

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigori Kotikov
Vladimir Motov
Boris Piven
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 21.12.2015. Подписано в печать 28.12.2015. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2015-4-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

ЮБИЛЕИ КЛАССИКОВ ПСИХИАТРИИ

Жан-Мартен Шарко (1825 – 1893).	5
Апри Эй (1900 – 1977).	6

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Приветствие XVI съезду психиатров России от НПА России	8
Новый методический прием подготовки исследовательской выборки для выяснения структуры синдрома — Ю. С. Савенко	9
Новые тенденции в российской наркологии: возврат к старым силовым методам принудительного лечения — Ф. Б. Плоткин (Минск, Беларусь).	13

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Болезнь Альцгеймера у эндогенной больной — Я. Б. Калын, О. В. Москалева	25
Экзогенный или эндогенный психоз? — А. С. Никольская, А. Г. Гофман, В. В. Ханыков, Т. А. Кожина	40

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Временное выбытие недееспособного лица из психоневрологического интерната — Ю. Н. Аргунова	48
---	----

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Как трудно вернуть дееспособность	55
---	----

ПСИХО- И АРТ-ТЕРАПИЯ

К вопросу о сегодняшней отечественной клинической психотерапии духовной культурой — М. Е. Бурно	59
Трансформационно-ресурсные арт-терапевтические методы (Altered-book или измененная книга; Fashion-therapy или метод создания и изменения аксессуаров и предметов одежды) — Н. В. Ромашкина, С. В. Большунова	63

ОТКЛИКИ И ДИСКУССИИ

Взгляд на реформу в психиатрии изнутри — Александр Иванов	68
Оптимизация — невротизация — Б. Н. Пивень (Барнаул).	69
Что требовалось доказать и что удалось доказать — А. Г. Гофман	71
Бесполезное исследование — Ю. С. Савенко	71

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Революция 1905 года и психиатры — Ю. С. Савенко	74
Московская областная ПБ № 5 — яркое звено подмосковной психиатрии — Л. Ф. Кремнева, Т. А. Крылатова	79

ХРОНИКА

XVI съезд психиатров России — пир во время чумы	83
Законотворческие инициативы нашего времени.	86

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

“Всем сестрам по серьгам” (1937) — Виктор Михайлович Чернов	88
“История психиатрии в картинах и образах” — Б. А. Воскресенский.	90

НЕКРОЛОГ

София Федоровна Случевская	95
--------------------------------------	----

РЕКОМЕНДАЦИИ	97
------------------------	----

АННОТАЦИИ	98
---------------------	----

CONTENTS

ANNIVERSARIES OF CLASSICS OF PSYCHIATRY

Jean-Martin Charcot (1825 – 1893)	5
Ey Henri (1900 – 1977)	6

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

IPA of Russia greeting to the XVI Congress of Russian Psychiatrists	8
Method of preparation a research sample to determine the structure of syndrome — Yu. S. Savenko	9
New trends in Russian narcoLOGY: returning to old methods of involuntary treatment — F. B. Plotkin (Minsk, Belarus)	13

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

Alzheimer’s disease in the endogenous patient — Ya. B. Kalyn, O. V. Moskaleva	25
Exogenous or endogenous psychosis? — A. S. Nikolskaya, A. G. Gofman, V. V. Khanykov, T. A. Kozhinova.	40

PSYCHIATRY AND LAW

Temporary disposal of the incapable person from the psycho-neurological boarding — Yu. N. Argunova	48
--	----

FROM AN EXPERT’S DOSSIER

How hard it is to return capacity	55
--	----

PSYCHO- AND ART THERAPY

On the subject of contemporary domestic clinical psychotherapy with use of spiritual culture — M. E. Burno	59
Transformational-resource techniques of art-therapy (Altered-book; Fashion-therapy) — N. V. Romashkina, S. V. Bolshunova.	63

COMMENTS AND DISCUSSION

A look at the reform of psychiatry on the inside — Alexander Ivanov	68
Optimization — neuroticism — B. N. Piven (Barnaul)	69
What was required to prove, and what was able to prove — A. G. Gofman	71
Useless study — Yu. S. Savenko	71

HISTORY OF PSYCHIATRY

The revolution of 1905 and psychiatrists — Yu. S. Savenko.	74
Moscow regional mental hospital № 5 — bright psychiatric unit of Moscow region — L. F. Kremneva, T. A. Krylatova	79

CHRONICLE

The XVI Congress of Russian Psychiatrists — a Feast in Time of Plague	83
Legislative initiatives of our time	86

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVINESS

“All the sisters on earrings” (1937) — Viktor Chernov	88
“History of Psychiatry in pictures and images” — B. A. Voskresensky	90

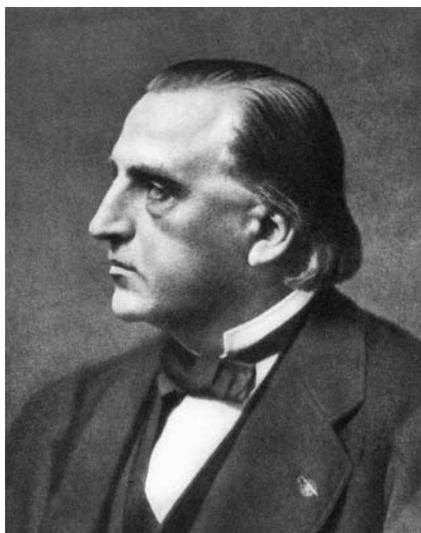
OBITUARY

Sofia Fedorovna Sluchevskaya.	95
--	----

RECOMMENDATIONS	97
----------------------------------	----

ABSTRACTS	98
----------------------------	----

Жан-Мартен Шарко (1825 – 1893)



В 2015 году исполнилось 190 лет со дня рождения Ж. М. Шарко. В летопись медицины он вписан, прежде всего, как выдающийся невролог. Для психиатров же это имя связано с учением об истерии и гипнозе. Историки психиатрии, особенно психодинамически ориентированной, подчеркивают, что этими исследованиями Ж. М. Шарко совершил решительный шаг из анатомии и физиологии в психологию, в сферу бессознательного. Современники нарекли его “Наполеоном невроза”. Здесь также нельзя не напомнить, что в период 1885 – 86 гг. З. Фрейд несколько месяцев работал в отделении выдающегося невролога. Специально “под П. Жане” Ж. М. Шарко была создана психологическая лаборатория. Идеи Шарко повлияли на творчество таких писателей как А. Доде, Г. Мопассан, Л. Пиранделло, М. Пруст.

Психиатрическими проблемами Шарко заинтересовался довольно поздно — в 70-ые годы XIX века. Работа в знаменитом Сальпетриере с больными, стра-

дающими припадками, амнезиями, параличами, поставила перед ним задачу разграничения органической патологии (эпилепсия, травматический невроз как неврологическое заболевание) и истерии¹. Им были сделаны многообразные клинические наблюдения, в частности, описаны фазы истерического припадка², стадии гипноза³, роль психических травм (в том числе и сексуального содержания) и ауто suggestion в возникновении истерических расстройств. Последний фактор, особенно если учитывать атмосферу взаимоиндукции, царившую в отделении и постановочно-театрализованную атмосферу клинических разборов и лекций, очевидно, во многом и определял однотипность картин изучавшихся расстройств. Наверное, не в последнюю очередь этими же обстоятельствами объясняется исчезновение истерического невроза во Франции после смерти Шарко.

Но как настоящий ученый Шарко не замыкался в круге собственных наблюдений. Он заинтересовался сравнительно-культуральными исследованиями по истерии, собрал обширную библиотеку по колдовству и одержимости, часть материалов которой опубликовал в серии “Библиотека дьявола”. Он полагал, что одержимость дьяволом есть одна из форм истерии, считал, что Лурд исцеляет верой. Основанный им журнал “Иконография Сальпетриера” был первым опытом соединения проблем медицины и вопросов искусства. Шарко владел несколькими иностранными языками, был заметной фигурой общественной жизни не только Франции, но и других стран.

Как ко всякой неординарной личности, отношение современников к Шарко, к его теориям было противоречивым. Многие его построения кажутся упрощенными, наивными, искусственными и нам⁴. Но одно несомненно — эта величественная фигура может служить ярким примером служения науке, культуре, гуманизму.

Б. А. Воскресенский

¹ Известно, что в ту эпоху истерия понималась иначе — как своеобразный психоз, возникающий на основе определенного предрасположения.

² Тонические, клонические судороги, клоунизм, истерическая дуга, страстные позы. (Во 2-ом издании руководства В. А. Гиляровского “Психиатрия” (1935) приводятся рисунки, воспроизводящие эти состояния). Ныне эта живописная динамика расценивается как клиническая мифология.

³ Шарко понимал его как своеобразное патологическое состояние и в споре по этому поводу потерпел поражение от напсийцев.

⁴ Имеем в виду только работы психиатрического плана.

Анри Эй (1900 – 1977)



10 августа нынешнего года исполнилось 115 лет со дня рождения Анри Эя — одного из выдающихся психиатров середины XX века. А. Эй был организатором I Всемирного конгресса психиатров (1950 г.), основателем Всемирной психиатрической ассоциации и ее первым главой, руководителем исследовательской группы “Эволюсьон Психиатрик” (после предыдущего, ее основателя — Е. Минковского), издававшей одноименный журнал. Он же возглавлял работу над “Руководством по психиатрии” — составной частью классической французской Медико-хирургической энциклопедии. “Психиатрические этюды”, “Учебник психиатрии” (в соавторстве с П. Бернардом и Ш. Бриссе), выдержавшие множество изданий на различных языках, бесчисленное количество других научных публикаций по самым фундаментальным и актуальным проблемам психиатрии — таков корпус его научного наследия. Этот перечень окажется еще более впечатляющим, если учесть, что А. Эй не занимал никаких академических постов.

Как психиатр он сформировался в больнице Святой Анны — психиатрическом сердце Франции. Важнейшее влияние на его профессиональное становление оказал А. Клод. Большую часть жизни А. Эй проработал в клинике Бонневаль (недалеко от Шартра), которая, благодаря его творческой клинической и организаторской активности, стала таким же центром притяжения для психиатров (знаменитые “кол-

локвиумы в Бонневале”), каким была во времена Е. Блейлера больница Бюргхольци¹.

Именно блейлеровским называет первый этап научной биографии А. Эя доктор Жан Гаррабе — Генеральный секретарь “Эволюсьон Психиатрик”, президент Ассоциации фонда Анри Эя — и датирует его периодом от 20-х годов до начала Второй мировой войны. Тщательно освоение концепции шизофрении, ознакомление с нею французских психиатров — такова деятельность А. Эя в это период. Схизис, первичные и вторичные симптомы, течение болезни — вот некоторые из понятий, которые закладываются в основание последующей собственной — органо-динамической — концепции французского психиатра.

Он касается этой патологии и в работах другой направленности — о галлюцинациях — (написанной совместно с А. Клодом) при обсуждении актуального для того времени вопроса о соотношении галлюцинаторных расстройств шизофренической и энцефалитической (имеется ввиду хронический эпидемический энцефалит) природы.

Второй период определяют как нео-джексоновский. Приставка “нео” здесь уместна, потому что А. Эй, принимая выдвинутые английским неврологом положения (иерархия функций, эволюция-дизинволюция, разграничение продуктивных и негативных симптомов), творчески преобразовал это учение, подчеркнул иерархию *функций*, наполнил понятия негативных и позитивных расстройств психопатологическим содержанием. Ж. Гаррабе, поясняя этот тезис, цитирует самого А. Эя: “...в психопатологии понятие расстройства должно быть двойственным”, а затем продолжает своими словами: “потому что если процесс преобладает над психической активностью, снижая функциональные способности, обеспечивающие целостность процесса мышления, то он изменяет и личность, заставляя ее регрессировать до предшествующей стадии развития²”. Один из важнейших докладов на эту тему был прочитан А. Эйем в 1946 году на очередной сессии врачей-психиатров и неврологов Франции и франкоязычных стран.

И наконец — третий период — это органо-динамизм. По-особому важной здесь оказывается категория личности. При этом подходе личность рассматривается как сочетание, взаимодействие диахронических-ис-

¹ Клиника Vonneval располагалась в старинном аббатстве, преобразованном в больницу в 1861 году. А. Эй проработал в ней 37 лет. Родился и умер он в Banyuls-dels-Aspres в родовом имении, расположенном в “каталонской стране”, как говорят французы, — на границе с Испанией.

² Эй А. Шизофрения. Нариси клініки та психопатології.: Пер з фр. \ Передмова Ж. Гаррабе. — К.: Сфера. 1998. С. 13.

торических-вертикальных (человек, осознающий себя как личность) и синхронических-горизонтальных (поле сознания как актуальность пережитого опыта) структур. Эти структуры организуют³ “психическое тело”, которое возникает из живого тела (соответственно — органической основы, здоровой или — в случаях психической патологии — пораженной — Б. В.). Им — живым телом-организмом “тело психическое” формируется и в то же время превосходит его, обладает свободой⁴. Поэтому психические расстройства есть патология свободы⁵.

Многообразие психических расстройств определяется вариабельностью синхронических и диахронических нарушений. Позитивный динамизм есть производное негативных нарушений, но не простой регресс, а переформирование, реорганизация низших уровней, возникновение новых форм психической деятельности⁶. В них находит выражение диахроническая-онтогенетическая история личности. Все это вместе взятое и создает ансамбль психопатологической симптоматики⁷. Так утрачивается личностная свобода, остаются лишь стереотипы универсальной психической активности.

Этот по существу феноменологически-экзистенциальный взгляд несколько не разрушает клинические воззрения А. Эйя. Чрезвычайно важны в этом контексте его возражения Ж. Лакану, провозгласившему, что психическая патология — “самая верная спутница” свободы и С. Фоллину и Л. Боннафе — сторонникам социогенеза психических расстройств. А. Эй отвечает первому оппоненту — нельзя смешивать разум (*la raison*) и душевное расстройство (*la*

folie)⁸. Обращаясь к двум вторым, он подчеркивает, что интеграция в группу не может быть критерием для диагностики. Органо-динамический подход, подчеркивал А. Эй, связывает психиатрию с медициной в целом и с неврологией в частности.

Он указывал, что органо-динамический подход содержится — в скрытом виде — в концепциях многих выдающихся психиатров прошлого⁹, но для содержательного применения требует глубокой проработки, предостерегал от голого теоретизирования, замены научных фактов гипотезами. С другой стороны он не замалчивал “трудные места” своей концепции — наличие форм патологии, которые кажутся несовместимыми с дефицитом, регрессией.

Хочется высказать веру в то, что научная и общественная деятельность, сама личность Анри Эйя послужат источником знаний, и импульсом для новых научных концепций и клинических находок для многих психиатров настоящего и будущего.

Б. А. Воскресенский

P. S. Волею судеб у автора настоящего очерка сохранилось извещение о кончине доктора Анри Эйя, присланное его вдовой профессору Г. К. Ушакову, заведовавшему в те годы кафедрой психиатрии 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова — ныне — РНИМУ им. Н. И. Пирогова. (Геннадий Константинович был знаком и общался с А. Эйем, публиковался во французских психиатрических журналах.)

Б. В.

³ “...жизнь есть результат организации” (Жане) Там же, с. 12.

⁴ Феномен самопревосхождения — один из важнейших для размышлений о сущности человека. См. напр. Воскресенский Б. А. Человек, психика, психическое расстройство (Введение в общую психопатологию)// Независимый психиатрический журнал, 2012, 3, с. 8 – 15.

⁵ Представляется уместным напомнить принадлежащее одному ныне не слишком популярному философу определение: “Болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь” (К. Маркс).

⁶ Выразительным в этом отношении представляется сопоставление сюрреалистического искусства и психопатологического творчества, предложенное А. Эйем: “Художник *творит* чудесное, больной *чудесен сам по себе*” (цитировано по вышеупомянутому киевскому изданию работ А. Эйя, с. 161. Выделено автором). Нам (Б. В.) кажется предпочтительной иная формулировка этой мысли А. Эйя, приведенная — в изложении — в другой работе: сюрреалист “творит чудо”, психически больной сам “является чудом” (Элленбергер Г. Ф. Открытие бессознательного. Ч. II. Пер. с англ. СПб.: Изд. Янус 2004. С. 513)

⁷ Представляется, что в эту траекторию стройно укладывается динамика бредовых расстройств — от “сугубо индивидуальных, личностных” (паранойяльных) до архетипических (парафреничных). Хотя и первые по существу (что касается их структуры) столь же универсальны, как и конечные. Различия лишь в степени правдоподобия.

