. — Ну, я видела людей, которые 30 лет... — Вы от кого-то заразились... 30 лет со СПИДом? — Да. — То есть с ВИЧ-инфекцией, точнее. Понятно. А Вы не болеете, скажем, часто простудными заболеваниями? — У меня единственное было — то, что бронхит у меня был и не проходил. Я пропила французское лекарство из аптеки и у меня все прошло. То есть мне никто не... — Вы курительница? — Курительница. Просто никто мне не ответил, вот на то, что меня так обманули жестоко, да? — Обманули — это как? — “Вы умираете, девушка”. — А, ну это... — А то же, понимаете, а как? — Ну, это да, это врачебная, так сказать, ошибка. Врачи могут тоже заблуждаться. — А никто не... Я дошла до врача, а врача уже и нет. — И где он

оказался? — *Я не знаю. А что, ну все уже.* — Ну, то есть он Вас здорово испугал, когда сказал: готовьте деревянный макинтош. — *Ну, да, 20 лет человеку — такое сказать, конечно.* — Причем это не шутка была, это на полном серьезе, да, было сказано? — *На полном серьезе. Взрослый человек в белом халате.* — Ну, понятно, понятно. — *И все, это такое сломанное, такая вообще... Удар такой. Я сейчас уже, вот знаете, такие вещи как бы, когда ставят диагнозы вот так вот, я уже настолько думаю: а правы ли? А не правы ли? Уже нет такого доверия.* — Скажите, а сами как считаете, Вы больны или здоровы, Мария Львовна? — *Я такая же абсолютно.* — Ну, в смысле, что значит “такая же”? — *Чем, ну, абсолютно... — Здоровы?* — *Просто сделали, видите, как ВИЧ-положительная, ВИЧ-отрицательная как бы. Я держу себя подальше просто от людей, которые не болеют.* — Вы, получается, ВИЧ-положительная. Так, ну, в плане ВИЧ. А в плане душевного здоровья Вы больны или здоровы? Психически? Как Вы считаете? — *Психически... Я даже больше вот об этом, кстати, думаю.* — Так. И что же? К чему Вы пришли? — *Я... Потому что у меня дочка, и мне... это... надо как-то о ней думать, о ней позаботиться. И я не знаю, как это сделать вот сейчас, лучше для нее чтобы было. Потому что я же нахожусь здесь, а она находится там.* — Ну, а кто, с кем она сейчас, кстати? — *Она с отцом ребенка. У нее вот есть отец ребенка. Она должна быть с ним. Ну, а он тоже может убежать куда-то там, гулять с друзьями, там, или что-то еще.* — А ей сколько сейчас? — *Миланочке полгодика.* — Да. Понятно. Ну, так психически Вы здоровы или больны, Мария Львовна? — *Я... трудно сказать. Трудно сказать.* — Не можете сказать, да или нет? — *Боли нет никакой.* — Ну, боли нет, а душевные переживания? — *Душевные есть переживания.* — Есть? Ну, а они, так сказать, в пределах нормы? Это не душевная болезнь, да, не психическое заболевание, да? — *Это...* — Ну, голоса, влияние на мысли — это все норма? — *Трудно сказать.*

Вопросы Марии Львовне, пожалуйста.

— Скажите, пожалуйста, а все эти душевные переживания про что? — *О дочке переживаю.* — А что переживается, о чем? — *С кем она находится в данный момент.* — Так. И чего боитесь, про что тревожитесь? — *Ну, все-таки маленькая девочка, как бы. Папа молодой, он убежал куда-нибудь, а она там одна сидит, кушать хочет и все такое.* — Кушать хочет. А вот эти голоса — они о чем говорят? — *Они не всегда есть, и их невозможно вызвать вот так вот, то, что вот я сейчас сижу.* — Я понял. Но что-то Вам конкретно говорят? Ругают, может быть, хвалят? — *Там воздействие какое-то можно сделать. Ну, это как... Как вам объяснить. Как гипноз.* — А что значит — как гипноз? — *Гипноз — ему страшно очень-очень. Если под него попадают...* — Объясните, что это такое? — *Я не могу. Вот, знаете, как что? Как*

будто есть вот клип Таркана есть, и там вот гипноз — прямо вот глаза, как у черной кошки, и какое-то гипнотическое, вот такое. Так настолько, как мысль сама, когда она переводит с какого-то. Вот, корочка мозга вот так вот, когда вот это вот начинают... — Погодите, а кто действует гипнозом? — *Действуют, я думаю, те люди, которые посылают вот это все, которые... Ну...* — Кто эти люди? — *А, кто эти люди? Каждый раз разный человек это может сделать.*

Ведущий: мы поняли так, что отчасти это Ваш приятель, возлюбленный влиял гипнотически на Вас. — *Это да.* — Получается, что не только он, но и другие? — *Певец с телевизора тоже повлиял вообще.* — Влияет. Это какой же певец? — *Таркан из Турции.* — Я даже не знаю. — *Который прямо...* — Он влияет гипнотически, когда его показывают по телевидению? Так, что ли? — *Да.* — На Вас в том числе? — *Да.* — А на других? — *На других не знаю.* — А на Вас — да. Вы в центре, получается? Вы притягиваете... — *Нет, он может найти...* — Вот эти гипнотические волны Вы притягиваете к себе? — *Вот это вот аж там до дрожи, вообще, там, просто... Я ощутила то, что есть гипноз. Мне говорили...* — И Вы... — *Мне говорили, что ФСО, что есть такие люди...* — ФСО — это федеральная... Что? — *Это, ну, отдельное военное мероприятие. Они...* — Типа ФСБ, да? КГБ? — *Я верю, что есть такое учение целое, и вот оно... Но я не могла...* — Ну, у Вас получается, Вы не можете, не могли, но Вас забрали в качестве подопытного испытуемого, так, получается? — *Возможно так, да.* — Именно Вас? Почему? — *Скорее всего, моя красная полоска тоже обозначает о том, что это тоже какие-то опыты идут.* — А что значит красная полоска? — *Значит ВИЧ-инфекция.* — Понятно. — *Вот мне кажется тоже, что...* — И ВИЧ они могли заразить на расстоянии? — *Нет, ну, нет, но, извини меня, 30 лет чтобы меня там... В 12 лет мне поставить хотели. Вы можете себе представить?* — В 12 лет поставить ВИЧ? — *Да. Хотели поставить.* — Ну, тогда Вы еще, наверно, не... Первый раз-то... — ВИЧ? — А, контакт был, да? — *Они хотели поставить, но пришла мама, сказала: пошли все в жопу, и все. И меня забрали и не поставили диагноз. Так и есть. У меня просто мама военная тоже была, ученая на подводной лодке.* — Да? А папа? — *Да, ей пришли, сказали... А папа банк, Центробанк. И ей пришли, сказали... Она говорит: “Как это? Моя девочка? Вы что, с ума что ли, походили?” Нет, говорит, ничего не напишу, ее заберу, и все. И вот так было тоже. Какие-то ошибки, такие столкновения какие-то могут быть.* — Ну, в 12 лет Вы уже из дома убежали, Мария Львовна? — *Ну, это что, что из дома убежала?* — И были неразборчивые сексуальные контакты? — *Это нужно посмотреть, там я сама не знаю, что там было, а чего там не было.* — А с кем Вы контактировали? — *Ну, там, знаете, наговорить*

можно на девушку... — Ну, это же... Ну, это я... — Я вышла замуж в 13 лет. — Ну, Вы молодец. И все-таки, как Вы чувствовали гипноз? — *Ой, вообще.* — Если Вы говорите о гипнозе? — *Болит... болят виски.* Потом, там, что там еще? — Влияние на мысли тоже было? И болевые ощущения вызывал гипноз, да? — Это да, я просто... Я гипноза боюсь. — А гипноз не заставлял Вас те или иные действия совершать? — Я боюсь каких-то убеждений. — Не влиял на Ваше поведение, поступки? — *Влиял, конечно.* — Влиял? Каким образом? — *Да просто вот, мне могли просто дома вот так сказать что-то, и все. Одно слово, там, говорят — и все, и я потом стою в замкнутом...* — Это слово много значит? — *Ну, да.* — Меняется поведение под влиянием этого слова, да, так, получается? — *Я, вот, то, что... Я раньше этого не понимала, не верила ни в какую психологию, вообще не хочу знать. Но вот сейчас уже, думаю, ну все уже, потому что мне надо идти, сдаваться, потому что, как бы, тяжело уже с ребенком, тоже осталась одна, там, и надо, чтобы какие-то...* — Вы не работаете, нет? — *Нет, не работаю.* — Не работали толком? Стаж есть какой-то? — *Стаж есть.* — Кем Вы работали? Бухгалтером, экономистом? — *Я работала продавцом.* — Продавцом. В торговле, значит? — *Да.* — Понятно. И сколько лет Вы проработали, Мария Львовна? — *Около пяти лет.* — Понятно. А группы инвалидности у Вас нет? — *Группы инвалидности нет, не имею.* — Да. Вопросы еще есть?

— Какое вино больше нравится? — *Каберне.* — Почему? — *Сухое.* — Да, потому что сухое красное вино как бы положено. — А чем лучше закусывать для Вас? — *Лимоном.* — Лимоном. А из крепкого? — *Из крепкого коньяк, да.* — Какой коньяк? — *Благородный напиток.* — Не разбираюсь. — Ну, понятно.

Ведущий: кто Вас приучил к алкогольным напиткам, Мария Львовна? Я не думаю, что родители? Подростки? Скажите, а кроме алкогольных напитков были ведь и наркотики, я правильно понял? — *Нет, наркотиков...* — Никогда не было наркотиков? — *Нет.* — Никаких? Ну, ладно.

Врач-докладчик: я хотел тебя спросить сейчас, вот о чем. Помнишь, ты рассказывала, что слышала голоса птиц, могла их понимать? Что это было такое за состояние, расскажи? — *Я приехала в этот момент с региона.* — С какого региона? — *С Дагестана.* — Так. — *Там до этого убрали мэра. То есть я так... Я никогда в жизни нигде не была, я приезжаю в Дагестан, и там берут, на вертолетах прилетели мэра брать Амирова. Было очень страшно вообще.*

Ведущий: Братъ — это арестовывать? — *Арестовывать, да. И было так страшно, это ужас вообще. То есть получилось так, что я выхожу, там. За хлебом — там стоят танки. — И птицы...* — И я не подготовлена вообще. И мы еще поругались в этот момент. То есть я... С другом. — С кем, с другом? С приятелем.

Еще вопросы:

— Скажите, пожалуйста, а воздействие гипнозом от Вашего сожителя, из телевизора, других людей — зачем это все делается? — *А это делаю не я же.* — Нет, а вот смысл вообще? Как Вы можете это объяснить? — *Смысл, как я думаю, для чего это люди делают?* — Да. Вот... — *Да делают и все.* — А Вас выбрали почему? — *Выбрали в чем?* — В воздействии? Вот турок для Вас этот поэт и действует? — *Я не думаю, что только для меня он поет и воздействует.* — По ощущениям? — *Если человек хищник, ну, как бы, грубо говоря, такой, там, да? Он уже... Для чего он это делает? Делает просто и все, и ничего ты не сделаешь.* — Скажите, Вы под гипнозом, когда поет этот певец — это образное выражение? Или конкретно через телевизор, через лучи? Как Вы это объясняете? Вот, Вы испытываете в этот момент, когда слушаете песню, боль в висках. Каким образом Вы испытываете физическое воздействие из телевизора? Или Вы предполагаете, что так действует гипноз? — *Я вообще думаю, что скорее всего, воздействует. Мне говорили просто, мне мама говорила, мама ученая была. Воздействует.* — То есть это реальное воздействие?

— Я хотела спросить, когда Вы в состоянии опьянения, это воздействие усиливается, проходит, или наоборот возникает...? — *Медленно на спад идет.* — То есть Вам алкоголь дает облегчение, так можно сказать, да? — *Ну, трудно сказать.* — Вы говорите, на спад идет. Но чаще это возникает, когда Вы в трезвости, перед тем, как выпиваете? — *Обычно у меня спиртное... Выпила, погуляла и уснула.* — То есть это бывает, когда Вы вне контакта с алкоголем? — *Да, но когда на меня начинают воздействовать, я вообще последнее время ощущаю последнее, ну, вот эти лампы все, компьютеры, все вот эти гаджеты — я все это чувствую.* — А в связи с чем Вы такая чувствительная? Все-таки тысячи, миллионы людей. Это Ваша особенность отрицательная, положительная? Как Вы считаете? Вы, может быть, выбраны для этого кем-то? Как это может быть? — *Никому я не выбрана, никому я не нужна.* — Почему из тысяч, из миллионов? — *Миллионов что?* — Ну, выбрали Вас. Вот такие ощущения — не все же это испытывают. — *А я думаю, не только я их испытываю.* — А Вы с кем-то обсуждали? — *Вот это вот? Обсуждала.* — Ну, и что, и люди вам... — *С соседкой.* — И что соседка Вам сказала? — *Кошмар, говорит, что.* — Ну, соседка не сказала, что с ней то же самое бывает? — *Она говорит: "У меня вообще ребенок управляемый".* — Ну, а вот эти гаджеты — это тоже гипноз или это уже другое воздействие от электроники? Как это объяснить? — *Трудно тоже сказать, там это... Но все вот эти клипы, музыка вся вот эта.* — *Влияет. Ну, вот за меня — вот я насмотрелась в интернете, засиделась что-то. Потом вышла на улицу, попала в полицию. Да не то, чтобы какая-то вышла девочка с дороги, я из дома вышла.* — Вы на людей набрасывались в магази-

не, да? — Ну, говорят, да. — Вот. — Нет, ну я никому не повредила, ничего там. Ничего такого не было. — Страх. — Я сидела дома вот так, насмотрелась вот это все, и потом он домой что-то не шел, а я домой пошла. Вот.

Ведущий: Ну, а что было от того, что насмотрелись? — Ну, вот, нестабильная речь. Ну, от того, что дает этот гипноз, вы говорите? — Не понимаю. Что с речью? — Даже внешне мне тяжело начинать приходиться, тяжело... Все тяжело. — Тяжело двигаться, да? — Тяжело двигаться даже, да. — Это все гипноз наделал? — Да. Ну, а как еще? — И с интернета? — И с интернета. А как, если бы человек занимался бы зарядкой, если человек бы, допустим, не смотрел дурацкие клипы вот эти — этого бы не было. Не случилась бы я на улице, то есть, там, ничего такого бы. — Что же делать теперь? — Ну, в принципе, а что? — Как же жить с этим гипнозом, а? — С гипнозом? Не включать телевизор, вообще выключить все. Всю технику. — Но ведь помимо телевизора Вы испытываете гипнотическое воздействие, влияние со стороны других людей, я так понимаю? Телевизор-то Вы отключите. — А тот, кто будет человек, который будет влиять? — Да, да, Вы же сами об этом говорили. — Ну, я не знаю. — Не человек, а там группа получается даже. — У него там... — Преступная фактически. — Его семья там, мама в платочке. — Семья руководит. Ну, понятно. Еще вопросы. Нет? Ну, тогда, спасибо Мария Львовна. Поправляйтесь. Лечитесь дальше. В добрый час! — Спасибо.

Ведущий: А что по поводу терапии? — Лечение при поступлении было 20 мг галоперидола в сутки, аминазин 100 мг в сутки, депакин хроно 750 три раза в день. — Это здесь назначили? — Да. — Значит, на момент осмотра получает клопиксол депо 250 мг два раза в месяц, седалит 300 мг три раза в сутки, азаледин 25 мг в день. — Чем вызвано назначение вальпроатов? — Аффективной устойчивостью. — К седалиту? — Да. — Седалит — это литий. — Литий, да, карбонат. — Карбонат лития. — Да. Это вызвано с тем, что у нее изменилось психическое состояние, она стала... Не подчинялась режиму, требовала отпустить ее домой, проявляла агрессию к персоналу. Была демонстративна, возбуждена, оголялась. — Ну, аффект-то был не маниакальный, наверно, все же? — Да. — Скорее агрессивный? — Агрессивный, да. И это длилось несколько дней, и на фоне интенсивной терапии удалось это все купировать.

Врач-докладчик: Данный случай достаточно сложный для интерпретации, как мне показалось. Согласно анамнестическим данным, девиантное поведение в школе, личностные особенности больной: демонстративность, по текущему статусу — эмоциональная лабильность, истощаемость. Здесь можно говорить о том, что есть органическая какая-то почва. Формально психические расстройства начались в возрасте 12 лет, когда она пила и была госпитализирована

на с психопатоподобным поведением в больницу. Тогда нанесла себе сама порезы. В дальнейшем есть указания на наличие идей отношения в адрес мальчиков, сестры, аффективные колебания, нарушения в сфере влечения, алкоголизация, наркотизация, неразборчивость и раннее начало половой жизни. Можно предположить, что к аффективным расстройствам начали присоединяться расстройства более глубокого уровня, похожие на неразвернутый аффективно-бредовый приступ, когда она впервые была госпитализирована в 4-ю больницу. Далее нарастала социальная дезадаптация, нарушения волевой сферы, увлечение алкоголизацией. Впоследствии присоединились кратковременные психотические эпизоды с психопатоподобным поведением. Настоящий приступ можно классифицировать как аффективно-бредовый, складывающийся из бреда преследования с переживанием себя в центре событий и злобно-напряженного аффекта. В течение последнего времени нарастает негативная симптоматика: эмоциональная холодность по отношению к близким на фоне повышенной ранимости по отношению к собственной персоне. Судьбой дочери интересуется формально, считает себя обиженной, ущемленной. Нарастает редукция энергетического потенциала, нет побуждений к труду, увлечениям, склонности к выполнению элементарных гигиенических требований. Это сейчас мы ее причислили. Подверженность асоциальному влиянию. Наблюдающиеся у больной проявления асоциального поведения, перепады настроения, не только холодность, но и злобность по отношению к близким, морально-этическая недостаточность, уклонение от труда, злоупотребление алкоголем являются устойчивыми, не смягчаются со временем и могут быть расценены как сформировавшийся психопатоподобный дефект в постприступный период.

Анализируя все вышеперечисленные сведения, можно выделить основные негативные симптомы, указывающие на эндогенный характер данного расстройства: эмоциональное снижение, нарастающая редукция энергетического потенциала, которая постепенно прогрессирует после перенесенного в пубертатном возрасте гебоидного синдрома. На фоне выраженных негативных расстройств прослеживается позитивная симптоматика в виде элементов бреда преследования, отношения и воздействия.

Таким образом, мы расцениваем данное состояние как параноидную шизофрению эпизодического течения с психопатоподобным типом процессуального дефекта, эмоциональным снижением и нарастающей волевой дефицитарностью. Рекомендованное лечение: в рассматриваемом случае для коррекции психопатических и психопатоподобных расстройств оптимальным является применение неулептила, главная особенность которого — это избирательное влияние, адресованное нарушением поведения, а именно злобности, агрессивности, взрывчатости. Для нее

доза 30 мг в сутки. Для коррекции продуктивной симптоматики, нарушений поведения, проведения реабилитационных мероприятий показано назначение модитен депо, который упорядочивает общее поведение больных, обращает к реальным жизненным интересам, улучшает общее самочувствие, вызывает стремление к деятельности, оживление эмоциональных и моторных реакций, облегчает контакты с окружающими. Наличие проленгированного эффекта позволяет эффективно применять его в амбулаторных условиях. Ее доза 50 – 100 мг один раз в месяц.

Ведущий: — А как соотносите Ваш диагноз с заключением психолога, в котором указывается только на органические особенности мышления, но никак не на процессуальные? — *Нет, там указывается, что мышление, в общем-то... В мышлении есть процессуальные нарушения...* — Но в основном заключение сводится к тому, что все изменено по органическому типу. — *По органическому типу, да. Есть о чем подумать.* — Да понятно. Пожалуйста, есть желающие высказаться? Вопросы?

— Когда она поступала в больницу, это было связано с пьянством? — *Да, она находилась в алкогольном опьянении.* — Какое у нее опьянение? Картина опьянения? — *В алкогольном опьянении она была агрессивна, проявляла злобу, была напряжена, подозрительна, разговаривала сама с собой.* — И обычно ее госпитализировали насильно в таком состоянии? — *Да, именно в таком состоянии. Она говорила, что сбежала от своего родственника, сожителя.* — Так. Еще — а как у нее было в школе? — *В школе она была в асоциальной компании, я уже говорила, это было девиантное поведение.* — Нет-нет, обучение. Оценки, экзамены. — *Удовлетворительно знает классику, “Онегин” Пушкина, больше ничего. Знает названия.* — То есть названия только? — *Названия, да. И знает, что есть такой Блок. И что он написал и кто он такой — не знает.* — Хотя закончила общую школу, не вспомогательную. — А диагноз дебильность ей не ставили? — *Ей ставили в 6-й больнице психопатоподобный синдром.* — Это психопатоподобный, а дебильность? — *Нет, не ставили. Я еще здесь думала о пропсишозфрении, но здесь не совсем.* — Скажите, пожалуйста, все-таки здесь течение ВИЧ-инфекции в течение 15 лет — Вы не думали, о СПИД-дементных синдромах, или шизофренных формах органических расстройств?

А. А. Глухарева: — Есть над чем подумать, согласна. Если это параноидная шизофрения, и она столько лет течет... Но больная не производит впечатление параноидной. У больной симптомы воздействия и так далее имеют очень большой чувственный компонент, что характерно для органиков и алкоголиков. У нее наверняка есть полинейропатия, и все эти ощущения она примитивно может спроектировать. И поскольку сейчас в обществе все эти гипнозы, экстра-сенсорика и так далее витают в воздухе, то она может

примитивно интерпретировать это как воздействие. Ведь фобулы фактически нет. Доказательства преследований, причины, за столько лет это как-то должно было бы кристаллизироваться. И, я думаю, у психолога были бы тоже какие-то находки.

Ведущий: — Но Кандинский-то есть? — *Кандинский есть, но природа Кандинского... Он очень чувственный.* — Идеи преследования есть? — *Идеи преследования... Но они все примитивные и очень как бы схваченные, услышанные. Другое дело, что она с детства настолько девиантна была, и настолько это все развивалось примитивно, что, возможно, алкоголь сгладил всю психопатологию. И не только алкоголь, но и ВИЧ тоже. Все это могло сгладить. Но я бы все равно параноидную шизофрению не поставила.* — А что бы Вы ей поставили? — *Если шизофрению — по-старому это была бы шубообразная.* — Так, а есть ли вообще, с Вашей точки зрения, у нее шизофрения? — *Вы знаете, я не уверена.*

И. П. Лещинская: И я тоже сомневаюсь, что это шизофрения. Я бы поставила шизофреноподобное органическое расстройство. Она похожа на деградированную алкоголичку, наркоманку и так далее. С истероидным еще компонентом. Она же то в наркотическом, то в алкогольном опьянении убегала. И, конечно, она непохожа на больную шизофренией. Девиантное поведение с 12 лет, а ей сейчас 35. 20 лет течения процесса — мы бы видели совсем не то. Она еще молодцом на таких дозах, посмотрите. Ну, ходит, конечно, плохо. Это полиневропатия? — *У нее огнестрельное ранение ноги, оскольчатый перелом в бедренной кости. Это редкость. Органический шизофреноподобный психоз, это большая редкость.* — Редкость. Но, это воздействие... Все очень додумывается, очень интерпретируется, очень как-то все примитивно. Разве шизофреник так говорит о воздействии? Наверно, нет. И сказать, что это какие-то персекуторные переживания, либо на фоне острого чувственного компонента, или интерпретативно — тоже нельзя. — *Это скорее интерпретативный все же вариант, не острый чувственный.* — Ну, интерпретативный, но на фоне ее, опять-таки, зависимости, девиантного поведения. В наркоманической и алкогольной среде действительно так бывает, и с ее примитивностью она перетрухала, и фантазий много очень.

М. Е. Бурно: конечно, и мне хочется думать о шизофрении, в этом духе расспрашивать пациентку и как-то даже помогать ей шизофренически думать. Но вот у меня, как и у Аллы Анатольевны, тоже это не получается. Слишком уж как-то у неё, как говорят в народе, всё “дурковато”. Это не клиническое слово, по-моему, помогает клинически отчетливее увидеть больную. В нашем клиническом расспросе, не чувствую шизофрении, даже шизофрении, “привитой” на дебильной почве, (то, что называется “привитая” шизофрения, пфрпропсишозфрения). Начинаешь ее рас-

спрашивать о голосах, автоматизмах, об этом преследовании — и получается какая-то белиберда. Как-то всё органически-примитивно толкуется. Да, она знает, что существует гипноз, и что гипноз может действовать даже по интернету. Хочется думать о шизофрении. Но воздействие такое же, как где-нибудь на дискотеке. Она это воздействие чувствует тяжестью в веках, у нее ноги тяжелые, двигаться тяжело. Что-то не шизофреническое. Не вижу схизиса, шизофренической разлаженности, шизофренической милоты от беспомощности. Даже при пфрпрофшизофрении, даже когда шизофрения протекает на олигофренической почве, эта привитая шизофрения делает органику как-то тоньше, умнее. А здесь больная с детства пьет, потом ВИЧ. И, как алкоголичка, оживляется в разговоре о выпивке. Кстати, очень хорошее психологическое исследование. Но вот что это такое: легкая дебилность или... скорее для меня это органическая психопатия Сухаревой. Именно органическая психопатия. Органический изъян возникает от вредности в утробе матери или он наследственен. Или это повреждение приобретается, как считала Груня Ефимовна, где-то в первые годы жизни, когда личность ещё не сложилась и это повреждение, этот изъян, эта прореха участвует в пластике личности, возникает вот такая грубоватая бестормозная, нередко асоциальная органическая личность с расторможенностью влечений, без царя в голове. Тут и ВИЧ, тут и алкоголь, тут и всякое дурное поведение. И всякие грубоватые фантазии по поводу гипноза могут быть. Но главное — это, конечно, дурное поведение, пьянство, это возбуждение в состоянии опьянения. Нередко эти органические психопаты в состоянии опьянения становятся буйными, творят бог знает что и их обычно полиция направляет в психиатрическую больницу, поскольку видит в них ненормальных. Я бы остановился на дифференциальном диагнозе. Пфрпрофшизофрения с алкоголизацией или случай какого-то сложного органического поражения головного мозга с шизофреноподобной картиной, или органическая психопатия с алкоголизмом. Скорее, видимо, последнее. Психотерапевтическая работа обычно тут помогает дифференциальной диагностике. Спасибо!

Заведующий 10-м отделением: С учетом выслушанного мною, я могу сказать следующее. В 12 лет первая госпитализация в детскую больницу — там расстройство личности на фоне злоупотребления психоактивными веществами. Впоследствии три госпитализации в больницу им. Ганнушкина, одна в Махачкале, и вот с 23 января находится у нас. По поводу диагностированной ВИЧ-инфекции: никакой выписки из клинической инфекционной больницы № 2 не поступило. Предполагать, что это ВИЧ-инфекция, боюсь, мы не можем. Это первое. С момента поступления у нас была продуктивная симптоматика в виде расстройств восприятия и бреда — никуда мы от этого не денемся. Эмоционального оскудения с января

2013 года я не заметил. И психолог не подтверждает латентных признаков. Наши психологи работают очень хорошо: как только что-то есть, они обнаруживают, даже если не видим мы. Исходя из этого, я бы диагностически сделал следующий вывод, как есть в МКБ: органическое расстройство на фоне ВИЧ-инфекции. Галлюцинаторно-параноидный синдром имеет место. Второй, конечно, диагноз — злоупотребление психоактивными веществами — оно имеет место. Не знаю, ставить ли только алкогольную зависимость или говорить о полинаркомании, но обязательно нужно проводить трудовую экспертизу. Никакой шизофрении я лично не вижу.

Ведущий: спасибо. Еще есть мнения? Нет. Ну, тогда позвольте мне высказаться. Случай, безусловно, сложный и неоднозначный. Случай запутанный, такой детективный психиатрический случай, но попробуем разобраться.

В принципе, заболевание начинается в пубертате, примерно в 12 лет, и начинается с девиантного или даже делинквентного поведения с дромоманическим синдромом, с наркотизацией. Все типично, как начинается процесс по типу психопатоподобной рано начавшейся юношеской шизофрении, и дальше — больше. Уже присоединяются идеи воздействия, открытости, преследования по мере ее взросления. И дальше в 20 лет уже установлено ВИЧ-инфицирование, и в принципе отрицать ВИЧ-инфекцию мы не имеем права, нет оснований. В принципе, мы этой проблемой — влияние ВИЧ-инфекции на течение шизофрении — в условиях больницы Ганнушкина и нашего института занимаемся. Там концентрируются ВИЧ-инфицированные больные со всей Москвы. И что у нас получилось с доктором Полянским? У нас получилось что, если говорить в двух словах, шизофрения и ВИЧ-инфекция — антагонистически направленные процессы. Когда мы исследовали психопатологически по психометрическим шкалам ВИЧ-инфицированных больных с диагнозом “шизофрения”, то оказалось, что выраженность как продуктивной, так и негативной шизофренической симптоматики у них была гораздо менее выраженная, более слабая, чем у больных шизофренией без ВИЧ-инфекции. Если же оценивать влияние ВИЧ-инфекции на течение заболевания, и оценивать влияние ВИЧ-инфекции на мнестико-интеллектуальные функции, в литературе описан так называемый СПИД-дементный комплекс, который развивается при очень низком содержании cd4 Т-лимфоцитов. Это уже предтерминальная стадия. Но по нашим данным получается, что СПИД-дементного комплекса у больных шизофренией не возникает. Более того, мы анализировали связи, корреляции между продуктивной психопатологической, негативной симптоматикой и иммунологическими показателями (Т-лимфоциты cd4, cd8) и оказалось, что существует отрицательная связь. СПИД подавляет именно содержание cd4 Т-лимфоцитов. Так вот, чем выше со-

держание cd4, тем выше выраженность продуктивной и негативной шизофренической симптоматики. По мере снижения титра cd4, то есть по мере нарастания прогрессивности ВИЧ-инфекции, выраженность продуктивной симптоматики снижается. И тут вспоминаются работы, которые проводились в Академическом институте профессором Коляскиной, в частности, о том, что для шизофрении характерно повышение именно активности иммунологической — клеток cd4 Т-лимфоцитов, а при ВИЧ — снижение. То есть получается, что шизофрения замедляет, оказывает, как бы, протективное действие на развитие ВИЧ-инфекции, а ВИЧ-инфекция смазывает картину шизофрении, замедляет прогрессивность шизофренического процесса.

Ведущий синдром на данном этапе — это, конечно, синдром психического автоматизма. Это симптомы первого ранга по Курту Шнайдеру. Это в центре внимания, это бредовое восприятие. У нее все характеристики автоматизма, от идеаторных до сенсорных и до моторных. То есть, это такой развернутый синдром Кандинского-Клерамбо. У нее есть интерпретация, она может восприниматься как примитивная, как интерпретация больного с органическим процессом. И в этой связи такая картина атипичного синдрома психического автоматизма, которая у опытных докторов вызвала сомнения в плане правомерности постановки диагноза “параноидная форма шизофрении”. Но я думаю, что эти сомнения снимаются и объясняются именно тем обстоятельством, что ВИЧ-инфекция вносит такое патопластическое влияние, ВИЧ-ин-

фекция вызывает такую атипичность в принципе. Таким образом, на мой взгляд, это сочетание двух заболеваний. С одной стороны, это шизофрения, а с другой стороны — это ВИЧ-инфекция, и за счет этого мы имеем такую стертую, смазанную, незавершенную картину шизофрении.

Вы трактовали это как аффективно-бредовые синдромы. Но об аффективно-бредовых синдромах принято говорить, когда, во-первых, высок удельный вес аффекта, либо депрессивного, либо растерянности, либо тревожного аффекта. И во-вторых, выражен чувственный компонент, острый чувственный бред, образный бред, есть явления инсценировки — этого ничего у нашей больной не было. Все ограничивалось идеаторными, сенсорными и моторными автоматизмами.

А лечение нейролептиками — это адекватно. Я не совсем понимаю, с какой целью ей назначили седалит.

— *Окончательный диагноз как будет звучать в истории болезни?*

Ведущий: — Шизофрения у больной с сопутствующим органическим поражением в результате ВИЧ-инфекции. И алкоголизм, естественно, тоже внес свою лепту. Иное дело, что она, конечно, несколько атипичная. Атипичия в чем? Раннее начало. Обычно параноидная шизофрения у женщин начинается в 24 – 25 лет. А тут начало с делинквентного, девиантного поведения в 12 – 13 лет. Но такие продромы тоже описывались. Спасибо всем.

11-й международный конгресс по психиатрии в Александрии

**ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОБЕЛОВ
МЕЖДУ НАУКОЙ И ПРАКТИКОЙ**

30 октября – 1 ноября 2015 г., Александрия, Египет

molokhiatark@yahoo.com; <http://www.psychiatryalex.com>

Наделение психиатрического учреждения функциями опекуна недееспособного пациента

Ю. Н. Аргунова

На основе анализа законодательства и практики его применения делается вывод о неурегулированности порядка возложения на психиатрические учреждения опекунских обязанностей в отношении недееспособных пациентов, о нарушении прав таких граждан и их опекунов — физических лиц. Вносятся предложения по совершенствованию нормативной базы.

Ключевые слова: недееспособный гражданин; психиатрическое учреждение; обязанности опекуна; обязанности органов опеки и попечительства.

Закон предусматривает два возможных случая возложения на психиатрическое учреждение обязанностей опекуна недееспособного пациента. Они различаются в зависимости от того, имеет или нет недееспособный гражданин опекуна.

1. Согласно п. 1 ст. 39 ГК РФ при помещении гражданина, признанного недееспособным, под надзор в медицинскую организацию орган опеки и попечительства освобождает ранее назначенного опекуна от исполнения им своих обязанностей при условии, если это не противоречит интересам подопечного. Из этой нормы следует, что опекун, обеспечивавший уход за подопечным, защиту его прав и интересов до его помещения в стационар, автоматически не утрачивает свой правовой статус в отношении своего подопечного, а медорганизация автоматически такой статус не приобретает. Орган опеки в каждом конкретном случае должен определить, не будет ли такое освобождение противоречить интересам недееспособного¹ и вправе сохранить за опекуном все или часть его обязанностей, если это будет служить интересам подопечного.

Статья 39 ГК РФ не уточняет, кому (органу опеки, медорганизации) должны перейти опекунские обязанности в отношении данного подопечного, а также механизм их передачи. Если обязанности переходят медорганизации, орган опеки должен официально назначить её опекуном. Впрочем, ч. 2 ст. 7 Закона о пси-

хиатрической помощи переход опекунских функций в таких случаях вообще не предусматривает. Согласно этой норме при оказании психиатрической помощи защиту прав и законных интересов недееспособного лица осуществляет его опекун.

2. Безальтернативными в плане ответа на вопрос, кто будет выполнять опекунские обязанности, являются ситуации, когда: 1) лицу, признанному недееспособным и нуждающемуся в стационарной психиатрической помощи, опекун (физическое лицо) ещё не назначен; 2) лицо признаётся недееспособным, уже находясь в психиатрическом стационаре. На такие случаи распространяются положения п. 4 ст. 35 ГК РФ и ч. 5 ст. 11 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве” (далее — Закон об опеке). В них говорится, что недееспособным гражданам, не имеющим опекунов и помещённым под надзор в медорганизации, опекуны не назначаются. Исполнение обязанностей опекунов возлагается на медорганизации.

Что означает помещение подопечного под надзор в медицинскую организацию и каков порядок возложения на неё опекунских обязанностей?

Как следует из приведённых выше норм, психиатрические стационары должны выполнять опекунские

¹ Зачастую, органы опеки и попечительства демонстрируют бездействие в решении данного вопроса. Так, Д. была признана судом недееспособной. Опекуном была назначена её дочь М., которая вскоре уехала работать за границу. Д. в связи с ухудшением состояния была госпитализирована в психиатрический стационар. В течение полутора лет М. подопечную не навещала, не получала пенсию, коммунальные услуги не оплачивала, не представила ежегодный отчёт в орган опеки. Главный врач больницы обратился в орган опеки по поводу освобождения М. от обязанностей опекуна и получения акта о возложении на больницу функций законного представителя недееспособной Д. Однако орган опеки отказал главному врачу, сославшись на то, что из представленных материалов нельзя сделать вывод о ненадлежащем исполнении М. обязанностей опекуна и что законодательство не устанавливает критериев надлежащего и не надлежащего исполнения таких обязанностей. Больница подала жалобу на бездействие органа опеки прокурору. Прокурор внёс в адрес органа местного самоуправления представление об устранении нарушений законодательства.

функции в отношении недееспособных пациентов в обязательном порядке единолично (согласно п. 4 ст. 35 ГК РФ) либо, если будет принято соответствующее решение органом опеки, совместно с ранее назначенным опекуном — физическим лицом (с учётом положений п. 1 ст. 39 ГК РФ).

При этом, однако, возникает ряд вопросов, не получивших закрепления в законодательстве.

Вопрос 1. Что означает помещение лица под “надзор” в медицинскую организацию?

Понятие “надзор” отсутствует в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья)². Среди обязанностей медицинских организаций (ст. 79) осуществление надзора в отношении каких-либо категорий пациентов не предусмотрено. Не упоминается такая функция, соответственно, и в уставах самих медорганизаций. Понятие “надзор” в рассматриваемом контексте, хотя и фигурирует, но не раскрывается и в Законе об опеке (ч. 2 ст. 1, п. 3 ч. 1 ст. 7, ч. 5 ст. 11), а также в его подзаконном акте (постановлении Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. № 927).

Законом о психиатрической помощи используется более понятная и корректная формулировка: в абзаце восьмом ст. 39 указывается, что медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях, обязана выполнять функции законного представителя в отношении недееспособных пациентов, не имеющих такого представителя. То есть для выполнения психиатрическим учреждением такой функции помещения пациента “под надзор” не требуется. Достаточно госпитализации подопечного для прохождения обследования и лечения, что вполне обосновано.

Вопрос 2. Что вкладывается в понятие “помещение” под надзор в медицинскую организацию?

Если даже исходить из того, что законодатель не вкладывает в понятие “надзор” определённого правового смысла и что словом “надзор” может охватываться комплекс мер медицинского характера, связанных с оказанием психиатрической помощи (освидетельствование, лечение, содержание, меры физического стеснения, изоляции), то остаётся не ясным, что следует подразумевать под “помещением” под такой надзор и кто (по чьему решению) такое помещение осуществляет.

² В базовом Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации” такой термин также не используется. В действующем Положении о психоневрологическом интернате (утв. приказом Минсоцобеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. № 145) понятие “надзор” упоминается, но не раскрывается и приводится в скобках после слова “уход” (п. 11.2 и 12.4).