⁸ Нельзя не отметить, что в своих построениях А. Эй использовал некоторые положения психоанализа, что иногда определяют как психиатрический экюменизм (*Nouvelle histoire de la psychiatrie. Sous la direction de J. Postel et C. Quete. Dunon. 1994. P. 361.*)

⁹ Он добавляет к вышеупомянутым К. Ясперса, П. Жане, Э. Кречмера, А. Кронфельда, А. Мейера, Л. Бинсвангера и др.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Приветствие XVI съезду психиатров России от НПА России

Дорогие коллеги!

Наш съезд проходит в трудное время перемен:

- ухода от социальной модели здравоохранения,
- игнорирования экспертной функции профессионального сообщества,
- приоритета ФСКН перед правом врача на обезболивание и седацию
- и других проявлений перевеса полицейской функции психиатрии, т.е. защиты общества от психически больных вместо защиты психически больных как наиболее уязвимой категории граждан.

Как ни парадоксально, в условиях резкого снижения государственного финансирования есть и свой позитив для системы здравоохранения как живого организма:

- это стимул для самоорганизации и формирования независимых структур в наиболее востребованных сферах;
- активизация гражданского общества по восполнению гарантий “высокого качества психиатрической помощи”, от которых отказалась еще в 2004 г. федеральная власть;
- стимуляция благотворительности и волонтерства;

- появление таких законопроектов как, например, сейчас “О службе защиты прав пациентов психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов”, которая будет осуществляться силами негосударственных организаций.

Важно не растерять и не допустить упадка выдающихся достижений отечественной психиатрии, прежде всего, примата высокого клиницизма, который должен не вытесняться, а дополняться современными методологическими новациями. Необходимо наравне с МКБ использовать национальную классификацию психических расстройств.

Необходимо не уклоняться от наиболее острых трудно разрешимых проблем и анализа собственных ошибок, а открыто обсуждать их, без чего невозможен объективный взгляд на положение дел и, таким образом, невыполнимо осуществление полноценной обратной связи — основного условия предотвращения катастрофического развития событий.

Желаем продуктивных самокритичных обсуждений и дискуссий по всем без исключения вопросам нашего предмета.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Метод подготовки исследовательской выборки для выяснения структуры синдрома¹

Ю. С. Савенко

Предлагается сочетание известного метода полярных типов с новым методом выделения из оставшейся части нормального распределения так наз. множества Кантора, получаемого последовательным выбрасыванием несколько раз средней части выборки, что делает ее структуру самоподобной (фрактальной), вместо смешанной, средне-статистической. Это позволяет значительно сократить выборку для более углубленного исследования и сделать ее содержательно более структурной.

Ключевые слова: малые выборки, теоретико-множественный подход, преодоление средне-статистического подхода, дифференцированная структура смешанных состояний.

Погоня за универсальными рецептами для выработки стандартов неразрывно связана с потерей не только индивидуальности, но даже типологичности. Чем шире область применения таких универсальных рецептов, тем более общими и простыми они делаются, вплоть до того, что оказываются трюизмами — общим местом. Такого рода стремление ведет к методологии, которая опирается на нормальное или гауссовское распределение.

При этом остается за скобками большое **разнообразие распределений** и требование всякий раз обосновывать, о каком распределении идет речь в каждом конкретном исследовании.

История науки дает множество примеров, когда проблемы решались лишь после того, как осознавались **граничные условия** применения обнаруженных корреляций. Поэтому и в собственном исследовании, и в цитированной литературе важно учитывать широту охвата в n -мерном пространстве и масштаб рассмотрения.

В научно-исследовательской психиатрической практике наиболее распространены рандомизированные исследования на больших выборках, в которых поставленная проблема решается на наиболее распространенных **среднестатистических примерах, неточно называемых типовыми**, составляющих основной центральный массив нормального распределения по исследуемой характеристике. Такие исследования дают только самые общие ответы на поставленные вопросы и исходно ограничены уровнем своей структурной дифференцированности. Это хотя и преобладающие, но **наиболее обезличенные, средние, смешанные, структурно слабо очерченные, структурно неопределенные, аморфные образцы**.

Из этого следует необходимость поиска — и это составляет **цель данного сообщения** — метода, выясняющего более тонкие клинически значимые психопатологические характеристики и метода миними-

зации основной выборки для более тщательного исследования отдельных конкретных случаев.

Намного более информативной является противоположная стандартной направленность исследования на редкие краевые типы, выяснение структуры этих мономорфных, “чистых”, ядерных синдромов, а **затем** выделение из основного массива выборки нормального распределения множества Кантора. **Первый метод** неоднократно использовался как **метод крайних типов** и вариантов, второй — давно содержится в не востребуемом виде в процедуре **построения множества Кантора** (рис. 1). Она состоит в последовательном выбрасывании средней трети выборки (не включая концов), распределенной на оси абсцисс по исследуемой характеристике.

Для одномерного объекта, каким является отрезок прямой, построение классического множества Кантора представляет следующую процедуру: из данного отрезка прямой выбрасывается средняя треть, из оставшихся двух в каждой опять-таки выбрасывается средняя треть, затем эта процедура снова повторяется. После нескольких повторений этой процедуры мы получаем множество, **обладающее свойствами фрактала, т.е. прежде всего, свойством самоподобия**².

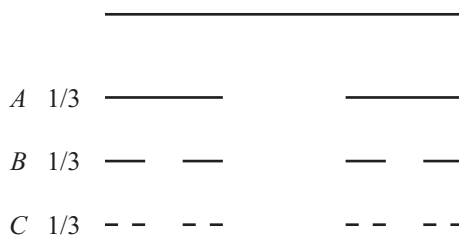


Рис. 1. Процедура получения множества Кантора для одномерного объекта

¹ Выступление на XVI съезде психиатров России, 25.09.2015, в Казани.

² **Множество** — это “всякое хорошо определенное ограниченное число любых предметов, какова бы ни была их природа”, однородные они или неоднородные, простые или составные. Мощность (валентность) множеств Кантор на-

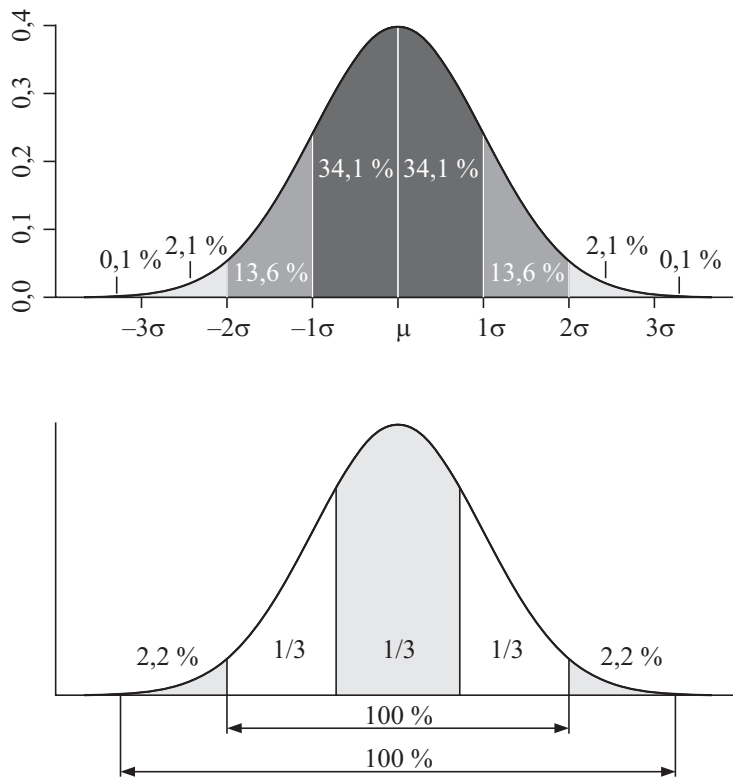


Рис. 2. Процедура получения множества Кантора при нормальном распределении исследуемых объектов. Первый шаг: выбрасывается средняя треть

Предтечей теории множеств Георга Кантора (Georg Cantor, 1845, Санкт-Петербург — 1918, Галле), как и феноменологии Эдмунда Гуссерля (1859 – 1938), был выдающийся труд пражского епископа Бернардо Больцано (1781 – 1848) “Парадоксы бесконечного” (1851), который ввел в математику современное

понятие строгости, согласно которому многие, казалось бы, очевидные утверждения, могут и должны быть доказаны (Р. Курант, Г. Роббинс). Работы Кантора повлекли бурный расцвет математической логики, всей теории вероятностей и мн.др. Наш выдающийся математик акад. П. С. Александров писал, что “во второй половине XIX века не существовало математика, оказавшего большее влияние на развитие математической науки, чем создатель общей теории множеств Георг Кантор. А точечная теория множеств выросла затем в теоретико-множественную топологию... Понятия числа, множества, функции и группы являются четырьмя краеугольными камнями, на которых зиждется все здание современной математики, и к которым сводится всякое другое математическое понятие”. Теоретико-множественные методы доказали свою высокую эффективность в самых различных прикладных областях.

звал алефами (\aleph). Не все множества самоподобны (фрактальны). Фрактальность представляет самостоятельный вид размерности, так наз. фрактальную (дробную) размерность или размерность подобия. **Самоподобие** обозначает бесконечное повторение исходного предмета (формы, образа) в другом масштабе (как зеркало в зеркале) и разных осях симметрии (двухмерном, как в симметричных пятнах Роршаха, или парности и симметрии органов, трехмерном, как в калейдоскопе и т.д.). Такого рода достраивание расширяет пространство ориентации и облегчает осмысленный поиск определенных гомологий и закономерностей (так, на симметричное пятно всегда дается намного больше ответов, чем на простую кляксу). Это позволяет зондировать исследуемый предмет таким образом и приобретает ярко выраженное эстетическое измерение с множеством его собственных характеристик. Естественные фракталы — это наблюдаемые в природе кристаллы, снежинки и морозные узоры на окнах, ветвление деревьев и структура листьев, горные массивы, линии побережий, облака... И это явление симметрии и ветвления в анатомии, гистологии, генетике... Из искусственных фракталов выразительнее всего гологра-

В применении к клиническим исследованиям на примере психотических депрессивных больных с тоскливыми и тревожными депрессиями (рис. 2), их крайевыми типами (концами) будут больные с монотипными тоскливыми на левом крае и тревожными на правом крае депрессиями. Эти редкие типы составляют заведомо малые выборки и позволяют выяснить тонкую клинко-психопатологическую структуру крайних, ядерных, “чистых”, монотипных типов:

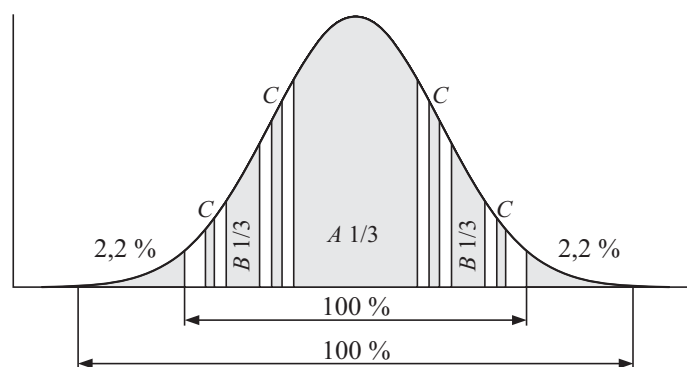


Рис. 3. То же после трех шагов ($A - B - C$). Множеством Кантора является исследовательская выборка на незатененных пространствах

собственно депрессивного, тоскливого, меланхолического с одной стороны, и тревожного, анксиозного типа — с другой. В результате мы получаем возможность квалифицировать психопатологический статус больных между этими “чистыми” типами (на которые оставляем по 2 – 3 %), расположив их в последовательный ряд от депрессивных к депрессивно-тревожным, тревожно-депрессивным и тревожным, и разделив после этого на три равных группы. Средняя треть выбрасывается. Из оставшихся частей в свою очередь выбрасывается их средняя треть и т.д. Предпринятая процедура показана на графике на фоне нормального распределения, чтобы подчеркнуть другой состав исследовательской выборки. В нормальном распределении $2/3$ (68 %) составляют среднюю часть нормального распределения, тогда как в описываемой процедуре — только $1/3$ (рис. 3). Уже после трех последовательных повторений указанной процедуры большая выборка превращается в малую. Например, вместо выборки в 104 больных остается для тщательного исследования 66, 44 или только 29 больных (при трехкратной процедуре), т.е. примерно $1/3$ исходного количества исследованных. То, что остается, именуется как множество Кантора или “канторова пыль”. Она обладает фрактальной (дробной) размерностью или размерностью самоподобия, т.е. бесконечным повторением в себе базовой формы, уменьшенной во сколько угодно раз. Это делает выяснение особенностей исследуемой выборки и ответы на вопросы предпринятого исследования значительно более глубокими и рельефными. Разумеется, предлагаемый метод лишь сокращает исходную выборку для проведения более трудоемких развернутых и тщательных исследований. Поэтому формирование исходной выборки исследованных больных всегда должно подвергаться подробному описанию и обсуждению.

Аналогичным образом можно выделить и исследовать другие пары крайних типов депрессивного или любого другого синдрома. Причем не только в отношении психопатологической структуры, но и различ-

ной интенсивности, глубины, на разных стадиях, на разной терапии и т.д.

Описанная процедура в отличие от общепринятой практики исследовать только наиболее распространенные (“ типовые ”) примеры, т.е. только центральную (среднюю) часть нормального распределения, дает возможность выяснить более тонкие клинически значимые структурные особенности изучаемых синдромов.

Обязательная структура научного исследования и даже их резюме содержит раздел “ материал и методы исследования ”, который обычно представляет простое описание без обоснования предпринятого выбора из других возможных. Изначальная формулировка проблемы должна сопровождаться альтернативными способами в мысленном эксперименте.

Все мы часто опираемся на результаты исследований, полученные в совершенно других условиях, и формулирование которых означало совсем не то, что они значат в наше время, в силу изменений, которые приобретает используемый понятийный аппарат. Это делает необходимым перепроверять периодически даже устоявшиеся представления

Давно отмечено, что без и до каких-либо специальных подсчетов мы с приемлемой точностью (в первом приближении) в состоянии оценить долю отклоняющихся от средней характеристик, и что это обычно $1/3$ (33,3 %) или $1/6$ (16,6 %), имея в виду два полярных типа девиаций. И это нельзя назвать субъективностью, памятуя, как точно мы чувствуем, например, золотое сечение. Субъективностью являются вариации разброса этой точности. Дело в том, что сам наш организм, наша психика осуществляет свою деятельность на основе вероятностного прогнозирования и других математических закономерностей. При интерактивном голосовании по самым разным острым вопросам мы постоянно сталкиваемся со сходными результатами: голоса разделяются как $2/3$ и $1/3$. Прикладочная оценка присутствия в заключении людей с психическими расстройствами также $1/3$. Девиантные группы в обществе также составляют в сово-

купности 1/3. Половина и треть (и кратные им доли) — наиболее распространенные и легко улавливаемые нами части, на которые разделяется целое.

Но особенностью научного исследования является обязательная эмпирическая перепроверка на валидность и точность (надежность) всего, что представляется очевидным и само собой разумеющимся. Как никому другому, это понятно и ясно психиатрам. Нашим пациентам, и не только им, очевидными представляются отнюдь не очевидные вещи. И наоборот, не только при шизофрении, при тревожных синдромах отсутствует иллюзия Шерпантье, естественная для нормального психического состояния, отсутствует способность к псевдоскопической инверсии, отсутствует способность к воображению в зрительных образах (агнозия Шарко – Вильбранда), а тотальное отсутствие воображения и зрительных иллюзий — признак умственной отсталости.

В реальности форма нормального распределения может быть очень различной, поэтому следует и в

случае нормального распределения ориентироваться на конкретную, а не стандартную идеализированную форму.

Предложенное в настоящем сообщении применение в связке метода крайних типов и выделения множества Кантора открывает новые горизонты для многих тонких и в то же время практически осуществимых психопатологических исследований, показывая их неисчерпаемость.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров П. С. О вкладе Георга Кантора в математику// “Историко-математические исследования”, 1983, вып. 27, 290 – 292.
Кантор Герт. Труды по теории множеств. — М., 1985.
Кроновер Ричард. Фракталы и хаос в динамических системах. — М., 2000.
Курант Р., Роббинс Г. Что такое математика. — М.-Л., 1947.

ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ

Якоб Вирши

“Шизофреническая персона. Исследования клиники, психологии, способа Dasein’a” / под научн. ред. Ю. С. Савенко

— М.: Грифон, 2015. — 228 с.

Перевод с немецкого П. Ю. Завитаева

Впервые на русском языке публикуется труд выдающегося швейцарского психиатра Якоба Вирши (1892 – 1980), ближайшего ученика Ойгена Блейлера, автора классических, лишенных всякого догматизма работ по шизофрении. Данный труд вводит в оборот отечественной психиатрии более тонкие разграничения, в частности, в связи с нетождественностью понятий “личность” и “персона”.

Для специалистов, интересующихся вопросами психологии и психиатрии.

Книгу можно заказать по электронной почте: info@npar.ru

Новые тенденции в российской наркологии: возврат к старым силовым методам принудительного лечения

Ф. Б. Плоткин¹ (Минск, Беларусь)

Кратко характеризуется сложившаяся в настоящее время в РФ ситуация с наркопотреблением. Приводится мнение некоторых официальных лиц о желательности возврата к принудительному лечению. Изложены обстоятельства существования в СССР системы лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), направление и содержание в которых проводилось с нарушением конституционных прав и свобод личности при отсутствии какого-либо лечебного эффекта от пребывания больных в этих пенитенциарных учреждениях. Указано на разработку и начинающееся внедрение «Государственной программы “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”», разработанной ФСКН. Обращается внимание на вступление в силу с 25 мая 2014 г. Федерального закона РФ № 313, позволяющего заменить массовое этапирование наркоманов в тюрьмы на альтернативное направление в специализированные реабилитационные центры с выдачей им сертификатов на бесплатную социальную реабилитацию. Описаны цели реабилитации и необходимые условия для их достижения. Констатируется существование подробно разработанных материалов по организации реабилитационного процесса. Подчеркивается, что возможности реабилитации наркозависимых на современном уровне развития науки и практики весьма ограничены. Указано также на ограниченность государственных структур данного профиля и на значительный рост в условиях расширяющейся коммерциализации наркологической помощи числа предлагающих свои услуги негосударственных организаций, которые в соответствии с “Госпрограммой...” планируется привлечь к реабилитации направленных по решению суда наркозависимых. Отмечено отсутствие какого-либо контроля над деятельностью этих структур, а также проблемы с оценкой эффективности их работы. Подчеркивается необходимость установления региональными властями жестких критериев для центров, финансово заинтересованных лечить наркозависимых по сертификатам. Высказываются сомнения, что в действующих условиях при отсутствии подготовленной базы возможны достижения декларированных в “Госпрограмме...” целей. Обращается внимание на то, что при практическом полном игнорировании в РФ профилактической работы, которая является самой эффективной и экономичной мерой по предупреждению злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), внедряется “Госпрограмма...” для наркопотребителей с уже сформировавшейся зависимостью.

Ключевые слова: наркозависимость, Государственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”, ФСКН, реабилитация, лечебно-трудовые профилактории, реабилитационные центры для наркозависимых, профилактика.

Действительно ли достаточно только стремиться к благу, чтобы оно осуществилось? О! множество хороших решений проходят для мира совершенно бесследно и бесполезно, а некоторые из них, по-видимому, даже противодействуют той цели, которая была ими поставлена.

Иоганн Готлиб Фихте
“Назначение человека” [74, с. 175].

В настоящее время во многих странах мира государственные органы и общественность серьезно озабочены размахом наркомании, ставшей для отдельных регионов настоящей катастрофой, которая подрывает экономику, способствует разгулу террора и преступности, процветанию коррупции. Серьезное положение сложилось и на постсоветском пространстве. Аддиктивная стратегия взаимодействия с дейст-

вительностью приобретает все большие масштабы. По данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), 12 млн. россиян хотя бы раз в жизни пробовали наркотики, а до 30 тыс. жителей страны ежегодно умирают от их употребления². Общее число лиц в РФ, систематически принимающих наркотические вещества “в немедицинских целях”, оценивается в 8,5 млн. человек, или 6 % от всего населения. Однако главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн, комментируя данные ФСКН о миллионах наркозависимых в России, подверг сомнению эти цифры: “Официальная статистика показывает 630 тыс. зарегистрированных наркоманов. Даже если учитывать латентный характер заболевания, число наркозависимых в России не превышает 1,5 млн. человек” [51].

¹ Городской клинический наркологический диспансер Минска.

² “Российская газета” в выпуске 05.05.2015 г. сообщает, что “согласно данным Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков около восьми миллионов россиян употребляют наркотики постоянно или периодически. Ежегодно страна теряет около 130 тысяч граждан от употребления смертельного зелья” [70].

В любом случае, очевидно, что для исправления ситуации необходимо принятие экстренных мер. И в условиях пассивности государственных и общественных структур, в т.ч. и наркологической службы, с далеко не оригинальной инициативой выступает полицейское ведомство — Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН). Директор ФСКН во время доклада о стратегии ФСКН озвучил идею о возвращении лечебно-трудовых профилакториев [50]³.

Главный нарколог России Евгений Брюн в 2013 г. призывал возродить лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) для лечения алкоголиков и наркоманов, которые существовали во времена СССР... Евгений Брюн даже нашёл деньги на ЛТП. Он предлагает направлять часть акцизных сборов от реализации алкогольных напитков на лечение пьяниц и наркоманов. Брюн считает, что “таким образом появится социальная ответственность государства, которое свободно продаёт алкоголь и должно заботиться о тех, кто стал зависимым от алкоголя” [42]. Бывший Глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко также считал необходимым вернуть принудительное лечение алкоголизма⁴. В своем выступлении 16.02.2012 г. на конгрессе церковно-общественного совета по защите от алкогольной угрозы в Москве г. Онищенко выступил за возвращение советской практики лечебно-трудовых профилакториев [55]⁵.

Интересно в этом плане исследование проф. В. Д. Менделевича, показавшего, что большое число (почти половина) отечественных врачей психиатров-наркологов однозначно не относят наркоманию и алкоголизм к психическим расстройствам или заболеваниям, видя ее причину в “распушенности” человека [44]. Автор констатирует и тот факт, “что репрессивное отношение к наркологическим больным с убеждением в необходимости применения к ним мер принудительного характера отражает общую тенденцию такого специалиста, проявляющуюся в неприятии этических положений, отражающих неотъемле-

мость “права пациента на болезнь” и демонстрирующих патерналистски-моралистические установки по отношению к больным людям” [47]⁶.

И, наконец, в сложившейся в настоящее время в РФ общественно-политической ситуации уже не вызывают удивления результаты проведенного “Левада-центром” социологического опроса, согласно которому “к планам по возвращению существовавших при советской власти лечебно-трудовых профилакториев для алкоголиков положительно относится 81 % россиян, отрицательно — 14 %. Затруднились ответить 5 % респондентов” [67]⁷.

Напомним читателям, что лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП) в СССР и некоторых постсоветских странах — вид лечебно-исправительного учреждения, предназначенного для тех, кто по решению суда направлялся на принудительное лечение от наркомании и алкоголизма. Фактически ЛТП являлись местом ограничения свободы, где основным методом лечения был принудительный труд больного. В марте 1974 вышел указ Президиума Верховного Совета РСФСР “О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков”. Им устанавливалось, что в ЛТП должны направляться лица, “уклоняющиеся от лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, нарушающие трудовую дисциплину, общественный порядок или правила социалистического общежития” [41].

Первый лечебно-трудовой профилакторий появился в СССР в 1967 году на территории Казахской ССР⁸. В дальнейшем система ЛТП активно использовалась для принудительной изоляции лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, нарушающих общественный порядок и правила “социалистического образа жизни”. Граждане направлялись в ЛТП по постановлению районных судов сроком от 6 месяцев до 2 лет⁹. Решение суда являлось окончательным и обжалованию в кассационном порядке не подлежало¹⁰. За побег из ЛТП была установлена уголовная ответст-

³ Странниками “ренессанса” ЛТП выступают силовики, резонно замечая, что изоляция тех, кому срочно надо на выпивку или ширево, существенно снизит уровень преступности [42].

⁴ В юридическом смысле под принудительным лечением понимается терапия больных, признанных судом невменяемыми, в специализированных медицинских учреждениях. Недобровольным обозначается госпитализация больного с тяжелыми психическими расстройствами в стационар в случае их опасности для себя или окружающих [45].

⁵ “В случае создания таких учреждений, мне кажется, надо, чтобы там была часовня со священником, которому больные могли бы рассказать о своих грехах с соблюдением тайны исповеди”, — отметил председатель Центрального совета Общероссийского общественного движения “Россия Православная”, член Общественного совета при Министерстве юстиции Александр Буркин [11].

⁶ Дискуссионные вопросы теории и практики недобровольного (принудительного) и альтернативного лечения наркомании подробно рассмотрены проф. В. Д. Менделевичем [45].

⁷ В 2007 г. за принудительное лечение наркомании высказывалась треть (35,6 %) российских граждан [45].

⁸ По другим сведениям это произошло в 1964 г. [30].

⁹ Большинство ограничений прав содержащихся в профилакториях больных не вызывалось необходимостью лечения. Лица освобождались из профилактория не по медицинским показаниям, а по истечении установленного судом срока содержания [52].

¹⁰ Положения о лечебно-трудовых профилакториях, принятые в союзных республиках, а также нормативные акты МВД СССР по организации и обеспечению условий принудительного лечения больных алкоголизмом в ЛТП распространяли ре-

венность. Правозащитники в СССР называли ЛТП частью советской карательной системы. 25 октября 1990 г. Комитет Конституционного надзора СССР принял Заключение, в соответствии с которым некоторые нормы действующего тогда законодательства СССР в этой сфере, в том числе и союзных республик, были признаны несоответствующими Конституции СССР и международным нормам в области прав человека. Комитет Конституционного надзора пришел к выводам, что, согласно законодательству, принудительное лечение в ЛТП (т.е. ограничение свободы, близкое к уголовному приговору) распространяется на лиц, которые не совершали никаких преступлений¹¹.

После распада СССР система ЛТП была ликвидирована в большинстве бывших советских республик¹². В 1993 году Указом Президента России Бориса Ельцина лечебно-трудовые профилактории были ликвидированы в России (Указ вступил в законную силу 1 июля 1994 года). В настоящее время ЛТП существуют только в Беларуси, Туркменистане и непризнанной Приднестровской Молдавской Республике [77].

Представляется интересным отзыв Главы ФСКН и о результатах лечения в ЛТП в советское время. Из выступления В. П. Иванова 24 сентября с.г. перед делегатами XVI съезда психиатров России: “Напомню, что двадцать лет назад в государстве в системе МВД действовало 244 лечебно-трудовых профилактория. Эта бюджетно финансируемая отрасль *обеспечивала реабилитацию* (курсив мой. — Ф. П.) свыше 70 тысяч нарко — и алкоголезависимых человек ежегодно [16]¹³. В контексте всего выступления фразу “обеспечивала реабилитацию” с использованием глагола совершенного вида следует понимать как “излечивала”.

Между тем, для специалистов в области наркологии, очевидно, что говорить об эффективности проводимого в ЛТП “лечения” нет никаких оснований¹⁴. Более того, многие “пациенты” приобщались там к приему других средств, вызывающих изменение психического состояния. Любому практическому наркологу старшего поколения в России, а в Беларуси всем, прекрасно известно, что значительная часть освободившихся из ЛТП прямо в тот же день напивалась до тяжелой степени алкогольного опьянения. “В деятельности ЛТП имелся ряд крупных и очевидных не-

достатков, — отмечал директор ННЦ наркологии проф. Н. Н. Иванец. — К ним можно отнести: плохо организованный лечебный процесс с минимальным участием психотерапевтов; недостаточную реабилитационную работу с больными; организацию трудотерапии зачастую без учета особенностей личности пациента; нередко чрезмерно строгий (фактически тюремный) режим. В целом процент длительных ремиссий после лечения в ЛТП был откровенно низким, а нередко наблюдался обратный эффект — усиление прогрессивности течения алкоголизма и дальнейшая десоциализация больного [33].

По словам проф. В. Д. Менделевича, “советская система ЛТП ничем по своей сути не отличается от пенитенциарной системы, которую как вид решения проблемы с наркозависимыми критикует сам Виктор Иванов”. “Эффективность ЛТП близка к нулю, — уверен В. Д. Менделевич. — Дело в том, что ЛТП базируются на принципе принуждения — туда приводили людей, закрывали их на замок, но не лечили. В итоге они выходили оттуда и продолжали принимать наркотики”. По его мнению, реабилитация только тогда дает эффект, когда она построена на принципе добровольно-информированного согласия — “пациент должен хотеть лечиться и знать, как его будут лечить” [49].

В последние годы мы наблюдаем ситуации, когда принятие определенных законодательных актов проигрывается вначале в Республике Беларусь, а затем принимается и в России. К примеру, 2 апреля 2015 г. Президент Республики Беларусь А. Лукашенко подписал декрет “О предупреждении социального иждивенчества”, согласно которому лица, не участвующие в финансировании госрасходов более полугода, будут обязаны платить сбор в размере 3,6 млн. белорусских рублей (около 14 тыс. российских рублей). Соответствующий налог введен для стимулирования граждан к трудовой деятельности. Те, кто не работает и не желает оплачивать свое безделье, будут наказаны по всей строгости закона: они или оплатят штраф, или будут заключены под арест [43].

А вот что сообщает газета “Известия” 27 апреля 2015 г. в статье “В России предлагают возродить наказание за тунеядство”: “Россиян, уклоняющихся от

жим принудительного лечения в профилактории, близкий к режиму отбывания уголовного наказания, на лиц, не совершивших правонарушений, что создавало серьезные препятствия для осуществления ими конституционных прав и свобод [30].

¹¹ В ряде работ можно найти указания на применяемое в разных странах недобровольное и альтернативное лечение зависимых пациентов [3, 45].

¹² “Ликвидация ЛТП, — замечает Глава ФСКН В. П. Иванов, — была осуществлена в девяностые годы под ангажированную и даже истерическую кампанию об антигуманности этой практики” [16].

¹³ Не прошло и две недели, как эта цифра значительно увеличилась. Так, 6 октября с.г. на заседании Государственного Антинаркотического Комитета В. П. Иванов говорит уже следующее: “Эта бюджетно финансируемая отрасль обеспечивала реабилитацию от 70 до 100 тысяч зависимых человек ежегодно” [14].

¹⁴ Объективности ради следует сказать, что большая часть “пациентов” ЛТП находилась в исходной фазе заболевания с выраженными явлениями алкогольной анозогнозии на фоне токсической (дисциркуляторной, посттравматической) энцефалопатии.

трудоустройства свыше шести месяцев при наличии подходящей работы, предлагается наказывать исправительными работами сроком до одного года. Законодательное собрание Санкт-Петербурга подготовило пакет поправок в федеральные законы, которые в ближайшее время будут внесены в Госдуму РФ... Для установления уголовной ответственности предлагается прописать в Конституции РФ, что труд — это не только право, но и обязанность каждого гражданина. В комитете Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов отметили, что инициатива основана на идее увеличить налоговые доходы государства и обязательно будет рассмотрена на заседании комитета [9]¹⁵. Так что, вероятно, в ближайшее время Россия последует за Беларусью, в которой сегодня действует 6 лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) и в ближайшее время появится еще три. На 1 июля 2014 года в ЛТП республики содержалось 5700 человек [18]. Заметим здесь, что на совещании у Президента Республики Беларусь по вопросам противодействия незаконному обороту наркотиков, психотропов, прекурсоров и их аналогов в декабре 2014 г. Президент подчеркнул, что для преступников в наркосфере необходимо создавать максимально жесткие, невыносимые условия в местах отбывания сроков. *“Установим им такой режим, чтобы они, сидя в этой колонии, прямо скажу, смерти просили”*, — сказал Президент. Он считает, что для наркопреступников необходимо создать отдельную колонию с очень жесткими условиями содержания — *“драконовскую”* (курсив — в оригинале) [57].

В настоящее время в России возвращение к системе ЛТП пока еще законодательно не оформлено¹⁶. И в этих условиях на первый план выдвинулась концепция реабилитации зависимых от наркотиков.

“Представляется целесообразным, — заявил В. П. Иванов 15.04.2015 г. на заседании Государственного антинаркотического комитета, — организовать отдельное принципиально новое направление — это, с одной стороны, снижение степени наказания за хранение без цели сбыта, а с другой стороны, ввести в качестве такого более мягкого и социально-ориентированного наказания за хранение без цели сбыта исправительные работы, сопряжённые с реабилитационными программами. При этом, вероятно, необходимо задействовать весь арсенал подобных наказаний: обязательные работы, исправительные работы и принудительные работы” [56]¹⁷.

В условиях пассивности государственной наркологической службы инициативу взяла на себя полицейская структура — ФСКН, в недрах которой разработан *“Государственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”*¹⁸. Президент Российской Федерации своим Указом 10 июля 2014 г. наделил ФСКН России полномочиями по координации деятельности федеральных органов власти, органов власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления в области реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. ФСКН России также наделена полномочиями по организации поддержки социально ориентированных НКО, осуществляющих данную деятельность [34]. Главный нарколог РФ Евгений Брюн открыто выступил против подобной инициативы, напомнив, что Госнарконтроль — силовая структура и непонятно, как можно отдать реабилитацию под ее крыло [15].