Орган опеки ответственен лишь за принятие решения (акта) о назначении опекуна, об освобождении опекуна от его обязанностей в связи с помещением лица в медучреждение, но никак не за само “помещение” (под надзор) в такое учреждение или выписку из него³. Такие его полномочия просто не легитимны. Основания и порядок помещения (а, точнее, госпитализации) в психиатрический стационар регулируются Законом о психиатрической помощи и ГПК РФ (с 15 сентября 2015 г. — нормами КАС РФ). Для госпитализации в психиатрическое лечебное учреждение требуются, прежде всего, медицинские показания⁴, а также определённая врачебная квалификация лица, принимающего такое решение. Далее, госпитализа-

³ На практике дело доходит до того, что органы опеки и попечительства по разным причинам, в т.ч. не отвечающим интересам подопечного (см. определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 25 ноября 2014 г. № 78-КГ14-36) не разрешают медорганизациям выписывать недееспособных пациентов, несмотря на то, что основания для их стационарного лечения отпали. В результате медорганизация, незаконно удерживающая пациента в стационаре, может быть привлечена к ответственности. Во избежание подобных рисков медорганизации с учётом обстоятельств дела и при наличии у подопечного места жительства следует принять решение о выписке пациента и за несколько дней до выписки уведомить об этом орган опеки.

⁴ Наличие медицинских показаний как очевидное и неоспоримое основание для госпитализации в стационар любого пациента, в т.ч. недееспособного, законодательством об опеке, похоже, просто игнорируется. Так, решение о помещении недееспособного лица под надзор в учреждение здравоохранения орган опеки принимает “в случае если действия опекуна осуществляются с нарушением законодательства и (или) наносят вред здоровью, физическому, психологическому и нравственному состоянию подопечного, а также, если выявленные в результате проверки нарушения невозможно устранить без прекращения опеки” (См. подп. “в” п. 14 Правил осуществления органами опеки и попечительства проверки условий жизни совершеннолетних недееспособных граждан, соблюдения опекунами прав и законных интересов совершеннолетних недееспособных граждан, обеспечения сохранности их имущества, а также выполнения опекунами или попечителями требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан (утв. постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. № 927)). Полномочие по принятию такого решения абсурдно. Орган опеки не властен выносить решение, которым фактически принуждает медучреждение госпитализировать лицо, да к тому же не по медицинским показаниям, лишь на том основании, что опекун не справился со своими обязанностями или употребил их во зло подопечному. В учреждения здравоохранения помещаются граждане для прохождения лечения. Своим нелегитимным решением орган опеки сам нарушает права подопечного, подвергая его лишению свободы, и вынуждает нарушить закон медорганизацию. Представляется, что в подобных случаях медорганизация вправе отказать органу опеки в помещении в свой стационар такого лица со ссылкой на законодательство или оспорить решение органа опеки, в т.ч. в суде.

ция в стационар недееспособного осуществляется либо с его согласия (просьбы), либо с согласия законного представителя, но уже в судебном порядке (ч. 4¹ ст. 28), либо в порядке недобровольной госпитализации (ст. 29) опять же посредством судебного решения. Орган опеки в данной процедуре не участвует, если только в связи с отсутствием опекуна не оказывается в роли законного представителя. При наличии опекуна орган опеки лишь извещается опекуном о даче согласия на госпитализацию недееспособного.

Таким образом нормы ГК РФ и Закона об опеке, связывающие возникновение у медорганизации опекунских обязанностей с “помещением” в неё недееспособного лица “под надзор”, находятся в противоречии с другими законодательными актами и поскольку они лишены правового смысла, не могут влечь и правовых последствий.

Вопрос 3. Что означает, что исполнение обязанностей опекунов “возлагается” на медицинские организации?

Следует ли понимать эту норму так, что эти обязанности возлагает на них закон (указанными выше статьями), т.е. они возникают в силу закона автоматически, или всё же эти обязанности и вытекающие из них правоотношения возникают из акта органа опеки и попечительства о наделении больницы функциями опекуна в отношении конкретного недееспособного пациента? Законом об опеке (ч. 6 ст. 11) установлено единое правило, согласно которому основанием возникновения отношений между опекуном и подопечным является акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна. В нём может быть указан срок действия полномочий опекуна, определённый периодом или указанием на наступление определённого события.

Необходимость внесения ясности в вопрос о том, на кого и в каком порядке в каждом конкретном случае будут “возложены” опекунские функции в отношении недееспособного лица, поступившего в стационар и не имеющего опекуна (физического лица), вытекает также из положений ч. 2 ст. 7 Закона о психиатрической помощи. Согласно этой норме в случаях, предусмотренных ч. 3 и 5 ст. 11 Закона об опеке, защиту прав и интересов недееспособных лиц осуществляет орган опеки или организация (в т.ч. медорганизация). Иными словами, Закон о психиатрической помощи допускает альтернативу: если недееспособному лицу опекун в течение месяца не назначен, и он при этом оказывается пациентом психиатрической больницы, то исполнение опекунских обязанностей в отношении такого пациента могут временно возлагаться на органы опеки, а не на больницу.

Отсутствие чёткой и недвусмысленной регламентации процедуры “возложения” на медорганизацию функций законного представителя может привести к существенным рискам для организаций, например, риску возложения на организацию обязанности по

возмещению вреда, причинённого недееспособным пациентом, который, допустим, сбежав из стационара по недосмотру медперсонала, причинит вред жизни, здоровью или имуществу третьих лиц. При установлении обстоятельств дела встанет вопрос о том, возложены ли на организацию опекунские функции, и, если возложены, то чем (каким документом) этот факт подтверждается.

Вопрос 4. Как разрешить противоречие между правилом, предусмотренным п. 1 ст. 39 ГК РФ, и положениями ч. 4 ст. 11 и ч. 6 ст. 15 Закона об опеке?

Понятно, что “помещение” лица в стационар, которое согласно п. 1 ст. 39 ГК РФ должно влечь освобождение опекуна от его обязанностей и наделение этими функциями медорганизации, является **временным**. В то же время, в соответствии с ч. 4 ст. 11 и ч. 6 ст. 15 Закона об опеке временное пребывание подопечного в медорганизации прав и обязанностей опекуна (физического лица) не прекращает. Пациент по определению не может быть госпитализирован в лечебное учреждение на постоянное пребывание. Тот факт, что немалое число пациентов психиатрических стационаров находится там исключительно по социальным показаниям и по нескольку лет, не влияет на факт наличия противоречия в законе.

Неудивительно, что в регионах обнаруживается разницей в правоприменительной практике. Так, вопрос о законности действий медорганизации по осуществлению опеки над недееспособными пациентами является предметом постоянных споров между органами опеки и психиатрической больницей Самарской области⁵. Акты органа опеки о “помещении” таких пациентов “под надзор” больницы отсутствуют. Такие акты, по мнению больницы, не могут быть вынесены по причине того, что уставной деятельностью больницы является обеспечение прав граждан на специализированную медицинскую помощь, а осуществление надзора не предусматривается. Несмотря на это больница исполняет обязанности опекуна в полном объёме: ведёт личные дела недееспособных пациентов, переданные им из органов опеки, защищает их имущественные права при приватизации жилья, сдаче в аренду и поднаём, участвует в судебных спорах о выселении и признании сделок недействительными, по наследственным делам, оплачивает коммунальные услуги и т.д. Органы опеки лишь дают разрешение на совершение сделок, снятие денежных средств в интересах подопечного, разрешение на выдачу доверенностей, составляют акты сохранности имущества и т.д. В указанном регионе дело дошло до того, что органы опеки запросили у больницы списки недееспособных, у которых нет опекуна, для вынесения постановления (акта) о помещении их в данную больницу под надзор. В ответ больница высказала намерение оспорить

⁵ <http://npar.index.msk.ru/forum/index.php?id=12623>.

эти действия в суде и даже вернуть личные дела подопечных, количество которых исчисляется тремя сотнями, назад органу опеки.

В психиатрических учреждениях других регионов, например Рязанской области, проводя недееспособных через судебную процедуру недобровольной госпитализации, считают, что судебное решение об удовлетворении заявления больницы о такой госпитализации как раз и будет тем документом, который подтверждает “помещение” пациента “под надзор”. Высказываются и иные не основанные на законе предположения, например, о том, что доказательством фактического (не юридического) “помещения под надзор” может служить оставление недееспособного пациента в стационаре не по медицинским показаниям, когда пациент более не нуждается в стационарном лечении, а по социальным, т.е. в тех случаях, когда пациента выписать некуда.

Органы опеки других регионов, по их выражению, наоборот, “психиатрические больницы не напрягают”, поскольку пришли к выводу, что любое нахождение в больнице является временным и не означает, что сам орган опеки освобождается от исполнения опекунских обязанностей. Органы опеки сами ведут личные дела таких подопечных, занимаются их имуществом. Больницам они лишь выдают разрешения на снятие денежных средств недееспособных пациентов для приобретения для них дополнительных продуктов питания, предметов личной гигиены.⁶

По нашему мнению, обязанности по опеке над недееспособным лицом, находящимся в психиатрическом стационаре и не имеющим опекуна, должны распределяться в разумных пределах между органом опеки и стационаром. Органу опеки не следует взваливать на лечебное учреждение весь объём предусмотренных законом полномочий опекуна (например, решение имущественных и жилищных проблем, инициирование судебных споров). Медицинской организации могут отойти обязанности по обеспечению подопечного уходом, психиатрической, а в случае необходимости и иной медицинской помощью (консультирование врачей-специалистов, направление в общесоматические лечебные учреждения), по расходованию части денежных средств подопечного и приобретению для него продуктов питания, иных товаров и некоторые другие. О наделении стационара опекунскими функциями должен быть издан акт органа опеки, в котором и должны быть прописаны соответствующие функции.

В целях исключения возникающих разночтений и возможных в связи с этим злоупотреблений и бездействия должностных лиц в ГК РФ и Закон об опеке должны быть внесены изменения. Понятия “надзор”,

“помещение под надзор”, в т.ч. в медорганизацию, необходимо вывести из законодательного оборота как не подкреплённые нормами законодательства о психиатрической помощи и в целом законодательства об охране здоровья граждан, либо наполнить их конкретным правовым содержанием и найти им законное место в системе правового регулирования института опеки.

Кто персонально выполняет опекунские обязанности медицинской организации?

Согласно абзацу восьмому ст. 39 Закона о психиатрической помощи выполнение функции законного представителя в отношении пациентов, признанных недееспособными, но не имеющих такого представителя — обязанность медорганизации. Согласно прежней редакции этой нормы функции законного представителя должны были выполнять администрация и медперсонал психиатрического стационара.

Права и обязанности опекуна относятся к сфере гражданских правоотношений. В силу п. 1 ст. 53 ГК РФ медорганизация как юридическое лицо приобретает гражданские права и принимает на себя гражданские обязанности через свои органы, действующие от её имени (п. 1 ст. 182 ГК РФ) в соответствии с законом, иными правовыми актами и учредительным документом.

В отношениях, связанных с осуществлением опеки, таким единоличным органом выступает руководитель организации, т.е. главный врач, который обладает организационно-распорядительными и административно-хозяйственными полномочиями, осуществляет общее руководство, действует в гражданском обороте от имени юридического лица, исполняет его обязанности. Следовательно, непосредственно на него возлагаются функции законного представителя (опекуна) недееспособного пациента, проходящего стационарное лечение во вверенной ему медорганизации.

В своей деятельности главный врач обязан руководствоваться законодательством: знать основания возникновения и прекращения полномочий опекуна, права и обязанности опекуна и подопечного. За совершение противоправных действий при осуществлении опеки главный врач несёт дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

Так, приговором Азнакаевского горсуда Республики Татарстан от 25 апреля 2012 г. (дело № 1-39/2012) главный врач ГАУЗ РТ “Психоневрологический диспансер” Базгетдинов М. Ф. был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий). Ему было назначено наказание в виде штрафа в размере 75 тыс. руб. в доход государства.

Базгетдинов, исполнял по должности в силу п. 4 ст. 35 ГК РФ обязанности опекуна недееспособного Ф., помещённого в лечебное учреждение. Используя свои

⁶ Там же.

служебные полномочия вопреки интересам службы, действуя из иной личной заинтересованности, выразившейся в извлечении выгоды неимущественного характера, Базгетдинов в нарушение ст. 37 ГК РФ, согласно которой доходы подопечного, в т.ч. суммы пенсий, расходуются опекуном исключительно в интересах опекаемого и с предварительного разрешения органа опеки, и в нарушение ст. 39 Закона о психиатрической помощи, согласно которой Базгетдинов выполняет функции законного представителя в отношении недееспособных пациентов, не имеющих такого представителя, осознавая, что совершает противоправные действия, дал указание работникам диспансера снять денежные средства Ф., находящиеся на расчётном счёте диспансера в банке, в размере 25 тыс. руб. для покупки и установки в своём служебном кабинете кондиционера.

На средства Ф. кондиционер был приобретен и установлен в кабинете Базгетдинова. Материальный ущерб, причинённый Ф., суд оценил как существенный с учётом того, что Ф. — инвалид и недееспособный. Кроме того, по мнению суда, действия Базгетдинова повлекли существенные нарушения прав и законных интересов самой медорганизации и охраняемых законом интересов общества и государства. Они отрицательно повлияли на её работу, подорвали в глазах граждан авторитет не только диспансера, но и иных организаций, уполномоченных оказывать психиатрическую помощь на основе принципов законности и соблюдения прав человека и гражданина.

Базгетдинов свою вину признал лишь частично и показал, что он плохо знает Закон о психиатрической помощи и Закон об опеке. Уставом и должностными обязанностями на него не возложены обязанности опекуна недееспособного Ф. Обязанности опекуна ему никто не разъяснял, опыта такой работы у него нет. Заявления о желании стать опекуном он не писал. Тем не менее, он как главный врач эти обязанности исполнял при том, что он только медик, а не работник социальной сферы. Опекуном по закону является диспансер, а не он лично. По его словам, лето было очень жарким и в его кабинете невозможно было работать. Вопрос о покупке кондиционера за счёт средств недееспособного Ф. был решён коллегиально на планерке с медперсоналом, т.к. внебюджетных средств диспансера на это не хватало. Кондиционер остался у него в кабинете, но числился за большим Ф., который мог в любое время забрать его при выписке или переходе в другое медучреждение. Установкой кондиционера он облегчил работу не только себе, но и другим работникам, т.к. совещания проходят в его кабинете. Нормальные условия для работы в жаркую погоду требовалось создать и для членов Наблюдательного совета диспансера, приезжавшим в то время. Поскольку никто не просил переставить кондиционер в отделение, он остался в его кабинете, причём временно, а значит он лишь временно позаимствовал деньги недееспособного Ф. Права Ф. этим не были ущемлены, т.к. ежемесячно ему покупали продукты и одежду и у него еще были деньги на счете. После проведения прокурорской проверки он теперь знает, как работать в качестве опекуна: он должен был согласовать снятие денег со счета Ф. с органом опеки.

Доводы обвиняемого суд счёл несостоятельными. Как указал суд, распоряжением руководителя Исполкома Азнакаевского муниципального района опекуном Ф.

назначен диспансер. Согласно Уставу этого учреждения основная его задача — оказание квалифицированной психиатрической помощи населению. Главный врач является единоличным исполнительным органом управления учреждением, его высшим должностным лицом, назначается на должность министром здравоохранения РТ. Главный врач осуществляет руководство деятельностью учреждения за исключением вопросов, отнесенных к компетенции учредителя и Наблюдательного совета, издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками учреждения, действует от имени учреждения без доверенности. Из *должностной инструкции* следует, что главный врач относится к категории руководителей. Он осуществляет руководство учреждением, несет административную, дисциплинарную, уголовную ответственности за нарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, за неправомерное использование предоставленных служебных полномочий, а также использование их в личных целях, за причинение материального ущерба предприятию или третьим лицам, связанных с действием (бездействием) во время исполнения служебных обязанностей. Согласно *трудовому договору* Базгетдинов является единоличным исполнительным органом учреждения и самостоятельно решает все вопросы его деятельности, за исключением вопросов, отнесенных к ведению иных органов. Главный врач несёт ответственность за своевременное и качественное выполнение возложенных на учреждение задач и функции, предусмотренных уставом, в т.ч. оказание социально-правовой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

Поскольку обвиняемый признал свою вину лишь частично, суд не нашёл оснований для прекращения уголовного дела за деятельным раскаянием.

Мы столь подробно остановились на обстоятельствах данного дела не только для того, чтобы продемонстрировать нелепость и циничность доводов главного врача диспансера, избравшего в качестве жертвы больного, который, по словам свидетелей, среди прочего страдал нарушениями памяти и не имел родственников. Объяснения главного врача и их оценка судом позволяют выявить несколько мифов и ложных предположений, из которых исходят руководители некоторых медорганизаций. Выразим по ним своё суждение.

Вывод 1. Не может служить оправданием бездействия и невыполнения медорганизацией обязанностей по защите прав и интересов недееспособного пациента тезис о том, что исполнение опекунских функций не является для медорганизации обязательным, поскольку эти функции не предусмотрены уставом организации. В данном случае речь может идти о несоответствии устава больницы абзацу восьмому ст. 39 Закона о психиатрической помощи и необходимости его немедленного приведения в соответствие с законом.

Вывод 2. Акт органа опеки о возложении на медорганизацию обязанностей опекуна всё же должен издаваться. В рассмотренном деле таким актом было

распоряжение руководителя исполкома муниципального образования. Именно с констатации наличия такого акта суд и начал обоснование своей позиции о виновности главного врача.

Вывод 3. Процесс выполнения медорганизацией опекунских обязанностей не является коллегиальным. Эти обязанности исполняет лично главный врач.

И, наконец, последний вывод, который из этого дела напрашивается сам собой, является аксиоматичным — “незнание закона не освобождает от ответственности”.

Работники медицинской организации, осуществляющие в рамках своих должностных обязанностей уход за недееспособными пациентами, ведение личных дел подопечных, покупку для них продуктов и других товаров, оформление финансовых и прочих документов, за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, нарушение трудовой дисциплины несут дисциплинарную ответственность. В случае совершения ими преступлений они привлекаются к уголовной ответственности.

Так, Советский районный суд г. Владикавказ признал виновной юрисконсульта Республиканской психиатрической больницы Л. Дигурову в совершении преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 160 УК РФ (присвоение, совершенное лицом с использованием своего служебного положения, в особо крупном размере). Дигурова являлась членом комиссии по контролю за использованием пенсий недееспособных пациентов. Располагая сведениями о суммах, находящихся на счетах больных, Дигурова подготавливала доверенности на снятие денег с их счетов. Доверенности затем подписывал главный врач больницы, не знавший о преступных намерениях юрисконсульта. В период с апреля 2013 по май 2014 г. Дигурова сняла со счетов 15 недееспособных пациентов 2 млн 350 тыс. руб., которые впоследствии присвоила. Суд назначил ей наказание в виде 2 лет лишения свободы с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима. Вопрос возмещения причинённого ущерба будет решаться уже в порядке гражданского судопроизводства.⁷

Некоторые медорганизации, исполняющие функции законных представителей недееспособных пациентов, представляют в органы опеки ежегодные отчёты без соблюдения требований ст. 25 Закона об опеке и постановления Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. № 927, а именно: без приложения документов (копий лицевых счетов, товарных чеков и других платежных документов), без сведений о состоянии имущества и месте его хранения, приобретении имущества взамен отчуждённого, доходах. В отчётах отсутствуют даты получения сумм со счёта подопечного и даты произведённых за счёт этих сумм затрат для нужд подопечного, сведения о расходах, произведённых с согласия

органов опеки за счёт имущества подопечных. Свои действия медорганизации мотивируют тем, что:

- они лишь исполняют обязанности опекуна, а потому не относятся к числу лиц, на которых возложена обязанность по представлению отчёта в орган опеки;

- утверждённая постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. № 927 форма отчёта не может быть ими заполнена в силу того, что предусмотрена для заполнения только физическим лицом.

- невозможно выделить из общей массы израсходованных денежных средств ту часть, которая приходится на каждого недееспособного пациента на приобретение товаров.

- органы опеки не наделены полномочиями по контролю над государственными учреждениями, где находятся недееспособные граждане.

Суды признают несостоятельными такие доводы по делам, ответчиками по которым выступают, например, ПНИ как учреждения социального обслуживания и выносят решения об обязанности организации представить отчёт.⁸

Практика передачи опекунских функций медорганизации, в которую помещён недееспособный гражданин, неминуемо приводит к возникновению конфликта интересов: одна и та же организация оказывает гражданину медицинскую помощь, предоставляет услуги по уходу за ним и одновременно, исполняя функции законного представителя по защите прав и законных интересов такого гражданина, контролирует качество оказания таких услуг.

Не случайно в законодательстве некоторых государств установлен запрет на назначение опекуном сотрудника медицинского, социального или образовательного учреждения, в котором проживает подопечный. Аналогичный запрет существует и в отношении выполнения таких функций самим учреждением.

В настоящее время в Совете Федерации под руководством сенатора К. Э. Добрынина разработан законопроект, концепция которого предусматривает так называемое смешанное опекунство, когда функции опекунов выполняет одновременно физическое и юридическое лицо, а также приоритет исполнения функций опекуна физическим лицом перед их исполнением организацией, в т.ч. и в ситуации, когда возникает потребность в помещении недееспособного в медучреждение. Наличие “внешнего” опекуна у подопечного, по замыслу авторов законопроекта, позволит обеспечить решение проблемы “закрытости” положения граждан, нуждающихся в специализированном уходе и надзоре, и тотального попирания их прав и

⁷ <http://alania.rusplt.ru/index/yuriskonsulta-psihiatricheskoy-bolnitsyi-prigovorili-k-2-godam-kolonii-266852.html>.

⁸ См. апелляционные определения Судебной коллегии по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда от 2 октября 2012 г. № 33-13500/2012, от 19 июня 2014 г. № 33-9165/2014, от 30 июня 2014 г. № 33-10402, от 10 июля 2014 г. № 33-10006/2014.

свобод. Законопроект, расширяя круг организаций, на которые могут быть возложены функции опекунов, включает в их число организации, в которые подопечный не помещается. Это некоммерческие организации, например, оказывающие различного рода услуги инвалидам.⁹

Какие новации претерпели нормы о правах и обязанностях опекуна?

Главным врачам медорганизаций, осуществляющим опекунские функции в отношении недееспособных пациентов, следует обратить внимание на важные нововведения, касающиеся осуществления опеки, вступившие в силу со 2 марта 2015 г. в связи с реформой института недееспособности и опеки.

Опекуны при исполнении своих функций должны теперь **учитывать мнение подопечного**, а при невоз-

можности его установления — **учитывать информацию о предпочтениях подопечного**, полученную от его родителей, прежних опекунов, иных лиц, оказывавших ему услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности (п. 3 ст. 36 ГК РФ). Это же требование должно соблюдаться при совершении сделок от имени недееспособного (п. 2 ст. 29 ГК РФ), а также при распоряжении его имуществом (п. 4 ст. 37 ГК РФ). Опекуны отныне обязаны не только заботиться о содержании своих подопечных, об обеспечении их уходом и лечением, защищать их права и интересы, но и **заботиться о развитии (восстановлении) способности недееспособного лица понимать значение своих действий или руководить ими**. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, опекун обязан ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и о снятии с него опеки.

⁹ <http://rg.ru/2014/02/11/nedeesposobnost-site.html>.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА (Вопросы и ответы). — М., 2013. — 224 с.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 288 с.

ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 640 с.

Заказать книги можно по электронной почте: info@npar.ru
или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,
Аргуновой Юлии Николаевне

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Цинизм экспертов

Прошло полгода после нашего очередного призыва к руководству Государственного Центра судебной психиатрии оправдать свое название “центра”, найти способы положить конец позорной практике открытого произвола судебно-психиатрических заключений. Но за это время получили от Центра амбициозную отповедь с советом больше не писать открытых писем и самодеятельно изобретенным правом не отвечать на них, а от адвокатов — еще три вопиющих СПЭ заключения, в одном из которых вместо очевидной легкой дебильности выставлен диагноз имбецильности! А в другом вместо легкой дебильности — интеллектуальная норма. Правда, первое дело гражданское, а второе — уголовное. Грубость расхождения констатирующей части и выводов исключает ошибку, — это систематическая практика из одних и тех же источников. Справедливости ради необходимо упомянуть, что в приводимом здесь первом примере имелось “заключение специалиста-психиатра” Центра им. В. П. Сербского И. М. Ушаковой, написанное содержательно, очень точно, с развернутым общепонятным обоснованием. Не согласиться можно только с примирительно осторожным тоном. “Вызывает определенные сомнения логика обоснования экспертных выводов”, “позволяет усомниться”, “плохо согласуется со всей совокупностью данных” — неоднократно повторяет автор там, где налицо явное введение суда в заблуждение, достойное разбирательства этической комиссии РОП, если не судебного иска, который никто у нас еще не подавал.

Это дело еще и яркий пример обоюдности облегченной формы дестигматизации: замена обидных, ставших ругательными терминов “дебил”, “имбецил”, “идиот” на “легкую”, “умеренную”, “тяжелую” и “глубокую” форму умственного отставания, которая создала видимость отсутствия их качественного различия, вопреки четким формулировкам МКБ-10. По крайней мере, у судей.

Вместо легкой дебильности — имбецильность!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА

Настоящее заключение составлено 20 марта 2015 г. по запросу адвоката Гоголева Александра Ивановича на основании представленной им ксерокопии заключения комиссии экспертов от 19 декабря 2014 г. № 243/160 стационарной судебно-психиатрической экспертизы С. Б., проведенной в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева г. Москвы,

для оценки полноты, всесторонности и научной обоснованности представленного заключения.

Экспертное заключение написано на 11 листах (плюс несколько строчек), из которых 2 листа занимает вводная часть, на 6 листах изложены материалы гражданского дела, медицинская документация и анамнез со слов подэкспертного. По одному листу занимают описание соматоневрологического и психического состояния и по пол-листа — экспериментально-психологическое исследование и ответы на 4 заданных экспертам вопроса.

Констатирующая часть судебно-психиатрической экспертизы изложена достаточно подробно и доку-

ментировано, что позволяет опираться на нее при обсуждении выводов, которые делают эксперты.

То, что из 11 листов экспертного заключения выводы с их обоснованием уместаются на половине листа, возможно лишь в том случае, когда сделанные выводы совершенно очевидны, когда они полностью, непротиворечиво, однозначно вытекают из изложенного.

Но на самом деле все наоборот. Сделанные экспертами выводы и диагноз, выставленный ими С. Б., грубо противоречат всей констатирующей части заключения, из которой следует, что на протяжении всей жизни Байкузину ставился совершенно другой, существенно более легкий диагноз, и что прожитая им жизнь соответствует этому диагнозу.

Поэтому отмеченная краткость обоснования выводов экспертного заключения С. Б. является недопустимым нарушением многих предписаний Инструкции МЗ РФ “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной приказом МЗ РФ № 401 от 12.08.2003 во исполнение Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ.

Так, отсутствуют необходимые по завершении клинического исследования такие разделы как систематизация выявленных клинических феноменов и их психопатологическая квалификация для последующего целостного анализа и соотнесение с общепринятыми международными критериями диагностики (2.3.16 Инструкции). Эксперты по завершении описательной части **сразу переходят к диагнозу, который резко отличается от неоднократно выставлявшегося. При этом эксперты делают это мимоходом, никак не акцентируя на этом внимание, незаметно для непрофессионалов** и, таким образом, игнорируя требования Инструкции соблюдать в качестве “определяющего принцип равноправия диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой конечной диагностической и экспертной концепции (2.2.5), “необходимо проведение анализа этих расхождений, ... наличие дифференциальной диагностики и др.” (3.10). Фактически нарушается и предписание Инструкции понятным для несведущих в психиатрии участников процесса доносить существо используемых профессиональных терминов (3.8).

В 4 года, в 5, 8 и 9 лет (т.е., в 1978 и 1979 гг., 1982 и 1983 гг.), а также в 17 и 18 лет (т.е. 1991 и 1992 гг.) С. Б. выставлялся диагноз “олигофрения в степени средней дебильности вследствие раннего органического поражения ЦНС”. В 19 лет (1993 г.) он был даже снят с наблюдения психоневрологического диспансера. В 34 года (2008 г.) С. Б. перенес смерть матери и ушиб головного мозга, а спустя год подписал оспариваемый ныне отказ от участия в приватизации квартиры (27.02.2009), обязательство “не чинить препятствий при заключении сделки купли-продажи” (31.05.2009) и заявление о снятии с регистрационного учета (05.06.2010) в пользу отчима С. Д., который в течение первых полутора лет заботился о нем. На диспансерное наблюдение С. Б. был взят только в 2013 г., спустя 4 года после оспариваемых сделок. Первоначально с диагнозом “умственная отсталость средней степени вследствие органического поражения” (29.08.2013), но уже спустя два месяца в ПНД выставляется его последний психиатрический диагноз **“легкая умственная отсталость без нарушений поведения с установочным поведением без психических расстройств” (24.10.2013).**

Какова же разница между этим диагнозом и диагнозом экспертов, выставленным спустя год: **“умеренная умственная отсталость без нарушений поведения” (19.12.2014)?**

Эта разница между **дебильностью (легкая умственная отсталость) и имбецильностью (умеренная умственная отсталость).** В МКБ это разница между **F 70.0 и F 71.0.** Она очень велика. В МКБ специально подчеркивается: “В целом у лиц с легкой степенью

умственной отсталости (F 70) поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной (F 71) и тяжелой (F 72) степенями умственной отсталости”. Такие лица приобретают способность использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе, они достигают полной независимости в уходе за собой, в практических домашних навыках, возможно трудоустройство на неквалифицированную и полуквалифицированную работу, тогда как при умеренной умственной отсталости ограничено как понимание и использование речи, так и самообслуживание, независимое проживание достигается редко, они нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни.

При умеренной умственной отсталости (F 71.0), которую эксперты усмотрели у подэкспертного, отмечается значительная задержка развития речи, вплоть до ее отсутствия, ограниченный словарный запас, позволяющий только самую элементарную беседу, что затрудняет диагностику, характерна моторная неловкость, неуклюжесть, но все же такие пациенты — как сформулировано в МКБ — “способны ходить без посторонней помощи”. Все это чрезвычайно далеко от подэкспертного. С. Б. развивался с отставанием, но уже в 12 лет (1986 г.) “хорошо читал, пересказывал, решал задачи, мог бы учиться на “отлично”, но постоянно конфликтовал со сверстниками и педагогами, дрался и воровал, постоянно лгал...”. Умение лгать — это уже более высокий интеллектуальный уровень. В подростковом возрасте в связи с повышенной возбудимостью и агрессивностью трижды лечился (1984, 1985, 1987), и поведение нормализовалось. “После окончания в 1990 г. 9 классов вспомогательной школы-интерната ... приобрёл специальность токаря, работал затем три года слесарем на ЗИЛе”. В юношеском возрасте он интересовался приключенческой литературой, например, прочел “Три мушкетера” А. Дюма. Наконец, он проявил способность адаптироваться к бездомному существованию. Все это исключено при диагнозе экспертов.

Предпринятое экспертами резкое утяжеление диагноза должно опираться на описание соответствующего психического статуса. Однако оно ограничивается в экспертном заключении изложением подэкспертным своей жизни и сложившейся в последние годы ситуации и свидетельствует о его способности дать словесно очень выразительную достаточно развернутую и дифференцированную, даже довольно критическую картину, что является высоко значимым для диагноза. Так, именно из его собственного рассказа мы узнаем, что его второй отчим, ответчик по данному делу С. Д. был “значительно моложе матери”, что они

“познакомились где-то на улице”, что “мать вышла за него замуж за два года до смерти”, что он “редко появлялся дома, с матерью в одной комнате не жил, иногда подвозил продукты питания, водку, все втроем выпивали. Причины смерти матери не знает, т.к. в то время попал в больницу. Кремированием занимался С. Д. После смерти матери не работал, проживал один в квартире ...” из 4 комнат. Реконструировать такой рассказ из беседы человека с “умеренной умственной отсталостью” совершенно невозможно.

Собственно психопатологическому статусу уделено пять строк телеграфным стилем, не описательным, а сразу квалифицирующим, без примеров и прямой речи подэкспертого и его поведенческих реакций, т.е. прямо нарушены предписания Инструкции 2.3.4; 2.3.5; 2.3.6; 2.3.7; 2.3.8.

Хотя С. Б. проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в течение месяца, не приводится ни слова из дневников наблюдения медицинского персонала “об особенностях контакта, степени его дифференцированности, характере времяпровождения”, и т.д. (2.3.11).

Очень важные указания экспертов в описании психического статуса: “излишне подчиняем” (дважды повторенное через строчку), “подчинен режиму” и “критика и способность прогнозировать последствия своих действий значительно снижены”, представляют готовые итоговые кальки, которые запрещены Инструкцией в этом разделе заключения (описание психического статуса): “расплывчатые или преждевременные оценочные термины, которые более уместны при итоговых характеристиках, здесь не должны заменять описание конкретных особенностей поведения” (2.3.7). Без конкретных примеров они лишаются всякой доказательной силы.

Не менее серьезные изъяны обнаруживаются в психологическом исследовании экспертного заключения. Во-первых, когда речь идет о центральном значении интеллектуального снижения, то необходимо включить в исследование тесты, позволяющие выяснить степень этого снижения в количественном выражении. Для этого широко используется тест Векслера, позволяющий определить коэффициент интеллекта IQ и его распределение (профиль) по 11 суб-тестам (Коэффициент интеллекта (IQ) при легкой умственной отсталости 50 – 69, при умеренной 35 – 49). Ничего этого сделано не было. Даже результаты по использованным элементарным методикам даны без примеров, в самом общем виде. Во-вторых, отсутствует решающий для интерпретации результатов исследования клинико-психологический анализ, который имеет смыслообразующую роль для экспериментальных данных, т.к. включает их в жизненный контекст решения практических вопросов повседневной жизни в свободном общении.

Эксперты-психиатры дали чисто кабинетное заключение, которое игнорирует жизнеустойчивость подэкспертного, способность адаптироваться к крайне неблагоприятным условиям брошенного на произвол судьбы, обманутого, лишенного собственного жилья, уязвимого человека.

Имея большой разнообразный опыт проверки психоневрологических интернатов и освидетельствования его обитателей, могу с полной ответственностью засвидетельствовать, что выводы, сделанные экспертами, основания, на которые они опирались, и вся их аргументация сделали бы необходимым поставить вопрос о недееспособности всех обитателей этих учреждений, а вопрос о восстановлении дееспособности вообще оказался бы невозможным. Между тем, все обстоит в действительности противоположным образом.

Над экспертами явно довели не реальные возможности социальной приспособляемости подэкспертного и мера его психической сохранности, которые являются его постоянным стабильным фоном, а только моменты сделок — трех подписанных им документов. Но в эти моменты его способность понимать значение своих действий и руководить ими оставалась такой же, как на протяжении всей его жизни, т.е. невообразимой для человека с умеренной умственной отсталостью. Он подписал оспариваемые сейчас документы не в силу выраженного интеллектуального снижения и даже не в силу обмана как такового, а в силу того, что обман исходил от человека, которому он всецело доверял. Такими обманутыми могло бы оказаться большинство из нас и по мелким поводам обманывается ежедневно. Во всяком случае, подписывая три указанных документа, С. Б., мог понимать, что делает, и вполне мог руководить своими действиями.

Более того, эксперты не обратили внимания на последний диагноз психоневрологического диспансера: “легкая умственная отсталость без нарушений поведения с **установочным поведением** без психических расстройств” (24.10.2013), который исправлял диагноз, выставленный в этом диспансере за два месяца до этого: “умственная отсталость средней степени вследствие органического поражения” (29.08.2013). Это требовало от экспертов проверить версию аггравации подэкспертным своего состояния, т.к. распространенным сценарием является продажа квартиры больным, состоящим под наблюдением психоневрологического диспансера, получение денег, а спустя некоторое время отыгрывание квартиры через судебно-психиатрическую экспертизу и суд.

Таким образом, заключение экспертов не опровергло, а незаметно для непрофессионалов подменило диагноз, выставившийся С. Б. на протяжении всей его жизни, резко и безосновательно утяжелив его с легкой умственной отсталости (дебильности) на уме-

ренную умственную отсталость (имбецильность). Эксперты-психиатры грубо нарушили множество принципиально важных пунктов Инструкции “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, а психолог не использовал специальных методов, позволяющих количественно оценить интеллектуальный уровень подэкспертного. Представленное судебно-психиатрическое заключение нельзя признать научно-обоснованным, оно не является ни полным, ни всесторонним, ни объективным в нарушение ст. 4 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”.

Констатирующая часть экспертного заключения позволяет утверждать, что С. Б. в юридически значимый период подписания отказа от участия в приватизации квартиры (27.02.2009) и обязательства “не чинить препятствий при заключении сделки купли-продажи” (31.05.2009) и заявления о снятии с регистрационного учета (05.06.2010) мог понимать значение своих действий и руководить ими. Мы рекомендуем назначить проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в Федеральном научном центре психиатрии и наркологии.

Ю. С. Савенко

Вместо легкой дебильности — интеллектуальная норма

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ: ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА

Настоящее заключение составлено 10 апреля 2015 г. по запросу адвоката Злобина Сергея Владимировича на основании предоставленных им следующих документов:

- заключение комиссии экспертов № 519 от 17.06.2013;
- заключение комиссии экспертов № 2377 от 07.10.2012;
- постановление Калининского райсуда Тверской области от 10.09.2009;
- постановление Калининского райсуда Тверской области от 03.03.2004;
- определение Калининского райсуда Тверской области от 09.06.2004;
- ответ на запрос Тверского областного ПНД № 2082 от 24.08.2012;
- ответ на запрос Тверского областного ПНД № 1483 от 14.06.2013;

для оценки полноты, всесторонности и научной обоснованности заключения комиссии экспертов от 17 июня 2013 г. № 519 повторной стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы Н. Е., 1981 г.рожд., проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Заключение написано на 13 с небольшим листах, из которых вводная часть — на 2 листах, анамнез, медицинская документация и материалы уголовного дела — на 6 листах, соматическое и неврологическое состояние — на 8 листах, психическое состояние — на 1 листе, экспериментально-психологическое исследование на 2 листах и заключение с обоснованием ответов на 7 заданных вопросов — на 1 листе.

Рассматриваемая стационарная судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза с теми же 7 вопросами, что и предыдущая, названа повторной, хотя ранее была проведена амбулаторная

экспертиза. Проведение новой экспертизы потребовалось в силу неудовлетворительного обоснования экспертами предыдущей экспертной комиссией ответов на заданные им вопросы.

Однако, и эта “повторная” экспертиза, проведенная в Центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского с 07.06.2013 по 20.06.2013 гг., т.е. в течение 13 дней вместо обычных трех недель, повторила серьезные некорректности предыдущей экспертизы и ответила на все вопросы таким же образом.

Так, вопреки Инструкции МЗ РФ “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной приказом МЗ РФ № 401 от 12.08.2003 во исполнение федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” от 31.05.2001 № 73-ФЗ в заключении отсутствуют такие необходимые разделы как систематизация выявленных клинических феноменов и их психопатологическая квалификация для последующего целостного анализа (2.3.16 Инструкции), а также игнорируется требование Инструкции соблюдать в качестве “определяющего” принцип равноправия диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой конечной диагностической и экспертной концепции (2.2.5). “Необходимо проведение анализа этих расхождений... наличие дифференциальной диагностики и др.” (3.10).