В обоснование введения запланированных *“Госпрограммой..”* мероприятий В. П. Иванов выдвигает следующее: *“85 процентов лиц, а это 100 тысяч человек, ежегодно привлекаемых к уголовной ответственности за наркопреступления, сами являются наркоманами, хранившими при себе одну-две дозы без цели сбыта. Поэтому представляется целесообразным работать с этим контингентом не через пенитенциарную систему, а через специализированные программы реабилитации. Это и дешевле, и эффективнее, и гуманнее... По нашим подсчётам, суммарные затраты пенитенциарной системы, правоохранительных, судебных органов на привлечение только этих наркопотребителей к уголовной ответственности составляет 96 миллиардов рублей ежегодно... Социальная же реабилитация такого же количества наркопотребителей обойдётся государству в 10 раз дешевле... По данным Министерства внутренних дел России, две трети всех неквалифицированных мелких краж и грабежей, а это 340 тысяч преступлений ежегодно, осуществляют именно наркопотребители, которые осуществляют преступления для того, чтобы добыть себе деньги на вожделенную дозу. Поэтому, изымая многочисленный пласт наркопотребителей из общества, локализуя их в реабилитационных центрах, мы решаем одновременно три задачи. Во-первых, снижаем уровень преступности и финансовые затраты на борьбу с наркотиками. Во-вторых, защищаем общество от асоциального поведения наркопотребителей. В-третьих, даём надежду наркопотребителям и их семьям на*

¹⁵ Ау, новые Бродские! Где вы? Появляется шанс сделать первый шаг к Нобелевской премии!

¹⁶ Возвращение к практике принудительного лечения не совершивших преступлений больных наркоманией, признанной ненаучной, нарушающей принципы медицинской этики, может явиться основанием для справедливого упрека психиатров-наркологов в непрофессионализме, морализме и выходе за рамки своей компетенции [45].

¹⁷ Конституционно-правовой анализ принудительного лечения наркозависимых см. в статье канд. юрид. наук Берзина В. А. [3].

¹⁸ Подробно сложившаяся ситуация рассмотрена нами ранее [63].

освобождение от зависимости, снижая тем самым напряжение в существенном сегменте социума, который составляет около 30 миллионов человек... Поэтому представляется исключительно важным, активизируя борьбу с организованными формами преступности, в то же время заменить массовое этапирование наркоманов в тюрьмы на альтернативное направление — в специализированные реабилитационные центры” [28].

Предполагается, что сертификаты на бесплатную социальную реабилитацию наркоманов начнут выдавать по всей стране уже в 2016 году (сейчас пилотный проект действует в 10 регионах). Организация обеспечения сертификатами войдет в “дорожную карту” создания региональных сегментов Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей на 2016–2017 годы. Предположительно, сертификаты будут выдаваться на полугодовое лечение на сумму 90–210 тыс. рублей за счет регионального бюджета [51].

Основная ошибка разработчиков и исполнителей указанной программы, на наш взгляд, состоит в том, что они в той или иной степени верят, что реабилитация может принести значительный эффект. Наши доблестные полицейские (да, и не только они!) питаются иллюзиями, что если взять наркомана, поместить его на большее или меньшее время в реабилитационный центр и что-то там с ним сделать (естественно, “что именно” надо сделать, — полицейские не понимают), то выйдет здоровый человек¹⁹. Их стремление монополизировать процесс реабилитации наркозависимых может объясняться, во-первых, непониманием сущности зависимости от ПАВ как тяжелого прогрессирующего психического заболевания (да, и откуда такому пониманию вдруг взяться?), а, во-вторых, сложившимися паттернами мышления и имманентно существующей у представителей этой (как, впрочем, и любой другой узкопрофессиональной группы) достаточно ригидной системы ценностей, в данном случае выражающихся в представлениях, что большинство проблем может быть решено силовыми методами. (Может быть, московские наркологи проведут в ФСКН для руководящего состава своеобразный “ликбез” в виде цикла лекций и доведут до их сведения сознательно не афишируемую информацию о том, что максимально возможная на сегодняшнем уровне развития науки и практики эффективность реабилитации в рассматриваемой области такова, что из 10 наркозависимых, даже *самостоятельно* обра-

тившихся для реабилитации, в самом лучшем случае лишь 2 – 3 прекратят наркотизацию).

Директор Института реабилитации Национального научного центра наркологии Минздрава РФ проф. Т. Н. Дудко определяет цель реабилитации как “взаимодополняющее восстановление (или формирование) личностного и социального статусов больных на основе раскрытия и развития их интеллектуального, эмоционального, нравственного, творческого потенциала и нивелирования психических расстройств и соматической патологии” [24].

“Позитивная практика, существующая в мире, — отмечает Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова, — связана с созданием реабилитационной среды, ограничивающей от соответственно вредных влияний, а также обеспечивающей постоянную занятость, переключение, волевое и духовное развитие” [28]. Наибольший эффект при терапии аддикций дают длительные реабилитационные программы, наиболее технологичные и затратные в финансовом отношении для учреждения или лечебной команды, но обеспечивающие личностное восстановление пациентов и членов их семей [79]²⁰.

Во всем мире широко используется опыт реабилитации наркоманов в специализированных учреждениях, удаленных от центра городской жизни или расположенных в сельской местности. Здесь наркозависимые проживают, как правило, в общине и получают помощь в форме психотерапии, трудотерапии, духовного наставничества в течение многих месяцев [78, с. 490]. “Использование метода терапевтического сообщества в лечении зависимых, — утверждает д-р психол. наук, директор Ассоциации терапевтических сообществ “MONAR” и “Mrowisko” в Республике Польша Иоланта Кочуровска, — считается на сегодняшний день событием переломным и абсолютно революционным”... Формально терапевтические сообщества функционируют как центры реабилитации или как реабилитационно-редаптационные отделения. Их обслуживают терапевтические команды, состоящие, как правило, из профессионалов (психологов, педагогов, социальных работников), терапевтов, проводящих занятия, инструкторов и неопитов (т.е. трезвых наркоманов, удачно закончивших процесс терапии)²¹.

На сегодняшний день патогенетической терапии (как, к примеру, антибиотиков при воспалительных заболеваниях) наркоманий не существует. Поэтому следует добиваться нормализации психического со-

¹⁹ Наркополицейские планировали построить в Мытищах огромный реабилитационный центр, но не получили на это соответствующее разрешение и финансирование от компетентных органов. (Информация получена в январе 2014 г. от депутата Государственной Думы РФ Л. К. Шойгу, судебного психиатра по специальности).

²⁰ Детально теоретические основы реабилитации и ресоциализации пациентов с аддиктивной патологией рассмотрены нами ранее [64].

²¹ Подробно о принципах и лечебных факторах, действующих в терапевтическом сообществе, см. в статье: *Кочуровска И.* Модель стационарной психологической помощи для наркозависимых [39].

стояния человека, его чувств, мыслей, представлений и убеждений и избавить больного человека от переживаний отчужденности, смыслоутраты и одиночества, которые часто приводят к аффективным и невротическим расстройствам [65]. Просто “поговорить” с больным и его проблемами и “грамотно разъяснить” ему его проблемы, чтобы круто изменить его жизнь в направлении здоровья, не получится по определению. Подобное, к сожалению, является слишком частым заблуждением дилетанта [6].

“Если же проводится общая оценка состояния больного, особенно в контексте определения параметров ремиссии, — указывает один из ведущих современных российских специалистов в области наркологии, зав. кафедрой наркомании и токсикомании Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова Л. Н. Благов, — то необходимо четко понимать, что nonsensом является понятие *вынужденная ремиссия*, когда активно болюющему аддикту (а потому не отвечающему клиническим критериям понятия *ремиссия*) попросту не позволяют принимать алкоголь или наркотик, полагая при этом подобное мероприятие достаточным терапевтическим вмешательством, оформляющим клинический ремиссионный аспект. *Клинической ремиссией* (курсив — Л. Н. Благова) мы называем снижение психопатологической активности и дезактуализацию клинических психопатологических характеристик аддиктивного доминантного психопатологического комплекса со стабилизацией психического состояния больного (самопроизвольно или в результате адекватного лечения), следствием чего является, *среди прочего* (курсив мой — Ф. П.), трезвость как органичное отображение его постепенного “возвращения к здоровью”. Попытка выдать за клиническую “ремиссию” только лишь трезвое состояние (а тем более вынужденную) говорит о плохом понимании клинко-патогенетического аспекта аддиктивного заболевания” [5].

В процессе реабилитации необходим поиск каждым пациентом того, что В. Ю. Завьялов называет “терапевтической идеей”: “Речь идет... о некоем целостном смысле, сквозном мотиве, стержневой идее личностного существования данного человека, которые способны инициировать необходимые изменения в реальном поведении” [27]. По определению Мартина Бубера, “добиться возрождения зачахшего центра личности... сумеет лишь тот, кто охватывает пронизательным взглядом врача, казалось бы, окончательно погребенное латентное единство страдающей души, а это достижимо как раз лишь в партнерстве, в соотношении личности с личностью...” [8, с. 90].

Приведем также положение, которое должно рано или поздно быть осознано всеми специалистами, работающими с зависимыми пациентами. *Ключ к решению вопроса длительной ремиссии должен лежать в области аксиологии, системе ценностей, мировоз-*

зрения. Это означает, что зависимый пациент, желающий сохранять сознательную трезвость, должен изменить собственную систему ценностей, снизить ранг психоактивного вещества и возвысить что-то иное, то, что прежде было смещено, вытеснено, задавлено, не развито. Это означает, что терапия зависимостей и процесс реабилитации, кем бы они не проводились, — если не имеют своей главной и конечной целью изменение ценностей больного — некорректны и вводят в заблуждение больного, его родственников, общественность, органы управления здравоохранением и, возможно, самого врача.

Из вышеизложенного становится понятной чрезвычайная сложность рассматриваемой задачи и невозможность добиться стойкой ремиссии без участия высококвалифицированного персонала в системе реабилитации. Не в последнюю очередь и по этой причине на сегодняшний день результативность реабилитационных мероприятий в отношении лиц с химическими зависимостями остается стабильно низкой и, по самым последним данным, не превышает 7 – 15 % годовых ремиссий [40]. На этом фоне несколько странным, чтобы не сказать — безответственным и вводящим общественность в заблуждение, выглядит сделанное 9 сентября 2015 г. Главой ФСКН В. П. Ивановым заявление, что “более 70 % наркозависимых, побывавших в реабилитационных центрах, прекращают употреблять наркотики на достаточно долгое время, некоторые из них создают семьи и чувствуют себя полноценными членами общества” [10].

* * *

Успехом можно считать не “излечение” в смысле законченного продукта, а наделение человека средствами и возможностями справиться с возникающими у него проблемами.

Фредерик Перлз
“Опыты психологии самопознания” [59].

В настоящее время подготовлен ряд материалов по основным аспектам целевой деятельности по реабилитации наркологических больных, описаны различные модели реабилитации и предложена система организации реабилитационного процесса [7, 12, 13, 22 – 24, 66, 69, 76]. В пособиях и методических рекомендациях представлены дифференцированные характеристики уровней реабилитационного потенциала наркологических больных [25], разработаны унифицированные объективные показатели, характеризующие деятельность реабилитационного учреждения [20, 29, 58]. В России разработан и утвержден Приказом Минздрава РФ № 500 от 22.10.2003 отраслевой стандарт “Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией”, представляющий системный подход для решения задач медико-социальной реабилитации больных наркоманией [21].

Теперь посмотрим, сколько же наркозависимых в соответствии с новыми веяниями будут направлены для реабилитации, и какие существуют в РФ реабилитационные структуры. “В этом году в полную силу заработал механизм правового побуждения наркопотребителей к реабилитации путем реализации Федерального закона № 313, который вступил в силу 25 мая 2014 года. Благодаря этому механизму в текущем году решениями судей в рамках административного судопроизводства до 100 тысяч наркопотребителей будет направлено на освобождение от зависимости, к сожалению, в практически нефункционирующую сегодня систему реабилитации”, — доложил В. П. Иванов 24 сентября 2015 г. делегатам XVI Съезда психиатров России [16]²². А уже 6 октября 2015 г. на заседании ГАК его Председатель В. П. Иванов сообщает, что “решениями судов на реабилитацию уже направлено (курсив мой. — Ф. П.) не менее 100 тысяч человек” [14].

В настоящее время Минздраву РФ подчинено только 18 реабилитационных центров и 88 отделений медико-социальной реабилитации, рассчитанных примерно на 2,5 тыс. коек. Кроме того, в регионах функционируют четыре реабилитационных центра на 240 коек, которые подотчетны местным властям [49]²³. На Заседании Президиума Госсовета по вопросу реализации государственной антинаркотической политики 17 июня 2015 г. под председательством Президента РФ В. В. Путина Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова доложила: “Интенсивно за последние пять лет развивалась медицинская реабилитация для наркоманов и наркопотребителей. Число реабилитационных коек увеличилось на 85,7 процента, сейчас составляет практически уже 3 тысячи. Внедрены стационаро-замещающие реабилитационные технологии. Сегодня мы можем констатировать, что в настоящее время потребность населения страны в реабилитационных наркологических койках и собственно наркологических койках полностью удовлетворена” [28].

Сейчас, однако, после сообщения В. П. Иванова 6 октября 2015 г. о том, что “решениями судов на реабилитацию уже направлено не менее 100 тысяч человек”, победные реляции Министра здравоохранения следует оценивать несколько иначе. С учетом того, что минимальная длительность реабилитационного процесса должна составлять от 6 до 12 месяцев, совершенно очевидно, что существующие у государства в этом плане возможности весьма ограничены. И в

этих условиях планируется привлечь к реабилитации различные структуры негосударственной формы собственности, которых насчитывается 500 (по другим сведениям — 600). Именно об этих центрах и идет речь в “Госпрограмме...”. И действительно, в условиях самоустранения государства от этой важнейшей работы значительную часть свободного рынка реабилитационных услуг для зависимых от наркотиков занимают различные, в т.ч. и связанные с некоторыми религиозными конфессиями, структуры²⁴.

Отмечается феноменальный рост числа негосударственных организаций, которые предлагают услуги по реабилитации наркозависимых. Несовершенство нормативно-правовой базы зачастую позволяет этим организациям камуфлировать услугами по реабилитации совершенно другие цели [75]. Все более осваивают рынок “наркологических услуг” всевозможные коммерческие структуры, охотно “эксплуатирующие” болезнь, стремящиеся получить максимальную финансовую выгоду и организующие для этого коммерческие центры для детоксикации, лечения и реабилитации зависимых от наркотиков. Есть центры, которые просто зарабатывают деньги на большой беде пациентов и их родственников [73]. По мнению проф. В. Д. Менделевича, в настоящее время существует “беспредельная неприкрытая коммерциализация наркологии” [46]. Н. А. Зорин указывает на наличие “мздоимцев от медицины, чья безнравственность в условиях рыночной утраты моральных ценностей дошла до ужасающих форм активного вымогательства” [31]. Свидетельство существующей в этой области высочайшей конкуренции — убийство состоящего членом комиссии по выдаче лицензий заместителя главврача одного из наркологических диспансеров в Санкт-Петербурге [72].

Имитация высокой эффективности работы негосударственных реабилитационных учреждений — одно из самых негативных явлений современной наркологии и тех структур, которые дезинформируют общественность о качестве оказания реабилитационной помощи наркологическим больным такими учреждениями. В социальные слои (страты) с наркологическими проблемами внедрены ложные представления о принципах, технологиях и эффективности медико-социальной реабилитационной помощи лицам с болезнями зависимости [21].

При этом редко учитываются клинические реалии и зачастую продуцируются необоснованные обеща-

²² Как можно направлять наркопотребителей в “практически нефункционирующую сегодня систему реабилитации” остается не совсем понятным.

²³ По другим данным, “В системе Минздрава России функционируют 4 реабилитационных центра и 87 реабилитационных отделений для наркологических больных, на которые приходится 1730 коек” [71].

²⁴ Несовершенство подходов в оценке эффективности реабилитационной помощи, по мнению проф. Т. Н. Дудко, “вызывает большую озабоченность и недоумение, но позволяет понять, каким образом возникают утверждения (порой убежденность и даже вера в произнесенное слово) и создаются мифы о сверхвысоких достижениях духовной реабилитации наркологических больных” [24].