Даже констатирующая часть изложена неполно, небрежно, что выяснилось при сравнительном анализе с предыдущими экспертизами. Так:

1) выпущен диагноз 2003 г. “**умеренная умственная отсталость с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями**”;

2) существенно смягчен диагноз 2005 г. (написано: “легкая умственная отсталость с нарушениями поведения” вместо “**со значительными нарушениями поведения**”);

3) полностью выпущено заключение амбулаторной СПЭ 2009 г. — **“легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения”**;

4) выпущена уточняющая формулировка — **“с нарушениями поведения”** — диагноза F 70.89 по МКБ-10, выставленного самими экспертами;

5) неполно и неточно изложен анамнез, в частности, неверно указано, что подэкспертный окончил 2 класса общеобразовательной школы, тогда как он (по данным предыдущей экспертизы) дважды дублировал первый класс и ушел со второго;

6) множество неточностей: настоящая экспертиза неправомерно названа повторной, хотя предыдущая была амбулаторной; группа инвалидности снята в 2007, а не в 2010 гг., и. т.д и т.п.

Превосходно нестандартно написанный неврологический статус контрастирует с психическим статусом, который лишен конкретных примеров и сосредоточен на не имеющих юридического значения деталях, тогда как основных два кита — интеллектуальный уровень и степень внушаемости — изложены совершенно неудовлетворительно. Отсутствуют данные из дневника круглосуточного наблюдения персонала, наличие которых отличает стационарную экспертизу от амбулаторной.

Эксперты не выполнили предписанного Инструкцией требования “понятным для несведущих в психиатрии участников процесса доносить существо используемых профессиональных терминов” (п. 3.8), например, не разъяснили различия понятий “психическое расстройство” и “психическое заболевание”; не разъяснили восемь последовательных вариаций диагноза подэкспертного, разноречий в его понимании, не объяснили смысла психического расстройства подэкспертного.

Из представленных документов известно, что Н. Е. 1981 г.рожд., вырос в деревне Тверской области шестым из семи детей, развивался с отставанием, дважды оставался в первом классе, ушел со второго, часто избивался пьяным отцом, перенес в 12 лет осложнённый гнойный отит с радикальной операцией.

На протяжении жизни, начиная с 17 лет, подэкспертный, в связи с совершаемыми им кражами, неоднократно проходил судебно-психиатрические экспертизы, в том числе стационарные. При этом его психическое расстройство квалифицировалось как:

- “олигофрения в степени **выраженной** дебильности” (1998, медкарта № 3122 в деле);

- “врожденное умственное недоразвитие в степени **умеренно выраженной** дебильности” (1999, медкарта № 3919);

- “врожденное умственное недоразвитие в степени **выраженной** дебильности” (2000, медкарта № 4067).

В связи с этим, подэкспертный всякий раз признавался судом невменяемым и направлялся на принудительное лечение. В 2002 г., спустя год принудитель-

ного лечения, совершил побег из КПБ им. Литвинова. В 2003 г. в состоянии алкогольного опьянения нанес саботульнику 4 удара ножом, снова проходил СПЭ в Твери и снова (4-й раз) был признан судом невменяемым с диагнозом **“умеренная умственная отсталость с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями”**. Было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, откуда был в 2005 г. выписан с диагнозом: **“легкая умственная отсталость неуточненного генеза со значительными нарушениями поведения”**. С этого времени состоял с этим диагнозом “на активном диспансерном наблюдении как социально опасный” в Тверском областном ПНД. В 2003 г. была оформлена 2-ая группа инвалидности, с 2006 г. — третья группа инвалидности, которая была снята с ноября 2007 г. (эксперты неточно указывают 2010 г.). Весной 2006 г. Н. Е. в связи с расстройством сна в ПНД назначен хлорпромазин (0,05) на ночь. Осенью 2006 г. отмечено злоупотребление алкоголем и избивание сожительницы. В мае 2009 г. амбулаторная СПЭ, проведенная в связи с очередной кражей, поставила диагноз **“легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения”**.

Летом 2011 г. совместно с несколькими поделельниками совершил убийство, а в октябре 2011 г. — еще одно убийство.

В 2012 г. амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза Московского областного центра судебных экспертиз поставила диагноз **“легкая умственная отсталость (F 70.0)”**.

В 2013 г. “повторная” стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в Центре им. В. П. Сербского установила диагноз **“умственная отсталость легкой степени, обусловленная неуточненными причинами” (F 70.89 по МКБ-10)**.

При этом эксперты не только не уточнили, что выставленный ими шифр МКБ содержит важное дополнение: **“с нарушениями поведения”**, которое неоднократно формулировалось в предыдущих СПЭ (“с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями” в 2003 г., “со значительными нарушениями поведения” в 2005 и 2009 гг.), эксперты заключают: “На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Н. Е. хроническим психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики, которые лишали бы его способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, не страдает и не страдал таковыми в период инкриминируемого ему деяния” и далее: “Н. Е. в указанный период мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими”.

Согласно заключению экспертов, получается, что один и тот же человек, Н. Е., признававшийся пять раз невменяемым в связи с 4 кражами и одним нанесени-

ем телесных повреждений, теперь, в связи с убийством, “в полной мере осознавал фактический характер и общественную опасность своих действий и мог руководить ими”.

Такое противоречивое сочетание требовало намного более прицельного и тщательного исследования и обоснования, чем предпринятые экспертами. Иначе получается нечто несообразное. Словно выставленный диагноз не является **слабоумием, т.е. стабильным необратимым дефектом** и словно эксперт-психолог не начал свое заключение с утверждения: “Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявлен крайне невысокий интеллектуальный уровень...”. И словно этот диагноз, сопровождавший подэкспертного всю жизнь, возможно излечить. Конечно, это невозможно. Возможно добиться только некоторой компенсации в благоприятных условиях, в стрессовых или резко изменившихся условиях он выступает в первозданном виде. Очевиден контраст между диагнозами 1998, 1999, 2000 гг., т.е. “выраженная дебильность” и установленного судебными экспертами в 2012 и 2013 гг. диагнозом “умственная отсталость легкой степени”, т.е. спустя год и два года после совершения преступления.

Само совершенное преступление доказывает, что предыдущие диагнозы, подчеркивающие уточнение “со значительными нарушениями поведения”, были более адекватными, более прозорливыми, чем диагнозы экспертов, снявших уточнение “значительных”, вопреки фактам самой жизни.

Эксперты должны были разъяснить, что диагноз подэкспертного представляет не психическую болезнь с определенным началом и концом, а психическую патологию, т.е. постоянно существующее выраженное отклонение от нормального интеллектуального уровня и/или неприемлемые в быту характерологические заострения. Умственная отсталость сопровождает человека всю жизнь, ее невозможно вылечить, но можно скорректировать, и при благоприятных условиях она компенсируется. Но при изменении среды обитания, в стрессовых условиях она обнаруживается в первозданном виде или, как говорят, декомпенсируется. В конкретном случае Н. Е. “значительное улучшение”, достигнутое в психиатрической больнице им. Литвинова, куда он поступил с диагнозом **умеренной** умственной отсталости с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями (2003), а выписан с диагнозом **легкой** умственной отсталости со значительными нарушениями поведения (2005), и даже снятие группы инвалидности, в первую очередь, связаны с ошибочным диагнозом при поступлении, т.к. “умеренная умственная отсталость, согласно МКБ-10 (F 71.0), это имбецильность (IQ 49 – 35, а не 69 – 50, как при “легкой умственной отсталости”), т.е. заведомо неизмеримо более тяжелое интеллектуальное снижение. Свою роль сыграл также размеренный жестко регламентированный больничный режим в течение

двух лет. Однако за выпиской из больницы последовала алкоголизация и вовлечение в криминальную компанию, где часто используют людей с психическими расстройствами, умело манипулируя ими.

При умственной отсталости легкой степени основные затруднения касаются школьной успеваемости, но в дальнейшем возможно трудоустройство на работу с неквалифицированным и полуквалифицированным ручным трудом, у многих выявляется резидуальная органическая симптоматика. Все это имело место у Н. Е.

У него отмечали аффективную неустойчивость, проявившуюся как в самоповреждениях, так и в агрессивных реакциях в состоянии опьянения. “Когда нервничает, то дрожит”, “голова болит сильно”, — свидетельства вегето-сосудистой дистонии по гипертоническому типу. С 26 лет отмечались амнестические формы опьянения (СПЭ 2012 г., стр. 4). Сохраняются разнообразные резидуально-органические (неврологическая симптоматика посттравматического и алкогольного генеза, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность, явления внутричерепной гипертензии) и дегенеративные, в силу дизэмбриогенеза, знаки (высокое твердое небо, деформация грудины, приросшие мочки ушей). Все это, особенно алкоголизация, — факторы, усугубляющие исходный диагноз Н. Е.

Хорошо известно, что дебильность выражается в конкретности, прямолинейности, одномерности мышления, неспособности понимания двойного плана, переносного смысла, юмора, в неспособности рефлексии и обмана. Поэтому нельзя признать корректной повторяющуюся в двух последних судебных комплексных психолого-психиатрических экспертизах интерпретацию экспертами признательных показаний подэкспертного в отношении того, что он боялся не выполнять указания своих поделщиков, боялся, что и его зарежут и т.п., в соответствии с которой Н. Е. таким образом “активно защищался”. Признательные показания у людей с легкой умственной отсталостью (дебильностью), как правило, прямолинейны, они не в состоянии обманывать, разве что упираться в отрицании или держаться линии, подсказанной последними советчиками, хотя внушенная версия оказывается нестойкой. Учитывая это, подэкспертный не был в состоянии прогнозировать последствия своих поступков в отношении ответственности перед законом, т.к. ему было доступно только сиюминутное, непосредственно соприкасающееся с ближайшими следствиями текущей ситуации, которой он был ограничен, связан ее конкретными обстоятельствами, а именно: страх перед поделщиками, что при неисполнении указаний зарежут и его, что он прямолинейно сам сформулировал: “что они мне говорили, то я и делал”. “Они меня держали взаперти, но я удрал от них, сразу же пришел в полицию и обо всем рассказал” (стр. 7). Боялся настолько, что “думал о том, что-

бы взять на себя всю вину” (стр. 11), а потом сотрудничал со следствием (стр. 8). Это естественным образом корреспондирует с его интеллектуальным уровнем и обнаруживается в экспериментальном исследовании, но не было акцентировано экспертами.

Когда речь идет о центральном значении интеллектуального снижения, то необходимо включить в исследование тесты, позволяющие выяснить степень этого снижения в количественном выражении. Для этого широко используется тест Векслера, позволяющий определить коэффициент интеллекта IQ и его распределение (профиль) по 11 субтестам. Коэффициент интеллекта (IQ) при легкой умственной отсталости — 50 – 69, интеллектуальная норма — не ниже 90. Как мы видим, расстояние между ними очень велико. Никакого прицельного исследования в этом направлении предпринято не было. Даже результаты по использованным элементарным методикам даны без примеров, в самом общем виде. Но главное, что отсутствует решающий для интерпретации результатов исследования клинико-психологический анализ, включающий экспериментальные результаты в жизненный контекст.

Ответ экспертов на первый и второй из семи заданных вопросов — сознавал ли Н. Е. в период совершения инкриминируемого ему деяния фактический характер и общественную опасность своих действий (в полной мере) и мог ли руководить ими? — нельзя считать обоснованным удовлетворительным образом.

Это во многом связано с отсутствием в числе заданных экспертам вопросов вопроса о степени внушаемости подэкспертного в стрессовой ситуации. Описанная коллизия должна была побудить экспертов самостоятельно ответить на такой вопрос.

Хорошо известно, что дебильность существенно усиливает внушаемость, и что в стрессовой ситуации она еще более усиливается. В тексте экспертного заключения имеется достаточно серьезных указаний на наличие этого сочетания у подэкспертного: “был внушаем, послушен, критика снижена” (1998); “был наивен, доверчив... отмечалась слабость волевых функций” (1999); “психологом выявлена незаинтересованность в правильных ответах” (2000); “зависимость от окружения” (2003). Да и сами эксперты отмечают “внушаемость”, “зависимость поведения от внешних обстоятельств”, “ведомость в межличностном общении, подверженность внешним влияниям”, а экс-

перт-психолог отмечает: “исследование принимает в силу конформности, не связывает успешность выполнения заданий с возможными перспективами своего положения”. Но это мы сводим воедино эти замечания, а эксперты-психиатры и экспериментальный психолог уклонились от специального развернутого исследования уровня внушаемости в разных ситуациях и от реконструкции поведения в юридически значимый момент с этой точки зрения, в частности, влияния страха перед подельниками и его внушающего действия.

Итак, Н. Е., 1981 г.рожд., постоянно признававшийся олигофреном, то в выраженной, то в легкой степени дебильности, и начиная с 17 лет, 5 раз признававшийся судом невменяемым, в связи с 4 кражами и одним нанесением телесных повреждений, по мнению экспертов-психиатров на этот раз, на момент инкриминируемого ему деяния, “сохранял критические способности” и “в полной мере осознавал фактический характер и общественную опасность своих действий и мог руководить ими”. Но олигофрения не болезнь, а необратимый дефект, от которого не излечиваются, а только компенсируются в устойчиво благоприятных условиях, а у Н. Е. с 26 лет появились амнестические формы опьянения, т.е. его состояние могло только ухудшиться. Эксперты, не говоря о множестве отмеченных нами неточностей и упущений, проигнорировали необходимость целенаправленного исследования уровня внушаемости и интеллектуального уровня, как двух тесно связанных и усиливающих друг друга характеристик, являющихся основополагающими для ответа на первые два из заданных им вопросов. Представленное заключение **нельзя признать ни полным, ни всесторонним, ни научно обоснованным**, как этого требует федеральный закон “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Особенно это касается ответов на основные два вопроса (1 и 2), которые определяют судьбу подэкспертного.

Все это позволяет считать необходимым **проведение дополнительной амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы**, предпочтительно в Федеральном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Роль В. Р. Буцке в развитии отечественной психиатрии

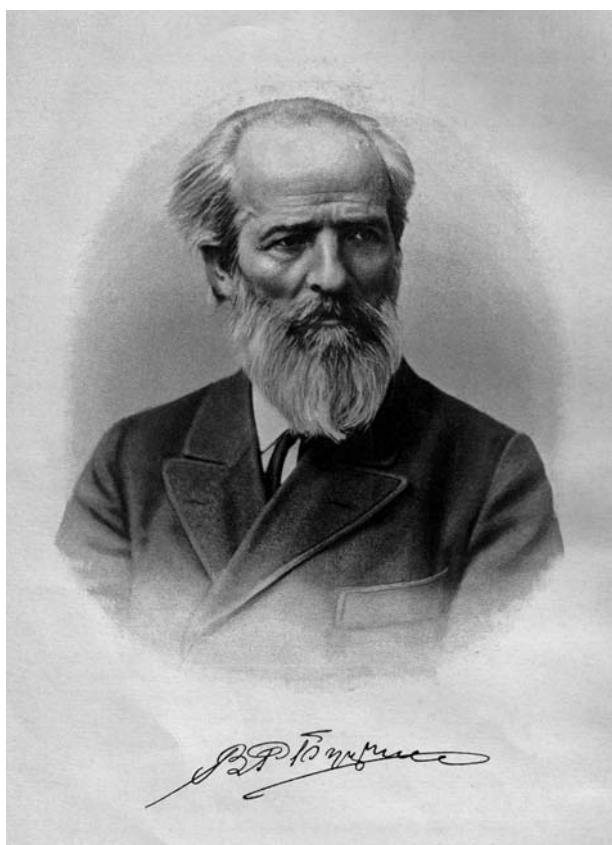
А. Я. Басова¹, М. В. Кокорина²

“Наша духовная личность меняется сообразно временным состояниям тела (настроения, аффекты), а также сообразно временным ее интересам и намерениям, духовная наша жизнь при условиях земного нашего существования не есть гармония без диссонансов, единство нашей личности есть только идеал (предел), который никогда не достигается, но к которому нас могут приблизить, при условиях физического и нравственного здоровья, истинное знание и здоровое воспитание”.

В. Р. Буцке [1]

В. Р. Буцке (1845 – 1903) — один из замечательнейших психиатров и организаторов здравоохранения конца XIX — начала XX века, незаслуженно забытый современниками. Виктор Романович оказал огромное влияние на развитие больничной и внебольничной психиатрической помощи в России. Именно он стоял у истоков создания самых современных в то время психиатрических больниц (Алексеевская больница в г. Москва), трудотерапии, патронажной службы и других новых, более гуманных форм помощи душевнобольным.

Ключевые слова: история психиатрии, психиатрическая больница, госпитализация, трудотерапия, патронаж, здравоохранение.



Конец XVIII – начало XIX века были для европейской психиатрии переломными. Именно в этот период душевные болезни уже однозначно рассматривались именно как проблема медицинская, а, следовательно, от изоляции и удержания больных врачи постепенно переходили к попыткам их лечения. С другой стороны на смену физиологическим теориям душевных болезней, пусть даже с современной точки зрения странным и примитивным, пришли концепция морального помешательства и вырождения, и душевные болезни начали рассматриваться во многом как психологическое следствие моральной вины. “Ужасное состояние!.. Оно есть пытка всех изнеженных душ, каковые, пребывая в бездеятельности, устремляются в водоворот опасных наслаждений и не пропускают не одного из призраков общественного мнения, чтобы только избежать трудов, назначенных самой природой...” [7]. Соответственно и методы лечения душевных расстройств смещались от изоляции и стеснения к трудотерапии, моральному развитию и воспитанию пациентов. Последние все более начинали расцениваться не как опасные безумцы, а как неразумные дети, требующие правильного присмотра и занятий. В перечне “нравственных лекарств” того времени первое место занимал труд. Введение обязательного распорядка дня, необходимость сосредоточиться, чтобы достигнуть нужного результата отвлекали больного от губительной для него свободы ума и вовлекали в зону от-

¹ Врач-психиатр, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

² Директор музея истории психиатрии ПКБ №1 им. Н. А. Алексеева.

ветственности: “Предпочтение, с точки зрения как физической, так и моральной, должно быть отдано регулярному труду... он более всего приятен для больного и сильнее всего противодействует иллюзиям, вызванным болезнью”[7]. Отсюда бурное развитие мер нестеснения, трудотерапии и появление уже вполне современного облика психиатрической больницы с четким расписанием дня и идеей постоянной занятости пациентов. Однако эту новую психиатрическую больницу еще следовало создать и распланировать. Прежние, практически тюремные здания, для новых целей не подходили.

В России этот процесс начался позднее, чем в Англии и Франции. Так, в Преображенском “доме для умалишенных” (в больницу для умалишенных она была переименована только в 1838 г.) еще до 40-х годов XIX века больных приковывали цепями и железными обручами. Однако постепенно обручи сменялись кожаными ремнями, а цепи — “запирательными шкафами” и “успокоительными креслами”, в обиход входили фармацевтические средства и ванны, а в 1868 г. — “горячечные рубашки” с привязыванием к постели. Положение больных медленно, но неуклонно улучшалось, но для кардинального изменения ситуации требовалось появление особого человека. Именно таким “русским Пинелем” стал Виктор Романович Буцке, приход которого в Преображенскую больницу оказал на историю психиатрии в России не меньшее влияние, чем появление Филиппа Пинеля на психиатрию во Франции. По словам современников: “И количество и качество реформ, произведенных им в целях улучшения участи душевнобольных в этой больнице, выделяет его работу не только при сравнении с работой каждого из его предшественников, но она выделяется также и на фоне всех этих работ, вместе взятых.”[5] К сожалению, в отличие от Филиппа Пинеля, имя В. Р. Буцке в отечественной психиатрии почти забыто.

Виктор Романович Буцке родился 10 февраля 1845 г. в слободе Ольховатке Воронежской губернии Острогожского уезда, в семье врача. Отец его, выходец из города Ревеля, был человеком высоконравственным, крайне религиозным и патриархальным. Врачом он был замечательным, преданным своему делу, окружающие говорили о нем: “такого доктора не было и не будет”. Детей воспитывал в протестантском духе трудолюбия, честности, ответственности. Возможно, именно эти особенности воспитания и сформируют личность Виктора Романовича, а в далеком будущем лягут в основу его интереса к трудотерапии, как одному из основных методов помощи душевнобольным.

Мать Виктора Романовича умерла, когда ему было 11 лет, а в 13 отец отправил его к дяде в Москву, где он обучался в пансионе. По отзывам младшего брата, Виктор Романович всегда был “серьезный, задумчивый, прямой, добрый, чистосердечный, высокочест-

ный”. Уже став врачом, приезжая на каникулы домой, он вместе с отцом посещал больных крестьян, много помогал семье и в дальнейшем.

В 1864 г. В. Р. Буцке поступил на медицинский факультет Московского университета, который закончил в 1869 г. О его интересе к психиатрии в студенческие годы ничего не известно, но официально преподавание психиатрии было введено на русских медицинских факультетах еще в 1835 г. В “Обзрении преподавания в Московском университете” за 1837 г. на V курсе указано “Душевные болезни — 1 час в неделю”. Занятия вел профессор Христиан Григорьевич Бунге. Герцен, который посетил его лекцию, писал о нем в “Докторе Крупове”: “Психиатрия, — говорил лектор, — бесспорно, самая трудная часть врачебной науки, самая необъяснимая, но зато нравственное ее влияние самое благотворное”. Его сменил Н. С. Топоров, полагавший одним из основных способов профилактики и лечения душевных болезней моральное и религиозное воспитание. В контексте дальнейшей деятельности В. Р. Буцке интересно, что именно Н. С. Топоров в 1857 г. совместно с другими профессорами подал заявление “о необходимости постройки клиники умалишенных”[8]. В период учебы В. Р. Буцке занятия могли вести такие замечательные психиатры как Д. И. Найденов и А. Я. Кожевников.

Московский университет славился свободолобием и естественнонаучными взглядами. Психиатрия, с ее концепцией морального помешательства, трудностями выявления органической природы заболеваний и отсутствием достоверных методов лечения, не была популярна среди студентов медиков, поэтому выбор подобной специальности выглядел с точки зрения современников весьма странно. По одним рассказам на В. Р. Буцке повлиял пример одного из его товарищей по пансиону, который отличался большими странностями, а позже заболел психическим расстройством. Впрочем, подобные истории рассказывали не только о В. Р. Буцке. Известно, что Филипп Пинель также выбрал психиатрию, наблюдая за заболевшим соучеником. Так ли это — неизвестно. Вероятнее всего выбор специальности определил счастливый случай. В. Р. Буцке предложили опеку над душевнобольным, включавшую в себя совместное проживание за границей. Так, он оказался в Бонне, где в течение двух лет посещал лекции в университете, работал в патолого-анатомическом институте и частной психиатрической лечебнице. По возвращении в Москву (1871 г.) Виктор Романович поступил сверхштатным ординатором в Преображенскую больницу и одновременно работал в частных лечебницах.

В период прихода В. Р. Буцке в Преображенскую больницу развитие психиатрии в Москве, как и во всей России, находилось, по словам С. С. Корсакова, в зачаточном состоянии.

Строительство психиатрических больниц в России началось во второй половине XVIII века, после

указов Петра III и Екатерины II. До этого большинство больных размещалось в монастырях, которые могли обеспечить их изоляцию от общества, но, естественно, не предусматривали никакого лечения. В 1775 г. было издано “Уложение о губерниях”, в котором говорилось и о призрении больных, неработоспособных и стариков. В каждой губернии были учреждены Приказы общественного призрения и при них богоугодные заведения для заведывания больничным и богаделенным делом, к которым относились и “дома умалишенных”. В 1776 г. был открыт первый русский специальный долгауз “для пользования сумасшедших” в Риге, появилось психиатрическое отделение при Екатерининской больнице в г. Москве, а в 1779 г. Санкт-Петербургский долгауз (в дальнейшем Обуховская больница).

За первые 25 лет существования Приказа было построено 18 домов умалишенных, еще через 25 лет было уже 34, а в 1852 г. (т.е. через 45 лет) — уже свыше 50. Строились они все по общему плану с большими комнатами на 20 и более кроватей, приемной, ванной, в ряде случаев с комнатой для особо агрессивных пациентов и комнатой для обливания больных водой. Все двери в палатах были с железной оковкой и железными же запорами. Было получено приказание губернатора устроить в корпусе “кровати так, чтобы они были на местах укреплены; притом поделать надобные для удержания сих несчастных кольца, ремни и цепи в стенах и в полу, который должен быть кирпичный, крепкий и прочен” [8].

Основной функцией домов для умалишенных оставалась изоляция и содержание больных. Лекарь, состоящий при доме умалишенных, смотрел только пациентов, которые “представляют надежду на выздоровление”. Руководил всем смотритель, который к медицине и вовсе не имел отношение. Нередко больные помещались в дом для умалишенных полицией, как нарушающие общественное спокойствие, без какой-либо консультации с врачом. Большой проблемой был набор младшего персонала. В Указе об общественном призрении говорилось: “Такой дом снабдить нужно пристойным, добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей для смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат, добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтобы сумасшедшие сами себе и никому вред не учинили” [8]. Однако, на практике персонал набирался преимущественно из отставных солдат, “бродяг для кончания выправки”, арестантов, совершивших нетяжелые преступления. Но даже такие дома для умалишенных быстро переполнялись и для поступления в них чинились всяческие препятствия. При явном недостатке мест “призревались только те, кто

явно мешал жизни городов”, при этом призреваемые находились в ужасных условиях — в тесноте, с цепями на теле. По словам современников, содержание больных было “хуже, чем просто брошенные на произвол судьбы” [8].

На общем фоне оазисами выглядели частные психиатрические лечебницы, первая из которых была открыта в 1830 г. Ф. И. Герцогом. Лечебница предназначалась для больных, принадлежащих к образованнейшим сословиям общества. После Ф. И. Герцога больницей заведовали В. П. Протопопов, В. Ф. Саблер, А. Ф. Беккер, С. С. Корсаков. “В этой лечебнице родилась московская клиническая психиатрия, — писал Баженов, — так как вся обстановка здесь создавала наилучшие условия для наблюдения и лечения”. Эти лечебницы использовали все самые современные методы как содержания больных, так и их лечения и, фактически стали экспериментальными площадками для нескольких поколений наших психиатров. Именно их наработки были использованы при дальнейшем устройстве психиатрических больниц, в том числе и В. Р. Буцке.

В 1808 г. был официально открыт дом умалишенных в Преображенской слободе (Преображенский долгауз). Содержание больных в нем было строгим, а условия такими, что в 1811 г. в больнице массово наблюдался скорбут (цинга). Уже в 1819 г. главврач больницы З. И. Кибальчич жаловался на переполнение. Ф. И. Герцог как первоприсутствующий Медицинской конторы, осматривавший больницу в 1827 г., написал: “Заведение сие имеет существенные недостатки, отклоняющие оное от самой цели благотельного и человеколюбивого учреждения... Цепи чаще употребляются, нежели сколько того человечество требовало” [8].

С 1 октября 1828 г. на должность врача дома умалишенных был назначен замечательный врач и талантливый администратор В. Ф. Саблер. В 1832 г. ему удалось радикально изменить управление домом умалишенных: В. Ф. Саблер получает назначение старшим врачом, а дом умалишенных получает устав, по которому во главе учреждения ставится контора с председателем старшим врачом, смотритель остается лишь как его помощником. Это, кажущееся незначительным событие на деле означало полную смену отношения к больным. Впервые на первое место ставилось не призрение (изоляция) душевнобольных, а их лечение: были заведены истории болезни (скорбные листы), уничтожены цепи, беспокойные больные содержались от дельно от хроников и выздоравливающих, внедрялись передовые по тем временам способы лечения, появились различные мастерские, больные начали участвовать в хозяйственной деятельности больницы, для них покупались музыкальные инструменты и т.д. Устроить мастерские и улучшить питание больных удалось благодаря тому, что в больнице находился знаменитый на всю Москву “провидец”

юродивый Корейша, к которому многие обращались за советом, внося пожертвования больнице. В. Ф. Саблер оставался главврачом до 1870 г.

В. Р. Буцке пришел в больницу в крайне сложный для нее период. Смерть Корейши в 1862 г. существенно ухудшила финансовое положение больницы. А закрытие в этот же период полицейской больницы для психически больных арестантов Тюремного ведомства привело к переполнению Преображенского дома и существованию ухудшению положения пациентов. Частая смена больничного руководства не позволяла навести хоть какой-то порядок и больница начала приходить в упадок.

Виктора Романовича выручали полученный за границей опыт, собственная внимательность, аккуратность, стремление к самообразованию и, прежде всего, глубокая преданность делу. Он постоянно жил на территории клиники и наблюдал за пациентами не только во время обходов, но и “во всякое время дня и ночи”. В общении с коллегами Буцке был очень немногословен и сдержан, оставаясь во внеслужбное время хорошим товарищем. С самого начала врачебной деятельности он старался организовать работу в коллективе, проявляя незаурядные организаторские способности. При этом Виктор Романович не стремился к директивному стилю руководства, приравнявая свою работу к работе “маятника-регулятора, необходимого для правильного хода жизни общественного учреждения и поэтому вмешивался только тогда, когда эта жизнь отклонялась, по его мнению, от правильного своего течения”. [5] С. С. Корсаков вспоминал, что, придя в Преображенскую больницу, встретил в лице Буцке опытного руководителя и описывал Виктора Романовича как одного из самых деятельных работников больницы: “в его руках сосредоточились все нити, которыми связывались все части больничного дела”. [5] Изменить ситуацию в больнице, находящейся в то время в ведении приказа общественного призрения было крайне трудно. Буцке требовалось не только переломить сопротивление части врачей, вполне довольных своим рутинным существованием, но и большей части младшего персонала больницы, привыкшего к “старым устоям” и совершенно другому обращению с больными. Требовался человек не только удивительно талантливый и энергичный, но и достаточно жесткий, аккуратный и внимательный, вплоть до педантичности, к мельчайшим особенностям больничной жизни. В. Р. Буцке стал именно таким руководителем.

В 70-е годы XIX века он добивается введения систематического труда для пациентов, улучшает работу больничных служителей, требует ограничения и жесткого контроля за применением “горячечных рубашек”, организует научные конференции и клинические разборы. В 1887 г., став главным врачом Преображенской больницы, Буцке вводит систему нестеснения, а с 1889 г., намного раньше, чем где-либо в России, сис-

тему открытых дверей. Виктор Романович неустанно общается с благотворительными обществами, добиваясь дополнительного финансирования своих начинаний и дальнейшего расширения больницы. Руководя Преображенской больницей, В. Р. Буцке все больше понимал недостатки старого подхода к лечению и содержанию душевнобольных, разрабатывал новые направления городской психиатрии, в том числе и идеи новой, современной психиатрической больницы, способной удовлетворить нужды быстро развивающегося города.

В 1887 г. Преображенская больница была передана из ведения Приказа общественного призрения Московскому городскому самоуправлению. К этому периоду в психиатрических учреждениях Москвы находилось 671 пациент, то есть одна психиатрическая койка приходилась на 1123 жителя (население города составляло 753469 жителей). [8] Этого было явно недостаточно. Больница была настолько переполнена, что почти все время на самом видном месте в ее приемной висело объявление: “За неимением места прием больных прекращен”; больные поступали только по распоряжению судебных и полицейских властей. [8]

В этой сложной для города ситуации городской голова Н. А. Алексеев призвал благотворителей помочь душевнобольным. К 1890 г. была собрана достаточная для постройки больницы сумма (свыше миллиона рублей), и на краю города за Серпуховской заставой на Канатчиковой даче с 56 десятинами земли решено было строить городскую психиатрическую больницу “для лечения и призрения 300 психически больных, страдающих острыми формами душевных заболеваний, главным образом для постоянных жителей города Москвы с платой 15 рублей в месяц с получающих обычную пищу и 25 рублей — улучшенную” (постановления Городской думы от 27 июня 1889 г. и 20 октября 1890 г.). План больницы был разработан комиссией в составе проф. А. Я. Кожевникова, С. С. Корсакова и В. Р. Буцке и обсужден на первом заседании только что открывшегося Московского общества невропатологов и психиатров 21 октября 1890 г.

По словам Буцке, нужно было создать такой план больницы, который бы “выдержал критику многих поколений”. Виктор Романович предложил создать больницу в форме маленьких отдельных корпусов на 30 человек, легко приспособляемых для различных типов больных. Подобная гибкая структура позволяла с одной стороны создавать индивидуализированные условия, с другой быстро подстраиваться под изменения внешних факторов. Другой оригинальной идеей был отказ от всякой психиатрической специфики и специальных приспособлений. “На душевнобольных при приеме и помещении их в больницу приличествует смотреть так, как и на всяких других больных”, писал Буцке. [6]

29 апреля 1894 г. В. Р. Буцке стал главным врачом новой больницы, названной в честь городского головы Н. А. Алексеева Алексеевской. 12 мая 1894 г. были открыты женские отделения на 150 коек, а 26 апреля 1896 г. и мужские отделения. Все свежезаболевшие больные и вообще нуждавшиеся в лечебном уходе были переведены из Преображенской больницы в новую больницу, куда теперь поступали все новые пациенты. Преображенская больница была лишена совсем права приема и служила только эвакуационным пунктом для открывшегося в 1899 г. Центрального полицейского приемного покоя. В Алексеевскую больницу по соглашению с земством принимали только лиц городских сословий Москвы, а из остальных лишь проживших не менее года в Москве и занимавшихся ремеслами или работой на фабриках.

Виктор Романович Буцке создал больничный совет, в состав которого вошли все врачи больницы, представители административной и хозяйственной ее частей, и таким образом ввел коллегиальное управление. Следуя сформулированному им принципу, что “хорошо устроенная и правильно организованная психиатрическая больница является самым могущественным средством для лечения душевнобольных”, В. Р. Буцке старался создать уют и почти домашнюю атмосферу, строго следил за доброжелательным отношением персонала к пациентам, обеспечивал занятость больных. Смирительные рубашки были запрещены, решетки на окнах сохранялись только в беспокойных отделениях, в 1900 г. были упразднены изоляторы. В каждом отделении имелось помещение для трудовой терапии, которые в вечернее время служили для отдыха и развлечений. А в 1903 г. началось строительство отдельного кирпичного здания мастерских для больных. Большое внимание Виктор Романович уделял гигиене: следил за регулярностью мытья пациентов, сменой белья и одежды. Любое время дня и ночи проверял постовые службы.

Пациент И. К. Быковский в 1903 г. писал: “Директор Виктор Романович Буцке весь проникнут гуманным и либеральным духом сделать жизнь больных как можно легче и светлее... все здесь, начиная от удобной койки и здоровой пищи и кончая роскошным конференц-залом с бильярдом и роялем, находится в самых лучших условиях чистоты и гигиены... Все здесь представляет из себя последнее слово больничного комфорта” [2].

С. С. Корсаков, осматривая европейские психиатрические лечебницы, писал М. Ф. Беккер: “...Канатчиково дача стоит далеко выше очень многих больниц... Чего-либо нового и особенного я не смог отыскать” [4].

Работал В. Р. Буцке самозабвенно: наряду с ординаторами вел больных и делал регулярные обходы. Вел ежедневные медицинские конференции, на которых докладывалось состояние пациентов, ежедневно проводил клинические разборы. В больнице

использовались новейшие методы помощи больным. Для оказания материальной помощи нуждающимся больным и их семьям Виктор Романович инициировал создание при больнице благотворительного общества.

Столкнувшись с огромным потоком неизлечимых пациентов, Виктор Романович понял, что “чистая лечебница для душевнобольных — одна мечта, осуществимая только при самых благоприятных условиях. Очень скоро явится время, когда лечебница окажется переполненной хрониками, которых некуда девать”. Поэтому он предложил создать вокруг лечебницы приюты для хронических больных. На пожертвованные деньги в 1894 г. недалеко от лечебного корпуса было выстроено двухэтажное здание — Ермаковский приют для мужчин на 100 коек, а в 1897 г. такой же приют на 72 койки для женщин (Копцовский корпус). Позже, уже после смерти В. Р. Буцке, на территории Канатчиковой дачи был построен приют для умственно отсталых детей и эпилептиков (1912 – 1914).

Однако потребности города в психиатрической помощи постоянно возрастали, и больнице начинало грозить переполнение. В этой ситуации В. Р. Буцке обратился к новым формам организации внебольничной помощи — к созданию деревенского патронажа, а к 1903 г. и городского, ставшего, по сути, предтечей психоневрологических диспансеров.

По рассказам современников, В. Р. Буцке уже имел подобный опыт содержания и лечения больного в самом начале своей врачебной карьеры. Еще во время работы в Преображенской больнице один из его друзей был признан неизлечимо больным. Виктор Романович не согласился с диагнозом и настоял на переводе больного в деревню в крестьянскую семью. Родственники, глубоко уважавшие врача, согласились, а состояние больного со временем значительно улучшилось.

К этому моменту уже были предприняты попытки создания деревенского патронажа, в том числе под руководством Н. Н. Баженова сначала около Рязани, а в 1892 г. в селе Семеновском в окрестностях Москвы. В. Р. Буцке реорганизовывает патронажную службу, ставя ее под жесткий врачебный контроль. Алексеевская больница унаследовала патронаж в Семеновском, а в 1900 году был организован обширный деревенский патронаж в селах Тропарево и Троицкое, деревнях Беляево, Никулино, Деревлево. К началу 1903 г. в этом патронаже было 136 больных, приемные покои, надзирательский и служительский персонал, специальные патронажные врачи.

В. Р. Буцке продолжал развивать внебольничную помощь и в 1901 г. представил в Городскую Управу докладную записку, в которой предлагал новый порядок приема пациентов в городские психиатрические больницы — исключительно через врачей-психиатров (до этого решение о госпитализации принимал особый чиновник Городской Управы, не имевший

врачебного образования) и новый способ призрения душевнобольных — городской патронаж. Специально созданная по данному вопросу комиссия Общества Невропатологов и Психиатров при Московском Университете пришла к заключению, что Москва должна быть разделена на несколько районов (участков) соответственно числу психиатрических больниц, причем каждая из больниц должна всесторонне обслуживать свой район в психиатрическом отношении. В том числе бесплатно навещать душевнобольных на дому по первому же заявлению родственников, собирать подробный анамнез, исследовать условия жизни пациента в семье, решать вопрос о помещении в больницу, обеспечивать бесплатными лекарствами, выдавать в случае необходимости больным денежное пособие, подыскивать патронажные семьи.

Наконец, 14 октября 1903 г. опыт отдачи больных на посемейное призрение в Москве был санкционирован Городской Думой. При Алексеевской больнице начал функционировать городской патронаж для призрения душевнобольных, по своему состоянию не требующих обязательного помещения в психиатрическую больницу. Теперь каждый пациент подвергался освидетельствованию врача-специалиста и на основании его заключения или в особых случаях комиссии врачей-психиатров либо поступал в больницу, либо призревался в своей или чужой семье, пользуясь ежемесячным денежным пособием, бесплатной врачебной помощью и правом в случае необходимости немедленно быть принятым в больницу.

Деятельная натура В. Р. Буцке проявлялась не только в управлении больницей. С 1897 г. он состоял во Врачебном Совете при московской городской управе, разрабатывал различные вопросы, связанные с городской медициной.

Талантливый ученый, прекрасный врач, В. Р. Буцке, совместно с С. С. Корсаковым, с которым его связывала многолетняя дружба, был одним из организаторов Общества невропатологов и психиатров, много работал в различных его комиссиях. Виктор Романович живо интересовался правовыми аспектами психиатрической помощи и проблемами невменяемости, алкоголизмом и психопатиями. Так, известен его, со-

вместный с С. С. Корсаковым, разбор дела П. Качки [3].