ния “гарантий” и “радикального” выздоровления... Привлечение в проблему большого количества специалистов часто порождает хаос, анархию, конфликты между участниками лечебно-реабилитационных программ, что явно противоречит интересам больных и членов их семей. Иногда такие “усилия” дилетантов, создающих иллюзию плодотворной деятельности просто опасны, а в лучшем случае — интактны. Отсутствие квалифицированного ведения больного в процессе противорецидивного лечения и медико-психологической реабилитации (здесь речь идет, безусловно, о едином процессе) часто приводит к быстрой хронизации и “клинической запущенности”. Организация лечебно-реабилитационной помощи и ее практическое воплощение должны осуществляться хорошо подготовленными профессионалами, способными ориентироваться в психиатрии и наркологии [53].

Тем, кто, так или иначе, сталкивается с зависимыми пациентами, следует понимать, что “люди стремятся сознательно или бессознательно к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего контроля над психической беспомощностью. Поскольку использование наркотиков и другие типы аддиктивного поведения обладают способностью восстанавливать центральное чувство внутреннего контроля или могущества, которое было потеряно или отнято, они могут функционировать как коррегирующее средство” [19]. Прием ПАВ принимается для решения своей внутренней психологической проблемы и основывается на их способности ослаблять определенные чувства, причиняющие боль. Как отмечал Хайнц Кохут, “наркотик служит замещением дефекта в психологической структуре” [38, с. 64]²⁵.

Некоторые специалисты, которые, не имея подготовки по психиатрии и не владея ее понятийным аппаратом, конечно, не могут правильно оценивать психопатологически детерминированные феноменологические проявления зависимости, стараясь понять оные в простых и психологически понятных конструкциях. Они вообще не видят психиатрии в наркологии, а, значит, не рассматривают аддикцию как системную патологию, имеющую хроническое течение. Отсюда объяснение длительного аддиктивного поведения как отражение средового неблагополучия. И простого непонимания больным своих собственных проблем. С позиции медицины это выглядит примитивно и даже вульгарно. Поэтому для тех, кто принимает участие в непосредственном лечении наркологических больных или обеспечивает этот процесс знание психиатрии обязательно [4, с. 15].

Директор Института наркологического здоровья нации Олег Зыков полагает, что “региональным властям необходимо установить жесткие критерии для

клиник, претендующих лечить наркоманов по сертификатам.— Важно определить, какие реабилитационные центры оказывают реальную помощь. Огромное количество центров занимаются бог знает чем: делают пациентов рабами и заставляют работать, иногда с помощью грубой физической силы, занимаются выкачиванием денег или просто лишь создают видимость деятельности. Из 10 газетных объявлений о реабилитации наркоманов и алкоголиков только одно соответствует идее нормального лечения” [51]. “Деятельность таких центров, — констатирует Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова, — на сегодняшний день нормативно не урегулирована, не установлены единые требования к организации реабилитационного процесса, включая обязательное сопровождающее медицинское наблюдение, и не ведётся контроль за качеством работы этих центров, что часто приводит к низкой эффективности реабилитации и нарушению прав реабилитируемых” [28]. “Имеющиеся примерно 500 негосударственных реабилитационных центров, — заметил глава ФСКН В. П. Иванов, — действуют, как умеют, на свой страх и риск, практически вне государственной поддержки и вне правового поля” [35].

Итак, какие из 500 негосударственных реабилитационных центров на сегодняшний день соответствуют существующим в современной аддиктологии требованиям к процессу реабилитации, не знают ни сами наркозависимые, ни их родственники, полагаясь в основном на рекламу. Не знают этого, похоже, и исполнители “Госпрограммы...”. Во всяком случае, информации об этом в открытых источниках нет. Каким образом в короткие сроки можно изучить работу этих сотен центров, причем, силами самих наркополицейских, тоже не совсем понятно. А ведь, как указано выше, “решениями судов на реабилитацию уже направлено не менее 100 тысяч человек”!

Даже если предположить, что все центры соответствуют предъявляемым требованиям, то при направлении в них 100 тысяч наркозависимых на каждый придется по 200 человек. По данным В. П. Иванова, реабилитационные центры в основном рассчитаны на 20 – 50 человек [36]. Артем Бутер, бывший директор Белорусского фонда “ЦЗМ”, занимающегося реабилитацией алко- и наркозависимых в республике, основываясь на собственном опыте, утверждает: “Оптимальное количество реабилитантов составляет 10 – 12 человек. Уже при 15 управление центром становится проблематичным”²⁶. И действительно, трудно себе представить, чтобы могли ужиться вместе полгода 50 или даже 20 совершенно здоровых человек в условиях круглосуточного совместного пребывания под одной крышей при отсутствии работы и из-

²⁵ Личностно значимые причины употребления психоактивных веществ (ПАВ) проанализированы нами ранее [60].

²⁶ Данная структура успешно работает в Республике Беларусь с 2010 г. Реабилитационные центры функционируют в гг. Минске, Бресте и Гомеле.

бытке свободного времени. Здесь же речь идет о пациентах, страдающих системным многоуровневым прогрессивным расстройством, имеющим характер сложного патологического (психопатологического) процесса [4].

Совершенно очевидно, что реабилитационные центры напрямую заинтересованы в притоке новых пациентов, т.к. в соответствии с “Госпрограммой...” это будет приносить им финансовую прибыль. Поскольку решение о соответствии конкретного реабилитационного центра предъявляемым требованиям принимается, судя по всему, единолично представителем ФСКН, не возникает ли здесь ситуация, чреватая возможностью коррупции?

И еще. Направляемые в реабилитационные центры по решению суда наркозависимые находятся в активной фазе болезни с постоянной или периодической наркотизацией, что, собственно, и привело их на скамью подсудимых. Но ведь от перемены географической точки нахождения наркозависимого влечение к наркотику, являющееся стержневым механизмом аддиктивного заболевания, никуда не исчезает!²⁷ Могут ли сотрудники этих реабилитационных центров определить признаки уже наличествующего или актуализирующегося влечения к наркотику и располагают ли знаниями о способах его купирования и возможностями провести соответствующие мероприятия? Вопрос, требующий изучения в каждом конкретном случае!

Не является секретом, что в самые закрытые и тщательно охраняемые пенитенциарные учреждения так или иначе проникают наркотические средства (об этом практически ежедневно можно узнать на сайте наркотики.ру). Несравненно проще будет наркомафии снабжать наркотиками пациентов реабилитационных центров, где никакой охраны не предусмотрено. И здесь возникает немаловажная проблема. Какова должна быть тактика руководства реабилитационного центра в случае выявления употребления реабилитантом наркотических средств? Ведь удале-

ние пациента из программы автоматически влечет за собой финансовые убытки для центра. Чревато это и серьезными последствиями для самого реабилитанта. И здесь возможны попытки “договориться” с руководством реабилитационного центра, подкрепленные твердыми обещаниями “исправиться”²⁸. При наличии же среди пациентов опытного “пахана” можно предполагать и более или менее систематическое употребление реабилитантами ПАВ²⁹.

Теперь посмотрим, каким образом могут быть реализованы в рамках принятой “Госпрограммы...” планы на декларированные В. П. Ивановым “обязательные работы, исправительные работы и принудительные работы” [56]. В государственных реабилитационных структурах соответствующая подобным “работам” трудотерапия не применяется и ее организация проблематична³⁰. В негосударственных реабилитационных центрах организация систематической трудотерапии вряд ли осуществима, если не считать ею периодическую уборку помещений и территории. В расположенных в сельской местности центрах, могут быть организованы какие-то работы. Но одно дело, когда в этих центрах наркозависимые находятся по своей воле, а совсем другое — по постановлению суда. Захотят ли эти в основном городские пациенты трудиться в коровнике или свинарнике, и не вызовет ли их “усердная” работа массовый падеж скота? Похоже, что надеждам наших доблестных наркополицейских на исправление наркозависимых с помощью “труда” пока не суждено сбыться³¹.

Итак, из двух основных декларируемых “Госпрограммой...” целей первая — “перевоспитание трудом” — на сегодняшний день недостижима. Надежды же на реализацию другой — реабилитации наркозависимых — в том виде, как это сегодня предлагается, эфемерны. Похоже, что реализация “Госпрограммы...” до конца не продумана и находится под угрозой срыва. Если читатели внимательно рассмотрели изложенные выше аргументы и факты, то они должны согласиться с нами, что при характеристике самой рас-

²⁷ “Патологическое влечение к алкоголю, — по определению В. Б. Альтшулера, — представляет собой многокомпонентную структуру, в которой можно выделить все составляющие психической деятельности, — идеаторную (мысленную), поведенческую (волевою, деятельностную), эмоциональную, сенсорную и вегетативную” [1, с. 37–38]. Патологическое влечение к наркотику Л. Н. Благов рассматривает в структуре “аддиктивного доминантного психопатологического комплекса” [5].

²⁸ При этом следует понимать, что многочисленные обещания никак не влияют на актуализированное патологическое влечение к наркотику.

²⁹ Аналогичное положение складывается иногда и в стационарных отделениях наркологических диспансеров, где днем пациенты “очищают кровь” с помощью нередко оплаченных родственниками “капельниц”, а вечером с удовольствием употребляют спиртное. Необходимость безусловного выполнения планов по т. наз. “платным услугам” и койко-дням вынуждают персонал закрывать на это глаза.

³⁰ По данным Президента Национальной ассоциации реабилитационных центров. Ю. В. Крупнова, даже в системе ФСИН только 24 процента осужденных имеют возможность зарабатывать деньги и работать, остальные — безработные [28].

³¹ Объективности ради приведем мнение А. Ю. Егорова, что работоголизм может явиться “спасительной” аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Цит. по [37]). Понятно, что здесь речь не идет об “обязательных, исправительных и принудительных работах”.

смагриваемой масштабной “Госпрограммы...” и ее реализации с полным основанием может быть использован термин “профанация”.

Приведенный выше анализ не выявил, в сущности, ничего нового³². Все это, при желании, было возможно заметить и раньше. Напомним, кстати, что главным бенефициаром рассматриваемой “Госпрограммы...” является ФСКН, и именно для ФСКН из госбюджета на реализацию проекта первоначально предусматривалось выделение просто астрономической суммы в 179 млрд. руб., что соответствовало половине всех затрат на проведение зимней Олимпиады в Сочи [32]. Наши осторожные подозрения о возможности использования столь значительных средств оставим при себе. Читателям же предлагаем самим задуматься, ради чего затевался столь масштабный проект в обсуждение и принятие которой были вовлечены даже высшие структуры законодательной и исполнительной власти РФ?

А сейчас посмотрим, на что следовало бы потратить бюджетные ресурсы, если бы исходить не из узковедомственных, а из общегосударственных интересов. Во всем цивилизованном мире в решении проблемы злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) упор делается на превенцию. В США бюджет здравоохранения предусматривает 50 % затрат на лечение больных и 50 % — на профилактику болезней. В Российской Федерации на профилактику выделено 6 %” [68]. А на первичную профилактику в среднем на простого гражданина предусмотрено 0,5 рубля [26].

В этих условиях при практически полном игнорировании профилактической работы, которая является самой эффективной и экономичной мерой по предупреждению злоупотребления ПАВ, внедряется “Госпрограмма...” для наркопотребителей с уже сформировавшейся зависимостью. При этом в настоящее время в обществе присутствует декларированное признание необходимости профилактической работы, однако активных действий пока не предпринимается³³.

Известно, что тот или иной социальный процесс или задача имеют возможность реализоваться лишь при наличии в обществе социального слоя или групп, объективно заинтересованных в этом. Однако значительная часть тех, кто в соответствии со своим функциональным статусом участвуют в различных антинаркотических акциях и программах, по существу не заинтересованы в действительном отвлечении от наркотических соблазнов большинства, а тем более всех потребителей наркотиков. Это связано с тем, что объем социальных и финансовых ресурсов для

каждого ответственного за решение данной проблемы ведомства определяется размерами решаемой данным ведомством задачи (в данном случае — наркоугрозы), а значит, убедительно поддерживает его объективный интерес не только к сохранению, но и к возможно большему росту этого объема, а значит и самой проблемы [54]. В уставных документах Национального Антинаркотического Союза (НАС) и Российской наркологической лиги (РНЛ) среди декларируемых целей деятельности значится и профилактика, однако каких-либо конкретных действий в этом плане не предусмотрено, а акцент, опять таки, сделан на реабилитации.

Интересно в связи с этим вслушаться в, видимо, неосторожное признание Главы ФСКН В. П. Иванова: “Профилактика сегодня нередко является, к сожалению, лишь одной из многих задач, нередко даже второстепенной. Это обусловлено тем, что для профилактики необходимо организовать межведомственную работу и широкие межминистерские и межсекторальные коалиции, а это нередко представляется потерей монопольных позиций своего ведомства” [17].

И, наконец, в очередной раз, но уже в последний в этой статье (Last but not least), приведем высказывание все того же генерал-полковника В. П. Иванова: “Главная профилактика наркомании лежит в фундаментальной структурной перестройке российской экономики” [48]. Sapienti sat...

И все же в результате длительных и тщательных поисков нам удалось обнаружить две общественные группы, кровно заинтересованные в кардинальном улучшении наркологической ситуации: это — наши дети! И мы — их родители!

Закончим наши рассуждения цитированием горького признания известного специалиста в области психологии и профилактики наркозависимости, зав. кафедрой социальной психологии Самарского государственного университета С. В. Березина: “Часто встает вопрос: “Кто должен заниматься профилактикой?”. И обнаруживается, что никто ей всерьез не занимается или что предпринимаемые усилия оказываются бесплодными. Трудно назвать какой-то социальный институт, ставящий своей задачей защиту, поддержание и развитие свободы личности. В этой ситуации любые успехи в профилактике — скорее случайности, отклонение от правил. И тогда встает вопрос: “А способны ли существующие социальные институты осознавать свои ограничения и ставить своей задачей поддержание того, что не вписывается в их рамки, иметь и нарабатывать опыт в этом направлении?”. Пока этого не произойдет, всякая профилактика будет существовать вопреки установленному порядку и оставаться делом “чудаков” и “энтузиастов” или существовать по принципу “спасение утопающих — дело рук самих утопающих”. В таком случае претензии на то, что кто-то занимается “профилактикой наркомании” лучше бы снять. Снять

³² Отдельного обсуждения требует вопрос, почему такой анализ не сделал кто-нибудь из российских наркологов.

³³ Некоторые причины столь парадоксального состояния рассмотрены нами ранее [61, 62].