Осенью 1903 г., несмотря на уговоры сотрудников, В. Р. Буцке оставил пост главного врача и директора больницы из-за резкого ухудшения состояния здоровья. 5(18) февраля 1904 г. один из величайших психиатров и организаторов психиатрической помощи скончался. По словам современников, перед смертью Виктор Романович пожелал быть похороненным на Даниловском кладбище рядом с Алексеевской больницей.

“Сосел в могилу один из крупных деятелей по общественной психиатрии. Вся его жизнь, как врача-психиатра, прошла на службе городу. На его долю выпала важная и в то же время тяжелая задача созидания Московской городской психиатрии. Он с успехом выполнил это дело и помог городу разрешить коренным образом возложенную на город задачу обязательного призрения душевнобольных. Он создал такой план организации психиатрической помощи городскому населению и так осуществил этот план в главных его частях, что его работа приобретает уже значение не только для Московской городской психиатрии, но и для всей русской психиатрии” [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Буцке В. Р. Анализ условий пространства и времени при ассоциациях идей. Вопросы философии и психологии, № 22, 1894 г.
2. Быковский И. К. Сто дней в сумасшедшем доме. (Впечатления автора). Москва. 1903. Стр. 18.
3. Кербинов О. В., Рохлин Л. Л. Роль наблюдения в выявлении новых научных фактов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1961. № 10. С. 1561 – 1573.
4. Корсаков С. С. Письма к М. Ф. Беккер. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1906, № 3, стр. 477.
5. Постовский Н. П. Виктор Романович Буцке. Из Журнала Невропатологии и Психиатрии С. С. Корсакова, 1905 г., книга I, с. 3.
6. Проект новой лечебницы для душевнобольных в Москве. Отчет о первом публичном заседании Московского Общества невропатологов и психиатров. Москва. 1891 г.
7. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Санкт-Петербург, Университетская книга, 1997 г., 445 с.
8. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. М., Медгиз, 1951 г., 480 с.

РЕКОМЕНДУЕМ

Иванов-Разумник
Испытание огнем. Антивоенный манифест
 Москва, 2015

Поразительно проницательная и актуальная для всех нас книга.

Московская тарантелла

В. Д. Тополянский

Во второй половине XIV столетия на европейские государства налетела опустошительная чума. Когда “черная смерть”, выкосившая миллионы жизней, отступила, среди тех, кого она не успела забрать с собой, объявилась новая напасть в виде повального танцевального неистовства. Возбужденные толпы мужчин и женщин, готовых чуть ли не днями метаться по улицам полувымерших городов, принимались вдруг испуганно плясать до полного изнеможения.

В Германии такие приступы связывали нередко с одержимостью бесами, в Южной Италии — с укусом тарантула. Кто-то, может быть, и в самом деле ужаленный ядовитым пауком, но в основном сотни, всего лишь вообразивших себя ужаленными, впадали в глубокую печаль с неадекватным восприятием действительности, приободрялись при первых же звуках гитары или флейты, а по мере ускорения мелодии испытывали неодолимую потребность в беспорядочных движениях. Красный цвет и громкая музыка усиливали припадки и вовлекали зрителей в танцевальное буйство.

От средневековых психических поветрий остались быстрый итальянский танец тарантелла и медицинский термин “тарантизм” — своеобразный истерический феномен, обусловленный необычайной внушаемостью. Многолюдное танцевальное выступление постепенно сменили иные варианты психических эпидемий с неумеренной ажитацией и непродолжительной утратой критики и здравомыслия, а иногда развитием истерической слепоты, глухоты или немоты. Если в XVI – XVIII веках подобные пароксизмы встречались преимущественно в закрытых коллективах (особенно в женских монастырях), то в XX столетии они многократно вспыхивали в разных концах планеты, чаще всего в виде массовых истерических реакций на какое-либо экстраординарное событие или катастрофу либо, например, в форме многотысячной культовой манифестации.

Даже высокий интеллектуальный уровень не предохранял порой индивида от вынужденного слияния с толпой и полного подчинения ей. Одно из причудливых происшествий такого рода случилось в Московском университете в относительно светлом промежутке времени между смутой 1905 – 1907 годов и Февральской революцией. Этот инцидент вошел в анналы российской высшей школы и сохранился в советских энциклопедических изданиях под драматическим названием “разгром Московского университета” в 1911 году.

Vivace

До первых лет XX столетия легальная оппозиция на российской почве не произрастала. Собственно говоря, неоткуда ей было взяться в необъятной монархии, управляемой тысячами столоначальников и не имевшей ни малейшего понятия ни о конституции, ни о парламенте. Зато бунтотеры и смутьяны, отъявленные бунтари и ехидные крамольники в ней не переводились. Восторженные предания об отчаянных башибузуках и великодушных головорезах, готовых поделиться с неимущими толикой награбленного передавались из поколения в поколение и даже печатались иногда в толстых журналах, поддерживая мятежную тенденцию в эмоциональном статусе разноплеменных обитателей империи. Государство же более или менее исправно осуществляло свою охранительную функцию: стихийные шатания подавляло беспощадно, шайки разбойников рассеивало вооруженной силой, зачинщиков беспорядков успокаивало на каторге. Феодалные устои самодержавия заколебались лишь в связи с развитием земского движения и пошатнулись в результате Русско-японской войны и последующих революционных событий.

С весны 1905 года чуть ли не каждый день приносил обывателям известия о каких-либо волнениях или стачках. В конце июля того же года нелегальная газета “Искра” напечатала обращенные к студенчеству призывы Ф. И. Дана — одного из лидеров меньшевиков: пора переходить от пассивного протеста в форме общероссийской студенческой забастовки, объявленной еще в феврале, к активному сопротивлению и вернуться в высшие учебные заведения не для того, чтобы овладеть буржуазной наукой, а с иной целью — открыть аудитории для митингов, а сами университеты и академии — для революционного народа¹.

Требования распаленных толп (в частности, о немедленном созыве народных представителей и начале реформ) первый выборный ректор Московского университета князь С. Н. Трубецкой понадеялся довести до сведения императора, но 27 сентября 1905 года внезапно умер от апоплексического удара на приеме у министра народного просвещения. Поговаривали, что у князя был с собой список чуть ли не из 300 студентов; этот перечень он собирался, как будто, предложить вниманию министра для ареста и высылки неблагонадежной молодежи². Похороны Трубецкого 3 октября превратились в грандиозное шествие, продолжавшееся с утра до позднего вечера под заглушавшие молитвенное пение звуки “Марсельезы” и “Вы жертвою пали...”³.

В последующие дни ход событий все более уско- рялся. Многолюдные студенческие сходки принимали резолюции о свержении самодержавия, созыве Учре- дительного собрания и образовании демократической республики. Для вооруженной борьбы за эти идеалы студенты разместили в помещениях Московского университета до 20 ящиков стрелкового оружия и па- тронов; впоследствии в темной кладовой под одной из аудиторий юридического факультета сотрудники Охранного Отделения обнаружили 4 ящика с боевы- ми винтовочными патронами, 2 разрывных снаряда и более 5 фунтов пороха⁴.

С октября боевые отряды студентов принялись об- стреливать уличные толпы с национальными флагами (особенно членов “черной сотни”), но еще более они отличились в период декабрьского вооруженного восстания. Внимательно следивший за “бессмысли- цей” боевых действий в Москве, историк В. О. Ключевский 20 декабря 1905 года записал в своем дневни- ке: *“Оппозиция против правительства постепенно превратилась в заговор против общества. Этим дело русской свободы было передано из рук либералов в руки хулиганов”*⁵.

Когда декабрьский путч был подавлен, социали- сты-революционеры (эсеры) и социал-демократы (главным образом, большевики) озаботились вопро- сами финансовой поддержки своих партий. Наиболее эффективным, по мнению истовых приверженцев грядущей революции, считалось насильственное от- чуждение государственных денежных средств, на- званное — в соответствии с задорным “Манифестом Коммунистической партии” — экспроприациями. Ро- мантическая идея экспроприации — в сущности раз- боя, но в самых возвышенных целях — оказалась весь- ма привлекательной для московского студенчества.

Поистине всероссийскую известность приобрел тогда студент физико-математического факультета Московского университета и активный участник де- кабрьских уличных боев В. В. Мазурин. Во главе от- ряда из 20 эсеров-максималистов 7 марта 1906 года он ограбил Московское купеческое общество взаим- ного кредита на 875 тысяч рублей. Арестованный 29 августа того же года, он предстал перед первым в Мос- кве военно-полевым судом, был обвинен в убийст- вах нескольких городских и помощника начальника Московского сыскного отделения и в ночь на 1 сен- тября повешен во дворе губернской тюрьмы⁶.

В ясный морозный день 20 февраля 1907 года пя- теро социал-демократов (среди них двое студентов Высшего технического училища) напали на казначея Московского сельскохозяйственного института и по- хитили только что полученные в банке 7 тысяч руб- лей, предназначенных для выдачи жалования препо- давателям. Налетчиков задержали после длительного преследования с перестрелкой и через несколько ме- сяцев приговорили к различным срокам каторжных работ. Кроме того, за соучастие в преступлении 24

марта арестовали известного московского адвоката В. А. Жданова; в октябре того же года его осудили на 4 года каторги⁷.

В полдень 22 февраля 1907 года в помещение, где находилась касса Московского университета, ворва- лись пятеро неизвестных, причем двое в студенческих фуражках. Забрав около 20 тысяч рублей (жалование преподавателей и деньги, внесенные студентами за обучение), они направились к выходу. Встреченного в коридоре полицейского убили тремя пулями, стре- ляя без секунды промедления. Когда они выскочили в университетский двор, где толпилось до 150 студен- тов, один из грабителей впопыхах выпустил из рук оружие; тут же какой-то студент его подобрал и вру- чил преступнику со словами: *“Товарищ, вы обронули револьвер”*⁸.

Ректор Московского университета немедленно обратился в полицию с просьбой установить охрану кассы и в тот же день получил ответ московского гра- доначальника: *“Имея точные сведения о том, что в стенах Университета постоянно происходят рево- люционные собрания, иногда под видом митингов, а иногда под видом различных кружков студенческих организаций, под флагом которых скрываются рево- люционные организации, в том числе преследующие боевые (террористические) и экспроприаторские цели, а также что на происходящих в университете митингах обсуждаются вопросы всех видов револю- ционной борьбы с Правительством, я, желая иметь возможность установить за этими собраниями сек- ретное наблюдение, 9 сего февраля за № 2262 просил распоряжения Вашего Превосходительства о при- сылке мне планов зданий Университета, дабы иметь возможность принять законные меры к обеспечению порядка как во вверенной моему управлению столице, так и в самом Университете, но Ваше Превосходи- тельство 11 сего февраля за №634 изволили отклю- нить выдачу мне просимого плана зданий и тем от- казали мне в содействии, на каковое я мог от Вас рассчитывать как от лица, состоящего на государ- ственной службе.*

Сего числа, когда в присутствии нескольких де- сятков студентов самими студентами вверенного Вашему Превосходительству Университета или, по крайней мере, лицами, одетыми в студенческую фор- му, была ограблена университетская касса, а вслед за тем убит в здании же Университета поспеивший на помощь околочный надзиратель вверенной мне полиции Кропин, Ваше Превосходительство обрати- лись ко мне с просьбою о назначении охраны назван- ной кассы.

Ввиду вышеизложенного и принимая во внимание, что депутация, состоящая из профессоров г[оспод] Мануйлова, Зёрнова и князя Трубецкого, ездила в Санкт-Петербург к г[осподину] Министру народно- го просвещения и председателю Совета министров с ходатайством о снятии находящегося на улице близ

Университета конного полицейского поста, учрежденного мною для ограждения личности пристава от оскорблений со стороны студентов при исполнении им служебных обязанностей, — почему я, по указанию г[осподина] Министра внутренних дел, был вынужден снять этот пост, — я прошу Ваше Превосходительство подтвердить мне письменно вашу просьбу и препроводить мне по возможности немедленно план зданий Университета, что Вы отказались своевременно исполнить и без чего я лишен возможности оказать Вам какое-либо содействие.

К сему присовокупляю, что я никак не могу принять на себя ответственность за сегодняшнее происшествие ввиду упорного отказа университетской администрации, вопреки моих неоднократных отношений, оказать мне содействие в водворении законного порядка во вверенной моему управлению столице, а также ввиду постоянных уклонений от обращения к моей помощи для ограждения Университета от проникновения туда посторонних лиц в случае, если Университет не располагает для этого надлежащими средствами.

*Свиты Его Величества генерал-майор Рейнбот.*⁹

Ночью 28 февраля 1907 года на Софийской набережной четверо коммунистов-анархистов окружили городского и, направив на него браунинги, завладели его оружием. На свистки городского собрались ночные сторожа и полицейские. Несмотря на вооруженное сопротивление и убийство одного из городских, злоумышленников — двух студентов Московского университета, одного студента Высшего технического училища и бежавшего из ссылки телеграфиста — задержали; при обыске у них нашли брошюру “Тактика уличного боя”. Утром 28 февраля на имя председателя Совета министров П. А. Столыпина полетели телеграммы от студентов Московского университета, студентов Высшего технического училища и родителей молодых преступников с просьбами о смягчении участи арестованных ввиду их несовершеннолетия и психического расстройства у одного из них. В тот же день, 28 февраля, все четверо предстали пред военно-полевым судом и на рассвете 1 марта были расстреляны¹⁰.

Спад революционного движения в стране сопровождался и временным прекращением студенческих эксцессов. Новый виток волнений, захвативший высшие учебные заведения, начался после кончины Л. Н. Толстого 7 ноября 1910 года. Стоило либеральной прессе сообщить, что “вдохновенный апостол свободы, равенства и братства на земле отошел в вечность”, как в Москве и в Петербурге, а чуть позднее и в дру-

гих университетских городах вспыхнули “толстовские беспорядки” с требованием отмены смертной казни в Российской империи*. Самочинные сходки и демонстративные шествия студентов с 9 по 14 ноября жестко пресекались полицией¹¹. Тем самым общество получало наглядное представление о кардинальном принципе самодержавия: подмене гибкой внутренней политики полицейским кулачным правом.

Не успели затихнуть страсти по Толстому, как высшие учебные заведения накрыл очередной вал студенческой смуты, вызванной трагическим происшествием в Зерентуйской каторжной тюрьме (в Забайкалье). В знак протеста против телесных наказаний шестеро политических заключенных предприняли коллективную суицидальную попытку; один из них, Е. С. Созонов, скончался на рассвете 28 ноября в результате отравления морфином¹². Потомок разбогатевшего лесопромышленника, человек, воспитанный в традициях строго религиозных и монархических, а вместе с тем член Боевой эсеровской организации, Созонов (подпольная кличка “Авель”) навсегда остался в российской истории как убийца “крайне реакционного” по мнению интеллигенции, министра внутренних дел В. К. Плеве и, соответственно, легендарный герой революционного эпоса.

О настроениях, господствовавших тогда в Московском университете, свидетельствовала выписка из перлюстрированной студенческой корреспонденции: *“События в тюрьмах на многих подействовали отчаянно. Прямо руки опускаются. Как-то стыдно стало жить после смерти Созонова и всех предшествовавших ей обстоятельств. Сейчас много арестов среди учащихся. У нас арестовали наших самых популярных студентов. Пока что у нас забастовка до среды, когда назначена новая общая сходка. <...> Но что может теперь сделать забастовка? И какие есть другие средства борьбы? Получается какой-то отчаянный тупик, или тупик отчаяния!”*¹³.

Чтобы оборвать всевозможные акции протеста (в том числе беспрестанные забастовки) и восстановить должный порядок в высших учебных заведениях, полиция взяла под стражу несколько десятков человек, что на самом деле лишний раз подтвердило эфемерность различий между самодержавным окостенением и революционным сознанием: и то, и другое было совершенно лишено правовой основы и уважения к личности. До середины декабря 1910 года в одном только Московском университете арестовали 47 студентов — членов нелегальных политических организаций¹⁴.

* День смерти Толстого оказался в последующем удобным поводом для провоцирования студенческих брожений. Так, 6 ноября 1912 года ректор Московского университета информировал градоначальника: *“Имею честь уведомить Ваше Превосходительство, что сего дня, 6 ноября, в различных учебных помещениях университета в значительном количестве были разбросаны прокламации, приглашающие “товарищей” отметить 7 ноября — день смерти Л. Н. Толстого — однодневной забастовкой. Два экземпляра означенной прокламации при сем препровождаются.*

Ректор М. Любавский”.

К рождественским каникулам студенческое брожение стихло.

Adagio

Когда Столыпин занялся поисками подходящей кандидатуры на пост министра народного просвещения, его вниманию предложили юриста Л. А. Кассо. Кто-то из хороших знакомых или дальних родственников председателя Совета министров поведал ему “про настоящую культурность, образованность и благородство этого человека”¹⁵.

Потомственный дворянин Бессарабской губернии, владелец поместья с 1000 десятин земли, Кассо действительно получил очень неплохое образование во Франции и в Германии; служил экстраординарным профессором Дерптского (1893 – 1895) и Харьковского (1895 – 1899) университетов, затем ординарным профессором Московского университета (1899 – 1910); преподавал гражданское право и гражданское судопроизводство¹⁶. Одни из тех, кто учился в Московском университете, считали его лектором превосходным, другие — унылым, из года в год повторявшим давно придуманные и вымученные шутки. По воспоминаниям М. А. Осоргина, “здоровенный, черный, отлично одетый, авторитетный, подавляющий” Кассо был несомненным любимцем студентов; по словам М. В. Вишняка, профессора не случайно именовали в университете “неудачным сочетанием многих культур”, подразумевая его румыно-франко-русское происхождение¹⁷. Когда именным Высочайшим указом от 25 сентября 1910 года Кассо произвели в чин действительного статского советника и назначили главноуправляющим Министерством народного просвещения, столичная пресса проинформировала читателей, что новый государственный чиновник высокого ранга — протеже Столыпина, “аристократ в самом широком смысле этого слова”, всегда ценивший возможность повеселиться и жизненный комфорт, да к тому же ярый балетоман¹⁸.

Со своими министерскими обязанностями Кассо освоился довольно быстро, после чего выяснилось, что в бывшем профессоре гражданского права дремал предприимчивый и не терпевший возражений артиллерийский поручик; однако, за неимением скорострельной батареи, он командовал отрядом ретивых чиновников, поспешно исполнявших его скоропалительные приказы. Рассматривая срочное наведение порядка в системе высших учебных заведений как свою наиболее важную задачу, он подготовил пакет необходимых, по его мнению, нормативных актов, направленных на фактическое упразднение университетской автономии и — взамен давно назревших реформ — восстановление прежнего, существовавшего до Высочайшего указа от 27 августа 1905 года беспрепятствия, но в обновленных декорациях. В качестве первого такого шага 11 января 1911 года Совет министров по-

становил ввести в университетах двоевластие — совместное управление ректором и градоначальником.

На следующий день, 12 января, попечителю Московского учебного округа вручили телеграмму Кассо: “*Постановлением Совета министров студенческие собрания в высших учебных заведениях временно запрещаются. Нарушившие это постановление подлежат исключению из учебных заведений. Начальнику вменяется установить строгий надзор за недопущением в учебные заведения посторонних лиц. В случае возникновения неразрешенного собрания немедленно сообщать полиции. Настоящее распоряжение предлагается принять к немедленному исполнению. Подробности почтой. Кассо*”¹⁹.

Конкретные дополнения к телеграмме содержались в циркуляре от 17 января о новых мерах против студенческих волнений. В связи с неоднократными беспорядками в стенах высших учебных заведений за минувшее полугодие Совет министров по настоянию Кассо признал необходимым временно не допускать публичных и частных студенческих собраний, за исключением научных, для обеспечения беспрепятственного обучения. Ректоры университетов и начальники других высших учебных заведений должны были вызывать полицию при известии о недозволенной сходке и, не дожидаясь речей, голосований и постановлений, предлагать присутствующим разойтись. Полицейским чинам надлежало быстро и решительно прекращать сходку и выяснять личности ее участников. Цель настоящего распоряжения — “охранение высшей школы от беспорядков”, ответственность за которые всей своей тяжестью возлагалось прежде всего “на начальствующих в учебных заведениях лиц и на профессорские коллегии”²⁰.

В соответствии с указаниями Кассо 26 января, когда стало известно о предстоящей студенческой сходке, ректор вывесил объявление, предостерегающее от несанкционированных сборищ в любом помещении Московского университета. Несмотря на предупреждение ректора, 27 января в юридическом корпусе сгрудились около 800 взбудораженных студентов. Помощник градоначальника немедленно отправил туда многочисленный отряд городских, после чего занятия прервались почти во всех аудиториях университета. В полдень 28 января в юридическом корпусе вновь собрались не менее 800 студентов, успевших до появления полиции проголосовать за очередную забастовку²¹.

Совместное прекращение учебы в чайнии (как правило, несбыточном) добиться каких-либо уступок со стороны администрации представляло собой по сути самый разнузданный и самый бессмысленный способ выражения студенческого протеста. В отличие от западноевропейской формулы “живи и жить давай другим”, здесь действовала чисто российская, самобытная установка: не учишься, и препятствуй обучению других. Повторные студенческие забастовки

становились в конечном счете своеобразным инкубатором для произрастания не просвещенных и самостоятельно мыслящих интеллектуалов, а полубразованной интеллигенции, заимствовавшей свое мировоззрение преимущественно во Франции или в Германии. Как заметил в связи с этим Ключевский, “при крепостном праве мы были холопами чужой воли; получив волю размышлять, мы стали холопами чужой мысли”²².

Безоговорочное доверие к речениям западных мудрецов (главным образом, радикального толка), благоговение перед авторитетом тех или иных европейских социологов и политиков с неутолимой потребностью превращать чуть ли не каждое их высказывание в незыблемую догму, по сути массовый патернализм интеллигенции органично сочетался с готовностью преклоняться перед волей коллектива при полном забвении прав каждого из его членов. Необходимое для формирования личности преодоление заурядного, инфантильного эгоцентризма, или, другими словами, социализация с обязательным усвоением определенной системы ценностей, знаний и правил поведения, осталась малопонятной для населения Российской империи. Фонвизинские недоросли с годами видоизменились, но не повзрослели и безустанно грезили о либеральной идеологии, способной, как уверяли некоторые философы, искоренить все традиционные пороки и принести стране невиданное доселе процветание. “На что им либерализм? — недоумевал Ключевский. — Они из него не могут сделать никакого употребления, кроме злоупотребления”.

Вечером 28 января на Совете университета ректор А. А. Мануйлов изложил свое мнение о недопустимости в управлении высшим учебным заведением двоевластия, “безусловно препятствующего упорядочиванию академической жизни”. В сложившейся ситуации пост ректора приобретал декоративный характер, в связи с чем Мануйлов просил освободить его от исполнения административных обязанностей ректора, сохранив за ним лишь должность ординарного профессора по кафедре политической экономии. Вслед за ним аналогичные прошения в Совет университета подали помощник ректора, заслуженный ординарный профессор по кафедре сравнительной анатомии М. А. Мензбир и проректор, ординарный профессор по кафедре судебной медицины П. А. Минаков²³. Совет университета признал соображения Мануйлова, Мензбира и Минакова справедливыми и высказал им благодарность за предыдущую деятельность на руководящих постах.

В отличие от многоопытной и осмотрительной профессуры, входившей в Совет университета, рядовые преподаватели, еще не постигшие требований сугубой осторожности, позволяли себе в переписке с родственниками довольно критические замечания по поводу экстраординарных событий в стенах старейшего в стране высшего учебного и научного учреждения. Копаться в чужой корреспонденции, разумеется,

неприлично, однако для исторического расследования былая перлюстрация оказалась весьма полезной. С прилежно скопированным фрагментом письма, отправленного 31 января одним из приват-доцентов своему отцу, услужливые чиновники Особого отдела незамедлительно ознакомили высокое полицейское начальство:

“Полиция в университете хозяйничает, как в своем участке. Это оставляет, конечно, сильное впечатление как на студентов, так и на профессоров. Какой позор проходить сквозь строй полупьяных краснокожих городовых, читать 2–3 черносотенникам под охраной благожелательной полиции. Полиция, охраняющая науку, — какое противоречие. Ректор Мануйлов не выдержал и подал в отставку. Вообще все это мне представляется издевательством не столько над студентами, сколько над профессорами. Но решительных действий от них не ждать, так как большинство держится за оклады”²⁴.

Не исключено, что в своем циркуляре о частичном перераспределении власти ректора в пользу градоначальника Кассо видел оптимальное решение чуть ли не всех основных проблем высшей школы. Преподаватели, полагавшие неприемлемым для себя вступать в аудиторию в сопровождении полицейских чинов, а также студенты, не желавшие получать высшее образование под надзором полиции, автоматически попадали в разряд личных недоброжелателей управляющего Министерством народного просвещения. Непочтительность к его распоряжениям, проявленная администрацией Московского университета, требовала, с точки зрения Кассо, примерного наказания; поэтому 1 февраля он нанес прицельный артиллерийский удар: принял отставку ректора, его помощника и проректора, а в придачу уволил всех троих от профессорской службы, грубо нарушив тем самым узаконенную университетскую автономию²⁵.

Срочно собравшийся 2 февраля Совет Московского университета постановил: *“Принимая во внимание, что вся деятельность А. А. Мануйлова, М. А. Мензбира и П. А. Минакова происходила в полном единении с Советом и в совершенном согласии с его указаниями, что прошения этих лиц об освобождении их от обязанности по управлению университетом были признаны Советом при сложившемся положении неизбежными, что уход из университета столь крупных ученых и преподавателей был бы для университета невоснаградимой потерей, Совет, высоко ценя их преподавательскую деятельность, считает своим нравственным долгом усиленно ходатайствовать пред г[осподином] управляющим Министерством народного просвещения об оставлении А. А. Мануйлова, М. А. Мензбира и П. А. Минакова в должности профессоров Московского университета”²⁶.*

Чтобы довести это постановление до сведения управляющего Министерством народного просвещения, Совет Московского университета избрал специ-

альную депутацию. Однако 3 февраля Совет университета и его депутацию уведомили, что вердикт Кассо окончательный и обжалованию не подлежит, а любые попытки подать кассацию в какие-либо инстанции просто-напросто бесполезны. В связи с этим депутация отказалась от возложенной на нее миссии, а профессура принялась совещаться относительно дальнейших действий.

Allegretto

После того, как Мануйлов уведомил коллег о своем намерении отказаться от должности ректора, в университете наступило относительное затишье. На историко-филологическом факультете 29 января студенты распространяли эсеровские прокламации и мешали чтению лекций, но как-то вяло. В Физическом институте 31 января полиция задержала около 30 студентов, пытавшихся воспрепятствовать проведению лекций. На юридическом факультете 1 февраля приват-доцент Ф. Ф. Кокоскин собирался прочитать лекцию по государственному праву, но сперва его оглушительно освистали при подходе к аудитории, а затем изгнали из нее посредством криков, свиста и прочих непотребных звуков. Через некоторое время Кокоскина пригласили вернуться в аудиторию, охраняющуюся вооруженными городскими, но продолжать лекцию под конвоем он счел недопустимым²⁷. Полиция задержала 15 участников этих забав, очень похожих на уличные беснования в периоды средневековых психических эпидемий (после исключения из университета студенты, срывавшие лекцию Кокоскина, раскаялись в содеянном и через год были прощены и восстановлены на том же курсе).

За несколько дней бесшабашного неистовства полиция переписала 196 студентов юридического и физико-математического факультетов; в первой декаде февраля им запретили дальнейшее проживание в Москве²⁸. И все же, несмотря на действия полиции, на стенах вестибюля или уборной периодически расклеивались прокламации, призывавшие студентов к забастовке. Большинство лекций не посещалось. На отдельных лекциях присутствовали от 6 до 10 слушателей. Попытки сорвать какую-либо лекцию тут же пресекались полицейским нарядом²⁹.

Недремлющее око Охранного отделения отслеживало события в помещениях университета с настороженным вниманием. Получаемая информация откладывалась в памяти тайной полиции в форме перлюстрированной корреспонденции и агентурных записок.

Перлюстрированное письмо

Москва. 29 января 1911 года, А. Виссонов.

Варшава. Владимиру Ивановичу Виссонову. Моковская, 65, кв. 4.

Все эти дни настроение у нас было очень тревожное. Коалиционный совет при Московском универси-

тете вывешивал объявления о том, чтобы студенты временно воздержались от выступлений и не прекращали занятий. 27 января я был в университете, где должен был состояться семинар Петрушевского. Однако минут за 10 – 15 до начала занятий в университет вошла полиция. На наше заявление Петрушевскому, что при таких порядках мы не намерены заниматься, профессор сам довольно энергично высказался в том же духе. Занятия, таким образом, не состоялись. Никаких оснований для ввода полиции в новое здание университета не было. Действия она свои оправдывала тем, что в юридическом корпусе в коридоре было массовое скопление студентов, висели объявления Коалиционного совета, призывавшего к санкционированию его постановлений путем голосования в аудиториях, лабораториях и т.д. Было только собрание группы юристов 8 семестра, где обсуждались их чисто академические интересы (государственные экзамены).

При объявлении забастовки были, говорят, скандалы, но пока до “химической обструкции” дело не дошло. Вероятно, в будущем не обойтись без этого. Ходят слухи, что совет профессоров собирается прикрыть временно университет в надежде открыть его с успехом через некоторое время. Забастовки этой я ждал с нетерпением. Она представляется мне единственно возможным выходом из создавшегося положения. Конечно, большой вопрос — добьются ли студенты осуществления своих требований. В массе студенчество — что-то совершенно неопределенное, неорганизованное. Вопрос о своих профессиональных задачах для большинства студентов — пустой звук. А о каком-либо отклике на политические факты и события также не приходится думать. В этом отношении их можно причислить к такой категории людей, которую иногда в Конвенте называли “болотом”. Трудно, таким образом, ждать стойкости в данной забастовке. Но, с другой стороны, есть довольно значительные группы “активных” товарищей, состоящих по большей части в какой-либо политической партии. Крайние левые думают в случае надобности действовать очень энергично, срывая лекции при помощи обструкции, так что с этой стороны, пожалуй, трудно учесть все возможности. Что касается противной стороны, то думается, что она пойдет скоро на уступки, если только не сумеет сразу покончить с этим движением. Ведь в конце концов, наше правительство очень прислушивается к голосу Европы и едва ли решится почти накануне юбилейных событий 12-го года на глазах всего мира пойти на такой скандал, как разгром высшей школы. Уже молчу о всех прочих неудобствах для страны такой забастовки.

Пометка М. Е. Броецкого: “Нач[альник]у Московского Охр[анного] Отд[еления]. З/П”.³⁰

Агентурная записка Московского Охранного Отделения по студенческому движению

“Петухов” Составлена 2 февраля 1911 г [ода]

2 февраля студентов в университете было немного и среди них образовалась небольшая группа лиц, намеревавшаяся начать срывать лекции, пользуясь отсутствием полиции в стенах университета. Но срывание лекций не прошло потому, что в это время читал только Давыдов, старый и весьма уважаемый профессор; во избежание аналогичных случаев с событиями в Петербургском университете, бывших 1-го февраля, решено было лекции не срывать.

Распространились слухи, что Мануйлов, Минаков и Мензбир будут преданы суду за самый факт подачи ими прошений об увольнении от занимаемых ими должностей и что в связи с этим, а также ввиду промелькнувшего в печати известия об увольнении означенных профессоров со службы, 30 человек из профессорского персонала вынесли постановление уйти в отставку, если слухи эти подтвердятся.

Беседовавшие с Гернетом и Боровым студенты вынесли впечатление, что они и остальные из 30 профессоров ни в коем случае не откажутся от своего решения и что некоторые из них, как например, Гернет, Боровой и Егоров, даже в случае оставления на службе Мануйлова, Минакова и Мензбира, не будут читать лекций при настоящих условиях, т.е. ставя себя под охрану штыков.

Это решение произвело на студенчество весьма отрадное впечатление, ибо в факте подачи 30 профессорами прошений об отставке студенты видят поддержку настоящего забастовочного движения.

Предположенные на завтра, 3 февраля, срывание лекций и — в случае появления полиции — химическая обструкция с целью удаления ее, вероятно, не состоятся, так как до выяснения своего положения никто из профессоров, подавших в отставку, лекций читать, надо полагать, не будет.³¹

Агентурная записка Московского Охранного Отделения по студенческому движению

“Васильев” Составлена 4 февраля 1911 г [ода]

Как только появились слухи об увольнении от должности профессоров: ректора Мануйлова, проректора Минакова и помощника ректора Мензбира, то, по словам служащих при ректоре швейцаров, профессор Мануйлов был так поражен, что схватился за голову, и, по крайней мере, с полчаса ходил в таком положении по своему кабинету.

Затем, по телефону, Мануйловым были вызваны Мензбир, Минаков, и через некоторое время профессор Хвостов.

2 февраля состоялось частное совещание совета профессоров под председательством Комаровского; совет, выразив солидарность с действиями уволенных профессоров, постановил обратиться в

министерство с ходатайством о возвращении должностей Мануйлову, Мензбиру и Минакову. В число депутатов вошли принадлежащие к кадетской партии Анучин и быв[ший] Гулевич. В случае неудовлетворения этого ходатайства решено заявить, что при настоящем положении вещей остальные профессора чтение лекций прекращают.

Однако профессор Хвостов несколько изменил первоначальное намерение совета профессоров запустить министерство.

3 февраля в 4 часа пополудни Хвостов звонил по телефону к профессору В. И. Вернадскому, живущему на Моховой ул[ице] и спрашивал, по-видимому, собрались ли профессора. Через некоторое время Хвостов отвечает: “Сейчас будут”. В канцелярии университета эзекутор говорил какому-то лицу: “Сегодня все прогрессивное соберется у Вернадского. Когда задела, то лучшего агитатора, чем проф[ессор] Хвостов не найти”.

У профессора Вернадского собрались все прогрессивные профессора не правее кадетов и общим числом голосов в количестве до 45 человек, постановили коллективно подать в отставку, не ожидая результатов переговоров с министерством (Гулевич, Жуковский, Вернадский, Хвостов, Россолимо, Н. К. Кольцов, Чаплыгин, Эйхенвальд, Виноградов, Крылов и др.).

Временное исправление обязанностей ректора принял на себя декан Комаровский.

4 февраля в 2¹/₂ часа дня Комаровский назначил заседание совета профессоров, в котором, независимо от подавших в отставку, будут собираться подписи с протестом против действий министра. По другим слухам, делегаты Гулевич и Анучин уже выехали в Петербург.

В 12 часов дня Мануйлов, Мензбир и Минаков заходили в канцелярию попрощаться со служащими. Между прочим, на пожелание нескольких студентов видеть их в университете, Мануйлов сказал: “Видно будет” и прибавил: “Нет, видимся здесь в последний раз”.

Выход в отставку большинства профессоров на студенчество никакого впечатления не произвело. Только некоторые из левых студентов говорили: “Интересно, с какими лицами профессора обратятся за поддержкой к студенчеству и при совместных совещаниях какие блага будет предлагать”. Во взаимоотношениях между профессорами и студентами, которые должны вскоре возникнуть, видно повторение истории 1905 года, когда профессора, стоявшие в оппозиции к правительству, искали поддержки у левых студентов.

В новом здании университета лекции шли обычным (как в последние дни) порядком. Особых нарушений порядка не было. На физико-математическом факультете, за отсутствием слушателей, лекции не состоялись.

На медицинском факультете в анатомическом театре кем-то была подброшена закупоренная склянка со светлой жидкостью (по-видимому, сероводород).³²

Агентурная записка Московского Охранного Отделения по студенческому движению

“Петухов” Составлена 4 февраля 1911 г[ода]

4 февраля с 11 часов утра в коридорах университета толпились студенты, обсуждая события, связанные с решением 30 профессоров подать в отставку.

Некоторые из студентов, с вполне определенными взглядами с-ров [социалистов-революционеров] и с-деков [социалистов-демократов], призывали товарищей выразить сочувствие уходящим профессорам, как открыто проявившим свою полную солидарность с текущим всероссийским студенческим движением и смело бросившим вызов Совету Министров, задавшему целью во чтобы то ни стало стереть с лица земли университетскую автономию.

Ораторы призывали подчеркнуть свое глубокое уважение к этим профессорам выражением негодования, срыванием лекций, устройством обструкций и даже оскорблениями по адресу оставшейся в рядах московской профессуры, заклеивший себя несмысленным позором не только перед всем русским обществом, но даже и во мнении всей Европы.

Ораторы указывали на то, что после такого факта, как массовый уход лучших научных сил из рядов московской профессуры, ждать долгие нечего, остается лишь на дерзкий вызов правительства ответить продолжительной забастовкой, которая должна окончиться лишь тогда, когда университетам вернут автономию во всей ее полноте.

Принимая же во внимание, что добиться возврата автономии можно лишь при победе над царящей ныне реакцией, ораторы призывали к единению, дабы организовавшись, дать всему русскому обществу почувствовать и понять всю силу студенческого движения, которое затем должно перекинуться из школы на улицу.

Подобного характера агитационные речи произносились не только в университете, но и в студенческой столовой, при этом во всех этих речах ясно звучал призыв к политической борьбе как к единственному выходу из отчаянного положения студенчества, в которое оно якобы поставлено последними распоряжениями Правительства.

Характерно, однако, то обстоятельство, что когда в коридорах университета собралось уже значительное количество студентов и из среды их раздавался призыв к срыванию лекций, то на таковой партийные студенты совершенно не откликнулись и образовавшаяся по этому призыву группа студентов состояла исключительно из одних крикунов 1 и 2 курсов, кото-

рым все равно заниматься или нет и которым во всех этих беспорядках нравится самый процесс шумихи; партийные же студенты, завидев вблизи юридического корпуса наряд полиции, тот час поодиночке разбежались.

Спустя два часа почти всех их можно было видеть в студенческой столовой, где они опять призывали студенчество к протесту.

В общем настроение студенчества значительно приподнятое, чему способствует партийная его часть, объединенная в Городском Коалиционном Совете, куда входят теперь — без всяких предварительных выборов — наиболее видные активные работники эсэровской и эсдековской студенческих фракций.

Ввиду этого Городской Коалиционный Совет не может представлять собою стойкой сплоченной организации, основанной на выборных началах, а является группой, члены которой связаны между собой лишь общим стремлением поддерживать и усиливать возникшие беспорядки.³³

Агентурная записка Московского Охранного Отделения по студенческому движению

“Петухов” Составлена 5 февраля 1911 г[ода]

Сегодня в университете все прошло спокойно, не было ни срываний лекций, ни обструкций. Студенты по группам горячо обсуждали волнующий всех вопрос об отставке профессоров и о поступающих новых отставках лучшей части профессуры, как, например, профессора Рота, известного невропатолога.

Говорят, что в профессорской среде сильное волнение, вызванное подачей прошений об отставке и той решимостью и настойчивостью, с коими Совет Министров проводит свою политику по подавлению беспорядков в высшей школе.

Говорят тоже, что большие никто из профессоров не подаст прошения об отставке, так как большинство оставшихся считают подобную форму протеста явно демонстративной.

В общем, настроение как студенчества, так и профессуры неопределенное, вернее, выжидательное.

Чрезвычайно заинтересованы, как ответит правительство на демонстративный уход в отставку прогрессивной части профессуры.