хотя бы для того, чтобы подростки и их родители знали — они предоставлены самим себе и должны сами о себе позаботиться” [2, с. 86 – 87].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В. Б.* Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 264 с.
2. *Березин С. В.* К вопросу о сущности психической зависимости при наркомании // Психология зависимости: хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2004. — С. 73–87.
3. *Берзин В. А.* Правовые проблемы недобровольного наркологического лечения алкоголизма // Наркология. — 2010. — № 5. — С. 75–86.
4. *Благов Л. Н.* Актуальные проблемы психопатологии аддиктивного заболевания — М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 2008. — 344 с.
5. *Благов Л. Н.* Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии // Наркология. — 2011. — № 7. — С. 90 – 100.
6. *Благов Л. Н.* Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости // Наркология. — 2009. — № 2. — С. 90 – 100.
7. *Брюн Е. А., Духанина И. В., Москвичев В. Г.* Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. — 2007. — № 4. — С. 16–19.
8. *Бубер М. Я и Ты.* // Два образа веры. / Пер. с нам. — М.: Республика, 1965. — 464 с. — (Мыслители XX века).
9. В России предлагают возродить наказание за туеядство. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://izvestia.ru/news/585864> Дата доступа: 29.10.2015.
10. В российской столице открылась молодежная антинаркотическая площадка. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_79890.htm — Дата доступа: 09.09.2015.
11. В борьбе с пьянством все средства хороши. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://rusk.ru/newsdata.php?idar=176649> — Дата доступа: 7.10.2015.
12. *Валентик Ю. В.* Реабилитация в наркологии : учеб. пособие. — М.: Прогрессивные биомед. технологии, 2001. — 34 с.
13. *Вешнева С. А., Бисалиев Р. В.* Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. — 2008. — № 1. — С. 55 – 61.
14. Виктор Иванов о приоритетах реализации государственной антинаркотической политики. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_80316.htm. — Дата доступа: 6.10.2015.
15. Выбить дурь. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_42766.htm. — Дата доступа: 01.12.2014.
16. Выступление Виктора Иванова на XVI Съезде психиатров России. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_80127.htm // — Дата доступа: 24.09.2015.
17. Выступление директора ФСКН России В. П. Иванова 21 апреля 2009 года на расширенном заседании Общественной палаты Российской Федерации на тему: “Кризис и наркотики”. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.58.fskn.gov.ru/articles.asp?id=315> — Дата доступа: 12.12.2014.
18. *Джухунян В.* Одолеть ли пьянство? // Аргументы и факты. — 2014. — № 34. — С. 29.
19. *Доддс Л.* Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2004. — С. 151 – 164.
20. *Друс И.* Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клинич. психиатрия. — 2005. — Т. 15. — № 1. — С. 100 – 104.
21. *Дудко Т. Н.* Динамика развития медико-социальной реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации // Материалы науч.-практ. конф. “Наркология–2010”. — М., 2010. — С. 54 – 56.
22. *Дудко Т. Н.* Медико-социальная реабилитация больных наркоманией : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45. — М., 2003. — 38 с.
23. *Дудко Т. Н.* Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Наркология. — 2006. — № 1. — С. 31 – 41.
24. *Дудко Т. Н.* Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопр. наркологии. — 2008. — № 3. — С. 80 – 92.
25. *Дудко Т. Н.* Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации // Вопр. наркологии. — 2000. — № 3. — С. 13 – 21.
26. Журнал “НаркоНет № 11-2011. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 23.11.2012.
27. *Завьялов В. Ю.* Дианализ — новая система интегративной психотерапии в наркологии // Наркология. — 2002. — № 9. — С. 36 – 41.
28. Заседание президиума Госсовета по вопросу реализации государственной антинаркотической политики. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_78536.htm — Дата доступа: 29.10.2015.
29. *Захаров Н. Б., Злоказова М. В., Соловьев А. Г.* Проблемы оценки эффективности реабилитации в психиатрии // Психич. здоровье. — 2010. — № 11. — С. 51 – 53.
30. *Зеленская Е. Л.* Принудительное лечение алкоголизма в лечебно-трудовых профилакториях: историко-правовой аспект // Вестник Омского юридического института. — 2010. — № 2(13). — С. 19 – 22.
31. *Зорин Н. А.* Зачем больной приходит к врачу? // Психиатрия [Минск]. — 2008. — № 2. — С. 26 – 29.
32. *Зыков О. В., Автономов Д. А., Сошников С. С.* Рецензия на проект документа Государственная межведомственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ” // Наркология. — 2013. — № 8 — С. 82 – 87.
33. *Иванец Н. Н.* О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями [Эл. ресурс]. — Режим доступа: narkotiki.ru/expert_272.html — Дата доступа: 29.10.2015.
34. *Иванов В. П.* О мерах по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года в части создания национальной системы реабилитации. Доклад на заседании Правительства РФ, 20 ноября 2014 г. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_75187.htm. — Дата доступа: 01.12.2014.
35. *Иванов В. П.* Об организации социальной защиты граждан России от наркомании на региональном уровне в рамках создаваемой национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации // Наркология. — 2012. — № 12. — С. 3 – 8.
36. Как будут принудительно лечить от наркомании? [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.aif.ru/dontknows/eternal/1162626> — Дата доступа: 05.05.2014.
37. *Короленко Ц. П., Штикс Т. А.* Психосоциальные факторы аддиктивных расстройств в различных культурах. // Неврол. вестник, — 2014. — Т. XLVI, вып. 1. — С. 80 – 85.
38. *Кохут Хайнц.* Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Пер. с англ. — М.: “Когито-Центр”, 2003. — 368 с. (Современная психотерапия).
39. *Кочуровская И.* Модель стационарной психологической помощи для наркозависимых // Психотерапия. — 2010. — № 1. — С. 71 – 75.
40. *Кулаков С. А., Береза Ж. В., Корчагина Е. К.* Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей // Псих. здоровье. — 2014. — № 1. — С. 16 – 22.

41. Лечебно-трудовой профилакторий. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> — Дата доступа: 29.10.2015.
42. ЛТП возвращаются? [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://tyutma.com/ltp-vozvraashchayutsya/> // Дата доступа: 27.10.2015.
43. Лукашенко взялся за туеядшев [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/social/2015/04/03/6623521.shtml> — Дата доступа: 03.04.2016.
44. Менделевич В. Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. — *Казань: Медицина*, 2006. — 262 с.
45. Менделевич В. Д. Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики // *Наркология*. — 2007. — № 7. — С. 66 – 75.
46. Менделевич В. Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур // *Наркология*. — 2005. — № 1. — С. 56 – 64.
47. Менделевич В. Д. Структура этико-деонтологических приоритетов российских специалистов, оказывающих наркологическую помощь // *Наркология*. — 2010. — № 10. — С. 90 – 94.
48. Модернизация финансово-экономического образования: содержание, проблемы, перспективы : материалы междунар. науч.-практ. конф. — [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 02.06.2010.
49. Наркоманов вылечат с трудом [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.kommersant.ru/doc/2826378> — Дата доступа: 7.10.2015.
50. Наркоманов подсадят на труд. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/social/2015/04/15/6640665.shtml> — Дата доступа: 15.04.2015.
51. Наркоманы смогут лечиться в частных клиниках за госсчет с 2016 года. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://izvestia.ru/news/592556> — Дата доступа: 7.10.2015.
52. Никулинская Н. Ф. Правовые проблемы недобровольной госпитализации лиц, страдающих болезнями наркологического профиля // *Социальное и пенсионное право*. — 2008. — № 3. — С. 14
53. О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью / Л. Н. Благов [и др.] // *Наркология*. — 2004. — № 4. — С. 38 – 41.
54. Омельченко Е. Л. Государственное администрирование, гражданская инициатива или коммерческое предприятие? Пути и механизмы включения новых антинаркотических практик в региональную социальную политику : Доклад на конференции НИСП “Социальная политика — реалии XXI века” 24 – 25 января 2002 г.
55. Онищенко предложил возродить лечебно-трудовые профилактории. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.km.ru/v-rossii/2012/02/16/rospotrebndzor/onishchenko-predlozhil> — Дата доступа: 7.10.2015.
56. Основные направления стратегической реформы уголовно-правовой базы реализации Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_77540.htm — Дата доступа: 15.04.2015.
57. От тюрьмы за употребление спайсов до “драконовских” колоний. Адекватны ли предложенные методы борьбы? [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://news.tut.by/society/426848.html> — Дата доступа: 07.12.2014.
58. Пелинас В. Е. Этические проблемы реабилитации наркологических больных // *Вопр. наркологии*. — 2005. — № 6. — С. 42 – 53.
59. Перлз Ф. Опыты психологии самопознания / практикум по гештальттерапии. — М.: Гиль-Эстель, 1993. — 240 с.
60. Плоткин Ф. Б. Аффективные расстройства и прием психоактивных веществ: механизмы патологической компенсации и формирования аддикции // *Наркология*. — 2011. — № 3. — С. 89 – 100.
61. Плоткин Ф. Б. К вопросу о профилактике: существует ли она в наркологической практике? // *Наркология*. — 2010. — Сообщ. 1. — № 9. — С. 89 – 98; Сообщ. 2. — № 11. — С. 80 – 90.
62. Плоткин Ф. Б. Масштабы наркотизма как угроза национальной безопасности России: заинтересован ли кто-нибудь в минимизации последствий? Сообщение 3. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=235&t=2038&p=3441#p3441> — Дата доступа: 28.10.2015.
63. Плоткин Ф. Б. О некоторых оригинальных организационных подходах к терапии аддикций в российской наркологии. Взгляд со стороны // *Независимый психиатрический журнал*. — 2015. — № 3. — С. 24 – 33.
64. Плоткин Ф. Б. Реабилитация — важнейший этап терапии зависимостей // *Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология*. — 2011. — № 2. — С. 130 – 141.
65. Полищук Ю. И., Летникова З. В. Психотерапия как врачебное искусство // *Психотерапия*. — 2013. — № 1. — С. 58 – 61.
66. Шуляк Ю. А. и др. Реабилитация как составная часть лечебно-диагностического процесса // *Наркология*. — 2006. — № 6. — С. 18 – 19.
67. Россияне хотят вернуть ЛТП и вытрезвители [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=2663795> — Дата доступа: 14.10.2015.
68. Сидоренко Г. И. Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь // *Медицинские новости*. — 2007. — № 9. — С. 41 – 43.
69. Ястребов В. С. и др. Системно-ориентированная модель развития психосоциальной реабилитации // *Матер. Росс. конф. “Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии”*. — М., 2007. — С. 476.
70. Снимут с иглы. В России будут принудительно лечить наркоманов. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2014/05/05/narko.html> — Дата доступа: 29.10.2015.
71. Снимут с иглы. В России будут принудительно лечить наркоманов. [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2014/05/05/narko.html> — Дата доступа: 7.10.2015.
72. Совершенно секретно [газета]. — 2006. — № 9.
73. Создание всероссийской системы социальной реабилитации наркозависимых [стенограмма видеомоста “Москва-Нижегородск. 01.11.2010 г.]] // *Наркология*. — 2010. — № 12. — С. 17 – 31.
74. Фихте И. Г. Назначение человека // *Несколько лекций о назначении ученого; Назначение человека; Основные черты современной эпохи: Сборник / Пер. с нем.* — Минск: ООО “Попурри”, 1998. — С. 61 – 215.
75. Цветков Н. Б. Антинаркотическая политика как инструмент социальной модернизации // *Наркология*. — 2010. — № 9. — С. 15 – 16.
76. Цетлин М. Г., Пелинас В. Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. — М.: Анахарсис, 2001. — 48 с.
77. Что такое лечебно-трудовые профилактории в Беларуси [Эл. ресурс]. — Режим доступа: <http://spring96.org/ru/news/66186> — Дата доступ: 29.10.2015.
78. Шабанов П. Д. Основы наркологии. — СПб. : Лань, 2002. — 560 с.
79. Теркулов Р. И. и др. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях // *Вопр. наркологии*. — 2000. — № 1. — С. 65 – 70.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Болезнь Альцгеймера у эндогенной больной

Разбор ведет профессор Я. Б. Калын,
врач-докладчик О. В. Москалева (19.02.2015)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Тамара Васильевна, 84 года. Родилась в Харькове в полной семье, затем с родителями переехала в Москву. Мать пациентки работала врачом-педиатром, неоднократно лечилась в ПБ. Отец пациентки был архитектором. Наша больная была единственным ребенком в семье, в школу пошла в семь лет. Училась на “отлично”, школу закончила с золотой медалью, была секретарем пионерской организации в школе. Активно занималась общественной работой. После окончания школы поступила в Московский институт международных отношений, получила специальность “Международное и государственное право”, по окончании которого по распределению работала в КГБ. В 1976 году ушла из данной организации, устроилась на работу младшим научным сотрудником в Институт философии, работала в Институте социологии. Была замужем, муж также был юристом, доктором наук. С мужем развелась, развод объясняет пьянством мужа. От брака есть дочь 1956 года рождения. Пациентка проживала с дочерью в отдельной квартире на Остроумовской улице.

Анамнез достаточно отрывочен в силу глубоких когнитивных нарушений больной, и был собран постепенно и неполно.

Дочь пациентки училась в МГИМО, оставила институт на втором курсе, когда впервые перенесла психотический эпизод. Работала гидом в “Интуристе”, в 1980 году вышла замуж за гражданина Франции. С мужем жили в Париже. Во Франции училась в Сорбонне, занималась живописью, работала. Во время жизни во Франции пациентка впервые стационарировалась в ПБ. Впоследствии с мужем развелась, вернулась в Москву. С 1984 года дочь нашей пациентки стационарировалась в ПБ имени Ганнушкина, затем в нашу больницу, где находилась на лечении трижды. Сведения о дочери пациентки получены из ее архивных историй болезни. Дочь нашей больной страдала шизофренией, непрерывно текущей, юношеской, кататонно-гебефренным вариантом с выраженной негативной симптоматикой. Частично из истории болезни дочери получены сведения о нашей пациентке. Так, известно, что, несмотря на тяжелое психическое забо-

левание дочери, выраженные явления ее социальной дезадаптации, склонность ее к импульсивным поступкам, непрерывно текущую галлюцинаторно-бредовую симптоматику, наша пациентка не признавала свою дочь психически больной, объясняла ее поведение тонкой душой, особенностями характера, читала иностранные медицинские журналы в оригинале и переводила их для докторов в качестве аргументов отсутствия психического заболевания у своей дочери, психологизировала ее состояние. Категорически отказывалась от наблюдения дочери районными психиатрами, от группы инвалидности для дочери. Из одной истории болезни характеристика нашей пациентки: “Дает пространные, расплывчатые анамнестические сведения в отношении дочери, на основании которых трудно составить впечатление о больной, в особенности о течении болезни и статусе. Считает, что лечение нейролептиками наносит вред больной, даже в небольших дозировках”.

Также из истории болезни дочери пациентки известно, что когда они совершали очередную прогулку в десяти километрах от Москвы на Лосином острове, на нашу пациентку и ее дочь напал мужчина. Дочь убежала, а пациентку избили, нанесли тяжелые телесные повреждения, вследствие чего она два месяца провела в больнице.

В период с 1993 года по настоящее время о судьбе дочери больной ничего не известно.

27 сентября 2012 года наша пациентка была впервые госпитализирована в ПБ № 3 скорой психиатрической помощью из отделения полиции, куда обратилась с заявлением о том, что дочь, которую она не выпускала из дома несколько лет, похитили неизвестные ей лица, они же убили и Людмилу Гурченко. Также сообщила, что стала свидетелем жестокого убийства незнакомого ей мужчины, что за ней уже в течение двух лет следит банда людей, которая хочет отнять ее квартиру. При этом пациентка вела себя неадекватно, была раздражительна, агрессивна. Была осмотрена дежурным психиатром, и в недобровольном порядке госпитализирована в ПБ № 3. При поступлении была ориентирована в месте, в собственной личности, не знала текущей даты, была малодоступна продуктивному контакту. На вопросы врача отвечала не всегда в плане заданного, неохотно, а на некоторые

вопросы отвечать отказывалась. Во время беседы была раздражительна, тревожна, беспokoйна, с трудом удерживалась на месте. Считала, что ее дочь похитили. Не давала о себе фактически никаких анамнестических сведений. Считала, что ее госпитализация подстроена с целью отнять у нее квартиру. Критики к состоянию не было. В отделении пациентка была тревожная, беспokoйная, держалась обособленно. На протяжении всего пребывания в ПБ считала, что ее дочь похитили, искала ее в отделении, высказывала бредовые идеи воздействия, рассказывала, что ее облучали на радио, где она раньше работала. Понимала, что находится в психиатрической больнице, но не могла назвать текущую дату. Отмечалась амнезия, интеллектуальное снижение, эмоциональная выхолощенность, паралогичность мышления. Себя элементарно обслуживала, режиму отделения подчинялась. Временами отмечались кратковременные эпизоды спутанности сознания продолжительностью один-два дня, когда считала, что находится в институте, и заявляла, что ей нужно пойти на конференцию.

В первую госпитализацию получала лечение: галоперидол до 4,5 миллиграммов в сутки, тригексифенидил, пипрадрол, таблетка на ночь, хлорпротиксен, до 30 миллиграммов в сутки, акатинол. На фоне проведенного лечения стала спокойнее, более упорядоченной в поведении, настроение стало более ровным. Бредовые идеи стали менее актуальны, активно их не высказывала, режиму отделения подчинялась. На протяжении всего периода госпитализации жаловалась на слабость, головокружения, общее недомогание.

В первую госпитализацию пациентке был выставлен диагноз инволюционный паранойд. У пациентки при стационарировании при себе был паспорт Советского Союза, а также загранпаспорта дочери и диплом об окончании МГИМО. Было проведено социальное обследование, в ходе которого выяснилось, что пациентка проживает в трехкомнатной коммунальной квартире с дочерью, занимает там две комнаты. Имеется сосед Николай, который в настоящее время там не проживает. Местонахождение дочери неизвестно.

Со слов соседней нашей пациентки постоянно ходила к мусорным бакам, собирала там старые вещи и приносила их домой, проживала в антисанитарных условиях, из квартиры шел стойкий запах разлагающегося мусора. Наша пациентка неоднократно заливала водой магазин этажом ниже, бегала раздетой, постоянно вскрывала в доме подвал. Вела себя неадекватно, многократно приходила в отделение полиции и, по словам милиционеров, «несла полный бред». При обращении в ОВД с просьбой о розыске родственников больной, нам было сообщено, что в ходе проверки установить родственников пациентки не представляется возможным.

В отделении решались социальные вопросы больной — сделан паспорт Российской Федерации, медицинский полис, поданы документы в суд для ре-

шения вопроса о ее дееспособности с целью оформления в ПНИ. В дальнейшем переводилась в загородные больницы, потом снова возвращалась в ПБ № 3. За все время пребывания в ПБ судьбой пациентки никто не интересовался, поиски родственников не увенчались успехом.