Некоторые профессора, как, например, Комаровский, придерживаются того мнения, что конфликт между ушедшими профессорами и министерством будет улажен мирным способом и Мензбир, Минаков и Мануйлов останутся профессорами Московского университета, так как никаких оснований для устранения их от чтения лекций нет, ибо они исчерпали все возможные с их стороны меры борьбы с кучкой “хулиганов” и сложили свои полномочия лишь тогда, когда увидели, что только полиция может обеспечить нормальный порядок академической жизни.

В Петербург отправилась делегация профессоров для улаживания конфликта; выборы делегатов происходили сегодня.

Левая профессура никаких активных действий сегодня не проявила и, видимо, также решила занять выжидательное положение.³⁴

Агентурная записка Московского Охранного Отделения по студенческому движению

“Пушкарев” Составлена 6 февраля 1911 г[ода]

Все профессора и приват-доценты, подавшие прошения об отставке, по своим политическим убеждениям распределяются следующим образом:

Все профессора, кроме Алексинского, кадеты.

Большинство приват-доцентов также кадеты. Из них Гернет, Россолимо, Полянский более левые. Последние постоянно читают лекции в пользу Межпартийного Красного Креста, поставившего своей целью помощь политическим ссыльным.

Боровой — анархист. Гольдиштейн и Шапошников — социал-демократы. Кольцов — социал-революционер.

Среди левых студентов настоящая забастовка считается не студенческой, а профессорской, так как последние в текущих событиях проявили более активную деятельность.

Дальнейшие выступления будут в зависимости от распоряжения свыше относительно подавших в отставку профессоров.

Говорят о том, что эти профессора вновь займут оставленные ими кафедры, а пострадают только приват-доценты, носящие русские фамилии, да наиболее крайние.

Подачу прошений об отставке Мануйловым, Мензбиром и Минаковым, а также и постановление профессоров в обществе считают правильным.³⁵

Перлюстрированное письмо

Москва, 8 февраля 1911 года Соня. Тамбов. Кн[язю] Николаю Николаевичу Чолокаеву.

Мы только что получили твое письмо и очень счастливы, что ты одобряешь решение отца. Отец даже взял у меня письма на частное совещание профессоров, происходящее у Фохта, с тем, чтобы его начало прочесть Вернадскому, который тоже всегда говорит о тебе с большим уважением. Из Питера идут такие слухи, что всех, подавших прошение об отставке, уволят по третьему пункту, т.е. с запрещением какой-либо преподавательской деятельности. Тогда папе придется оставить Ун[иверситет] Шанявского и Коммерческий Институт и существовать на одну пенсию. Но и тут папа духом не падает и решил тот час же, как это выяснится, идти в присяжные поверенные. А тем временем в отставку подают все новые и новые профессора. Особенно это сильно на медицинском факультете. Там, если инцидент не уладится, и правительство останется не-

примиримым, собираются подать в отставку кроме профессоров все ассистенты и прозекторы. Да и на юридическом факультете осталось всего четыре профессора. Это ужасно такой разгром университета. Там, говорят, полная пустота, даже студентов нет, и восседят одни городовые. Кроме заседаний Совета все время собираются частные совещания профессоров. У нас их было два, а сегодня собирались у Фохта; это та самая компания, которая собиралась в 1904 – 5г[одах].

Пометка М. Е. Броецкого: “Нач[альник]у Московского Охр[анного] Отд[еления]. 12/II”.³⁶

Козлов, 15 февраля 1911 года, Сер[гей] Ч. Киев, слушательнице высших женских курсов Вере Константиновне Кожевниковой, Тарасовская 23/25, кв.14.

Решил в конце февраля уехать к брату на Кавказ, в Сухум. Я верю, все страдания временны, настанет время великих перемен, время науки и гуманного сердца, когда не будет ни бедных, ни больных, не будет обойденных жизнью. Я вижу предвестников будущего: рост социал-демократии, рост идеи мира, и солидарности братства народов, рост науки, смягчение нравов, исчезновение диких народов. Меня радует идейная борьба. Будущая жизнь — сплошная радость. Скоро, однако, я спохватываюсь. Надо жить настоящим. Мечтать вредно. Что будет, то будет еще. Я сильно расклеился.

Недавно был в Москве. Заходил в университет. В нем мерзость запустения. Университет, конечно, должен быть прежде всего университетом, т.е. рассадником науки. Студенты должны прежде всего учиться. Но учиться при создавшихся условиях, под надзором полиции, под крики приставов, учиться, когда сотни товарищей сидят в тюрьмах, десятки высланы в Сибирь, в такое время — подло учиться. Пусть делают, что хотят — увольняют, высыпают, казнят — но ученья быть не должно. Борьба до конца, каких бы жертв борьба эта не стоила. Чаша терпения переполнилась. Не считаться не только со студентами, не хотят признавать и профессоров: в Томске попечитель округа попрекает профессоров двадцатым числом и топает на них ногами, Московский Университет разгромлен. Именно “не видят бо, что творят”.³⁷

Presto

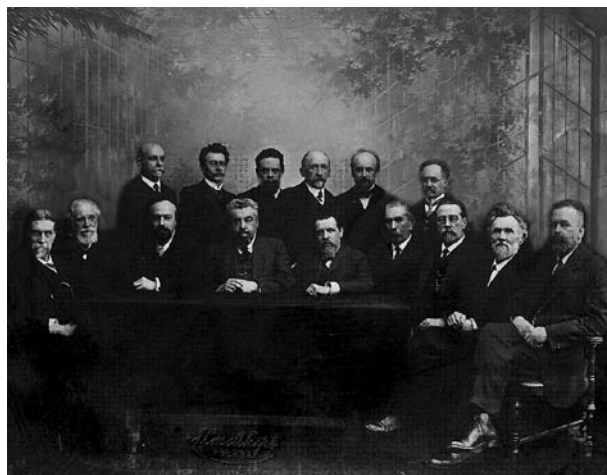
Преподаватели терпеливо ждали окончания затянувшегося с поздней осени эпизода студенческого буйства и неторопливо обсуждали достоинства и недостатки возможных кандидатов на пост ректора. Прения по этому вопросу оборвались сами собой 3 февраля, когда “Правительственный Вестник” сообщил об отчислении из университета его бывшей администрации. Лаконичную информацию верховной

власти в Москве расценили как извещение о вероломном вторжении неприятеля на сопредельную территорию без адекватного повода и без предварительного объявления войны. Позднее на заседании Московского отделения ЦК Конституционно-демократической (кадетской) партии все январские происшествия истолковали как фактическое введение в университете военного положения, но с возложением ответственности за случившееся на гражданскую власть³⁸.

Московская профессура и преподавательская коллегия ощутили себя глубоко уязвленными столь бесцеремонным надругательством над университетской автономией и сочли необходимым предпринять какие-то ответные действия. Не обнаружив перед собой никаких иных путей, удовлетворявших, по словам В. И. Вернадского, “их представлениям о человеческом достоинстве и чести”, они потянулись друг за другом в добровольное увольнение³⁹. Оставляя в канцелярии университета прошение об отставке, кое-кто явственно представлял себе всю нерациональность такого шага, но какое-то сложное переживание, определяемое обычно как “чувство чести”, не позволяло взбунтовавшимся преподавателям уклониться от участия в коллективной акции протеста. Впрочем, большинство из них не задумывалось о последствиях своего поступка и не обсуждало различные варианты дальнейшего развития событий. Не случайно же они наперебой цитировали тезис Г. Лессинга о безмерной важности только поиска истины, но не обладания ею.

Кризис, как нарыв, созревает исподволь, а вспухает в одночасье. Рефлексирующие интеллигенты, одержимые жадой служения недостижимым идеалам и потребностью в совершении подвига, они вдруг отрешились от своих обычных сомнений и очертя голову бросились в отставку, точно экзальтированные девицы — в омут от несчастной любви. Члены или сторонники лишь недавно легализованной кадетской партии, начертавшие на своих штандартах лозунг “Долой самодержавие!”, они рассматривали свой уход со службы в качестве сугубо академического акта, обусловленного борьбой за автономию высшей школы и личное достоинство, а также солидарностью с бывшей администрацией университета, и не понимали (или делали вид, будто не понимали), что при авторитарном режиме любой протест (тем более направленный против одного из самых значительных государственных чиновников) неминуемо приобретает черты политического деяния. В то же время они с детской непосредственностью и непоследовательностью утверждали, что студенческая забастовка рано или поздно замерла бы сама собой, но именно Кассо и правительство придали ей политический характер.

Совершенно неожиданно для самих себя в начале весеннего семестра университетские профессора и преподаватели оказались перед нелегким выбором: честь или долг, вернее, корпоративная честь или общественный долг. Одни, индуцируя единомышленно-



Фотография участников коллективного увольнения (1911)

ков своим негодованием, устремились в отставку, словно исходя из принципа: пусть рухнет хоть весь академический мир, но восторжествует борьба за справедливость. Другие продолжали исполнять свои служебные обязанности в соответствии с древним наставлением: делай, что должно, и пусть будет, что будет. Наиболее трезвомыслящие отложили увольнение до окончания весеннего семестра и летних каникул. Тот, кто по какой-либо причине не мог позволить себе роскошь демонстративного протеста, поступал иначе: директор факультетской хирургической клиники, ординарный профессор И. К. Спижарный, на несколько месяцев уехал в Крым лечиться; крупный гистолог, заслуженный ординарный профессор И. Ф. Огнев вышел за штат под предлогом только что исполнившегося 30-летнего срока педагогической работы.

На Совете университета заведующий факультетской терапевтической клиникой, экстраординарный профессор Л. Е. Голубинин предложил обратиться к уволенным преподавателям с просьбой дочитать свои лекционные курсы⁴⁰. Однако Кассо эту идею отверг. Чтобы не ставить юридический факультет в затруднительное положение, приват-доценты С. Н. Булгаков и П. И. Новгородцев сами вызвались дочитать свои обязательные курсы лекций, но попечитель Московского учебного округа это предложение отклонил, не преминув добавить, что все уволенные преподаватели утратили право на какое-либо вознаграждение за свой труд, поскольку перестали читать лекции до окончания учебного полугодия⁴¹.

Подписывая прошения об освобождении от занимаемых должностей, деканы неизменно констатировали весьма основательный ущерб, причинявшийся учебной и научной деятельности того или иного факультета из-за потери каждого преподавателя. Декан медицинского факультета, заслуженный ординарный профессор Д. Н. Зёрнов выступил с резким заявлением: столь массовое увольнение сотрудников означает



Фотомонтаж портретов участников коллективного увольнения (1911):

Сидят (слева направо): В. П. Сербский, К. А. Тимирязев, Н. А. Умов, П. А. Минаков, А. А. Мануйлов, М. А. Мензбир, А. Б. Фохт, В. Д. Шервинский, В. К. Цераский, Е. Н. Трубецкой.

Стоят (слева направо): И. П. Алексинский, В. К. Рот, Н. Д. Зелинский, П. Н. Лебедев, А. А. Эйхенвальд, Г. Ф. Шершеневич, В. М. Хвостов, А. С. Алексеев, Ф. А. Рейн, Д. М. Петрушевский, Б. К. Млодзеевский, В. И. Вернадский, С. А. Чаплыгин, Н. В. Давыдов.

Вмнтированы портреты В. П. Сербского, И. П. Алексинского, В. К. Рота, Н. Д. Зелинского, П. Н. Лебедева, Д. М. Петрушевского, В. И. Вернадского, С. А. Чаплыгина и Н. В. Давыдова.

разгром университета⁴². Гневную реплику уважаемого декана Кассо предпочел не расслышать. Однако попечитель Московского учебного округа изложил свое мнение по этому поводу в конфиденциальном письме управляющему Министерством народного просвещения: *“Вполне понимаю, что уход сих лиц не мог не принести ущерба преподаванию, я все же не полагаю возможным оставить их на службе, так как, подав прошение об отставке среди семестра и к тому в столь тревожное для университета время, означенные лица проявили вполне очевидное нерадение к службе и нанесли тот “чувствительный ущерб результатам долгих усилий факультета”, о чем говорится в заключении декана физико-математического факультета. Вместе с сим полагаю, что соответствующими факультетами в самом непродолжительном времени будут приняты должные меры к тому, чтобы от увольнения вышеназванных лиц не произошло нарушения порядка преподавания и чтобы исполнение обязанностей увольняемых было временно возложено на других лиц, состоящих при соответствующих учебно-вспомогательных учреждениях”*⁴³.

Между тем, безоговорочно отметая любые попытки компромисса, педагогическое руководство продемонстрировало то же “нерадение к службе” (иначе говоря, безответственность), в чем обвиняло своих противников. И высшие чиновники системы народного

просвещения, и университетские фрондёры действовали в пределах своих возможностей. Если преподаватели, подобно наемным рабочим, условились о бессрочной забастовке, но только в форме коллективной отставки, то Кассо вместо терпеливых и длительных переговоров с оппозицией не постеснялся использовать локаут — массовое увольнение строптивых профессоров и приват-доцентов, дабы неповадно было им впредь держать себя с начальством независимо. Если бурный протест преподавателей опустил их до уровня бунтовавших студентов, то безответственность Кассо и его приверженцев обернулась традиционным российским произволом. В конечном счете, “если правительство опиралось на национальную косность, то интеллигенция воплощала собой национальный анархизм”⁴⁴. И каждая из противоборствующих сторон, исходя из лучших, как им чудилось, побуждений, с одинаковым усердием создавали то положение, которое профессор Зёрнов называл разгромом университета, а рядовые преподаватели и студенты определяли, согласно агентурным сводкам, как “мерзость запустения”⁴⁵.

После инкассации множества прошений об отставке Кассо превратился в заимодавца должностей (для одних — прежде всего престижных, для других — еще и прибыльных) и поэтому без особых хлопот, хотя и не сразу, нашел ученых штрейкбрехеров. В

своих воспоминаниях М. М. Новиков (в дальнейшем последний избранный ректор Московского университета) рассказал, как повели себя тогда отдельные ученики маститых профессоров, соблазненные заманчивой перспективой занять место учителя: *“Наряду с героизмом многих старых профессоров, которые, исходя из идеальных мотивов, покинули свое почетное и в материальном отношении выгодное положение, а также (что было еще труднее) свои, многими годами упорной работы созданные или усовершенствованные библиотеки, институты и лаборатории, наблюдались и действия совершенно противоположного порядка. Некоторые ученики вышедших в отставку профессоров не только не сплотились с ними в общем благородном порыве, но использовали удобный случай и заняли освободившиеся кафедры. Я помню огорчение М. А. Мензбира, когда он узнал, что его кафедру и заведование его институтом, из которого он был так бесцеремонно изгнан, принимает на себя один из любимейших учеников его — А. Н. Северцов. Такое же огорчение испытал профессор П. И. Новгородцев от своего ученика Б. П. Вышеславцева”*⁴⁶.

Краткие описания реализованных искушений врачей, прежде не смевших даже втайне надеяться на стремительную карьеру преподавателя, содержались в бумагах попечителя Московского учебного округа. Чрезвычайно популярного ординарного профессора Ф. А. Рейна, возглавлявшего кафедру оперативной хирургии с топографической анатомией, заменили сверхштатным ассистентом госпитальной хирургической клиники Р. И. Венгловским, срочно возвышенным до уровня экстраординарного профессора (позднее он прославился на всю страну своими доносами на коллег). Занять место уволенного профессора В. П. Сербского выразил желание сверхштатный ассистент психиатрической клиники Ф. Е. Рыбаков, тоже поспешно назначенный экстраординарным профессором. Заведовать институтом судебной медицины временно поручили прозектору А. И. Крюкову.

Некоторые распоряжения педагогического начальства вызывали у специалистов замешательство. Так, на экстраординарного профессора факультетской терапевтической клиники Голубинина возложили общее руководство кафедрой систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях, а на экстраординарного профессора госпитальной хирургической клиники А. В. Мартынова — кафедрой кожных и венерологических болезней⁴⁷. Как говорил о себе один полузабытый ныне литератор XIX столетия, “прикажут, завтра же буду акушером”. Однако все перемещения и перераспределения сотрудников не шли ни в какое сравнение с тем, что случилось на кафедре физики: из-за отсутствия путных лаборантов для практических занятий туда пригласили троих студентов старших курсов за вознаграждение 250 рублей в семестр⁴⁸.

Как только ставленники Кассо, за ударный труд 26 февраля возведенного в ранг министра, бросились занимать должности уволенных преподавателей, стало ясно, что университетская автономия погрузилась в минувшее и, может быть, навсегда. Встревоженная интеллигенция попробовала было объединиться в бойкоте против каждой креатуры ненавистного министра, но этот метод борьбы ощутимых результатов не принес, о чем начальник Московского Охранного отделения доложил директору Департамента полиции 30 марта: *“В связи с общим упадком оппозиционного настроения в высшей школе обнаружилась и переоценка левой профессурой возможности бойкота кафедр, оставшихся вакантными после ухода профессоров Московского университета. Оказалось, что занять вакантные кафедры выразили желание многие московские и провинциальные ученые; таким образом, идея бойкота считается проваленной. На этой почве среди бывших профессоров и приват-доцентов Московского университета в последнее время неоднократно возникали разногласия”*⁴⁹.

Весной аффективное напряжение интеллигенции пошло на убыль, а учебный процесс в университете начал понемногу стабилизироваться, но в целом семестр был сорван. Кризис разрешился по сути через три месяца, 30 апреля, когда Совет университета избрал своим ректором преемника Ключевского на кафедре русской истории, ординарного профессора М. К. Любавского. Испытав по такому случаю явное облегчение, Кассо не замедлил выразить новому ректору свою признательность, исхлопотав Высочайшее согласие на выдачу Любавскому “дополнительно к окладу по названной должности двух тысяч рублей в год из специальных средств Московского университета”⁵⁰.

Первые итоги беспримерного противостояния университетских преподавателей, осознавших себя диссидентами, и бескомпромиссной государственной власти подвели еще 9 февраля. Оказалось, что к этому дню возбудили ходатайства об освобождении от занимаемых должностей 18 профессоров из 91, состоявшего на службе к 1 января 1911 года: 7 заслуженных ординарных (Б. К. Млодзеевский, В. К. Рот, А. П. Соколов, К. А. Тимирязев, Н. А. Умов, А. Б. Фохт, В. Д. Шервинский), 8 ординарных (В. И. Вернадский, Н. Д. Зелинский, П. Н. Лебедев, Д. М. Петрушевский, Ф. А. Рейн, В. М. Хвостов, С. А. Чаплыгин, Г. Ф. Шершневич) и 3 экстраординарных (И. П. Алексинский, В. П. Сербский, А. А. Эйхенвальд). Вместе с уже отстраненными от преподавания Мануйловым, Мензбиром и Минаковым университет лишился 23 % от общего числа профессоров⁵¹.

Заслуженный ординарный профессор по кафедре физики А. П. Соколов очень быстро и довольно неожиданно для коллег передумал и забрал назад свое прошение об отставке. Он вернулся в строй безусловно благонамеренных преподавателей настолько по-

спешно, что его коллегам даже почудилось, будто уважаемый профессор пристал к идейным противникам Кассо не ради того, чтобы выразить свою солидарность с безвинно пострадавшей администрацией университета, и не из потребности выплеснуть свое негодование по поводу нарушения университетской автономии, а просто потому, что обиделся на студентов, почему-то освиставших в начале февраля его лекцию.

Не присоединился к возмущенным преподавателям, но не в силу своих воззрений, а по не зависевшим от него (вернее, по семейным) обстоятельствам, и заслуженный ординарный профессор по кафедре всеобщей истории Р. Ю. Виппер. Вообще-то он подал свое прошение об отставке вместе с другими фрондерами, однако об этом проступке маститого профессора тут же прослышала его супруга — «особа яростная», по определению тех, кому довелось с ней общаться. На следующее утро она примчалась в канцелярию университета и пожелала сию же минуту увидеть заявление, написанное ее мужем, а получив в руки требуемую бумагу, изорвала ее в мелкие клочки. Вторично просить об увольнении Виппер не решился и остался на службе в числе благомыслящих профессоров⁵². Зато два заслуженных ординарных (А. С. Алексеев и В. К. Цераский) и два ординарных (П. Г. Виноградов и Е. Н. Трубецкой) профессора успели примкнуть к увольняемым еще до конца февраля⁵³. Таким образом, университет покинули 24 профессора.

Высочайшим приказом по гражданскому ведомству от 28 февраля все профессорские прошения об отставке были удовлетворены⁵⁴. Столь важное событие следовало, конечно, запечатлеть для истории в виде традиционной групповой фотографии, и не ранее первых чисел марта 15 уволенных профессоров посетили фотограф Стейкера на Тверской улице, неподалеку от здания университета. В последующем еще 8 профессоров выразили желание предстать перед потомками на том же коллективном снимке, что и было исполнено соответствующими мастерами посредством фотомонтажа. Взамен П. Г. Виноградова, отбывшего в Оксфорд для преподавания сравнительного правоведения, фотомонтаж дополнили портретом тайного советника Н. В. Давыдова — теперь уже бывшего приват-доцента по кафедре уголовного права, в прошлом председателя Московского окружного суда и близкого друга Л. Н. Толстого. Напечатанная открытка с изображениями 24 высококолобых фрондеров охотно раскупалась интеллигенцией.

О своем отказе от дальнейшей службы в университете к 9 февраля заявили также 62 из 270 приват-доцентов: 8 преподавателей историко-филологического факультета, 27 — физико-математического, 13 — юридического и 14 — медицинского⁵⁵. В этот перечень увольняемых вошел и правовед П. И. Новгородцев — ординарный профессор Московского коммерческого института, но приват-доцент Московского

университета. Ранней осенью стало известно, что с университетом расстались свыше 100 приват-доцентов, ассистентов, прозекторов и лаборантов (точное их число не установлено). Во всяком случае еще пятого февраля общее собрание ассистентов, прозекторов и лаборантов медицинского факультета приняло резолюцию: *“Человеческое чувство не может мириться с произволом и нарушением основных прав Академии, содеянных лицами, задавившими целью погрузить Россию в прежнее состояние невежества и безгласности”*⁵⁶. По сводным данным, к 1 января 1912 года на всех четырех факультетах Московского университета насчитывалось 88 профессоров и 189 приват-доцентов⁵⁷. Сколько преподавателей назначил лично Кассо, не определяли — за нежелательностью такого рода сведений.

Почти все уволенные преподаватели достаточно быстро нашли себе должности, соответствующие их профессиональному уровню и ученому званию. Одни просто переместились на Высшие женские курсы, где уже совмещали в предыдущие годы; других пригласили в Московский коммерческий институт, построенный и оборудованный на купеческие пожертвования; перед третьими распахнул свои двери Народный университет имени А. Л. Шанявского. Для основателя первой научной школы физиков, ординарного профессора П. Н. Лебедева Леденцовское общество (*“Общество содействия успехам опытных наук и их практических применений”*, учрежденное на средства купца 1 гильдии Х. С. Леденцова) без промедления выделило 15 тысяч рублей; на эти деньги за три месяца удалось организовать физическую лабораторию и рентгеновский кабинет при Народном университете имени А. Л. Шанявского. В пользу нескольких профессоров, оставшихся без заработка, московская интеллигенция собрала 14 тысяч рублей.

Свои симпатии и сожаления по поводу отставки высокочтимых коллег, утративших *“возможность плодотворного преподавания”*, прислали и опубликовали в газетах многочисленные научные общества Москвы, Петербурга и университетских городов. Восхищенная самоотверженностью потерпевших от министерского произвола преподавателей, интеллигенция не сомневалась, что *“правда жизни одержит верх, и Московский университет снова примет в свои недра гонимых профессоров как наиболее достойных носителей культурных идеалов нашего отечества”*⁵⁸. Да и сами участники коллективного выступления против *“реакционного”* министра чувствовали себя чуть ли не героями античной трагедии и, как выразился впоследствии В. А. Маклаков о членах кадетской партии, принимали *“аплодисменты своих сторонников за историческое оправдание своих претензий”*⁵⁹. Безоговорочная поддержка либеральной печати и дружное восхищение единомышленников способны подчас вскружить голову и самому отчаянному скептику.

Moderato

Когда беспримерный по накалу страстей 1911 год завершился, обнаружилось одно неожиданное обстоятельство: четверо профессоров, подавших прошение об отставке, остались в штате университета. В отчетах о состоянии и действиях Московского университета за 1912 год (как, впрочем, и за последующие годы) заслуженные ординарные профессора Умов, Фохт, Цераский и Шервинский по-прежнему фигурировали в именном списке ординарных и экстраординарных профессоров.

Участие каждого из этих профессоров в коллективной акции протеста никак не отразилось в их формулярных списках; там были отмечены лишь разного рода поощрения. Так, 12 октября 1911 года Кассо разрешил выдавать Цераскому ежегодное вознаграждение за чтение лекций по астрономии в размере 1200 рублей на протяжении 5 лет⁶⁰. По приказу министра народного просвещения, 15 сентября 1911 года Шервинского отпустили на месяц в зарубежную поездку, а Фохта командировали “с ученой целью” за границу на все время летних каникул 1911 года⁶¹. Более того, не кого-нибудь из профессоров, одобрявших действия Кассо, а именно бесспорного, казалось бы, оппозиционера Фохта, высшие государственные чиновники сочли достойным особой правительственной награды. В связи с этим 22 августа 1914 года император соизволил пожаловать Фохту знаки отличия беспорочной службы за 40 лет на Владимирской ленте⁶². Следует признать, очевидно, что одиозный министр народного просвещения проявил себя достаточно ловким имперским администратором.

Влиятельный сановник, достигший чина тайного советника, Кассо скончался в 49 лет, 26 ноября 1914 года, от неоперабельного онкологического заболевания. Бывший московский губернатор, а потом товарищ (заместитель) министра внутренних дел и командир Отдельного корпуса жандармов В. Ф. Джунковский вспоминал о нем с глубокой печалью: *“Его многие травили, бранили в бытность его министром народного просвещения, но я считаю эти все нападки на него несправедливыми и незаслуженными. Уходя, он оставил, во всяком случае, более легкое наследие, чем то, которое он получил. Не прибегая к крутым мерам, Кассо несомненно достиг порядка в высших учебных заведениях, достиг своей твердостью. Он поддерживал все, что шло на благо просвещения, преступление же против науки из-за каких-то политических вейний оценивал как таковое. Мне лично было очень жаль, что такой безукоризненно честный и весьма благонамеренно настроенный человек так рано ушел в могилу, и было досадно, что многие его не понимали или, вернее, не хотели понять”*⁶³.

Действительно, интеллигенция не могла забыть и, тем более, простить усопшему министру ни жесткое преследование участников студенческого движения,

ни так называемый разгром Московского университета, ни назначение на преподавательскую службу лиц, обладавших либо надлежащей благонадежностью, либо завидными связями, ни категорический отказ в утверждении на ту или иную должность специалистов, пусть даже единогласно избранных факультетом, но производивших впечатление неблагонамеренных. Когда же Кассо заявил, что не допустит “ни одной лишней еврейки” в Петербургском женском медицинском институте, к списку его прегрешений стали добавлять обвинение в агрессивном национализме.

Свои счеты с Кассо интеллигенция свела после Февральской революции, когда бывший ректор Московского университета Мануйлов возглавил Министерство народного просвещения. Реванш получился отменный: своим циркуляром Мануйлов раскассировал всех назначенных Кассо профессоров, отправив их в отставку без объяснения причин, и вернул на прежние должности каждого их тех, кого уволили в 1911 году и кому посчастливилось дожить до пришествия долгожданного призрака свободы⁶⁴. Восстановление попорченной справедливости обернулось, как обычно, новой несправедливостью.

После октябрьского переворота Мануйлов, оставив семью в Москве, выехал в Тифлис, а через два месяца, изъявив желание сотрудничать с советской властью, возвратился домой. Впоследствии высказывалось предположение, что он не рискнул эмигрировать из-за недоброжелательства правой профессуры, которая до марта 1917 года распускала слухи, будто он разорил Московский университет в бытность свою его ректором, а после Февральской революции демонстрировала ненависть к нему за расправу с кассовскими преподавателями⁶⁵. В Москве его как видного экономиста пригласили сперва на место консультанта наркомфина финансов, а потом назначили членом правления Госбанка. Он умер 20 июля 1929 года и только поэтому избежал участи коллег-экономистов, арестованных по делу “Промпартии”, “Трудовой крестьянской партии” или какой-нибудь иной вымышленной организации.

Коллективная отставка профессоров и приват-доцентов Московского университета в начале весеннего семестра 1911 года получила одобрение большевиков, как бы не заметивших, что эту акцию осуществили члены и сторонники ненавистной им кадетской партии. В советской историографии массовую аффективную реакцию университетских преподавателей трактовали как частный случай противостояния интеллигенции и власти — протест “прогрессивной” профессуры против “реакционного” министра, проводившего “погромную политику”. Одним из тех немногих, кто попытался рассмотреть эту проблему под иным углом зрения, был последний российский посол во Франции В. А. Маклаков; 2 января 1923 года он написал последнему российскому послу в США Б. А. Бахметеву: *“Все мы, и старый режим, и либерализм, и кадеты, и наши доморощенные государствен-*

ные гении, все мы повинны в том, что не понимали своего положения, не понимали своих сил и по-ребячески играли огнем около порохового погреба”⁶⁶.

Диковинное столкновение университетских преподавателей и педагогического начальства не принесло (да и не могло принести) осязаемого успеха ни той, ни другой стороне, хотя интеллигенция не уставала прославлять моральную победу возмущенных профессоров и приват-доцентов, а власть полагала, будто навела должный и долгожданный порядок в системе народного просвещения. И никто не замечал почему-то (или, может быть, не хотел замечать), что в результате этого странного и по существу бесцельного конфликта проиграли и студенты, потерявшие целый учебный семестр, и государство, не получившее в итоге полноценных специалистов.

Примечания

- ¹ Искра. 29. VII. 1905.
- ² Красный архив. 1936. № 1. — С. 178.
- ³ Давыдов Н. В. Из прошлого. — М., 1917. Ч. 2. — С. 99 – 138; Джунковский В. Ф. Воспоминания. — М., 1997. Т. 1. — С. 72 – 73.
- ⁴ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 102. Оп. 240. Д. 9. Ч. 46. Лит. А. Л. 74.
- ⁵ Ключевский В. О. Письма. Дневники. Афоризмы и мысли об истории. — М., 1968. — С. 311.
- ⁶ Каторга и ссылка. 1924. Кн. 9. С. 238 – 251; Джунковский В. Ф. Указ. соч. — С. 183.
- ⁷ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 204. Д. 2. Ч. 34. Л. 404; Оп. 237. Д. 5. Ч. 34. Л. 53 – 54.
- ⁸ Центр хранения документов (ЦХД) до 1917 года (бывший Центральный исторический архив Москвы — ЦИАМ). Ф. 131. Оп. 17. Д. 653. Л. 5 – 23; Русское слово. 23.II.1907.
- ⁹ Научно-исследовательский отдел рукописей Российской государственной библиотеки (НИОР РГБ). Ф. 158. Картон 3. Е.х. 34 Л. 1, 1 об.
- ¹⁰ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 204. Д. 2. Ч. 34. Л. 16 – 26. Московский листок. 28.II.1907.
- ¹¹ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 240. Д. 59. Ч. 46. Лит. А. Л. 70 – 72; Красный архив. 1936. № 1. — С. 180 – 184.
- ¹² Каторга и ссылка. 1922. Кн. 3. — С. 71 – 74.
- ¹³ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 240. Д. 59. Ч. 46. Лит. А. Л. 110.
- ¹⁴ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 240. Д. 59. Ч. 46. Лит. А. Л. 140 – 143.
- ¹⁵ Столыпин П. А. Переписка. М., 2004. — С. 186.
- ¹⁶ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 487. Д. 176. Л. 2 – 7.
- ¹⁷ Последние новости (Париж). 18.VI.1933. *Вшишняк М. В.* Дань прошлому. — Нью-Йорк, 1954. — С. 68.
- ¹⁸ Петербургская Газета. 29.IX.1910.
- ¹⁹ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 1 – 2.
- ²⁰ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 5 – 6.
- ²¹ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 5 – 10.
- ²² Ключевский В. О. Указ. соч. С. 338.
- ²³ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6760. Л. 9 – 11.
- ²⁴ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 65.
- ²⁵ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 242. Д. 11. Л. 1 – 8; Д. 34. Л. 1.
- ²⁶ Медицинское Обозрение Спримона. 1911. Т. 75. — С. 420.

- ²⁷ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 20 – 28; ГАРФ. Ф. 63. Оп. 31. Д. 112. Л. 243 – 295.
- ²⁸ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. А. Л. 133.
- ²⁹ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 45 – 46.
- ³⁰ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 66 – 66 об.
- ³¹ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 34 – 34 об.
- ³² ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 35 – 36.
- ³³ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 37 – 38.
- ³⁴ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 40 – 40 об.
- ³⁵ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 43 – 43 об.
- ³⁶ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 94.
- ³⁷ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 241. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 70.
- ³⁸ Протоколы Центрального Комитета Конституционно-демократической партии. 1905–1911. — М., 1994. Т. 1. — С. 432 – 434.
- ³⁹ Вернадский В. И. 1911 год в истории русской умственной культуры. / Ежегодник газеты “Речь” на 1912 г. — СПб., 1912. — С. 323 – 341.
- ⁴⁰ Врачебная Газета. 1911. № 11. — С. 408.
- ⁴¹ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 242. Д. 34. Л. 3 – 6.
- ⁴² Врачебная Газета. 1911. № 10. — С. 371.
- ⁴³ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6943. Л. 45.
- ⁴⁴ Кончаловский Д. П. Пути России. — Париж, 1969. — С. 98.
- ⁴⁵ ГАРФ. Ф. 102. Оп. 242. Д. 59. Ч. 46. Лит. Б. Л. 12.
- ⁴⁶ Новиков М. М. От Москвы до Нью-Йорка: Моя жизнь в науке и политике. — Нью-Йорк, 1952. — С. 95 – 96.
- ⁴⁷ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6943. Л. 119 – 120.
- ⁴⁸ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6944. Л. 141 – 142.
- ⁴⁹ ГАРФ. Ф. 63. Оп. 31. Д. 498. Л. 9, 9 об.
- ⁵⁰ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 242. Д. 36. Л. 2.
- ⁵¹ ЦХД до 1917 года. Ф. 142. Оп. 17. Д. 2511. Л. 1 – 7.
- ⁵² Фатов Н. Н. Воспоминания о Московском университете. РГАЛИ. Ф. 1337. Оп. 3. Д. 70. Л. 71.
- ⁵³ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6760. Л. 110; Вернадский В. И. Указ. соч.
- ⁵⁴ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 89. Д. 348. Л. 6 – 7.
- ⁵⁵ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6943. Л. 60.
- ⁵⁶ НИОР РГБ. Ф. 158. Картон 14. Е.х. 12. Л. 1.
- ⁵⁷ Отчет о состоянии и действиях Императорского Московского университета за 1911 год. (Дополнительный выпуск). — М., 1912. — С. 11.
- ⁵⁸ ЦХД до 1917 года. Ф. 459. Оп. 2. Д. 6933. Л. 66 – 67.
- ⁵⁹ “Совершенно лично и доверительно!": Б. А. Бахметев – В. А. Маклаков. Переписка. 1919 – 1951. — М., 2002. Т. 3. — С. 372.
- ⁶⁰ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 487. Д. 428. Л. 11 об.
- ⁶¹ ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 487. Д. 451. Л. 4; Д. 417. Л. 9 об.
- ⁶² ЦХД до 1917 года. Ф. 418. Оп. 487. Д. 451. Л. 4; Д. 417. Л. 10 об.
- ⁶³ Джунковский В. Ф. Указ. соч. Т. 2. — С. 417.
- ⁶⁴ Вестник Временного правительства. 30.IV(13.V).1917.
- ⁶⁵ Новый Журнал. 1958. Кн. 54. — С. 149 – 163.
- ⁶⁶ “Совершенно лично и доверительно!": Б. А. Бахметев – В. А. Маклаков. Переписка. 1919 – 1951. — М., 2002. Т. 2. — С. 429.

О фальсификации истории психиатрии в Википедии

Движение вспять к советскому прошлому, казавшееся 20 лет назад невозможным, только подтвердило намного большую силу глубинных инерционных процессов.

Нынешнее поколение читает мало: опустели библиотеки, книжные магазины вытеснены обувными, даже распродажи книг по бросовым ценам убыточны... Молодежь предпочитает черпать информацию из Википедии: быстро, удобно, хотя очень неравномерно по качеству.

В начале марта, надеясь выяснить, исполнен ли указ Б. Н. Ельцина 1997 года об увековечивании памяти генерала П. Г. Григоренко (улица в Москве и стипендия его имени в Военной академии им. Фрунзе и мемориальная доска на доме, где он жил на Комсомольском проспекте), я обнаружил вместо этого в Википедии, что оба последних диагноза, на основании которых генерал был стационарирован в спецпсихбольницы в 1964 и 1969 гг., выставленные А. В. Снежневским, А. Р. Лунцем, Я. М. Калашниковым и М. Ф. Тальце, а затем Г. В. Морозовым, В. М. Морозовым, А. Р. Лунцем, З. Г. Туровой и М. М. Мальцевой, грубо фальсифицированы. Вместо диагноза 1964 г. **“паранойальное (бредовое) развитие личности с присоединением явлений начального склероза головного мозга. Невменяем. В спесихольницу на принудление”** написано неизвестно откуда и кем: *“психопатия”*. Вместо диагноза 1969 г. **“страдает психическим заболеванием в форме патологического (паранойального) развития личности с наличием идей реформаторства, возникших у личности с психопатическими чертами характера и начальными явлениями атеросклероза сосудов головного мозга (в 1964 г. отмечались идеи реформаторства, отношения и преследования). Невменяем. Нуждается в принудлении в спецпсихбольнице”** написано *“страдает психическим заболеванием в форме патологического (паранойального) развития личности с наличием идей реформаторства”*. Т.е. обрублена самая саморазоблачительная по грубости фальсификация прежней поры (идеи отношения и преследования).

Профессионалам хорошо понятно, что оба диагноза соответствуют не “психопатии”, а паранойальной шизофрении, и оба принадлежат лидерам советской психиатрии — А. В. Снежневскому и Г. В. Морозову. Это самый громкий провал полицейской психиатрии.

Очень характерно, что ни одной ссылки на Независимый психиатрический журнал (1992, III-IV, 36 – 60), где подробнее, чем где бы то ни было изложен психиатрический аспект дела генерала Григоренко и его последняя посмертная экспертиза 1991 г. А то, как это изложено, указывает на профессиональную руку выучеников генерала Филиппа Бобкова. Что касается увековечивания памяти генерала Григоренко, то в Википедии не раскрыто даже содержание указа Президента Б. Н. Ельцина 1997 г., тогда как в Киеве именем генерала назван проспект, во Львове площадь, а в еще украинском Симферополе сквер с памятником (2004).

Эта находка побудила меня заглянуть в статью Википедии о А. В. Снежневском, в которой меня ждал сюрприз: грубые выпады в его адрес приписывались мне со ссылкой на проф. Ф. В. Кондратьева, на его шестистраничное письмо с потоком злобной клеветы в мой адрес, которое более полугода находилось на сайте РОП в качестве главной новости.