Статус пациентки определялся грубым интеллектуально-мнестическим снижением, транзиторными бредовыми идеями ущерба. Так, говорила, что у нее в отделении украли две расчески, продолжала говорить, что у нее похитили дочь, или что ее дочь больна бронхиальной астмой и нуждается в помощи. Анамнестические сведения о себе сообщала крайне отрывочно, непоследовательно. События последних лет описать не могла или описывала их нелепо: говорила, что у нее дома дочь, которая больна бронхиальной астмой, либо говорила, что ее дочь похитили, что ее схватила банда людей и привезла в больницу. Пассивно подчинялась режиму отделения, себя обслуживала лишь элементарно, нуждалась в направляющей и организующей помощи медперсонала. Часто жаловалась на слабость и головокружения, интереса ни к чему не проявляла. Пациентке была оформлена вторая группа инвалидности, решением Преображенского суда она была признана недееспособной и ожидает путевки в ПНИ.

5 февраля 2015 года снова была переведена в нашу больницу из загородной ПБ. Данная госпитализация четвертая по счету. Статус на момент поступления: контакту доступна, ориентирована правильно в месте, знает, что находится в психиатрической больнице, помнит, что ранее здесь была, но не может сказать, как давно и как долго. Правильно назвала свой возраст, правильно назвала текущий год и месяц, число не помнит. Мышление тугоподвижное, ригидное, обстоятельное. Считает, что ее на улице похитили бандиты и зачем-то привезли в больницу, с тех пор она не была дома. Говорит, что ее дочь страдает бронхиальной астмой, находится в какой-то больнице, она пыталась ее разыскать, но это ей не удалось. Подозрительна, насторожена, зачастую ответы конфабulatorно-бредового характера. Обнаруживает снижение интеллекта, обманов восприятия на медосмотре не обнаруживает. Охотно дала письменное согласие на лечение ПБ, сказав, что нужно подлечить память.

В отделении пациентка одинока, в течение дня сидит в коридоре, пассивно следует режиму отделения. Нуждается в направляюще-организующей помощи медперсонала. Себя элементарно обслуживает, знает свою палату, где находится санитарная комната, столовая, держится обособленно, настороженно. Самостоятельно с просьбами и с жалобами к врачам не обращается. 16 февраля в беседе с врачом стала давать о себе новые сведения — так, сообщила о своей дочери, что она училась в Сорбонне, была замужем за французом и жила в Париже, где была впервые стационарирована в психиатрическую больницу. Далее сообщила, что ее дочь, Марианна Борисовна, неоднократно

лечилась в ПБ города Москвы. Из медицинского архива нашей больницы были получены архивные истории дочери пациентки, послужившие дополнительным источником для сведений. Затем пациентка стала рассказывать, что в доме, где она живет, делался ремонт фасада, и что за ней следил мужчина-рабочий, заглядывал прямо в окно. Рассказала, что в ее подъезде несколько квартир занимали люди, которые делали подпольные аборты, видела, как на дорогих машинах привозили женщин, которые потом лежали на полу на матрасах. Убедена, что люди, следившие за ней, хотели завладеть ее квартирой для тех же целей, что именно они похитили ее дочь и привезли в приемное отделение больницы.

При обсуждении бредовых переживаний становится напряженной, настороженной, тревожной, перебирает предметы на столе у врача, замыкается. Сообщила, что ранее считала, что врачи тоже в сговоре с бандитами, но теперь так не считает. При обсуждении нейтральных тем становится более спокойной, общается с большим желанием, обманов восприятия не обнаруживает, критики нет.

Неврологический статус: зрачки равновелики, чуть ослаблена конвергенция. Мягкое небо подвижно, тонус мышц и конечностей повышен с тенденцией к повышению сухожильных рефлексов, слева отмечают легкую болевую гиперестезию, координационные пробы выполняет с интенцией, больше слева. Очаговой и остро-очаговой менингеальной симптоматики нет.

Соматический статус: удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, в нижней части живота старый послеоперационный рубец. Зев спокойный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Давление 120/80, живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Данные М-ЭХО: смещения срединных структур не выявлены, ширина третьего желудочка до 3,5 миллиметров. Ликворные пространства не расширены. Признаки внутричерепной гипертензии выражены незначительно. Ритм синусовый, электрическая ось сердца отклонена влево, блокада правой ножки пучка Гиса.

Заключение невролога: атеросклероз сосудов головного мозга, хроническая цереброваскулярная недостаточность с легким парезом слева, дегенеративный процесс головного мозга.

Заключение терапевта: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, НК 0, артериальная гипертония, хронический бронхит.

Заключение окулиста: начальная возрастная катаракта, ангиопатия сосудов сетчатки по гипертоническому типу.

Терапия: в настоящее время получает препарат Акатинол Мнемантин, 20 миллиграммов в сутки, Хлорпротиксен в суточной дозе 60 миллиграммов.

Ведущий: скажите, пожалуйста, а была проведена магнитно-резонансная компьютерная томография? — Не проводилась, нет.

Заключение психолога С. А. Анохиной: я смотрела нашу пациентку 17 февраля, то есть позавчера. Но так как пациентка неоднократно госпитализировалась, она не единожды осмотрена психологом, и предыдущий осмотр психолога был в 2013 году. Я из этого заключения хотела бы зачитать резюме, чтобы было понятно, насколько результаты на тот момент отличались от сегодняшних, потому что есть некоторые различия.

Предыдущее заключение, резюме. По результатам психологического обследования выявляется заметное мнестическое снижение, недостаточность функций внимания, обстоятельности, неравномерность процесса обобщения с тенденцией к соскальзыванию на побочные ассоциации при сохранной операциональной стороне мышления у демонстративной ригидной личности с чертами паранойяльности. Тут нет результатов тестирования этой пациентки шкалой краткой оценки психического статуса MMSE, это шкала, которая позволяет в количественном выражении оценить степень деменции. При предыдущем обследовании данная пациентка набирает по этой шкале 17 баллов, что соответствует уровню умеренной деменции.

Что выявлено обследованием, которое было проведено 17-го числа? Пациентка верно ориентирована в месте и собственной личности, текущую дату называет примерно, февраль 2015 года. Поведение упорядоченное, временами пациентка благодушна. На вопросы отвечает в плане заданного, последовательно излагает события своей жизни. При расспросах жалуется на вялость, говорит о том, что из-за отсутствия в больничной жизни каких-либо ярких событий ей сложно быть в тонусе. Живо реагирует на похвалу и шутки. На вопрос о причине госпитализации отвечает, что ей казалось, что квартиру хочет отнять мафия, и некоторые врачи с этой мафией в сговоре. Сообщает, что сейчас уже не считает персонал больницы частью заговора.

Мотивация к обследованию адекватная, инструкции пациентка усваивает после повтора, с трудом их удерживает, выполняет задания в медленном темпе, активно интересуется результатами, благодарит психолога за беседу. По объективным данным: объем произвольного внимания сужен, затруднена фиксация на этапе включения в работу, психические процессы характеризуются в целом инертностью и истощаемостью. Показатели непосредственного запоминания снижены, динамика воспроизведения 4, 5, 7, 8, ретенция два слова из десяти. Опосредование доступно, однако непродуктивно. Интерференция вызывает полное стирание мнестических следов, пациентка не может воспроизвести материал, который был предъявлен для запоминания до предъявления интерферирующего задания.

Исследование сферы праксиса выявляет некоторую инертность, тенденцию к сокращению двигательной программы и упрощению задания. Исследование гнозиса и речевой сферы нарушений не выявило. Мышление пациентки характеризуется общим снижением темпа и подвижности интеллектуальных процессов. Выделение существенных признаков доступно. Пациентка успешно справляется с несложными заданиями, тестирующими интеллектуальную сферу, при условии внешней структурирующей помощи со стороны психолога. По результатам тестирования краткой шкалой оценки психического статуса набирает 23 балла (предыдущее обследование 17 баллов), что соответствует уровню легкой деменции.

Проективная диагностика выявляет выраженный субъективизм восприятия и оценки реальности, ригидность установок, тенденцию к заострению характерологических черт, напряженность в сфере близких межличностных контактов, что позволяет предполагать наличие конфликта с каким-то лицом из близкого окружения пациентки. Паранойяльность.

Таким образом, по результатам настоящего экспериментально-психологического исследования на первый план выступает когнитивное снижение по сосудистому типу, достигающее по шкале MMSE уровня легкой деменции (23 балла), у паранойяльной личности. По сравнению с предыдущим исследованием от 2013 года следует отметить положительную динамику в когнитивной сфере. В процессе предыдущего обследования было выявлено когнитивное стяжение, достигающее уровня умеренной деменции, в настоящий момент легкая.

Ведущий: Спасибо. Если вопросов нет, давайте пригласим пациентку.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Ведущий: Проходите, пожалуйста. Садитесь. Вас зовут Тамара Васильевна, если не ошибаюсь, да? — *Да, да.* — Меня зовут Ярослав Богданович, я психиатр. Вы хорошо слышите? — *Хорошо.* — Какие жалобы у Вас есть на здоровье? — *У меня болит сейчас вот здесь вот... здесь, вот в этом месте сустав болит.* — Помимо этого еще, какие жалобы? — *Помимо этого нет жалоб.* — То есть боль в области тазобедренного сустава слева, а все остальное более-менее, да? — *Да.* — Вы сейчас находитесь в клинике, Вы это знаете, да? — *Да.* — А по какой причине Вы поступили в клинику, какие были проблемы? — *Ну, Вы знаете, тут длинная история.* — Ну, последняя госпитализация с чем связана? — *Меня переводили из... из одной больницы в другую.* — Ну, это мы знаем, это неоднократно было. А последнее Ваше стационарирование с чем связано, Тамара Васильевна? — *С общей слабостью, я так думаю.* — А находитесь Вы постоянно где, где Вы живете, дома или в другом месте? — *Ну, я жила дома, но меня госпитализировали... не... не по моей просьбе.* — Помимо Вашей воли? — *Помимо*

моей воли, да. И я не готова к тому, чтобы так вот сейчас, перед такой большой аудиторией всю эту вот травмирующую меня историю... — Извините, пожалуйста, извините, я не спросил Вашего согласия на беседу с такой аудиторией. — *Да.* — Это все доктора больницы, которые интересуются Вашим заболеванием, и при возможности мы хотели бы Вам помочь. Это не просто какой-то досужий интерес. — *Я психологически не готова к такому публичному...* — Понимаю. Ну, может быть, мы попросим всех выйти, и с Вами побеседуем, как Вы полагаете? Так будет проще? — *Так проще.* — Господа, просьбу пациентки мы удовлетворим, или попросим все-таки, чтобы она разрешила присутствовать... докторам? — *Я психологически не готова.* — Ну, давайте мы посчитаем, что мы с Вами вдвоем. — *Нет, ну...* — Сложно так посчитать, правда? — *Да.* — Тогда давайте так, Тамара Васильевна. — *Я не готова психологически.* — Давайте мы с Вами таким образом построим осмотр мой. Я буду максимально спрашивать нейтральные вещи. Все, что интимно, все, что касается каких-то интимных переживаний, мы не будем... Хорошо, можно так? — *Да нет, тем более у меня сейчас болит нога, болит в области сустава, острая боль...* — Что мы будем делать? Тамара Васильевна не хочет свои проблемы выносить на суд нашего консилиума. — *Не хочу, да. С большой... С большой аудиторией.* — Это не совсем правильно, без согласия Тамары Николаевны продолжать осмотр, но все-таки, раз мы здесь собрались, будем просить Вас хотя бы немножечко с нами побеседовать, хорошо? — *Ну, нет...* — Я приехал издалека, доктора собрались здесь, пожертвовали своим временем свободным, уже многие должны быть дома, а видите, собрались, чтобы попытаться обсудить проблемы, которые возникли у Вас с Вашим здоровьем. Может, немножечко все-таки поговорим? — *Нет, я отказываюсь.* — Отказываетесь, да? Как в таком случае поступают психиатры?

Вопрос из зала: извините, пожалуйста, а почему Вы отказываетесь беседовать? Ведь Вам сказали, что здесь врачи, все заинтересованы Вам помочь, посторонних нет, что мешает? — *Мне... Меня не предупредили, я впервые вот услышала...* — Ну, сейчас сказали. — *...Когда уже, сидя здесь, на этом кресле. И я привыкла к такой вот беседе интимной, в такой... в камерных условиях, а перед большой аудиторией я психологически не готова, меня это как-то шокирует, мне неприятно.* — Тамара Васильевна, а ведь с Вами врачи беседовали, Вы сейчас не совсем помните, но с Вами врачи беседовали, разговаривали. — *Ну, тогда я...* — Подождите, Тамара Васильевна, можно, я скажу? — *Меня выбивает из...* — С Вами врачи беседовали, говорили о том, что с Вами побеседуют на большой конференции, Вы дали свое согласие. — *Мне не говорили такого. Мне не говорили, я впервые... Для меня... Я... Для меня полная неожиданность.*

Ведущий: Тамара Васильевна... — *И такой... такой врасплох такой я просто считаю вероломством*

и неэтичным по отношению ко мне. — Уважаемые коллеги... — Я считаю, что такой ход событий неэтичен по отношению ко мне, к больному человеку. — Тамара Васильевна, Вы абсолютно правы, я на Вашей стороне. Здесь... Ну, это вина наша и проблема наша. Вы уж извините нас, что мы вот так, не очень учли Ваши пожелания, потому что действительно, Вы вправе дать согласие, и вправе Вы согласие отозвать, даже если бы Вы согласились на то, что Вас осмотрят, если Вы увидели такой огромный зал, заполненный докторами, Вы вправе отказаться от нашего осмотра. — Да. Я не хочу быть экспонатом. — Это Ваше право, и мы не смеем на этом настаивать.

Уважаемые коллеги, мне как-то неудобно при такой аудитории продолжать осмотр пациентки, если она категорически “против”. Тамара Васильевна по нашим законам имеет право отказаться от участия в нашей конференции. Мы можем обсудить вопросы, которые связаны с заболеванием Тамары Васильевны, с ее состоянием, но без опроса Тамары Васильевны?

Если вы помните, это у меня здесь не первая конференция, на предыдущей конференции ваши доктора задавали вопрос: “Как мы смеем оценивать когнитивное функционирование пациентов без их согласия, или даже с их согласия, если мы считаем, что они когнитивно не сохранены?” Так вот, сейчас мы получили случай, когда пациент сознательно отказывается от беседы с нами. Поэтому мы, руководствуясь своими человеческими побуждениями, должны сделать все, чтобы пациенту после беседы с нами было лучше. Лучше ей будет только тогда, когда мы поблагодарим Тамару Васильевну, пожелаем ей скорейшего выздоровления.