Меня заинтересовало, откуда взялось приписываемое мне определение Снежневского как “антисемита”. У меня такой информации не было, а кадровый состав Института психиатрии АМН СССР этому противоречил. Видимо, мы сталкиваемся здесь с интересным феноменом, когда диффаматоры, искатели компромата не просто его выдумывают, а сами его активно находят, приписывая авторство непопулярных сведений тому, кого надо опорочить. В данном случае Кондратьев, возможно, обнаружил в архиве КГБ, персональным доступом в который открыто похвалялся (в статье о Бруханском), какие-то материалы 1949 – 1950 гг. когда, на волне антисемитской кампании против “безродных космополитов”, многолетний (1930 – 1950) директор Института судебной психиатрии жесткий администратор системы ВЧК-НКВД Ципа Фейнберг была заменена Андреем Снежневским.

Стало ясно, что проф. Ф. В. Кондратьев и К^о наследовали везде, и выправлять их всюду — нерациональное расходование усилий. Правильнее предоставить самим читателям разобраться в этих археологических слоях, так как намного выразительнее не уничтожать дезинформацию, а оставлять ее на публичное обозрение.

Ю. С. Савенко

По поводу статьи С. Ю. Циркина “Конформное поведение как социальное, биологическое, психологическое и психопатологическое явление” (НПЖ, 2015, 1)

В рамках дискуссии с профессором С. Ю. Циркиным обсуждаются источники конформности и конформизма, их социальные последствия, уточняются причины разночтений некоторых спорных позиций.

Ключевые слова: нескритичность, конформизм, общественное устройство.

Я с интересом и благодарностью прочитал отклик коллеги С. Ю. Циркина на мою работу о конформности и конформизме, опубликованную в 4-м выпуске НПЖ 2014 г. По прочтении статьи у меня сложилось впечатление, что в феномене конформности нас с С. Ю. Циркиным занимают разные его аспекты, что, возможно, порождает какую-то часть разночтений. Считаю несогласие оппонента с некоторыми положениями статьи его законным и уважаемым правом, но некоторые его возражения, мне кажется, нуждаются в разъяснении или уточнении авторских позиций.

Так, например, С. Ю. Циркин возражает против включения в круг конформных личностей “граждан, мнения которых определяются непосредственным окружением”, опираясь на то, что это окружение “может быть весьма узким и являть собой протестно-оппозиционную группу” (С. Ю.). По-моему, в узких протестно-оппозиционных группах (от Герцена с Огаревым до петрашевцев или группы “Освобождение труда”) состояли и состоят личности со сформированными жизненными позициями, от мнений окружения зависящие мало и отнюдь не внушаемые и в дополнительном внушении за редким исключением не нуждающиеся. Конформные действительно внушаемы, но отождествить эти понятия, значит упростить и обеднить понятие “конформные”.

В оценке истоков и проявлений конформизма серьезных разногласий с моими представлениями об этом явлении у оппонента практически нет. Этологический экскурс в систему отношений внутри стаи обезьян с привлечением в качестве авторитетных арбитров “отдельно и неподалеку проживающих родственников” для восстановления иерархической дисциплины, “то есть приведения к конформизму”, даже инстинктивному, не выглядит убеждающим. Я понимаю, что очень многое в психике человека имеет истоки в какой-то форме в животном мире, но поддержание дисциплины в животной стае должно, на мой взгляд, терминологически оснащаться как-то иначе: не конформизмом, а, например, страхом или как-то еще. “Подчиняться альфа-фигуре, быть “как все” (С. Ю.), по-моему, вовсе не значит “приводить к конформиз-

му” (С. Ю.). Конформизм все-таки характеристика более цивилизованного существа. Армейское подразделение с неукоснительным подчинением командиру не являет же собою сборище конформистов. Конформист печется о сугубо личных интересах, у бойцов же общая, обычно высокая, цель. Даже вмешательство политработников “поддерживая структурированную сплоченность... и иерархическую подчиняемость” (С. Ю.), например, у временно растерявшихся бойцов, не делает последних конформистами.

Хотя конформизм порожден в широком смысле несвободой, он существует и в условиях более или менее свободного общества, но тогда он определяется исходной жизненной позицией. Мера соглашательства, как и жертва, которую человек готов принести для сохранения душевного покоя у каждого своя (здесь оппоненту не возразишь), но тезис: “социальная оценка граждан как конформистов или неконформистов, видимо, не сможет избежать произвольности” (С. Ю.) можно оспорить, что убедительно доказывает Евгений Шварц: “Всех учили, но почему ты оказался первым учеником?”. Оценка, на мой взгляд, очень точная. Я думаю, что если можно быть не первым, это еще не тирания. Степень тоталитаризма в большой мере соответствует степени конформизма. При тирании, сопровождающейся жестокими репрессиями, к серьезной степени конформизма приходят, за редкими исключениями, все. Головорезы, вроде Разина или Пугачева, отнюдь не неконформисты и не борцы с тиранией, а всего лишь претенденты на эту роль.

Я слегка отвлекся, но для более четкого обозначения позиций это даже полезно, тем более, что продолжение нашей беседы с коллегой С. Ю. Циркиным мне кажется принципиально важным для нас обоих. Я называл конформность и дефектом психики, и глубинным ее свойством и задавался вопросом: аномалия это или нет и т.п. Мои сомнения на этот счет пронизывают едва ли не весь текст. Из контекста статьи (а мы с Вами читаем не только буквы) видно, что я не связывал термин “дефект” ни с психическими заболеваниями, ни с патологией вообще. Слово “психопатологический” не употреблено в статье ни разу. Более того, я

полагаю, что, несмотря на биологическую основу, к психопатологии и к патологии в целом конформность имеет такое же отношение как, скажем, глупость, отсутствие музыкального слуха или нетрадиционная сексуальная ориентация. Некритичность, зависимость от чужого мнения (от группы соучеников или сослуживцев до привычного телеведущего) есть глубинное базовое свойство конформной личности, определяющее ее психологический портрет: консерватизм, банальность мышления, лояльность к власти и т.п., которые следует рассматривать как производные не критичности. Попутно хочу уточнить, что о “неспособности к взвешенной аргументации как признаке глупости” (С. Ю.) я не писал, перечислять в одном ряду свойственные конформным личностям вместе с неспособностью к критическому анализу, сопоставлению позиций, взвешивание аргументации, банальность мышления (Вы более склонны к выражению “отсутствие оригинальности”) вовсе не значит объединять их в одно понятие, и в этом контексте упрек в некорректности мне кажется недостаточно обоснованным, тем более, что несколькими строчками выше я недвусмысленно называл консерватизм и банальность производными не критичности.

В своем тексте я нигде не увидел “противопоставления конформности как не критичности и интеллектуальной недостаточности” (С. Ю.) Интеллект конформных действительно формально не снижен, но я считал и считаю его серым, бескрылым и не креативным и никак не могу считать лежащую в основе конформности не критичность возможной “предпосылкой для нетривиальных решений” (С. Ю.). Я согласен с Вами, что критичность мышления не свойственна олигофренам, но тема конформности и конформизма у олигофренов в статье не поднималась. Я попытался наметить отличия конформности от глупости, но это уже другая тема.

Что касается упомянутых мною “спящих не конформных”, то пока они, фигурально говоря, спят, интеллект их отнюдь не блещет глубиной и оригинальностью. Пробуждение “спящих не конформных” определяется не только пробуждением, как Вы пишете, нравственности, но и волею обстоятельств тоже. Впрочем, отделить одно от другого бывает довольно сложно.

Вы, Сергей Юрьевич, не представляете “индивидуума, который не выбирал бы сам для себя хотя бы простых бытовых решений”. Я тоже. По-моему, не стоит так упрощать и понимать не критичность или несамостоятельность мышления как неспособность помыться, сварить вкрутую яйцо и не нужно в таких случаях “устанавливать пороговые значения, за которыми можно оценивать наличие не критичности” (С. Ю.). Конформный может даже читать книжки, но суждение о прочитанном он предпочтет взять напрокат. Больше того, он “может когда-нибудь прийти к какому-то своему суждению” (С. Ю.) и будет его придерживаться, пока не окажется в референтной группе.

Не хочу повторять свой текст, но конформный может быть даже профессионально успешен, если исполняемая должность четко регламентирована и не требует инициативы и креативности.

Что касается оригинальности мышления, то она хоть и действительно редкое явление, но все-таки чаще свойственна выбирающим для себя менее принятые шаблоны, нежели наоборот.

Дорогой коллега Сергей Юрьевич! Об уме и глупости разумные и друг друга уважающие люди могут иметь столько соображений, доводов, контрдоводов, что по мне лучше оставить их для частной беседы, если сложится, чем занимать ими место в журнале. Что же до односторонности интересов, то, на мой взгляд, она не может быть основой для формирования как конформности, так и неконформности.

Истоки аполитичности весьма разнообразны — от нежелания лезть в грязную сферу и, естественно, “анализировать заявления политиков” (С. Ю.) до банальной лени ума: “нам, мол, с вами думать неча, если думают вожди” (В. Маяковский). Вы правы, какой уж тут дефект психики, но и как источник конформности аполитичность вне контекста весит недостаточно. Анализ причин лени ума в условиях российской действительности занятие слишком долгое, тем более с конформностью или конформизмом лень ума — слишком далекие родственники.

Я согласен с Вами, Сергей Юрьевич, что конформным свойствен “примитивизм”, часто сочетающийся с дефицитом информации и малой образованностью, но прямой и жесткой связи здесь не вижу и вполне допускаю существование и в таких условиях людей, с тонкой и сложной душевной жизнью и вполне самостоятельно мыслящих.

Далее: мне понятнее объяснение тяги конформных к развлечениям... пренебрежение к ценности здоровья и жизни (своих и чужих) социальной инфантильностью, нежели гипертимностью, как представляется Вам, но это не принципиально. Как говорится, останемся при своих.

По поводу т.н. селективной конформности могу предположить, что “целиком лояльные к высшим властям граждане” и одновременно “непримиримые борцы с непорядками на низовом уровне...” (С. Ю.) при ближайшем рассмотрении нередко оказываются банальными параноиками (в пределах личности) и к конформным имеют очень отдаленное отношение, а чаще — никакого.

Что касается резкой смены вектора поведения у многих членов КПСС, оценка его с позиций конформности или неконформности вряд ли продуктивна. Я считаю, что дело не в смене идеологии, а ее изначальном отсутствии. Приспособленчество, жажда собственности и власти руководили и руководят этими людьми. И атеисты (точнее безбожники), проходящие к поясу богородицы вне очереди — по спецпропускам, не стали верующими, и предпринимательство большинства из них не ограничено (как было,

например, у старообрядческого купечества) никакими нравственными правилами. И рассуждать здесь, мне кажется, нужно привлекая как оценочную характеристику их поведения не конформизм и конформность, не инициативность или отсутствие таковой и т.п., а нравственную дефектность. Так называемых “не смогших поступиться принципами” (С. Ю.) причислять к конформным личностям, конечно, не надо. Но и на пример для подражания, я убежден, они не тянут. Практически всем к тому времени известная история репрессий в руководимой их партией стране должна была разбудить мертвых. Продолжать “не поступаться...”, значит не иметь либо ума, либо совести. Надеюсь, что в этом мы с Вами в целом согласны.

Далее о свободном русском Севере. Кажется мне, северное благолепие — миф. В Заполярье, как и в Сибири было немало острогов для несогласных, в основном, староверов и для разбойников. Именно там, в Пустозерском остроге были преданы огню староверы Аввакум, Лазарь, Епифаний, Федор Иванов, Ефрем Потемкин. Кого сжигали на костре, кого в собственных срубах, предварительно выдрав языки. И все это при Тишайшем Алексее Михайловиче. И страху он нагнал ненамного меньше, чем его сын — изувер и палач.

История Европы, как и России действительно полна зверствами и жестокостью. Я не знаю, что хуже и страшнее — волны порабощения с оккупацией Англии чужеземцами или тотальное сожжение поселений дружиной собственного хозяина, будущего святого и благоверного князя Александра Невского за отказ баскаку в полной выплате дани. Но! Европа познала институт рыцарства и Прекрасной Дамы, католичество хоть и с муками и жертвами поделилось паствой с последователями Лютера, европейское Возрождение состоялось намного раньше, чем в России, так же как и утверждение дворянских привилегий. Капитаны Немо и Грант с детьми, Гулливер и Монте-Кристо, Робинзон и Робин Гуд, Д’Артаньян и Айвенго, Дик Сэнд и даже Негоро, герои Сервантеса, де Костера и Ростана, Купера и Брет Гарта были свободными людьми и не могли родиться в стране, где тысячелетнее рабство возведено в закон.

Рабство и тирания вкупе с неизменной поддержкой церкви — главные источники конформности и конформизма. Я надеюсь, Сергей Юрьевич, что в этом мы с Вами единомысленны, а также на то, что за “гражданским пафосом” Вы чувствуете авторскую горечь и боль.

Уважающий Вас Борис Васильевич Воронков.

К вопросу психокоррекции пациентов, вовлеченных в эзотерические медитативные практики

(К теме клинического разбора “Текущее или конечное остояние?”)¹

Данный клинический разбор обозначил достаточно актуальную тему работы с обращающимися в психиатрическую клинику пациентами в случаях, когда они самостоятельно практикуют различные психотехники оккультного толка. В разговоре пациенты могут употреблять такие словосочетания, как “выход в астрал” “внетелесный опыт” “астральный двойник”, “астральное путешествие” и многие другие, усвоенные ими из соответствующей литературы, которой становится все больше, либо на обучающих курсах, которых также немало. Достаточно зайти на соответствующие сайты в интернете, чтобы увидеть агитацию за такие занятия и приглашения к обучению. Весь этот “астральный опыт” влияет на психику субъекта и взаимодействовать с такими пациентами бывает довольно сложно, но в то же время необходимо. Сложности заключаются в диагностике, в подборе лечебных средств и в психокоррекции таких пациентов.

На данном клиническом разборе специалисты определились с психиатрическим диагнозом и лечением рассматривавшегося больного и обменялись мнениями в отношении перспективности его выздоровления. Оптимистических суждений при этом было мало. Отмечалась важность проведения адекватной психотерапии. В связи с разбором данного случая нельзя не задуматься над самой проблемой влияния оккультных психопрактик на молодых людей, часто доверчиво воспринимающих эти занятия при неокрепшей и порой неустойчивой психике. Чего больше в таких упражнениях, пользы или вреда — вопрос, требующий своего объективного изучения и принципиально-го ответа.

Если задаться вопросом, какому типу личности свойственны увлечения такими практиками, то можно сказать, что чаще всего причастными к ним оказываются лица с несформировавшимся мировоззрением, эмоциональной неустойчивостью, с акцентуациями характера конверсионного или шизоидного типа.

¹ НПЖ, 2014, 3.

Встречаются также пациенты с расстройствами личности и текущими психическими заболеваниями.

Несмотря на характерологические различия таким людям свойственны и некоторые общие черты, видимо, вырабатываемые в ходе продолжительных психопрактик. Длительно и упорно занимающимся такими упражнениями, например, становится свойственно чувство некоего собственного превосходства. Они чувствуют себя обладателями особых тайн и начинают свысока смотреть на окружающих, которым, как они считают, недоступны высоты психического познания, достигнутые ими. Обращенность к таким занятиям усиливается в периоды социально-бытовых дезадаптаций у данных лиц. Пациенты пытаются обрести успокоение в медитативных техниках, часто отстраняются от “прозы жизни”, уединяются, прерываясь лишь на общение с единомышленниками.

Для работы с такими пациентами необходимо учитывать особенности их личности. Рассматриваемый больной, например, характеризуется исследовавшим его психологом как обладающим рядом нарушений мышления “у эмоционально нивелированной, однообразной личности с трудностями в сфере межличностного функционирования, оторванной от практических дел, обособленной”. Ведущая данный разбор А. С. Аведисова отмечает: “Инфантилизм во всем. И книжки, и эти картинки какие-то военные, викинги, какой-то дизайн, который он придумывает, какие-то машины вселенные, все это какое-то ребячливое”. А выступивший на разборе М. Е. Бурно отметил особый взор пациента: “Это потаенный взор, глубокий взор, в сущности одухотворенный религиозный. Впечатление, что пациент убежден: он знает многое, чего мы не знаем. Он даже немного над нами насмехается, тихо, про себя. Вы-де сами по себе, вы не знаете, что я знаю, чем живет моя душа”. Эти довольно тонкие наблюдения несомненно важны, как и рекомендации по лечению данного больного.

Лечить пациента, как считает М. Е. Бурно, надо “не столько лекарствами, сколько квалифицированно психотерапевтически помогать”. Речь идет об установлении доверительного эмоционально подкрепленного контакта с пациентом, с тем, чтобы он всегда мог обратиться к своему психотерапевту или психологу. Это, действительно, очень важно, поскольку позволяет и помогать пациенту в трудную минуту, и осуществлять профилактику каких-либо эксцессов в его жизни.

Еще одна существенная сторона психокоррекционной работы с пациентами подобного рода, видимо, состоит в разъяснении им негативных последствий чрезмерных применений эзотерических психотехник и экстремальных медитаций. Но это предполагает изучение самими клиницистами этих явлений и процессов, которые за ними стоят. Психотерапевт должен быть убедительным и показать свою осведомленность в предмете разговора. Это еще не гарантирует, что пациент за ним сразу пойдет, но время и терпение

обычно оказывают свое действие. Можно доказать, что за всеми “чудодейственными” феноменами, которые переживает практикующий, стоят гипноидные состояния, которые либо вызываются инструктором, либо самим практикующим в ходе упорных тренировок. Нельзя исключить выработку у практикующих зависимости от таких психотехник, которые уведут субъекта от действительности с ее проблемами в мир грез и безмятежности. Реальные жизненные вопросы при этом остаются нерешенными, а сам субъект еще больше дезадаптируется. Не лучше обстоит и тогда, когда иррациональные состояния при таких занятиях накладываются на и без того болезненную личностную основу. Это может только усугубить болезненные проявления. Данный клинический разбор в этом убеждает.

При психокоррекционной работе необходимо показать пациенту, что существуют реальные и действенные методы укрепления саморегуляции и лечебной релаксации, заключающиеся в применении классической аутогенной тренировки, имеющей давнюю позитивную традицию в психотерапии. Аутогенные тренировки, тематически ориентированные групповые занятия с пациентами могут стать альтернативой бесконтрольным экстремальным психопрактикам, уведящим пациентов от реальности и деформирующим их личность. Но для этого модификации аутотренинга должны постоянно развиваться и совершенствоваться. Возможности таких подходов еще далеко не исчерпаны и имеют перспективу в решении актуальных задач психотерапии-психокоррекции при различной нозологии.

Хорошие результаты, например, дает совмещение индивидуально подобранных формул аутотренинга с дозированными физическими тренировками пациента. Показаны также стимулирующие варианты аутогенной тренировки. Они состоят в мобилизации внутренних ресурсов человека, оптимизируют его жизненную перспективу. Такие техники иногда применяются в спорте и дают повышение результатов у спортсменов. Они позволяют укреплять волевые возможности человека, обеспечивают нормальное рабочее самочувствие, способствуют возрастанию успешности его деятельности. Есть опыт применения таких занятий при комплексном лечении зависимых состояний различного вида у пациентов. При адекватной медикаментозной терапии они способствуют достижению необходимого лечебного эффекта. И хорошо было бы, если бы к ним возрос интерес для их более широкого применения в клинике.

Реальные достижения психотерапии, психологического консультирования и адекватной медикаментозной терапии будут лучшим ответом на вызовы возрастающего насаждения иррациональных психопрактик.

*Н. А. Шатайло (Днепропетровск),
клинический психолог*

XXIII Европейский конгресс по психиатрии, Вена, Австрия, 28 – 31 марта 2015 г.

28 – 31 марта в Вене состоялся 23-й Конгресс Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) — одно из крупнейших научно-образовательных мероприятий в области психиатрии. В этом году конгресс объединил около 2700 специалистов, занятых в сфере психического здоровья не только в Европе, но и за ее пределами, и прошел под девизом “Высокие стандарты психиатрии в Европе: практика, образование, исследования”.

Свою лекцию на церемонии открытия конгресса президент ЕПА Wolfgang Gaebel (Германия) начал с упоминания имен Ф. Пинеля, В. Гризингера, Э. Крепелина, З. Фрейда, К. Ясперса и Ж. Делея и их вклада в развитие европейской психиатрии. В настоящее время перед европейской психиатрией стоит ряд сложных задач. Экономический кризис приводит к урезанию бюджетов, что не должно сказываться на качестве оказываемой медицинской помощи и нарушать доступ к ней обездоленных слоев населения. Высокая распространенность психической патологии диктует необходимость смещения акцентов в сторону профилактических мероприятий. Также необходимо повысить низкий на сегодняшний день процент обращаемости за психиатрической помощью за счет повышения ее доступности и доверия у населения. В связи с этим к приоритетным направлениям работы также относится проведение выездных психобразовательных мероприятий. В условиях меняющейся демографической ситуации необходимо обеспечить психиатрической помощью население старших возрастных групп и привлекать в специальность молодых врачей, заканчивающих медицинские факультеты университетов. Недавние опросы показали, что лишь 4 % студентов медиков в Европе рассматривают психиатрию, как свою будущую специальность. Многие студенты демонстрируют стигматизирующее отношение не только к психиатрии, как к медицинской специальности, но и к психически больным. Кроме того, стигма часто является причиной, по которой молодые психиатры покидают специальность. Для изменения подобной ситуации в образовательные программы включены специальные материалы, разработанные ЕПА, разъясняющие, что психиатрия наравне с другими медицинскими специальностями является наукой, использующей все современные методы и инструменты: от нейробиологических до социологических.

Профессор Guy Goodwin (Великобритания) — президент Европейской коллегии нейропсихофармакологии (ECNP) — поднял вопрос рациональности дальнейшего использования анатомо-терапевтически-химической системы классификации лекарственных средств (АТС — Anatomical Therapeutic Chemical classification system), рекомендуемой ВОЗ для международных исследований лекарственных препаратов. В настоящее время именно эта система классификации активно используется в фармакоэкономике для учета лекарственных средств, а также применяется при проведении клинических исследований для оценки сопутствующей терапии. Докладчик подчеркнул, что актуальная фармакологическая номенклатура “ригидна и тугоподвижна”, в связи с чем не в состоянии отражать быстрый прогресс нейронауки и информировать клиницистов о научно-обоснованных процессах оптимизации терапевтических рекомендаций. Так, сбивающей с толку является ситуация, когда пациенту с тревожным расстройством назначается лекарство, относящееся к классу “антидепрессант”, или, например, пациент при депрессии, биполярном аффективном расстройстве или тревоге получает рекомендацию принимать “антипсихотик второго поколения”. На основании результатов анкетирования 1232 специалистов, занятых в сфере психического здоровья, независимой международной рабочей группой ведущих психофармакологов разработана новая научно-обоснованная номенклатура (The Neuroscience-based Nomenclature (NbN) — <https://www.ecnp.eu/projects-initiatives/nomenclature.aspx>), включающая на настоящий момент 109 лекарственных препаратов. Классификация имеет многоосевую структуру. Ось I — фармакологическая мишень и механизм действия — отражает современные представления о целевой модифицируемой системе/нейротрансмиттере/молекуле и механизме действия. Ось II — показания к применению, основанные на рекомендациях главных регулирующих органов. Ось III — эффект и побочные явления — сведения, основанные на “коллективном клиническом опыте” разработчиков. Ось IV — нейробиологические сведения, почерпнутые из экспериментальных данных. Таким образом, новая номенклатура может быть полезным, чувствительным к последним научным достижениям инструментом, как в руках клиницистов, принимающих решения о назначении того или иного медикамента, так и исследо-

вателей. Для удобства пользователей новая номенклатура также доступна в виде приложения для смартфонов.

С провокационным докладом на тему “Дизайнерские наркотики и легальный кайф” выступил профессор David Nutt (Великобритания), психиатр и нейропсихофармаколог, уволенный в 2009 году с поста советника британского правительства по борьбе с наркотиками после того, как выступил с докладом, в котором высказал точку зрения, что классифицировать нелегальные наркотики необходимо, исходя из реального вреда, который они причиняют здоровью и обществу. Для проведения такой классификации D. Nutt предложил несколько параметров, связанных с физическим и социальным вредом, а также со способностью наркотика вызывать зависимость. В результате такого ранжирования алкоголь и табак, по мнению докладчика, наносят больший вред, чем употребление ЛСД, экстази и марихуаны. Дизайнерские наркотики (новые психоактивные вещества) синтезируются с целью обойти закон, по которому преследуется распространение уже запрещенных веществ. Так, запрет марихуаны привел к появлению синтетических каннабиноидов (спайс), употребление которых приводит к судорожным приступам и психотическим состояниям. Контроль, введенный за оборотом сафрала — прекурсора, используемого для синтеза экстази (MDMA), заставил подпольные лаборатории перейти на использование аналога — анисового масла, в результате чего были синтезированы гораздо более токсичные наркотические вещества (PMA, PMMA), от которых только за одну неделю в Англии погибло 4 человека. Таким образом, D. Nutt подчеркнул, что запреты должны тщательно заранее обдумываться, потому что иногда запрещение — самый легкий путь усугубить ситуацию. Еще одним негативным, по мнению докладчика, последствием запретов является невозможность исследования потенциальных терапевтических эффектов некоторых наркотических веществ, в частности, каннабиноидов — при болевом синдроме, бессоннице, мышечных спазмах, ПТСР, онкологических заболеваниях; экстази (MDMA) — при ПТСР и болезни Паркинсона; псилоцибина — при депрессии, ОКР и кластерных головных болях. Докладчик считает целесообразным разделить наркотические средства на три группы в соответствии со степенью вреда. Наиболее опасные наркотики должны быть запрещены, распространение и хранение препаратов со средним уровнем вреда должно подвергаться гражданско-правовым мерам ответственности, а “легкие” наркотики могут быть легализованы как в Голландии или Новой Зеландии. При этом, как в Голландии, необходим государственный контроль и мониторинг безопасности наркотических веществ, разрешенных к употреблению.

Большое внимание привлек симпозиум, посвященный теме поведенческих (нехимических) аддик-

ций. Tagrid Leménager (Германия) рассказала о психологических различиях двух категорий патологических интернет пользователей: зависимых от он-лайн ролевых игр и зависимых от социальных сетей. Предрасполагающими факторами развития этих типов зависимого поведения являются получение быстрого вознаграждения (подкрепления), наличие социального давления и искаженно-дефицитарной самооценки. В результате происходит компенсация посредством идентификации с собственным аватаром (игровым персонажем, которого выбирает себя пользователь) или получения общественного одобрения в социальной сети. При этом представленные психометрические данные подтвердили, что патологические игроки ролевых игр в условиях дефицита представлений о самом себе выбирают аватар, максимально приближенный к субъективному идеалу, и идентифицируются с ним сильнее, чем с реальным “Я”. Кроме того, эти пациенты демонстрировали высокий уровень социальной тревоги, и мотивация играть была часто связана с желанием “снять стресс”. У этой категории пациентов психотерапевтические воздействия должны быть сфокусированы на коррекции нарушенных представлений о физических и когнитивных свойствах собственной личности. Патологические пользователи социальных сетей также демонстрировали высокую степень выраженности социальной тревоги и представления о собственной малоценности. Их мотивация использования социальных сетей заключалась в поиске общественного признания и одобрения. Предварительные данные исследования указывают на то, что в этой группе пациентов психотерапевтические интервенции должны быть направлены в первую очередь на развитие социальных компетенций.

Marilisa Voffo (Бельгия) рассказала о компьютерной интернет разработке, применяемой для “переучивания” азартных игроков. В связи с тем, что лишь 10 % гемблеров попадают в поле зрения врачей, возникла необходимость достигнуть этой целевой группы посредством интернета. Преимуществами он-лайн интервенции в данном случае явились ее легкость, доступность, адекватное соотношение цены и эффективности, анонимность и минимальная стигматизация. Подобно химическим аддикциям, гемблинг сопровождается усилением автоматических когнитивных и мотивационных процессов относительно стимулов, имеющих отношение к азартным играм. Предварительные результаты неоконченного рандомизированного контролируемого исследования говорят о том, что компьютерный тренинг коррекции когнитивных искажений, не хуже очной психотерапии, обучает пациентов выбирать адаптивные альтернативные мысли в ответ на стимулы, связанные с азартной игрой, что в итоге улучшает процессы контроля за поведением и, таким образом, предотвращает рецидивы гемблинга.

В ходе пленарной лекции о рисках, которые таят в себе социальные сети, профессор Marc Potenza

(США) озвучил рекомендации для психиатров, пользующихся сетью Facebook. Типичной ошибкой является размещение врачом в открытом доступе такой конфиденциальной информации, как домашний адрес, личный телефон, сведений о своих близких отношениях и религиозных убеждениях. Врачам рекомендуется вежливо отклонять запросы пациентов о дружбе в социальной сети. Размещаемые на личных страницах фото- и видеоматериалы откровенного содержания, опьянения, примеров рискованного поведения играют дискредитирующую роль. Нельзя допускать насмешливых комментариев в адрес пациентов, а также критику лечебных учреждений, в которых они проходят лечение. Не рекомендуется отмечать метками “Like/Мне нравится” материалы и группы предосудительного содержания.

Один из симпозиумов конгресса был посвящен таким важным аспектам применения нейролептической терапии, как побочные эффекты и приверженность пациентов лечению. На результатах крупных мета-анализов последних лет было показано, что средняя продолжительность жизни пациентов, страдающих шизофренией, на 15 – 20 лет меньше, чем в популяции, и эти показатели остаются неизменными в течение последних 20 лет. Основную угрозу для здоровья и жизни пациентов представляют кардио-метаболические нарушения. Так, 1 из 2 пациентов, страдающих шизофренией, имеет избыточный вес, у 1 из 5 отмечается значительное увеличение уровня глюкозы в крови, и, по крайней мере, у 2 из 5 нарушен липидный обмен [2]. Повышенный риск смертности, обусловленной сердечнососудистой патологией, у больных шизофренией связан с гиподинамией, недостаточным питанием и погрешностями в диете, приемом антипсихотической терапии, курением табака и употреблением непрописанных психоактивных веществ. Последствия ведения нездорового образа жизни в течение многих лет и продолжительного приема антипсихотиков кумулируются и повышают риск возникновения кардио-метаболических расстройств у пациентов с большей давностью существования болезни. В связи с этим показано тщательное медицинское наблюдение за физическим здоровьем пациентов, а также просвещение, касающееся вопросов здорового питания, физических упражнений, способов отказа от курения. В случае значительного увеличения факторов риска развития кардио-метаболических расстройств необходимо рассмотреть вопрос об использовании альтернативного антипсихотического средства с лучшим профилем безопасности. При мета-анализе 212 исследований, включающих более 43 000 пациентов, получающих 15 разных антипсихотиков, было показано, что наименьшим, сравнимым с плацебо влиянием на вес обладают галоперидол, зипрасидон и арипипразол, а наибольшую прибавку в весе дают оланзапин, клозапин и хлорпро-

мазин (из зарегистрированных в России препаратов) [1].

По данным экспертов, пациенты, страдающие шизофренией и биполярным расстройством принимают от 50 до 70 % прописываемых им медикаментов [3]. Наиболее частыми причинами отказа от приема нейролептической терапии при шизофрении, по мнению врачей, являются: сниженная критика к заболеванию или ее отсутствие, наличие стойких побочных эффектов, употребление непрописанных психоактивных веществ, когнитивный дефицит, отсутствие социальной поддержки, отсутствие терапевтического альянса с врачом, финансовые проблемы. По мнению пациентов, важнейшими барьерами на пути продолжения приема терапии становятся: стигматизация, побочные действия медикаментов, употребление непрописанных психоактивных веществ, нарушения памяти, отсутствие социальной поддержки. Из негативных побочных эффектов наиболее отталкивающими оказались: затруднения мышления и концентрации внимания, неусидчивость, бессонница/сонливость, прибавка в весе, снижение либидо, возбужденность/заторможенность, головокружение. Для повышения приверженности пациентов терапии, особенно во время первого эпизода заболевания, врачу рекомендуется быть особенно внимательным к любым возможным побочным эффектам назначенной терапии с целью их минимизации. Кроме того, необходимо проведение психообразования пациента и его ближайшего окружения в отношении важности приема антипсихотической терапии, так как именно прекращение приема медикаментов является главным предиктором обострений шизофрении и повторных госпитализаций.

Традиционно на конгрессах ЕПА значительное внимание уделяется обучению молодых специалистов. В рамках программы Конгресса прошли 16 образовательных интерактивных курсов, посвященных широкому кругу актуальных теоретических и практических вопросов психиатрии.

Очередной XXIV-й Европейский Конгресс по психиатрии пройдет с 12 по 15 марта 2016 года в Мадриде, Испания. Тема будущего Конгресса заявлена как “На пути к созданию общего языка европейской психиатрии”.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Leucht S. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis // Lancet. 2013; 382(9896):951-62.*
2. *Mitchell A. J. et al. Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients // Schizophr Bull. 2013; 39(2):295 – 305.*
3. *Velligan D. I. et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness // J Clin Psychiatry. 2009; 70, Suppl 4:1 – 46.*

П. А. Понизовский

Круглый стол “О добросовестности в науке”

31.03.2015 в Институте философии РАН состоялась заседание круглого стола по проблемам добросовестности в науке — проблеме, потребовавшей скоординированных решительных действий научного сообщества, направленных на обеспечение строгого соблюдения в научных институтах, журналах, на кафедрах и в лабораториях стандартов добросовестной науки, поддержку и развитие инициатив по борьбе с плагиатом, фальсификацией и фабрикацией результатов исследования.

Без добросовестности любая доказательная наука, например доказательная медицина, превращается в имитацию, труху, если не в опасную дезинформацию, чреватую катастрофическими последствиями.

Заседание под председательством чл.-корр. РАН Бориса Григорьевича Юдина и проф. Павла Дмитриевича Тищенко собрало главных редакторов академических журналов, известных философов, социологов, биологов. Более 20-ти выступлений, зафиксированных аудиовидеозаписью, будут опубликованы. Медицинской проблематике было посвящено яркое выступление Президента Российского общества доказательной медицины проф. В. В. Власова. Представленная нами ситуация в психиатрии оказалась не самой мрачной. Наиболее активным полемистом, воскрешавшим облик Владимира Соловьева, был Михаил Гельфанд, причастный к знаменитой компьютерной программе Диссернет. Фабрикация фальшивых ученых степеней невозможна без научного руководителя, хотя бы части диссертационного совета и “крыши” в экспертном совете ВАКа. Но плагиат в журнальных публикациях, монографиях и учебных пособиях неизмеримо больше, чем в диссертациях.

В заявлении научной конференции “Болевые точки современной российской науки: бюрократизация, плагиат, лженаука”, состоявшейся 4–5 апреля в Санкт-Петербурге, говорится о необходимости де бюрократизации научной деятельности, отказа от абсурдного объема отчетности, мелочной регламентации труда сотрудников, неадекватных показателей оценки эффективности научной деятельности и катастрофическом недофинансировании.

Если еще недавно было легко скопировать из интернета курсовую работу, научную статью, даже главу диссертации, то теперь имеется возможность обнаружить такие текстуальные заимствования. Масштабы плагиата ошеломляют. Если раньше, по крайней мере, интеллектуальные поденщики работали на совесть, то теперь они отчаянно халтурят за намного большую таксу. Если плагиат стало возможно быстро и надежно обнаружить, то этого нельзя сказать о фальсификации и фабрикации требуемой продукции, которая представляет намного большее зло.

Устоявшиеся традиции ведущих научных лабораторий, кафедр, НИИ не давали возможности рассмотреть, как много значит интеллектуальная честность и элементарная порядочность. Оказалось, что без этого все искажается, рассыпается, заводит в тупик. Прозвучали и признания в том, что обсуждаемое носит в нашем обществе системный характер, и все мы неизбежно встроены в эту систему взаимозависимостей, из которой надо вырываться.

О ДОБРОСОВЕСТНОСТИ В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Б. Г. ЮДИН,

член-корр. РАН, Институт философии РАН

Проблема добросовестного проведения исследований приобретает сегодня особую актуальность; эта актуальность является одним из следствий того, что результаты научных исследований занимают все более заметное место в самых разных сферах жизни человека и общества. Традиционно наука рассматривалась как самокорректирующаяся система: считалось, что нарушения, допущенные тем или иным исследователем, достаточно быстро будут выявлены его коллегами. А это значит, что они не принесут большого вреда науке — неприятности постигнут главным образом самого нарушителя.

В наши дни ситуация изменилась, и одна из причин этого — то, что результаты исследований все чаще начинают восприниматься обществом и так или иначе воздействовать на него еще до того, как будут проверены научным сообществом. Первой жертвой недобросовестного проведения исследований является сама наука, которая перестает выполнять свою основную миссию получения достоверных научных знаний и, с неизбежностью, теряет доверие общества. Среди других жертв недобросовестной науки все те, кто выступают в качестве потребителей или пациентов (коль скоро речь идет о биомедицинских исследованиях, например, об испытании лекарственных препаратов) новых технологических продуктов и процессов, широкие круги общественности, теряющие надежную ориентацию в мире и становящиеся жертвой мистицизма и мракобесия всевозможных сортов, а так же политические деятели, которым приходится действовать на основе недостоверной информации и необоснованных рекомендаций. Это — про другое!

В 80–90-е гг. прошлого века проблема добросовестности исследований становится предметом озабоченности как мирового научного сообщества, так и более широких кругов общественности. Тревогу вызывает лавинообразный рост обнаруженных случаев плагиата, фальсификаций и фабрикации научных ре-

зультатов. При этом достаточно скоро выяснилось, что традиционные механизмы борьбы с исследовательской недобросовестностью далеко не всегда оказываются эффективными, что подчас и коллеги исследователя, допускающего нарушения, и учреждение, в котором он работает, склонны “не замечать” такие нарушения. В силу этого обстоятельства даже выявление случаев недобросовестного проведения исследований представляется непростой задачей, для решения которой необходимы серьезные целенаправленные усилия. В этой связи во многих странах формируются государственные и общественные структуры, призванные реагировать на такого рода случаи. Что касается встречающихся в литературе оценок распространенности недобросовестного поведения, то для них характерен чрезвычайный разброс.

Очевидно, нарушения норм добросовестного проведения исследований могут принимать более или менее серьезный характер. Наиболее грубыми считаются такие формы недобросовестности, как фальсификация исследовательских данных, их фабрикация (мошенничество) и плагиат. Наряду с этим выделяют сомнительные исследовательские практики (к их числу относят погрешности при статистической обработке данных, неправильное указание соавторства, автоплагиат, “саями-слайсинг” и др.) — нарушения менее серьезные, которые в каких-то конкретных случаях считаются допустимыми.

Деятельность по борьбе с недобросовестным поведением исследователей осуществляется в совре-

менной международной научной практике по нескольким направлениям. Она включает:

- проведение разбирательств по случаям недобросовестного проведения исследований и наказание уличенных в нарушениях;
- защита ученых, разоблачающих факты недобросовестного проведения научных исследований — “свистунов” (whistleblowers);
- создание учебных программ по ответственному проведению исследований и проведение обязательных тренингов для исследователей;
- проведение проверочных исследований;
- изъятие из журнальных архивов статей, написанных по результатам недобросовестных исследований, а также публикаций по результатам исследований, опиравшихся на эти данные; информирование о подобных фактах исследовательских организаций, в которых эти исследования были осуществлены, а также фондов или иных спонсировавших этих ученых организаций.

Международное научное сотрудничество в обеспечении добросовестного проведения исследований. Сингапурское (2010 г.) заявление о добросовестности в исследованиях.

Добросовестное проведение исследований и авторитет науки в глазах общества. Роль Российской Академии Наук в борьбе за добросовестное проведение исследований и представление их результатов.

Внеочередной съезд Национальной медицинской палаты

В великолепном Светлановском зале Дома Музыки в Москве 22 – 23 мая состоялся внеочередной съезд Национальной медицинской палаты, собравший делегатов со всей страны.

Формальной причиной съезда стала перерегистрация, в связи с упразднением Минюстом некоммерческих партнерств. Принято новое название: «Союз “Национальная медицинская палата”». Неафишируемой сверхзадачей созванного съезда было смягчить и канализировать всеобщее недовольство проводимой реформой здравоохранения и возглавить его. Выступление министра здравоохранения Вероники Игоревны Скворцовой было прочувствованным, но фактически только об успехах, какие только возможны в это трудное время. Она сделала упор на профилактическом направлении: здоровом образе жизни, уходе от вредных привычек, правильном питании... Был избран Президиум из 16 человек и Совет из 72. В последний вошли проф. Н. Г. Незнанов и проф. В. М. Шкловский. Утвержден новый устав и членские взносы в размере 10 % от собранных взносов об-

ществ-членов, хотя Л. М. Рощаль говорил и о возможности чисто символических сумм. За последние годы из 77 организаций, вступивших в НМП, взносы внесли только 5.

Действительно были подняты самые фундаментальные и болевые вопросы здравоохранения:

1. государственно-общественная форма управления в здравоохранении и роль профессиональных организаций в улучшении качества оказания медицинской помощи (Л. М. Рощаль);
2. саморегулирование профессиональной деятельности в здравоохранении (С. Б. Дорофеев);
3. экономика здравоохранения (В. И. Стародубов);
4. какое здравоохранение мы строим? — страховая, бюджетная, сочетанная модель (Л. Д. Попович);
5. как решить кадровую проблему здравоохранения России?

Второй день съезда начался обсуждением доклада избранного третьим вице-президентов НМП проф. Владимира Ивановича Стародубова — “Экономика здравоохранения. Положительные и отрицательные

стороны оптимизации здравоохранения. Как жить сегодня российскому здравоохранению в условиях экономических проблем?”. Нельзя не отметить умелого сочетания трезвого реализма обрисованной ситуации и вызывающей доверие интонации этого доклада, не сулящего ложных ожиданий. В прениях первым выступил д-р Ю. С. Савенко, призвавший к использованию так называемых “мягких” математических моделей, разработанных акад. Владимиром Игоревичем Арнольдом, согласно которым “оптимизация — путь к катастрофе”, если не будет обеспечена полноценная обратная связь, т.е. непредвзятая информация о действительном положении дел глазами больных, простых врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а не только главных врачей и чиновников. Выступивший вслед за ним проф. Алексей Анатольевич Старченко насытил эти положения острыми примерами, в частности, типовых схем злоупотреблений. Все это задало направление очень живому обсуждению конкретных практических вопросов. Вопреки аплодисментам с вставанием при появлении министра, интерактивное голосование было явно обескураживающим для сторонников идущей реформы. Подавляющее большинство не поддержало оптимизацию (81,3 %), сокращение штатов и коек (83,1 %) и объединение больниц (87 %). На вопросы: задумана ли реформа для перехода на частный сектор? и приведет ли сокращение государственного сектора к политико-государственным негативным последствиям? — большинство ответило “да” (71,9 % и 84,5 %). Не менее живо проходило обсуждение проблемы страховой медицины по докладу Л. Д. Попович. С развернутым критическим содокладом выступила проф. Наталья Алексеевна Кравченко (опубликован в 12-ом выпуске журнала “Здравоохранение”), которая на основе сравнительного анализа международного опыта решительно заявила: “Для России годится только бюджетная модель, и она дешевле”. В последовавшем интерактивном голосовании на вопросы: привели ли нынешняя система ОМС к улучшению? и можно ли ожидать этого в будущем? — “Нет” ответили, соответственно, 84 и 91 % делегатов. Между тем, пресеченные Л. М. Рошалем требования 5 % ВВП на здравоохранение были связаны с тем, что бюджет на здравоохранение, в связи с Крымом, будет сокращен на 60 млрд. руб., а роста зарплаты врачей не следует ожидать ранее 2017 – 2018 гг.

И все же Леониду Михайловичу Рошалю многое удалось, но удалось ценой тесного сотрудничества с властью, которая использовала его личный авторитет выдающегося профессионала, мужественного и честного человека в своих целях. Само возникновение и существование НМП — свидетельство неспособности министерства здравоохранения в современных условиях осуществлять возложенные на него задачи без общественной поддержки.

Мы хорошо помним другую грандиозную попытку такого рода: избрание акад. Т. Б. Дмитриевой председателем Российской медицинской ассоциации, охватывающей все профильные организации. Кто об этом помнит сейчас?

Приводим выступление на съезде НМП Ю. С. Савенко.

Основное условие успешности реформы здравоохранения

Четвертьвековой опыт Независимой психиатрической ассоциации России уникален и поучителен, но в силу исторических контекстуальных причин не мог стать массовым. Такая ассоциация была немыслимой в Советском Союзе, и ее положение остается одним из тонких индикаторов общественно-политической атмосферы. Сложившаяся с начала 1990-х годов система двух научно-практических общественных организаций — Российского общества психиатров, как массового, неизбежно зависимого от Минздрава объединения, и НПА России, как конструктивного оппонента, оказалась в отечественных условиях продуктивной и даже необходимой.

Проблема взаимоотношения с властью — одна из самых трудных. Попытки сотрудничества разного рода за четверть века, например, создание общественных советов при министерствах довольно быстро оборачивались сменой их состава и превращением в имитацию общественного представительства под флагом ГОНГО (Governmental non-governmental organizations), вопреки пользе наличия оппонента, критической позиции, обратной связи с действительным положением дел. Инерция советского стиля управления оказалась настолько прочной, что мы видим ее воскрешение. Необходимо преобладание в общественных советах представителей независимых общественных организаций, простых врачей, среднего и младшего персонала.

Реформа управления службой здравоохранения — в высокой мере нелинейная задача, в которой результаты очень далеки от декларированных ожиданий и где давно разработаны математические модели, указывающие как направление необходимых усилий, так и граничные условия, позволяющие добиться успеха. Они были подробно популярно изложены еще 18 лет назад, в 1997 году выдающимся математиком акад. Владимиром Игоревичем Арнольдом на семинаре при Президентском Совете РФ и четырежды издавались отдельной брошюрой, последний раз в 2013 г. под названием «“Жесткие“ и “мягкие” математические модели». Однако не были восприняты правительством, за одним исключением — была хорошо понята “необходимость в независимости Центробанка”.

Концептуальная основа реформы, которой легко оправдывают любые, даже непопулярные меры, — оптимизация. Между тем совершенно необходимо

уточнить, что имеется в виду под оптимизацией как таковой.

Оптимизация в отношении чего и для кого? Какие приоритеты и в какой иерархии имеются в виду? В каком охвате и масштабе? И в какие сроки? Начнем с термина, который давно приобрел в расхожем словоупотреблении благозвучное звучание. *Что значит оптимизировать строительство дома или дороги? Современный сопромат позволяет резко сократить расходы, но жизнь новостроя, в отличие от древних построек, сокращается на порядки, зато при современном положении дел выгодно строителям. Мы видим, что оптимизация одного параметра достигается за счет умаления других. Такой пример дает сам организм: при длительном голодании жизненно наиболее важные органы автоматически обеспечиваются в первую очередь. Но давно показано, что гомеостаз в отношении организма в целом выражает гибнущую систему, тогда как живому организму соответствует понятие гомеореза, т.е. не поддержание одного показателя, а обеспечение целенаправленного поведения.*

Итак, оптимизация — это нахождение наилучшего варианта решения из множества возможных, что легко показать на графике в самом общем виде. Но при решении прикладных задач в каждом конкретном случае необходима четкая иерархия приоритетов в системе рассматриваемых параметров и учет их состояния на данный момент времени текущей ситуации. Поскольку задачи оптимального управления представляют достижение минимума или максимума целевой функции, такие задачи не случайно называются еще экстремальными. На моделях роста населения земли, роста числа ученых, на различных экологических моделях давно показано, как первоначально экспоненциальный, т.е. быстро ускоряющийся рост, приводит к перенасыщению и, встречая сопротивление и конкуренцию многих других факторов, приводит в стационарное оптимальное состояние для данных условий. Эти модели описывают банкротство фирм и целых государств. Отечественная наука, образование и здравоохранение уже вступили, согласно этим моделям, в квазистационарное состояние, т.е. чреватое катастрофой даже от небольших потрясений. Нельзя, например, ухудшать критический уровень нагрузки врача и его оплаты. Но оптимизация приводит к выбору именно критического уровня, после чего любое, даже небольшое случайное ухудшение, обрушивает все прежние планы: происходит отток кадров и то, что называется принуждением к халтуре. Оптимизация часто приводит к выбору именно критического значения. Поэтому “оптимизация параметров плана во многих случаях приводит, — согласно акад. В. Арнольду, — к полному уничтожению планируемой системы вследствие возникающей из-за оптимизации неустойчивости... Устойчивость восстанавливается,

если заменить жесткое планирование обратной связью”. Для этого, решения следует принимать не директивно, а исходя не только из планов, но и непредвзятой информации о реальном положении дел, с помощью плотно осуществляемой обратной связи. Из этого следует

- во-первых, необходимость децентрализации, т.е. передачи оперативного тактического управления на низовой уровень;
- и во-вторых, решительное предпочтение мягких моделей, которые независимы от издержек чрезмерной точности, неполноты и плохо известных деталей жестких моделей.

Предпочтение жестких моделей приводит к иерархическим неоправданно сложным и громоздким построениям. Многоступенчатое иерархическое управление неустойчиво и вызывает катастрофическое нарастание колебаний, двухступенчатое управление приводит к периодическим колебаниям. “Полноценную устойчивость обеспечивает только одноступенчатое управление на основе плотной обратной связи, при котором управляющее лицо заинтересовано больше в интересах дела, чем в поощрении со стороны начальства” (В. Арнольд). *Отсюда следует высокая значимость персонального фактора, личности руководителя, не слепо и прямолинейно следующего инструкциям, а преследующего заданную цель соответственно складывающейся adhoc конъюнктуре и в свою очередь передающего многие полномочия, что обеспечивает гибкость и надежность управления.* Жесткое, “многоступенчатое управление всегда ведет в разрухе”. Однако, принятые методы оценки эффективности работы на корню пресекают творческие решения. Создается система принуждения к халтуре (увеличением нагрузки и отчетности).

Нынешний съезд, казалось бы, о том же. Но что это за обратная связь, если в докладе министра сплошные успехи, а низовой уровень воспринимает происходящую реформу как разрушительную? И ровно то же самое происходит в системе образования и науки. Не случайно Веронике Игоревне понравилась военно-медицинская мобилизационная доктрина военного времени. И что это за саморегулирование, когда вместо хотя бы партнерства налицо патернализм власти, обещающей в течение пяти лет поэтапно разрешить какую-то самостоятельность? В который раз?

Пока это одни слова, и это перекалывание груза забот и ответственности на плечи медицинской корпорации и населения.

Необходимы действительная децентрализация, действительная саморегуляция и действительная обратная связь, т.е. непредвзятая информация о положении дел глазами всех участников — больных, врачей и персонала, а не только главных врачей и чиновников.

Ю. С. Савенко

Всероссийская конференция психиатров и наркологов

Прошедшая 23 – 25 мая в Центре им. В. П. Сербского Всероссийская конференция, первая после слияния трех учреждений, отличалась высокой информативностью по широкому спектру проблем. Мы коснемся только нескольких. Качество организации психиатрической помощи, определяемой триадой А. Donabedian (1988) — взаимосвязью структуры, процесса и результата, откатилось на много лет назад, но сопровождалось за несколько последних лет 74 отчетами (Б. А. Казаковцев). Каждые 5 лет удваивалось число людей с болезнью Альцгеймера, и к 2020 году они могут составить треть пожилого населения (С. И. Гаврилова). К засилью психометризма принуждают потребности нейронаук (А. Б. Холмогорова). Происходит вытеснение психотерапии в частную практику. На последних съездах Психотерапевтической Лиги присутствовало 1,5 – 2 тысячи человек, последний съезд проходил в Иране, а очередной будет в Малайзии (В. В. Макаров). Профпатология в России фактически не учитывается, так как признается у 9 – 12 тысяч человек, тогда как в США у 430 тысяч (К. К. Яхин). Следует особо отметить доклады Н. Г. Незнанова о кризисе психиатрии, В. В. Калинина о психонейроиммунологии, Т. П. Ключник о воспалительных реакциях в механизме депрессивных расстройств, А. А. Ткаченко об эволюции законодательных норм и экспертных подходов, Е. В. Кореня о превенции девиантного поведения у школьников, Ю. И. Полищука о психогигиене.

Изложенные в докладе Н. Д. Букреевой и З. И. Кекелидзе сокращения ПБ, ПНД, кабинетов в поликлиниках, коек в оставшихся больницах, койко-дней, кадров врачей и персонала, а лечебно-трудовых мастерских и денег на лекарства вдвое, нельзя не сопоставить с тратами на Олимпиаду и другие мегапроекты. Подчеркнуто отсутствие системного подхода. Вопреки находящим повсеместное подтверждение данным о несоответствии закона об ОМС реалиям, в докладе говорилось, что “страховая медицина набирает обороты”. Доклад обещано разместить на сайте Центра. В Москве число коек сокращено с 17 тысяч до 10 тысяч (Б. Д. Цыганков). Преображенская больница в Москве предприняла первый опыт обеспечения вызовов на дом (Г. П. Костюк). Представитель Крымского ФО С. Л. Крылов подробно остановился на трагической судьбе основоположника психиатрической помощи Крыма Наума Исидоровича Балабана (1883 – 1942), широко известного за рубежом исследованием влияния на психику землетрясения 1925 года (на русском языке его до сих пор нет), уничтоженного вместе с психическими больными в период фашистской оккупации. Симферопольская больница ходатайствует о присвоении его имени. В Крыму число коек сокращено с 3,5 тысяч до 2,5 тысяч.

Секционное заседание по судебной психиатрии открылось докладом о “федерализации” СПЭ-службы (Е. В. Макушкин), т.е. еще большей ее централизацией, против чего выступала ранее большая часть судебных психиатров.

В серии докладов сотрудников Центра (Ф. С. Сафуанов, Н. К. Харитонов, С. Н. Шишков) как и в опубликованных статьях, критиковалась принятая законодателем формулировка ограниченной дееспособности: лицо с психическим расстройством может быть признано ограниченно дееспособным, если оно может понимать значение своих действий и руководить ими “лишь при помощи других лиц”. Эту формулировку успешно пролоббировал Центр лечебной педагогики, вопреки нашим разъяснениям, что она адекватна только для узкого контингента лиц, с которым имеет дело этот Центр — лиц с умственной отсталостью, проживающих в благополучных семьях, тогда как необходима более широкая формулировка: “не может в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими”.

Одним из сильных впечатлений на конференции был ответ руководительницы Санкт-Петербургской СПЭ-службы на вопрос, анализировался ли материал за последние 2 года на предмет ошибок? И не были ли ошибками последующие 13 % изменений диагнозов, которые были связаны с непомерной перегрузкой амбулаторных СПЭ-комиссий и “недовольством следственных органов” решениями о необходимости стационарных СПЭ, о чем шла речь в докладе? — “Нет, — ответила докладчик, — мы не называем это ошибками, анализ в аспекте ошибок не проводился”. Сильное впечатление от этого ответа связано с тем, что в последние годы мы неоднократно убеждались, что СПЭ заключения Санкт-Петербургской ПБ № 6 заслуживают большего доверия, чем Московской ПБ № 1. Услышать такой ответ в отношении основы основ уровня экспертной практики от — в нашем представлении — показательного центра СПЭ, было сильным разочарованием. Выдающаяся Пироговская традиция самокритики, предвосхищающая принцип фальсифицируемости собственных научных исследований и концепций, который восполняет принцип верифицируемости, — давно основа научности любого профессионала и даже критерий уровня профессионализма. Еще несколько лет назад проф. А. А. Ткаченко на конференции в Санкт-Петербурге согласился с нами и заявил, что разборы с анализами ошибок СПЭ-заключений начинают проводиться. Но никакими свидетельствами и признаками этого, не говоря уже о приглашении на такие разборы, мы не располагаем. Более того, сам проф. Ткаченко не стал исключением в отношении давней закономерности: многие не вызывающие возражений положения, обоснованные в

научных работах и руководствах, на практике нарушаются самими авторами. И это наше самое большое разочарование. На огромном числе конкретных примеров мы видим, что понятия “ошибки”, “кризиса”, “деградации”, “коррупции”, “исполнения заказа” и т.п. фактически исчезли из активного словаря психиатрических конференций. На настоящей конференции только один профессор — Тарас Николаевич Дудко — назвал происходящее, с болью за него, его собственным именем: “Куда мы катимся? Куда мы скатываемся? Это деградация!” Зато все еще мелькало понятие “оптимизации” (Т. В. Клименко и др.), вопреки нашим разъяснениям.

Попытка властей “повязать” сотрудников повышением зарплаты за счет сокращаемых встретила сопротивление не только академических ученых: Московской НИИ психиатрии, теперь уже один из филиалов Центра им. Сербского, отказался от повышения зарплаты таким образом.

На состоявшемся 29 мая Ученом совете Центра им. Сербского генеральный директор Центра и главный психиатр Минздрава проф. З. И. Кекелидзе выступил со смелым докладом, наглядно представив основные направления деятельности и бюджет Центра в целом и отдельно по клинической психиатрии, судебной психиатрии, наркологии, биологическим

исследованиям и образованию сравнительно с аналогичными бюджетами США, Канады, Великобритании, Бразилии, Китая, Индии и др., и некоторых отдельных университетов и центров, пообещав выложить эту впечатляющую информацию на сайте. Один из выступавших в прениях подсчитал, что средств, выделяемых в США, больше, чем в РФ в 6 тысяч раз, что обеспечивает в частности трансляцию фундаментальных знаний. И публикаций в США больше на 4 порядка. Из новых акцентов деятельности были отмечены: в США — изучение появления новых наркотиков, в Германии — внимание к валидности шкал, которая оказалась меняющейся со временем, в России — необходимость учебника по психологии для школ с 5 или даже 3 класса и отечественного англоязычного профессионального журнала. Большое число болевых актуальных тем было озвучено в активных прениях, в частности необходимость новых субспециальностей — реабилитологии, суицидологии, сексологии, геронтопсихиатрии, тогда как грубейшим, прямо таки преступным просчетом была ликвидация субспециальности детского психиатра, одновременно с введением субспециальности судебного психиатра.

Ю. С. Савенко

17-ая международная конференция
по философии, психиатрии и психологии

**ПОЧЕМУ ЛЮДИ СТАНОВЯТСЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ?
АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ
И КУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ
ПОДВЕРЖЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**

29 – 31 октября 2015 г., Фрутилар, Чили

**E-mail: centrodefenomenologia@mail.udp.cl;
www.centrodefenomenologia.udp.cl**

О присвоении имени В. П. Сербского

Еще не самое нелепое из множества подобных, слияние распоряжением министерства трех государственных учреждений — Московского НИИ психиатрии, Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского и Национального наркологического центра, а вернее присоединение в к Центру им. Сербского двух других, оставило новое образование — “Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии” — на некоторое время перед вопросом: сохранить или нет имя профессора В. П. Сербского?

Сохранение имени подчеркивало, что произошло подчинение, а не слияние. Поэтому коллектив Московского НИИ психиатрии резко и активно протестовал, вплоть до бесосновательного умаления самого В. П. Сербского. Проф. Ю. И. Полищук даже предложил назваться именем акад. Татьяны Борисовны Дмитриевой, но не прошло требуемых для этого 10 лет со времени кончины.

Что касается позиции НПА, то мы — как и прежде, когда возникал этот вопрос — были сторонниками сохранения имени В. П. Сербского. В начале 90-х такое переименование означало попытку ухода от дурной славы с оставлением ее в сознании зарубежных коллег В. П. Сербскому. Назвавшись в 1922 году (по контрасту) его именем, следовало, по нашему мнению, расти и развиваться в новых условиях в сторону соответствия этому имени. Для нас это наиболее родственная фигура по его независимому отношению к властям, по страстной защите прав больных, университетских и академических свобод, нетерпимости к полицейской психиатрии и к вторжению полицейских в психиатрические учреждения. Сербский был наиболее ярким представителем противостояния полицейской психиатрии, что было им — наряду с П. И. Якобием — четко и громко артикулировано. В. П. Сербский был всегда живым воплощением традиций, заложенных его любимым учителем С. С. Корсаковым. Всецело в этом духе его гуманное отношение к больным, его экспертиза по делу Бейлиса, его знаменитые выступления на съездах психиатров 1905 и

1911 гг., вызвавшие вмешательство полиции, его Руководство по судебной психиатрии.

Можно сказать, что его имя с намного большим основанием и правом подходит НПА России. Особенно, если вспомнить его призывы не допустить использование психиатрии в полицейских целях. Не случайны инсинуации в его адрес — “совести отечественной психиатрии” — ревнителей полицейской психиатрии. Наш журнал уже дал отпор (НПЖ, 2014, 4) реанимации такой недостойной попытке со стороны проф. А. А. Портнова, которой не побрезговал сайт РОП. Выдающийся демарш В. П. Сербского (в составе группы наших знаменитых ученых: Вернадского, Зеллинского, Лебедева, Мензбира, Рота, Тимирязева, Чаплыгина и др.) якобы был продиктован не общественной позицией, а сугубо личными соображениями. В настоящем выпуске журнала публикуется история различного поведения тех “ста профессоров”, которые подали в отставку в знак протеста против реформы министра Кассо, ущемлявшей свободы Московского университета. В. П. Сербский был среди наиболее непреклонных.

Имя В. П. Сербского, присвоенное “Институту судебно-психиатрической экспертизы” со времени его основания в 1922 году, сохранялось даже в 1932 – 1934 гг., когда он был выделен в отдельное “исправительно-трудовое учреждение медицинского характера” и когда, например, Льва Марковича Розенштейна принудили публично отмежеваться не только от Карла Ясперса, но и от его учителя В. П. Сербского. Если прежде имя В. П. Сербского служило прикрытием, вербальной маскировкой, то нынешнее утверждение присвоения Федеральному центру психиатрии и наркологии имени проф. В. П. Сербского дает ему стимул и шанс развития в сторону всего того, что действительно связано с именем этого выдающегося психиатра и человека. Залогом этого является исправление прежнего главного, неоднократно повторявшегося критического упрека в адрес Института судебной психиатрии — отрыва судебной психиатрии от клинической психиатрии.

Ю. С. Савенко

Психиатрическая служба Чеченской республики

23 – 24 марта 2015 г. по приглашению редакции журнала “ДОШ” президент и исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко и Л. Н. Виноградова посетили г. Грозный и познакомились с работой психиатрической службы Чеченской республики. Со времени последнего посещения нами Чечни прошло 4 года, и одной из задач визита было оценить, какие изменения произошли с тех пор.

Война кончилась более 10 лет назад, однако в памяти жителей навсегда сохранились события тех лет и в разговорах постоянно всплывают воспоминания о том, как было до войны и во время войны. В частности, на мой вопрос относительно надписи с благодарностью Кадырову, мне тут же рассказали, что во время войны на въезде в город висела надпись “Добро пожаловать в Ад!”. Практически 15 лет население жило в такой атмосфере, в условиях непрекращающихся военных действий, и это не могло не повлиять на здоровье населения. Но на поверхности господствует установка — не оглядываться назад, и следов войны в городе не осталось.

Психиатрическая служба республики состоит из двух больниц в Самашках и Дурбанхи и 1 психоневрологического диспансера со стационаром в г. Грозном. Правительство республики выделяет психиатрию: здесь она финансируется не по остаточному принципу, как на других территориях Российской Федерации, а скорее наоборот — стоит в первой строке среди других медицинских специальностей. Отношение к психически больным самое гуманное, как к избранным свыше. Очередной раз услышав историю про то, как во время войны в психиатрической больнице в Самашках расстреляли главного врача и пациентов, я спросила: кто стрелял? свои? — и тут же получила твердый отпор: “Ну, что Вы! Наши в больных стрелять не могут. Это федералы”. В самые трудные времена местное население привозило продукты и средства гигиены, помогало в строительстве. Но одновременно стигматизация очень высока, люди стесняются своих больных родственников, прячут их, обрекая на отсутствие психиатрической помощи, отдают в больницу только тогда, когда уже не могут держать дома. В результате, к врачам пациенты попадают в запущенном состоянии, и требуется больше времени, чтобы помочь человеку.

Территория больницы в Самашках 53 га, летом все утопает в зелени, есть свое хозяйство, выращивают овощи, пекут хлеб. Женщин в 3 раза меньше чем мужчин, что связано с менталитетом населения. 30 % составляют пациенты из Ингушетии, где нет своей стационарной психиатрической службы. Вот уже несколько лет строится новый корпус на 70 коек, в этом году планируют завершить. Тогда пациентам будут

созданы человеческие условия существования, поскольку сейчас они вынуждены находиться в палатах по 16 человек, переоборудованных из бывших военных казарм. Но и сейчас в палатах чисто, питание и лечение хорошие, жалобы — на длительное содержание. Средний срок пребывания в больнице — 79 дней, многие находятся гораздо дольше. Все зависит от позиции близких: хотят ли они забрать своего родственника домой как можно раньше или, наоборот, предпочитают держать его подальше от дома. Судебные разбирательства по поводу недобровольных стационаризований отсутствуют. — Какое может быть “недобровольное стационарирование”, если семья решила? Добраться до психиатрической больницы в Самашках можно только на машине, причем по разбитой дороге. Главный врач — Артур Раисович Эльжурхаев — работает в больнице уже 10 лет, он энтузиаст своего дела, встречает нас, несмотря на выходной день: 24 марта объявлено днем Конституции республики Ичкерия.

Другая больница в Гудермесском районе, на 180 коек, после сдачи новых корпусов увеличится до 330. Там есть теплые целебные источники и можно было бы создать водолечебницу, но на это нет средств. Уже построено детское отделение на 60 коек, однако его никак не могут открыть, в том числе из-за отсутствия кадров. Детская психиатрия в республике в плачевном состоянии, детских психиатров просто нет и единственная помощь — признать маленького пациента инвалидом, чтобы семья могла получать пенсию. За качественным лечением нужно ехать в Ставрополь или Краснодар.

Нехватка кадров продолжает оставаться основной проблемой психиатрической службы республики. Несмотря на то, что недавно зарплата сотрудников стационарной службы была существенно повышена (врача — на 10 тыс., медсестры — на 8), и сейчас первичная ставка врача составляет 27 400 руб. плюс благоустроенное жилье рядом с больницей, желающих работать нет. Катастрофически не хватает психотерапевтов и психологов, начались проблемы и со средним медицинским персоналом, поскольку от медицинских сестер стали требовать сертификат со специализацией по психиатрии. Только с младшим персоналом все хорошо. Наличие безработицы и приличные зарплаты позволяют отбирать тех, кто может работать с больными, любит и понимает их. Отсутствие специалистов приводит к тому, что в стационарах фактически отсутствуют реабилитационные мероприятия, лечение сводится к приему таблеток и получению инъекций.

В Грозном диспансер построен после войны, и условия там на порядок лучше, чем в районных больницах, однако недавно ему пришлось потесниться — его

объединили с наркологической службой республики, и в его помещение переехал наркологический диспансер со своим стационаром.

В ПНД Грозного 2 отделения — женское и мужское по 35 коек каждое. Условия неплохие: палаты на 4 человека, в каждой — стол, тумбочки, умывальник. Есть комната отдыха, место для свиданий, телевизор. В то же время на все отделение, даже женское — 1 ванна и 1 туалет, банный день — 1 раз в неделю, на вопрос: “А если женщина хочет мыться чаще?” отвечают — “Разрешаем, по состоянию”. В прохладную погоду пациенты не гуляют и, таким образом, месяцами не выходят из помещения. Свидания с родственниками разрешают в любое время, до 8 часов вечера. Практикуются домашние отпуски. Средний срок лечения — 70 дней.

Здесь лучше с кадрами. В отделении 2 врача: 1 заведующий и 1 ординатор. Есть психотерапевт, которая недавно прошла курсы в Ростове-на-Дону. 2 раза в неделю приходят студенты и проводят с пациентами занятия по социальной реабилитации.

Психоневрологический диспансер в Грозном — фактически единственное место, где можно получить амбулаторную помощь, и сюда едут со всей республики. Первые годы после войны обращалось очень много людей с посттравматическим стрессовым расстройством, в последние годы этот поток начал снижаться, отмечается взрыв онкологических заболеваний.

Главный психиатр Чечни и главный врач диспансера в Грозном — Али Усамович Джамурзаев искренне болеет за свое дело и старается сделать все, чтобы создать благоприятную атмосферу для пациентов и сотрудников. На территории ПНД расположена кафедра психиатрии и неврологии, заведующий которой Кюри Арбиевич Идрисов является также заместителем главного врача диспансера, что обеспечивает научную и лечебную преемственность в деятельности учреждений. Диспансер проводит амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы и осуществляет

принудительное лечение, амбулаторное и в стационаре общего типа, хотя условий для последнего фактически нет.

Для хронических больных в Шали построен психоневрологический интернат на 600 коек, однако сейчас занято только 200. В Чечне не стремятся помещать своих близких в государственные учреждения, предпочитают держать дома.

Итак, что же изменилось за последние четыре года? Куда движется психиатрическая служба республики? К сожалению, заметных изменений к лучшему не произошло. Несмотря на хорошее финансирование, по-прежнему не достроены новые корпуса в психиатрических больницах в Самашках и Дурбанхи, острой остается проблема с врачебными кадрами, не налажены социально-реабилитационные мероприятия, отсутствует детская психиатрическая служба. Установка правительства — “О войне не вспоминать” — привела к тому, что не были созданы государственные программы реабилитации, людей лечило время, которое, как известно, не всегда лучший лекарь. В результате, травматические переживания ушли, но оставили после себя тяжелые соматические заболевания, в первую очередь, онкологические. Дети, родившиеся в период войны, выросли, многие из них имеют проблемы с психическим здоровьем, но вынуждены справляться с этим самостоятельно.

С другой стороны, в психиатрической службе республики работают энтузиасты, искренне преданные своему делу и заботящиеся о том, чтобы служба развивалась. Их стараниями обеспечивается хорошее качество фармакологического лечения, постепенное улучшение условий пребывания, развитие амбулаторной помощи. Люди живут надеждой на лучшее, психиатрическую службу бережно сохраняют, оберегая давние традиции гуманной психиатрии. О нарушениях прав человека говорить не приходится.

Л. Н. Виноградова

Семинар для юристов по правам людей с психическими расстройствами — новое в законодательстве

Семинар с таким названием был организован 27 мая 2015 г. в Нижнем Новгороде НПА России совместно с региональной организацией поддержки детей и молодежи с ограниченными возможностями.

Семинар был адресован, прежде всего, адвокатам, оказывающим бесплатную юридическую помощь, и собрал 40 участников. Организовать и провести семинар позволил выполняемый НПА в 2014–2015 гг. проект “Защита прав граждан с психическими расстройствами”, при реализации которого используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 17.01.2014 № 11-рп”) и на основании конкурса, проведенного ООД “Гражданское достоинство”.

На семинаре также присутствовали представители психиатрической службы Нижнего Новгорода и правозащитных и благотворительных организаций, занимающихся защитой прав граждан с психическими расстройствами и их родственников.

Исполнительный директор НПА России познакомил присутствующих с основными понятиями в области психических расстройств и рассказала о том, что следует учитывать при оказании юридической помощи людям с психическими расстройствами, поделилась многолетним опытом общественной приемной НПА России.

Юрист общественной приемной советник юстиции А. О. Мартынюк рассказал о своем опыте работы с душевнобольными и дал обзор организаций, которые должны оказывать бесплатную юридическую помощь этой категории населения. Казалось бы, государство, приняв закон о бесплатной юридической помощи в Российской Федерации, обеспечило людей с психическими расстройствами необходимой правовой поддержкой, однако на 4-ом году действия закона ситуация, к сожалению, по-прежнему неутешительная: большинство юристов и организаций, отказываются помогать людям с психическими расстройствами, ссылаясь на их неадекватность, непредсказуемость, а порой и опасность, и сами не слишком хорошо ориентированы в законодательстве, регулирующем права этой категории граждан. Наиболее перспективным — по мнению А. О. Мартынюка — является обращение в юридические клиники: там можно получить хорошую консультацию и реальную правовую помощь в составлении документов.

Руководитель юридической службы НПА России кандидат юридических наук советник юстиции

Ю. Н. Аргунова познакомила присутствующих с правами граждан при оказании психиатрической помощи, а также рассказала о новых правилах применения недобровольных мер в психиатрии, которые будут применяться с 15 сентября 2015 г. в связи с введением в действие Кодекса административного судопроизводства РФ. Подробно обсуждался также вопрос о правах граждан по делам о недееспособности и ограниченной дееспособности, критериях признания недееспособности и возможностях восстановить дееспособность. По общему мнению присутствующих, в этих областях больше вопросов, чем ответов, и необходимо тесное взаимодействие всех заинтересованных сторон, включая адвокатов, судей, врачей-психиатров и представителей пациентских организаций для выработки общей стратегии и тактики применения новых законов.

Заинтересованное и неослабевающее внимание аудитории в течение всего семинара (а он длился 7 часов!), большое количество вопросов и желание адвокатов наладить сотрудничество с организациями пациентов и их родственников — с одной стороны, и с психиатрической службой города — с другой, свидетельствовали о высокой значимости выбранной темы и профессионализме специалистов НПА России, которые являются признанными лидерами в области психиатрии и права, много лет успешно занимаются просвещением в области прав граждан с психическими расстройствами. Так, уже сдано в печать 4-ое издание руководства “Права граждан с психическими расстройствами”, в котором нашли отражение все последние изменения законодательства, включая те, которые еще не вступили в силу. Оно будет распространено среди юристов, оказывающих правовую помощь людям с психическими расстройствами, представителей правозащитных организаций, психиатрической службы, и конечно, самих людей с ментальной инвалидностью и их родственников.

Работа по просвещению в области прав граждан с психическими расстройствами будет продолжена. Впереди еще 3 семинара, постоянное консультирование, анализ государственной программы бесплатной юридической помощи, выработка рекомендаций по ее улучшению.

Л. Н. Виноградова

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Хоть на листе – но, чтобы собою! (На примере художника Владимира Яковлева)

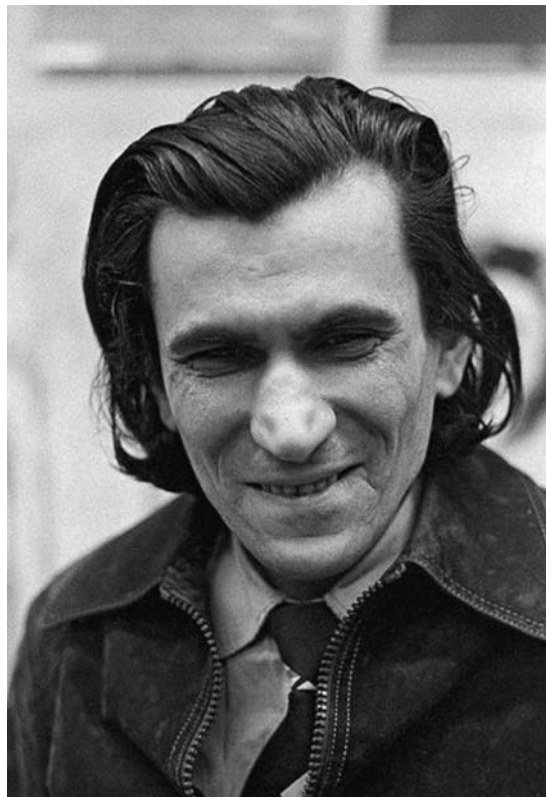
И. А. Иванюшкин

Извержение человека социумом в касту душевнобольных подобно половинной смерти. Душевнобольной традиционно оценивается “здоровой” частью общества как недочеловек, человек не обладающий всей полнотой прав здорового рассудком человека. На душевнобольного ложится стигмат нравственной ущербности. Убийца, признанный судебно-медицинской экспертизой вменяемым, — больше “человек” в глазах общества, нежели больной, о котором решили, что тот совсем утратил “истинную” связь с миром людей и предметов. В то же самое время граница этой “истины” представляет серьёзную онтологическую проблему. “А как это “по-настоящему”?” — вопрошает Филипп Филиппович Шарикова [5]. И врач-психиатр и оцениваемый им пациент остаются запертыми в пределах собственного субъекта. Ничего пощупать тут не получится. Субъект отражается в объекте, объект в субъекте — и перед нами открывается некий безначальный резонанс: человек кивает на зеркало, зеркало на человека — кто есть кто, непонятно. Понятие нормы в психиатрии представляет собой не решаемую до конца проблему — врач из границ собственного “по-настоящему” никогда не сможет проникнуть в “по-настоящему” пациента, в мир нормы его душевного здоровья. Но наша статья не об этом, она о том, как сам пациент проникает в глубины собственной души, вынимает оттуда и сотворяет мир идей, доступный только его видению.

Человек-творец — всегда выше и шире своего произведения, своего творчества. Можно не видеть картин, не читать книг, не слышать музыки — только повстречать случайно в толпе их создателя и в его облике, жесте, искреннем взгляде — прочесть *всё*. *Всё* — это его творчество, то, на что он кладёт жизнь, исписывая себя, дабы донести открывающуюся ему истину. Так вот, само явление творца в мире — уже акт искусства, вполне разгадываемый для его публики — понимающих, настроенных на тот же духовный лад людей. Я не буду здесь писать о собственных подобных встречах (когда я видел человека, а потом узнавал, как был прав в первых мыслях о нем). В этом контексте я скажу только о герое нашей статьи. Художника Владимира Яковлева я видел прежде его работ — в каком-то телевизионном сюжете, кажется, в конце 80-х гг. В память навсегда врезалась следую-

щая сцена. В. Яковлева спрашивают о какой-то картине, помнил ли он, что рисовал такую? Он отвечает, что помнит. Тогда вопрошающий говорит, что картина эта висит у него дома. В. Яковлев видит перед собою своего зрителя, того, кто его понял, того, для кого он писал, в конце концов, свои работы. Художник смотрит детскими глазами на человека, который, получается, его признал за родную душу, и плачет... Плачь художника сказал мне тогда *всё*.

Прошли годы, я почему-то вспомнил этот случай. Я не знал его имени и поиски в сети явили передо мною ряд художников с душевной патологией. Но я узнал расплакавшегося больного художника из моего детства в В. Яковлеве. Как? Просто посмотрел на его фотографию, а затем на его картины с цветами — и сказал: “Это он”.



Владимир Яковлев, 1975

Попытаться представить читателю биографию Владимира Яковлева¹, какой она увиделась нам из публикаций о художнике. Он родился в 1934 г. в г. Балахна Горьковской области. Его дед по отцовской линии был известный живописец М. Н. Яковлев. В 1944 г. (когда ему было 10 лет) семья переехала в Москву. Здесь Володя учился на ретушера, работал в фотоотделе издательства “Искусство”, а так же посещал боксерскую секцию. Несмотря на конец войны, перед нами — внешне как будто благополучное начало жизни. “...Был Володя совершенно здоровым. О живописи еще и не помышлял. Учился на ретушера. Фотографии советских вождей, например, как-то ретушировал, — вспоминает В. Алейников, — Зрение стало он терять в результате болезни щитовидки и какого-то странного стресса, о котором и сам он, и домашние его предпочитали больше помалкивать, ...будто ничего такого особого и не было. Однако — было. И, конечно, было — что-то очень даже серьезное” [10.1]. В воспоминаниях Г. Гунна даже называется конкретная причина болезни: “Он рассказывал мне, как потерял нормальное зрение. По его словам, до пятнадцати лет он рос ненормально быстро и обогнал своих ровесников, тогда же он занимался боксом и это имело роковые последствия. Кто-то из партнеров ударил его по затылку и повредил гипофиз, после чего рост прекратился, зрение ослабло и на психике это отразилось” [10.2].

Трагедия душевного заболевания разверзает перед человеком ту бездну ужаса, описать которую хоть как-то представляется возможным для нас лишь языком философии. Как происходит трагедия с человеком? Что это такое онтологически? О каком понимании какого-то смысла может идти речь, когда от тебя отсекают половину тебя, оставляя существовать некий болезненный остаток плоти? Ответы лежат за теми же пределами, которые нарушает, пересекает душа человека, дерзновенно сорвавшаяся в безумие. Подчас бывает, что этот вопрос “Почему?”, непрерывно возвращающий больного душой человека в изначально невозвратимое вчера — составляет всю полноту его болезненных дум. Конечно, была какая-то последовательность внешних событий, приведшая В. Яковлева к его болезни, но внутренний смысл внезапно свалившегося на него мученичества остался в тайне, неведом для него самого. Да и стоит ли разгадывать тут какой-то смысл человеку? Поиски какого-то смысла в болезни — есть сама болезнь. Следует обозначить именно болезненность вопроса “Почему?”, адресованного душевнобольным судьбе, тем силам, что сотворили несчастье с человеком. Судьба — есть слепой жребий, тут не у кого спрашивать. У небытия, злого порядка, нет лица, нет личности. Безличная бездна небытия просто пожирает, раз за разом,

¹ Полное имя: Владимир Игоревич Яковлев. В нашей статье мы везде ставим: “В. Яковлев” (без отчества) — именно так подписывал он свои работы, войдя в мир художников не иначе как Владимир (или Володя) Яковлев.

новые жертвы. Нелепо в трагедии человека различать промысел Божий, скорее там угадывается временная победа Антихриста. Промысел Божий может быть понят только как противодействие этому временному преобладанию зла. Поверженного злом человека Бог хранит Своей любовью, спасает его, пронесит с ним незримо его крест. Как сказал Н. А. Бердяев: “Если Бог-Пантократор присутствует во всяком зле и страдании..., то в Бога верить нельзя... Бог присутствует... не в силе этого мира, а во всяческой правде, в истине, красоте, любви, свободе, героическом акте” [3, с. 164].

Жизненный путь В. Яковлева был путь героического преодоления его болезни. Мальчик окончил только четыре класса школы, затем судьба нанесла роковой удар, почти выстрел. Свои или чужие картины он видел, предельно приблизив к ним глаза. “Он работал, смазывая краски чубом, и иногда забывал вымыть волосы, выходя на улицу” [10.4]. В 1957 г. В. Яковлев посещает выставку художников в Парке культуры, проходившую в рамках Всемирного фестиваля молодежи и студентов. Будучи вдохновлен увиденным, там же он пробует писать свою первую работу. Так начинается его творческий путь, он раздобывает краски, бумагу и рисует, рисует... Знакомится с художниками, как и он, представляющими авангардное направление. О нем узнают собиратели живописи.

Почти всё, что он рисовал — оказалось востребовано в культуре, разошлось по коллекциям и собраниям. Он воплотил собой противоречие — будучи маргинализирован болезнью, он был ангажирован в искусстве. “Состоявшийся художник и несчастный человек” — резюмирует воспоминания о нем Г. Гунн [10.2]. Болезнь В. Яковлева оставила ему определенную меру включенности в мир: “Он также, как и все, ходил по улицам, ездил в метро, узнавал людей, обслуживал себя...” [10.2]. Но все это на фоне тягостных проявлений болезни. О своей жизни однажды он сказал искренне: “Как живу? Из психушек не выхожу. Под себя... Голоса слышу” [10.2].

Судьба неофициального изобразительного искусства в СССР почти так же трагична как судьба его одинокого представителя В. Яковлева. Время от времени проходили какие-то выставки, большей частью полуофициально, почти подпольно. Художник Э. Штейнберг так вспоминает об их совместной с В. Яковлевым выставке в Музее Ф. М. Достоевского в 1963 г.: “Наша выставка была закрыта в тот же вечер по доносу какого-то доброхота... Яковлев, видимо памятуя о той незабываемой атмосфере..., мне периодически звонил по телефону и как ребенок кричал в трубку: “Штейнберг, когда мы снова вместе с тобой устроим выставку?!” [10.6]. Наконец, в 1995 г., за три года до смерти В. Яковлева, состоялась его персональная выставка в Государственной Третьяковской галерее.

Что же сказал мне тогда в детстве В. Яковлев своим плачем? Наверно, всё-таки не то, что ради творческого признания, ради того, чтобы тебя поняли, нужно намеренно устраивать разнос собственной

природе и стремиться скорой дорогой в сумасшедший дом. Хотя подобный сюжет, носящий одновременно черты протестности и абсурдности, был в те года весьма востребован в искусстве как мера борьбы с тоталитаризмом, авторитарной властью большинства. Достаточно вспомнить кинофильм М. Формана “Полёт над гнездом кукушки”, пьесу В. Ерофеева “Вальпургиева ночь”. Нет, своим плачем В. Яковлев мне сказал другое — что он тоже человек, как я. Плачь — самая короткая дистанция для проникновения в душу “другого”. В плаче его душа совершила выход “из нутра”, достигла не только моего сострадания, но моих чувств понимания, со-бытия с ним. Я увидел, что он может быть поруган болезнью, может быть извержен в душевнобольные, но душа и искусство — над болезнью, над разделением на больных и здоровых. Но было и ещё что-то в его плаче — плакал не просто человек, плакал ребёнок. В. Яковлев плакал как дитя, непосредственно, с полным правом на забвение любых норм благопристойности. Помню и ещё одну мысль, что посетила меня тогда при виде всего этого. Я тогда подумал, как же всё это *типично* — иначе говоря, всё это столько раз уже повторилось и повторится впредь. Непонятый, дудящий наперекор духу времени в свою дуду, художник, дошедший до черты. Его уже почти нет с нами, но в миг пересечения этой черты вдруг, по воле случая, происходит признание — утекающий в вечность художник недоуменно различает знаки признания к своему творчеству.

Мне не известен точный диагноз, который ставили специалисты психиатрии В. Яковлеву, да и дух нашей статьи не таков, чтобы обязательно об этом знать. В воспоминаниях близких ему людей остались такие слова, характеризующие его симптоматику: “...То он плачет, то слышит голоса...” [11]. Известный филолог Н. В. Котрелев, лично знавший В. Яковлева, вспоминает: “...Часто неизвестно почему, вспыхнувший гнев, он читался в глазах, губах, в набухании плеч и бицепсов... Зная, что сумасшедший, я пугался”; “...От более или менее продолжительного пребывания с ним наедине уставало очень, из него шли трудные токи” [10.4]. Вполне понятно, что в обыденной жизни В. Яковлеву было свойственно постоянное внутреннее напряжение, для которого он нашёл контраргумент в живописи. Он изжил свою болезнь в творчестве. Там царит совершенно другой мир, мир преображённой, преодоленной реальности. Мир идеального бытия. Живопись как продолжение душевной болезни и живопись победившая душевную болезнь — разные вещи. Можно рисовать, продолжая усердствовать в своём безумии, и тогда живопись душевнобольного — только компенсация его бредовых идей, изображение их на бумаге. А можно “возвратиться к себе” — пытаться изображать те безусловные начала блага и любви, которые когда-то, до болезни, в периоды ремиссии, знал. Картины В. Яковлева это не болезнь в красках, это он настоящий, говорящий с нами сокровенно об истине, которая для всех одна.

Людям свойственно отождествлять внешнюю ущербность, убогость, с ущербностью нравственной. Здесь находит воплощение давний предрассудок, однако, подчас бывает, что такое отождествление выражает голос справедливости. Вот, как показывает инаковость, человеческую неполноценность душевнобольного В. Ерофеев в своей знаменитой поэме: “...Внучек — совершенный кретин. ...у него шея не вырастает в торс, а как-то вырастает из него... И дышит он как-то идиотически: вначале у него выдох, а потом вдох... И он смотрит... разинув глаза и сощутив рот...” [6, с. 455]. Писатель намеренно играет с атрибутами человеческой телесности — все переставляет и путает, дабы показать, что перед нами не человек, а “нечто”, к чему характеристика человека не вполне применима. Убогого выдаёт его выпадение обликом из стройного хора родовой стихии — с виду кругом “здорового” человечества. Узнать в убогом своего брата, ближнего, потому наиболее трудно, но в этом состоит долг христианина. Нужно увидеть, что в этой сложной, скованной болезнью, придавленной тяжестью креста лишений, человеческой материи — тоже горит, бьётся искра Божья. Игра свободы в мире приводит вдруг к трагическому обороту: исконно безвинная человеческая душа воплощается в больной человеческой материи. Душевная болезнь подобна оковам, шорам, всевозможным фильтрам, сквозь которые Божественный свет виден наиболее тускло. У душевнобольного нет возможности принять всю полноту Божественной благодати извне, из величия ночного космоса, из распаленных небес голубого неба. Его тело, душевное тело — стянуто контрактурой, всё увито мелкими бесами, сжимающими его волю цепкими когтями. Незримое бытие подобных существ столь же достоверно, как и бытие Бога. Д. Андрееву принадлежит следующее прозрение: “Всякое страдание существа, всякая его боль и мука дают излучение... Излучение страдания и боли... способно насыщать гигантские толпы демонов почти всех видов и рангов” [1, с. 125].

И у душевнобольного так мало свободы питаться благодатью Бога извне — глаза его не видят, уста немوتствуют, члены сковывает дрожь и слабость, ум пребывает в сумраке... Но вот, последнее, ум — бывает и светел. Миги прозрения о Боге — выдаются среди трагичной, в своей полноте, жизни душевнобольного. Но перед душевнобольным открывается не только бездна нижняя (уносящая, засасывающая вихрем все его душевные силы), но и бездна верхняя... Будучи преломленной, отраженной различным “фильтрами” — типами душевных расстройств, истина, так или иначе, пробивается в, алчущие её света, души больных людей. Душевнобольные “знают” об истине больше “нормальных” людей только потому, что вся их жизнь — одно сплошное мистическое ожидание избавления от своей напасти, ожидание касания истины. Во время земной жизни Христа, Его помощь, Его истина, были направлены на одержимых бесами, больных людей. Да, мир безумия — богат и сложен, но вся эта сложность растворяется, стены болезнен-

ной фантазии рушатся, когда больного на малый миг озаряет луч милости Божией. Будучи оставленные своими демонами, поставленные перед правдой Господней, душевнобольные оказываются равны. Равны человеку, с которого снимается проклятье душевнобольного. Классификация душевных расстройств, вообще, всё психиатрическое знание, теряет всякий смысл, когда душевнобольного касается Божий перст.

И все же большую часть жизни убогий внутренне страдает. Помраченный рассудок человека не находит сил для различения добра и зла. Абсолютное добро, Бог — затенены для душевнобольного. Свет Божественной благодати не пробивается сквозь скорлупу душевной болезни. Как не вспомнить здесь о концепции затмения Бога М. Бубера. Конечно, исконно М. Бубер говорил о затмении Бога не для каких-то отдельных людей (душевнобольных, в нашем случае), а о затмении Бога для всего человечества в эпоху антигуманизма первой половины XX в. И все-таки правомерно приложить эту идею для объяснения душевной болезни. У буберовского “затмения Бога” есть полная семантическая связь с “сумеречным состоянием”.

Будучи извержен из деятельной, “здоровой” жизни, душевнобольной обречён на “пленённость собою”, он вынужден адаптироваться к одиночеству. Что остаётся ему? Мир посмеялся над ним, сказал ему “нет”, в минуты отчаянья над его разумом властвует призрак обмана, ему кажется, что милость Господня коснулась его как-то вскользь, мимоходом, расточив щедроту свою на других людей. Единственное, что может душевнобольной — создать мир добра и любви, тех, в которых ему отказано, внутри себя. Оттого, что идея эманировалась в ущербную материю, она не перестала быть собою. Даже убогий знает, что он — у Бога. Мера добра и совершенства — знакома всякому человеку, больному или здоровому.

Митрополиту Антонию Сурожскому принадлежат удивительно проникновенные слова: “Иногда какая-либо мысль, чувство увлекают нас вглубь самих себя; все наши способности, все наши силы сосредотачиваются в самой глубине нашего существа; в нас водворяется неизъяснимая тишина, и мы настолько погружаемся внутрь, что все вокруг меркнет, замирает, а что-то внутреннее становится бесконечно живым, интенсивным, трепетным” [8, с. 246]. Вся тайна творчества разверзается в этих словах, сказанных о том, как внутри человека вдруг, чудесным образом, раскрывается Царствие Божие, которое “внутри вас есть” (Лк, 17:21). Опыт литургии может быть пережит не только в храме, но и наедине с собою. В. В. Розанов писал: “...Когда один, — я с Богом” [9, с. 56]. Симфония литургии переживается одиноким душевнобольным, запертым в границах своей отверженности. Нет, он не один, с ним Бог и в нем Бог. “Мистику в духовном опыте даны последние реальности...” — говорит Н. А. Бердяев [2], для которого творчество — единственное оправдание человека перед Богом. И почти то же понимание роли искусства мы находим у

католического богослова Романо Гвардини, который со страстью заявляет: “Тайна литургии... в состоянии неземного детства перед лицом Бога. Есть нечто общее между играющим ребенком и художником... — это отсутствие всякой цели при всём величественном, глубоком смысле происходящего... Играть или творить в искусстве перед лицом Бога — не значит создавать что-то, но значит быть — вот значение литургии” [12].

А иному человеку, несмотря на долгую, полную страданий, жизнь “взрослым” стать не удастся. Таков пример В. Яковлева, таков удел многих душевнобольных людей — они остаются в состоянии непосредственного восприятия бытия. Детскими глазами они смотрят на мир, и в чем-то для этих “вечных детей” Бог оказывается ближе, нежели для их набожных собратьев из мира по ту сторону больничной ограды. Тут есть известная двойственность: большую часть времени душевнобольные проводят во власти своего недуга, Бог затемнен для них больше, чем для “здоровых” людей, но уж если свет Божественного бытия пробивается к ним, то они видят его всею полнотой души. Затененная и исстрадавшаяся, она не жаждет ничего, кроме этих редких озарений, минут душевного покоя. Постоянное пребывание в духовном аду заставляет познать цену Раю. Интересно воспоминание С. Т. Никольской о том, как она читала Евангелие В. Яковлеву: “...После чтения он почему-то повторял слово “Аминь” и говорил: “Очень красиво. Аминь” [11]. В интервью, которое у него брали, В. Яковлев произнес почти христианскую проповедь смирения: “...Цель творчества — это чтобы было взаимопонимание людей в обществе... Надо быть человеком маленьким и уметь говорить с народом... Человек должен уметь унижаться... И во всех видеть слабых и беззащитных. Вот тогда будет взаимопонимание” [10.3]. Нелепо относиться к этим словам с прищуром психиатра, видеть в них один бред самоуничтожения. Психиатрический дискурс имеет свою правоту, но где-то — в своей, специальной области, на периферии человеческого знания. Психиатрия обнаруживает свою ценность как некая абстракция о человеке, которая как-то оказывается полезной для врачевания душ. Психиатрия оказывается бессильна как средство познания природы гениальности человека. Психиатр может помочь душевнобольному как врач, но понять своего больного он может только как собрат по единому бытию. Для этого он неминуемо должен будет разъять границы профессиональной объективности. Критический прищур врача должен быть замещен сострадательным оком ближнего. Когда больная душа ищет упования в вере — то есть не симптом, но порыв. Вера — это духовное усилие, а не душевная слабость.

Нужно наконец-то сказать о смысле, который мы вложили в наше заглавие. “Хоть на листе — но, чтобы собою!” — это такой вопль души, который, думается, мог родиться у В. Яковлева. Мир отказал ему быть или хотя бы казаться здоровым. Во многих его рабо-

тах проступает напряжение и боль его внутреннего состояния. Об этом говорит Л. Повзнер: “...Все его творчество постепенно превращается в один “трагический автопортрет” [10.5]. Но не во всех работах воплотилась его личная боль. В картинах-цветах В. Яковлева несомненно есть прорыв к истине, к той первозданной природе вещей, в которой содержится всё: идея цветка, как он вырастает, простирает в мир свои лепестки, как человеческий глаз ловит отблески славы Божественной в игре света на этих лепестках. Разве тут фантазия, мир измышленного, обманного бытия? Нет, перед нами настоящий цветок, это почти тоннель, который уносит нас к первозданности, началу начал.

“Хоть на листе — но, чтобы собою!” — слышится нам из его картин. “Стать самим собой” — человеческий императив, заповеданный Пиндаром, в этом состоит предназначение всякого человека. Каким образом совершалось творчество В. Яковлева? У души этого больного человека был отнят шанс расправить крылья из пышущего здоровьем тела. Когда дело не касалось живописи, он вынужден был замечать свое выпадение из мира “здоровых” людей. Из этого мира приходили к нему люди, раздавали похвалы его творчеству, платили какие-то деньги и забирали картины. Его картины утекали в большой мир, но ход самому художнику туда был заказан — душевная болезнь наложила на это запрет. Поэтому В. Яковлев устремлял себя не в мир, но в лист бумаги. Своим творчеством он выразил литургическое озарение, как понимал его Р. Гвардини. Всю свою жизнь В. Яковлев творил без явной цели, как ребенок, играя с разными изобразительными средствами: красками, углем, гуашью, фломастерами. Он и был по сути ребенок. “Суший ребенок в быту...” — вспоминает о В. Яковлеве В. Алейников [10.1]. “Он творил, не думая о результатах творчества...” — читаем мы в воспоминаниях Г. Гунна [10.2]. В глубине его души, а затем и на пространстве листа, холста пред ним, раскрывалась та тайна Божественного бытия, о которой говорил Антоний Сурожский. Ребенок-творец погружался внутрь себя и писал красками на листе свидетельство со-бытия с ним Бога. В. Яковлев возвратился к себе и стал собою. Возвратиться к себе — не значит сомкнуться в собственной самости, но значит разомкнуть границы собственной экзистенции к Божественному абсолюту.

Вспомните видеоклип на песню группы Enigma “Return to Innocence”. Вся жизнь человеческая, во всей полноте событий, оказывается ничем — все возвращается на круги своя, к исходному нулю. И в конце своего земного пути, и в его начале — человек одинаково являет собою прообраз Бога. Все эти факты человеческой жизни, что свернулись к нулю в видеоклипе, весь ураган суетных и торжественных событий — они находят средоточие, мистическую концентрацию в едином миге рождения ребенка в мире. Человек родился — и это уже судьба, в его открывшихся глазах уже все запечатлено и вочеловечено — весь пред-

стоящий земной путь, промысленный Богом. Без страха вступает это немощное создание в мир полный опасности, готовое исполнить свой долг любви перед Богом. И все гипотетические факты возможной здоровой жизни В. Яковлева — точь-в-точь как в этом клипе — свернулись, сбежались к истоку — к ребенку В. Яковлеву, который распростер их на листе бумаги. Все потенции, все интенции вероятного здорового В. Яковлева — стали его творчеством.

Имени В. Яковлева нет в названии. И статья наша — не о художнике В. Яковлеве, а о В. Яковлеве-мученике. Так вышло, что В. Яковлев вошел изначально в мою душу своей слезой, а не картинами. Мимолетной слабостью души, а не силою художественного таланта. Но именно в нашей слабости заключается подчас весь смысл, все средоточие Божественного бытия. Н. А. Бердяев говорит: “То.., что стоит выше всего в иерархии ценностей, совсем не является наиболее сильным. ...Наименее же сильным в нашем грешном мире представляется Бог” [4]. Бессильный гнев убогого, обернувшийся на самого себя, слеза слабосильного, воспринявшего в личной боли всю скорбь мира — так страдает Господь в наших сердцах. Но те же убогие и бессильные (В. Яковлев говорил: “я человек маленький” [10.3]), терзаемые всю жизнь бесами, видят и ангелов. Тот, кто воспринял исполненное зло в сердце своем — знает меру высшего добра, чувствует бытие Бога. Да, из границ своего мытарства душевнобольной не всегда узнает Бога. “У меня свой Бог”, — говорил В. Яковлев [10.3]. Но слово “свой” тут обозначает только меру затемненности Бога, иначе говоря, не обозначает ничего, кроме пут зла, когтей демонов, что сковали пленённую ими душу. Взгляните на работу “Композиция”. Можно, конечно, говорить в том духе, что перед нами абстракция, экспрессивно исполненная, несущая зрителю брутальную эмоцию напряжения... Но мне почему-то видится в этой абстрактной работе предельно конкретный, вопиющий своей ясностью смысл. На картине изображен человеческий эмбрион — он живой, он мог бы развернуться, развиться в здорового человека, протянуть в мир свои руки... Но на нем какие-то ремни, сплетенье когтей, мертвой хваткой сжимающих трепещущую волю, душу. Всю свою жизнь В. Яковлев рисовал “ремни”, что сковывали и мучили его внутренне. Однажды он сказал: “Я мастер линии...” [11].

Слово в конце

Строки этой статьи были написаны в апреле 2013 г. Тогда я не мог помыслить, что не пройдет и двух лет и мне случится побывать на выставке работ Владимира Яковлева. Выставка, устроенная в честь 80-ти летия со дня рождения художника, проходила в Мультимедиа Арт Музее в Москве с 3 декабря 2014 г. по 25 января 2015 г. Организаторы избрали для ее названия слова из стихотворения Г. Айги “Бывает сон как зреньё...”. Столкнувшись с картинами В. Яковле-



“Композиция” (1960)

ва, я почти ничему не удивился. Просто увидел подтверждение существования того мира, что открыл мне своей судьбой В. Яковлев. На выставке было всё: и трогательные цветы, и грустные автопортреты, и картины животных с глазами, из которых на зрителя изливается вся полнота мировой скорби. Картина П. Пикассо “Кошка, схватившая птицу” оказала большое влияние на В. Яковлева, повторившись в многообразии созданных им сюжетов. Вот одна из этих картин. У атакующей птичку кошки глаза исполнены вселенской тоски — раздирая пташку, она в то же самое время вопрошает зрителя своим взглядом о главном: “Да, убиваю... Но почему-то это так?”.

Таковыми же глазами глядит на нас со своих автопортретов сам Владимир Яковлев. Оставляют свой след в душе работы “Натюрморт на табуретке”, “Портрет ветра”, “Портрет командира Щорса”. Отдельного упоминания заслуживает “больничная стена” — устроенная в закутке выставки, экспозиция фотографий, отображающих время пребывания художника в лечебнице для душевнобольных². Фотографии эти оставляют тягостное впечатление. Настолько же тягостное, насколько отлично знакомое. Знакомое до боли. Откройте “Вальпургиеву ночь” В. Ерофеева и в вашу душу ворвется поэтика ада советской психиатрической лечебницы. Владимир Яковлев любил жизнь, сквозь боль, сквозь все больницы он дошел до конца, в котором запечатлелось наше признание его творчеству. Нечто великое родилось из его раздавленной



“Кошка с птицей в зубах” (1980-е)

судьбы. Из разъятой на множество волений целостной воли родилось свидетельство о великом. Как написал однажды Михаил Кузмин: “Безволие — преддверье высшей воли!” [7, с. 331].

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Д. Роза мира. М.: Эксмо, 2008.
2. Бердяев Н. А. Гасители духа. // Русская молва. Август 1913. — № 232.
3. Бердяев Н. А. Самопознание. М.: Междунар. Отношения, 1990.
4. Бердяев Н. А. Человек и машина. // Путь. Май 1933. — № 38.
5. Булгаков М. А. Собачье сердце. М.: Современник, 1989.
6. Ерофеев В. Москва-Петушки. Весть: сборник. М.: Кн. Палата, 1989.
7. Кузмин М. А. Стихотворения / Михаил Кузьмин. М.: Эксмо, 2011.
8. Митрополит Сурожский Антоний. Беседы о вере и Церкви. М.: СП Интербук, 1991.
9. Розанов В. В. Уединенное / Сочинения. М.: Сов. Россия, 1990.

Интернет-источники:

10. Статьи на сайте “Фонда художника Владимира Яковлева”:
 - 10.1. Алейников В. Вспоминаю Яковлева;
 - 10.2. Гунн Г. Цветы Володи;
 - 10.3. Интервью с В. Яковлевым, взятое Н. Шмельковой. Сегодня, 1994, № 12;
 - 10.4. Котрелев Н. В. Кое-что из того, что я помню о Владимире Яковлеве;
 - 10.5. Повзнер Л. О художнике Владимире Яковлеве;
 - 10.6. Штейнберг Э. Несколько слов; URL: <http://www.yakovlev-fond.ru>.
11. Воспоминания С. Т. Никольской и Сони Никольской, основанные на дневниковых записях авторов о 10-ти годах, проведенных рядом с художником. URL: <http://www.proza.ru/2009/12/13/1164>.
12. Guardini R. Vom Geist der Liturgie // The Spirit of the Liturgy (translated by Ada Lane). URL: <http://fdlc.org/LiturgyResources/Guardini/Chapter5.htm>.

(дата обращения к ссылкам: 15.04.2013).

² В фильме “Черный квадрат” (реж. И. Пастернак, О. Свиблова, 1988) В. Яковлев снят томящимся в Психиатрической больнице № 16. “Ну, может быть, кто-нибудь заберет наконец меня отсюда... я не знаю кто... тогда будет надежда” — говорит в этом фильме доведенный до иступления художник. Последние годы жизни В. Яковлев провел в Психоневрологическом интернате № 30 г. Москвы.

Быль о человеке-невидимке

Помните, у Булгакова, в ту самую, праздничную полночь, когда Маргарите вернули Мастера, Коровьев забирает из психиатрической больницы историю болезни, и исчезает Мастер, как будто и не было его вовсе, и не оставлял он свой след в бесчисленных документах, исправно производимых советской бюрократической машиной? “Нет документа, нет и человека”, — говорил Коровьев. Думаете, это вымысел, выдумка, плод фантазии великого художника? За мной, читатель, и я покажу Вам такую историю, случившуюся в 21 веке. Да, велик был Булгаков, как он сумел описать то, что было и то, что будет...

Так вот, слушайте. Жила-была девочка Наташа со своими мамой и папой. Все у них было хорошо. И вот однажды, Наташа, приехав в гости к родственникам в Краснодарский край, узнает, что у нее есть сводный брат. Что мама, ее родная мама, отказалась от него еще в роддоме, и его усыновила какая-то женщина и что живут они вот здесь, рядом. Как дальше жила Наташа с этим, я не знаю, сумела ли и стала ли выяснять причины, побудившие маму сделать то, что было сделано, тоже не знаю. Знаю только, что Наташа брата видела, и даже общалась с ним и его приемной мамой в свои приезды к родственникам. А потом... потом началась у каждого своя жизнь: институт, работа, замужество... мама болела... Приезды к родственникам становились все реже. И они потерялись.

После смерти мамы Наташа стала разыскивать брата. Но он пропал практически бесследно: родственники, тетя и дядя мамы, были уже очень старыми, почти не выходили из дома и мало что слышали о Косте, назовем его так. Все, что Наташе удалось выяснить, собирая информацию буквально по крупицам, объездив при этом Краснодарский и Ставропольский край, так это то, что брат поступил в институт на факультет журналистики, но проучился там недолго (то ли сам ушел, то ли исключили), потом вместе со своей приемной мамой переехал в Ставропольский край, а затем они с мамой примкнули к какой-то секте. Какой? Когда? Здесь следы терялись, и никто не мог Наташе помочь.

Тогда она написала в программу “Жди меня”, и вскоре получила ответ, который заставил ее радоваться и ужасаться одновременно. Брат нашелся. В больнице для психохроников в Ставропольском крае. Наташа с мужем собрались и поехали туда.

Наташа говорит: Да, это был он, я его узнала. И он меня узнал, правда, не сразу. Он тогда был в более-менее хорошем состоянии, но все равно было видно, что он болен. Он был одет в какие-то жуткие лохмотья, на руках цыпки, вокруг рта болячки. Им там не разрешают днем лежать в постели, они все время на улице. Хорошо еще, климат теплый. Но к вечеру становится очень холодно — там горы недалеко. Я принесла ему

одежду, передела — а на следующее утро он был опять в этих же лохмотьях. Но мой вопрос, куда делась хорошая одежда, мне ответили, что, наверное, кто-нибудь из больных забрал. И было ясно, что никто не собирается делать что-либо по этому поводу.

Самое интересное выяснилось в кабинете главврача, где Наташе показали толстенную медицинскую карточку Кости. У него нет никаких документов. Вообще. Их не было, когда он к ним поступил. С тех пор прошло 10 лет. Документов так и нет. Расспросив Костю, когда он был в состоянии ремиссии, сотрудники сделали запросы в те места, где он предположительно родился и жил, учился — отовсюду пришли отрицательные ответы. В месте рождения пропал архив, и восстановить документы невозможно, в других — сведений недостаточно или нет вообще. Костина приемная мама пропала уже давно, и никто о ней ничего не знал.

Я Наташу спрашиваю: а институт? Ведь учился же он там как-то? При поступлении же подавал какие-то документы? Должно было личное дело храниться в архиве?

Наташа отвечает: Наверное, они в институт запрос не делали. А я туда звонила, мне ответили, что помнят такого мальчика, да, талантливый был. И все. А он еще сейчас стихи пишет.

Когда Наташа приехала, ей главврач сказал: заберите его. Хотя сейчас. Это было пять лет назад, и Наташа смогла вывезти Костю на автобусе — для покупки билета до Москвы не требовалось никаких документов. Дома у Наташи Костя продержался ровно месяц.

Наташа говорит: Он все время плакал и звал маму. А потом стало совсем плохо, и его забрали в больницу. Мы думали, его положат в стационар в Москве или хотя бы в области, мы были готовы заплатить, все, что угодно. Но у него не было никаких документов, и его отправили обратно. В ту же больницу, в Ставропольский край.

Наташа ездила туда еще раз. Она общалась с родственниками, теми самыми старенькими дядей и тетей. Они готовы подтвердить, что Костя — это Костя. Она нашла еще несколько человек, которые помнят Костю и его приемную маму. Наташа и ее муж очень хотят забрать Костю к себе. Если можно, то домой. Если нет — то в ПНИ, где они смогут Костю навещать, помогать ему, участвовать в его жизни. В больнице Костю готовы отдать хоть сейчас. Но это невозможно до тех пор, пока у Кости нет документов. Как только речь пойдет об оказании ему психиатрической помощи — его тут же опять отправят в Ставропольский край. Наташа это понимает, как понимает и то, что помощь ему нужна, Костя действительно болен.

Теоретически установление личности Кости возможно, даже если не удастся найти и восстановить какие-либо документы — для этого необходимо обратиться в миграционную службу с заявлением об установлении личности, и быть готовым представить свидетельские показания, а также хотя бы какие-то документы, подтверждающие факт его рождения и нахождения на территории Российской Федерации (это необходимо для подтверждения гражданства РФ) — в Костином случае это медицинские документы и вся история запросов по поводу восстановления документов. Это довольно долгий процесс, и этим нужно заниматься.

Наташа говорит: “Ехать в Ставропольский край далеко, больница находится в станице, в удалении от районного центра, там нужно будет жить какое-то время, пока будут оформляться все запросы, и приехать придется не раз — это дорого, и я не могу часто и надолго уезжать. Я могла бы отправлять все эти запросы в ЗАГС, милицию и т.д. сама, чтобы как-то найти его следы. Но на каком основании? Я так поняла, что пока я не могу доказать наше родство, я ему никто. Доверенность? А кто мне ее выдаст, и кто заверит? Главврач больницы, конечно, на это не пойдет. Да и как он может удостоверить личность человека, у которого нет ни одного документа?”

И вот Наташа в Москве, а Костя — в больнице в Ставропольском крае. И знаете, эта история удиви-

тельна не только тем, что человек прожил в больнице столько лет — и его как будто нет ни для кого. Нет бумажки — нет человека. Удивительна она тем, что есть люди, которые готовы ему помочь и взять его к себе домой. Обычно отношение к психиатрическим больным, будь они хоть родственниками, своеобразное — от них стараются избавиться, сделать вид, что их нет. А здесь все наоборот — для системы человека нет, а для близких — есть. “Ну что ж, люди как люди... Милосердие еще иногда стучится в их сердца...”

Я думаю, это далеко не единственный случай. И если у здоровых людей еще есть какие-то шансы установить личность самостоятельно или с помощью родственников, то людям с психическими расстройствами это сделать очень сложно. Ведь бывают такие случаи, когда человек вообще не помнит, кто он, или называется чужим именем... И эти люди никому не нужны: ни больнице, сотрудники которой не станут тратить свое время на установление личности таких людей и восстановление их документов — это очень длительный и трудоемкий процесс, ни родственникам... Они лежат в больницах на так называемых “социальных койках”, получают минимальное лечение... Те, кому еще повезло. Кто попал в больницу, а не сгинул на улице...

Евгения Адрова

Международный конгресс ВПА
**СОЕДИНЕНИЕ АЗИИ СО ВСЕМ МИРОМ:
НОВАЯ ЭРА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

18 – 22 ноября 2015 г., Тайпей, Тайвань

E-mail: system1@wpaic2015tw

РЕКОМЕНДАЦИИ

Шпет Густав. История как проблема логики. Критические и методологические исследования. Часть 1. — М.-СПб., 2014.

Бонхеффер Дитрих. Проповеди толкования, размышления. В 2-х томах., М. — 2014.

Берлин Исая. Северный Волхв. И. Г. Хаманн и происхождение современного иррационализма — М., 2015.

* * *

Боно Эдвард де. Искусство думать. Латеральное мышление, как способ решения сложных задач — М., 2015.

Будворт Джеффри. Узлы. Полная энциклопедия — М., 2014.

* * *

Иванов-Разумник. Испытание огнем. Антивоенный манифест. — М., 2015.

Нойманн Франц Леопольд. Бегемот. Структура и практика национал-социализма 1933 – 1944 гг. — СПб., 2015.

* * *

Кельзен Ганс. Чистое учение о праве, справедливость и естественное право — СПб., 2015.

Кристи Нильс. По ту сторону одиночества. Сообщества необычных людей — СПб., 2015.

* * *

Гомосексуальность и христианство в XXI веке (Сб.статей) Сост. В. Созаев — СПб., 2014.

Хартманн Хайнц. Эго-психология и проблема адаптации личности — М., 2015.

Сатир Вирджиния. Коммуникация психотерапии — М., 2015.

* * *

Лифшиц Михаил. Проблема Достоевского. Разговор с чертом — М., 2015.

Гроссман Леонид. Достоевский — реакционер. Достоевский и правительственные круги 1870-х гг. Письма консерваторов к Достоевскому — М., 2015.

Мамардавили Мераб. Психологическая топология пути. (М. Пруст “В поисках утраченного времени”) — М., 2015.

Видгоф Леонид. Статьи о Мандельштаме — М., 2015.

Торопыгина М. Ю. Иконология. Начало. Проблема символа у Аби Вартбурга и в иконологии его круга — М., 2015.

Воннегут Курт. Пожарь руку Богу — М., 2015.

* * *

Зиммель Георг. Рим, Флоренция, Венеция — М., 2014.

Згарба Витторио. Сокровища Италии. Предчувствие ренессанса — М., 2014.

Рипеллино А. М. Магическая Прага — М., 2015.

Виноградов В. Жан Кокто. Когда птицы поют пальцами... — М., 2015.

* * *

Зелинский Ф. Ф. История античных религий — М., 2015.

Жискар д'Эстен Валери. Победа великой армии — М., 2015.

Николаи Вальтер. Тайные силы. Германская разведка и контрразведка в годы Первой мировой войны — М., 2015.

* * *

Венгловский Станислав. Тарас Шевченко. Парадоксы судьбы — СПб., 2014.

Фельцитинский Ю., Чернявский Г. Джордж Оруэлл. Жизнь, труд, время — М., 2014.

Зеньковский В. В. Из моей жизни. Воспоминание — М., 2014.

Каховская Ирина. Воспоминания террористки — М., 2015.

* * *

Буццати Гино. 60 рассказов — М., 2015.

Хармс Даниил. Меня называют капуцином. Избранная проза — М., 2014. (с конгениальными иллюстрациями Г. Мурышкина).

ABSTRACTS

THE PROBLEM OF NORMALITY IN PSYCHIATRY: PHILOSOPHICAL ANALYSIS

E. V. Kosilova

The paper demonstrates that there is impossible to define the notion of mental normality in our dynamically changing culture. The social, commercial and scientific aspects of psychiatry are analyzed. Only in the scientific one there is possible to try to discuss unnormality. The author proposes the notion of adequacy which is the most full and genuine being, with the least possible distortions of the subject's basic existential relations (to the Others, to the world, to himself, to the transcendence).

Keywords: mental normality, culture, adequacy, subject.

INVESTMENT OF MENTAL HEALTH FACILITY WITH FUNCTIONS OF THE GUARDIAN OF THE INCAPABLE PATIENT

Yu. N. Argunova

Based on the analysis of legislation and practice it concluded unsettled about laying on psychiatric institutions guardianship responsibilities with respect to incapable patients, a violation of the rights of citizens and their guardians — individuals. Suggestions for improvement of regulatory base are made.

Keywords: incapable citizen; psychiatric institution; responsibilities of guardian; responsibilities of the guardianship authorities.

V. R. BUTCKE ROLE IN DEVELOPMENT OF RUSSIAN PSYCHIATRY

A. Ya. Basova, M. V. Kokorina

V. R. Butcke (1845 – 1903) was one of the most famous psychiatrists and specialist in public health in late XIX – early XX century. He has been undeservedly forgotten in our time. Butcke had an enormous influence on the development of in hospital and community mental health care in Russia. He was the creator of the most advanced psychiatric hospital (Alekseev hospital in Moscow), occupational therapy, nursing service, and other new, more humane forms of medical care to psychiatric patients.

Keywords: history of psychiatry, psychiatric hospital, hospitalization, occupational therapy, nursing, public health.

CONCERNING THE S. Yu. TSIRKIN'S ARTICLE “CONFORMAL BEHAVIOR AS SOCIAL, BIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENON”

B. V. Voronkov (St-Petersburg)

Sources of conformity and conformism, their social consequences are discussed with prof. S. Yu. Tsyarkin. Causes of misunderstandings of some controversial positions are being clarified.

Key words: noncritical, conformity, social system.

Региональный конгресс ВПА

УМНОЕ ТЕЛО И КУЛЬТУРА

25 – 27 сентября 2015 г., Кочи, Индия

E-mail: office@wpakochi2015.com;

www.wpakochi2015.com