И Вы извините, пожалуйста, что так получилось, если у Вас будет интерес, мы тогда с Вами тет-а-тет побеседуем. Хорошо? — Когда, вы же... — Нет, я не могу обещать, потому что это довольно сложно планировать, я время свое планировать могу только с трудом. Мы Вас благодарим за то, что Вы пришли, хорошо? — Ну, получается, что меня лишают медицинской помощи? — Нет, нет, Вас медицинской помощи не лишают. Вы нас лишаете удовольствия послушать беседу с нами, Вы лишаете нас удовольствия. А помощь Вы будете получать еще более квалифицированную, хотя то, что Вы сейчас получаете, эта помощь очень квалифицированная... — У меня сейчас острая боль вот здесь вот, в суставе... — Ага, да, я понимаю. — И начинает болеть плечо. Я хотела врачу это сказать, тет-а-тет... — Ну, Вы сказали это уже всем врачам, уже все знают. — Да. — Тамара Васильевна, у меня вопрос такой, только один. То, что рассказал о Вас доктор, то, что рассказал еще специалист, который Вас смотрел, психолог, они уверяют, что в последние годы у Вас улучшилась память и улучшилось понимание ситуации, это правильно, да? — Я думаю, что оно было все время одинаковое. — Оно было хорошее, а сейчас очень хорошее, или как? — Если... Надо... По мнению врачей очень хорошее,

то... — Врачи считают, что дело идет к молодости, Вы согласны? — Я бы хотела... — Мы движемся к выздоровлению полнейшему. Так что просто потому и случай для нас очень интересный, потому что, как правило... — Когда... у меня здесь болит и здесь болит, и... мы движемся... — Это... Конечно, это Вы понимаете, что болит, болит у всех, но многие не понимают. Сейчас Вы стали понимать. Через это проходит выздоровление, через осознание болезни. Поэтому мы и заинтересовались Вашим случаем. Вы показывали результаты не очень хорошие, а потом доктора Вас оценивают, и смотрят, что Вы выздоравливаете. Для нас это казус, такого я не встречал за всю свою практику. Доктора встретили... Вот доктор Оксана Викторовна Вас посмотрела, и говорит, чудо почти что. И вот мы, поэтому и собрались. Но раз Вы считаете, что мы Вам мешаем выздоравливать, мы с Вами тогда прощаемся, хотя, я еще раз говорю, я ехал два часа к Вам, доктора ждали полчаса меня, теперь встретились, и сюрприз. — Ну, вот эту... У меня болит вот этот здесь сустав... — А вот я с Вами говорю, за руку держу, лучше не становится, легче? Хотя как-нибудь, хоть на сколько? — Становится. — Становится. Хотя бы обрадуйте меня, что я не зря приехал, хорошо? — Хорошо. — Вообще, память Вас подводит время от времени, или не очень? — Подводит. — Подводит, да? А в чем это проявляется? — Ну, в том, что некоторые обстоятельства я бы хотела бы лучше вспоминать, а они не вспоминаются. — Все присутствующие хотят того же в отношении себя. Это не болезнь, что Вы хотите лучше помнить, чем помните на самом деле. Бывает, что Вы забываете какие-то важные моменты? — Нет. — То есть все, что важно, Вы помните? — Да. — То, что Вы ели на обед, Вы помните, то, что ели на завтрак, помните, как нужно готовить, помните? Или Вы не готовите? — Нет, иногда я с трудом вспоминаю, потому что как-то не фиксирую внимание на этом, и потому это как-то проходит мимо. — Ну, то, что неинтересно, не запоминается, ну, это логично. — Ну да, не запоминается, машинально как-то это все проходит. — А, например, такую информацию, своего лечащего врача помните, как его зовут? — А я давно не была у врачей. — А здесь, Вы в клинике находитесь, лечитесь в клинике, у Вас есть лечащий врач. Как зовут Вашего лечащего врача? — Я с ним незнакома... — А женщина, женщина, кто? Вас познакомить? — Я не общалась. — Это... Вот насколько мне говорят, Оксана Викторовна — это Ваш лечащий врач, вот, наконец, встретились. Так мы... мы не зря приехали, я Вас познакомил с лечащим врачом. — Спасибо. — Вот так-то. Хорошо. Это что-то. Скажите, пожалуйста, а вот Вы здесь находитесь, если я не ошибаюсь, сколько, уже два месяца скоро? С 5 февраля, да? А, ну, скажите, пожалуйста, вот Вы находитесь две недели, чуточку больше, нет, вообще две недели, Вы чувствуете какое-то улучшение за это время? Доктора стараются, лечат, обследуют, сделали Вам обследование доволь-

но серьезное, дают серьезные препараты. Вас акатинолом лечили или мемантином... Реально? Фантастика. Вторая фантастика. — *Я сейчас не задумываюсь об общем состоянии...* — У Вас болит нога и болит плечо. — *Болит... У меня болит, такое впечатление, что сустав... что сустав болит.* — Неврологом осмотрена, лечение... Артрологом нужно, здесь суставы болят. — *Я стала вдруг хромать и ходить, еле-еле передвигая ноги.* — Вам-то лет еще немного, насколько я знаю. Вы 30-го года рождения, правильно я понимаю? — *Да.* — Сколько Вам лет? — *84 года.* — Ну, так Вы ж... По нашим понятиям Вы совсем молодая дама. Да. Вопрос весь в том, что мы работаем с теми, кому девяносто и больше, Вам есть еще, куда расти. — *Ну, Вы подиучиваете.* — Нет, разве... Я врач, буду я ехать за тысячу километров, чтобы шутить. Я на полном серьезе говорю, что всех удивило, почему это вдруг у Вас на фоне, ну, скажем так, мягко, не очень хорошего состояния вдруг произошли такие разительные положительные изменения. Вот так-то. Скажите, пожалуйста, а были у Вас какие-то проблемы с окружением? На Вас какие-то не вполне благовидные намерения имели окружающие. Сейчас это все в прошлом или это все продолжается? — *Мне надо подумать.* — Вот подумайте. Насколько я знаю, были какие-то проблемы у Вас с жилплощадью, кто-то там на нее претендовал, хотели отнять. Или... Сейчас это все успокоилось, или жилплощадь отняли, и все успокоилось? — *Сейчас меня поместили в больницу, я осталась безо всякой жилплощади.* — То есть все решилось как не надо, правильно? — *Я лишилась всего.* — Там есть опекун, да? (Лечащий врач: нет, пациентка оформляется в интернат, лишена дееспособности, родственников нет, мы их не смогли разыскать). Третья проблема, но уже не чудесно. Скажите, пожалуйста, как у Вас аппетит? — *Аппетит хороший.* — Кормят Вас хорошо? — *Хорошо.* — И вкусно кормят? — *Нормально.* — А язык покажите. Язык отличный. Еще одно небывалое событие, что в больницах хорошая еда. Даже у нас в клинике, я бы не сказал, что у нас хорошая еда. Но кормят нормально, Вы не похудели... — *Ну, я без капризов, не похудела, нет.* — Вы человек скромный, и не делаете в этом плане... — *Я без претензий, без претензий.* — Претензий не предъявляете. — *Не предъявляю.* — Скажите, когда Вам что-то не нравится, Вы промолчите лучше? — *Ну, я спокойно, я не гурман, я не гурман.* — Какое-то у Вас воспитание аристократическое. Дворяне, небось, были в роду? — *Были.* — Но не выдержали проверку, соприкосновение с пролетариатом, правда? — *Не знаю.* — Ну, как это так, не знаете? Вы-то человек вежливый, деликатный, воспитанный, а вот, видите, что получается? Без вашего согласия Вас вот... — *Да.* — Не очень хорошо. — *Так... В такую поставили... в такую ситуацию, когда у меня это вызывает... Меня это шокирует.* — Ну, я понимаю, я делаю все, чтобы как-то смягчить эту ситуацию, хорошо? Просто мне очень интересно самому с Вами побеседовать. — *У меня такой стрип-*

тиз такой публичный... — О том и разговор, душевный стриптиз, это раздеться... раздеться реально — это менее драматично, чем раздеваться душевно, правильно? Так что, видите, господа, к чему мы подталкиваем наших пациентов? К душевному стриптизу. Это не очень годится. Тамара Васильевна, ну, в целом настроение у Вас более-менее положительное, нормальное, хорошее настроение? Или в зависимости от обстоятельств? — *Ну... Ну, я не впадаю в отчаяние, я со всем смирилась вообще, со всеми своими невзгодами.* — Все, что произошло, уже произошло, нужно воспринимать реалистично, да? — *Да, я с этим уже... Я со всем с этим смирилась.* — А все-таки все, что произошло, Вас радует, мягко говоря, несильно, если вообще радует, да? — *Ну, у меня трагедия самая главная — то, что я разлучена с дочерью, я не знаю, где дочь, потеряна дочь. Причем, что я была госпитализирована, в общем-то, помимо своей воли, и это разлучило меня с дочерью, я ничего не знаю, где моя дочь, что с ней, и как ее разыскать. И у меня главная мысль, что самое главное для меня, смысл жизни...* — Абсолютно разумно, даже просто разумно. -...*Это разыскать дочь.* — И у Вас не осталось никаких друзей, приятелей, знакомых? — *Нет, нет, нет.* — Ваша дочь вообще получила, скажем, так, прекрасное образование, все шло прекрасно, и куда она подевалась, Вы сейчас не знаете. — *Не знаю, куда исчезла дочь, что стало с дочерью, я не знаю. Меня поместили в больницу, а что стало с дочерью, я не знаю.* — А какая-то родня, двоюродные братья, сестры, племянники есть у Вас? — *Нет, нет, нет.* — Никого нет, да? — *Нет, ну, двоюродные есть, но они не в Москве жили, и с ними не было контакта такого интимного, так что все равно, что нет никого.* — Да, то есть они не являются никаким аргументом в Вашей ситуации? — *Они ничем помочь не смогут.* — А органы власти, милиция пытались разыскивать дочь? — *Нет. Нет, ее нет, вообще...* — Вы, наверное, обращались с заявлением, правильно? — *С таким вот, по-настоящему возбуждением дела не обращалась.* — То есть уголовное дело об исчезновении дочери не возбуждалось, правильно я понимаю? — *Нет.* — А здесь, в клинике, Вы в каком отделении находитесь? — *Видимо, в психиатрическом.* — Это психиатрическая клиника, а отделение номер какой? — *Я не знаю.* — Не знаете. А палата у Вас большая? Сколько человек в палате? — *В палате шесть человек, по-моему. По-моему, шесть.* — Ну, приличные пациенты, надеюсь, да? — *Ну, тихие, безо всяких эксцессов.* — Тихие, да? То есть, чтобы напрягали Вас больные, такого нет, да? — *Нет, нет, нет, нет, нет.* — Персонал вежливый, обходительный? — *Да, персонал безупречный.* — Безупречный, жаловаться грех, да? — *Нет... Да, да. Я только удивляюсь тому, как они работают.* — За такие деньги, да? — *Восхищаюсь. Ну, я не знаю, какие это деньги...* — Большие. -...*Но, видимо, ну, они работают идеально. Они вызывают у меня уважение к их труду.* — Ну, хоть что-то. И со всеми у Вас хорошие и ров-

ные отношения, никто Вас не обижает? — *Со всеми, да. Нет.* — Сон как у Вас? — *Нормально.* — И утром чувствуете Вы себя отдохнувшей? — *Да, нормально.* — И скажите, пожалуйста, чем Вы занимаетесь целый день? Утром подъем, наверное, часов в семь, правильно? — *Часов нет в палате вот...* — Ну, я знаю распорядок, наверное, в семь часов подъем. — *Да, когда подъем, все по расписанию.* — И чем занимаетесь, Тамара Васильевна? — *Хожу взад-вперед.* — Вот так? Читаете что-то или не читаете? — *Мне нужна оптика для того чтобы читать, и что читать, ведь само читиво, ничего этого нету у меня. Я бы хотела читать.* — Вообще-то, в клинике есть библиотека своя. И если бы у Вас были очки нормальные... У Вас катаракты нет, да? — *Нет.* — Такое впечатление, что у Вас нормальные глаза. А есть что, близорукость, дальнозоркость, что есть? Читать можете, вот... — *Нет, я не смогу.* — Вот это видите, что написано? — *Нет.* — Специально написали. — *Нет, нет, не вижу, мне не видно.* — Не видно, да? — *Все расплывается.* — А вот так? — *Мне нужна оптика, без оптики не вижу ничего.* — А это реально, обеспечить, да, очки? Катаракта все-таки есть... Но она незначительная, даже без осмотра, я не окулист, но видно, что... А реально обеспечить, да, досуг какой-то? Все-таки, видите... (Лечащий врач: телевидение-то у нас есть). Ну, телевидение обижает Тамару Васильевну, здесь нужно читать что-то, и чем сложнее, тем лучше, правильно? — *Да.* — Что тут, не какую-то бульварную прессу читать, пошлятину... — *Нет.* — ...А читать нормальные вещи. — *Да, да. Периодику, если можно...* — Кант, Гегель. Или не интересовались этим? — *Хотя бы за периодикой следить.* — Тоже разумно. Так что мы у Вас должны учиться. Не смотреть телевидение, а читать серьезные книги, или же периодическую прессу какую-то, аналитическую, правильно? — *Да.* — Вы вообще-то интересуетесь тем, что происходит в стране, в мире? — *Ну, интересуюсь, да, что там украинцы баламутят.* — Баламутят украинцы, да? — *Это прямо травмирует меня.* — Переживаете Вы из-за этого, да? Все переживают. — *Да, переживаю.* — И вообще... — *Я в Харькове родилась.* — Да, нам сказала Оксана Викторовна, что Вы из Харькова, я на это обратил внимание, а сейчас там всякие такие вещи проблемные, да? — *Вот идет заварушка, заварушка, это меня травмирует.* — Переживаете, да? — *Переживаю.* — Это же город Вашей молодости, правильно? — *Нет, я...* — Сколько Вы там прожили? Вы просто родились и уехали? — *У меня в пятилетнем возрасте переехали родители в Москву. Мне было пять лет.* — А они кто у Вас были? — *Отец архитектор, мама детский врач.* — А отец архитектор известный? Что построил в Москве? — *Ну, я не думаю, что он известный, ну...* — Но строил, не разрушал, строил. — *Строил.* — А мама была детским врачом. Где она работала, в какой клинике? — *В районной поликлинике.* — Детский врач в районной поликлинике. Как ее звали? — *Ольга Семеновна.* — И умерла она от

чего, что с ней... — *Ну, возраст, возраст...* — Ну, приблизительно, я понимаю, что это может забыться. В каком возрасте умерла мама, приблизительно? — *Я не помню.* — Шестьдесят лет было уже, наверное, да? — *Больше.* — А от какой болезни умерла? — *Я не помню.* — Тоже трудно, да? — *Да.* — А отец умер позже матери или раньше? — *Позже.* — Позже, да? — *Да. Но они были в разводе.* — Он жил вне семьи, у него была другая семья, да? — *Детей не было других.* — А, то есть детей нет, сводных братьев и сестер у Вас не было, да? — *Нет.* — А Вы вообще одна, Вы в семье одна были, да? — *Да.* — И, насколько я знаю из того, что нам сообщила Оксана Викторовна, что Вы с мужем тоже разошлись потом, да? — *Да.* — Не совсем правильно он себя вел, правильно я понимаю? — *Ну, он пил.* — Пил, да? И он сейчас жив, или не знаете, нет информации? — *Нету информации. Знаете, при таком злоупотреблении алкоголем...* — Все бывает, все бывает. Бывает, что праведники умирают быстрее, чем те, кто всякие излишества практикуют. Но я в том плане, что Вы никакого отношения с ним не поддерживали после развода, да? — *Нет.* — А Вы какое образование получили? — *Институт международных отношений, юрист, юридический факультет.* — Международных, да? — *Да. Юрист-международник, специалист по международному и государственному праву, это так официально значилось.* — 95% Вам завидуют в плане специальности. Поступить в МГИМО — это было что-то невероятное. — *Сама поступила, я окончила школу с золотой медалью.* — Вот сейчас я с Вами беседую, и я чувствую, что, в принципе, может, и потому болезнь проявила себя таким образом, что у Вас изначально был высокий интеллект, понимаете? Это имеет большое значение протективное, когда высокий интеллект, у человека образуется масса связей между нейронами, которые даже болезнь не способна разрушить. Какой язык у Вас был рабочий? Английский? — *Французский.* — И что-то помните из французского? — *Ну, что-то помню, только без практики это все забывается, но восстановить это...* — Ну, скажите, пожалуйста, по-французски: “Вы все мне надоели, я хочу уйти от Вас”. Скажите по-французски, все равно тут, наверное, процентов тридцать французского не знают. — *(Говорит по-французски.)* — Чутьочку громче. — *Это я сказала: “Я думаю, что...”*, по-французски я сказала... — Да-да-да, чуть погромче, потому что... Потому что те, кто понимает, не улышат. — *Я не готова к тому, я... долго не говорила, и сейчас...* — Практика нужна, да? Практика нужна. — *Мне как-то не хочется и перед такой аудиторией, мне не...* — Уважаемой. — *Да, уважаемой. Мне не хочется...* — Вообще, Вы знаете, почему я так спросил? Потому что считается, что при некоторых состояниях человек забывает то, что было недавно, а помнит то, что было давно. Но вот если проверять вещами реалистичными, например, знание языка, на котором человек говорил в детстве, при некоторых заболеваниях это тоже пропадает, не так все просто в этой жизни,

понимаете? То есть память разрушается на те вещи, которые... Ну, что тут говорить? То, что давно было изучено, к сожалению, оно тоже забывается, и Вы чувствуете это, да? — *Ну, так я... Я сама себе задаю такой вопрос довольно часто, что, а как бы я сейчас смогла бы с французским текстом, как бы его воспринимать...* — А второй язык был какой, английский? — *Английский.* — Английский, да? — *Первый французский, второй английский. По-французски я говорила без акцента.* — Здорово, здорово. Тамара Васильевна, а такой еще к Вам вопрос. Кто-то из Ваших однокурсников стал известным каким-то дипломатом, политиком, экономистом? — *Ну, нет... Ну, дипломатами...* — Ну, Вы-то следили, наверное, встречи были? — *Так, чтобы известным, этого я не знаю, а то, что хорошую карьеру сделали...* — Многие, ну, с Вашим образованием там все делали хорошую карьеру. — *Хорошую карьеру делали.* — Там несомненно. Но министра иностранных дел ни одного не было с Вашего выпуска? — *Нет.* — Или все из Вашего выпуска? — *Нет, из нашего выпуска не было министров.* — Иностранцы тоже учились, наверное, да? — *Иностранцы, может быть, учились, но мне не учились.* — Вы-то учились, какой год, 48-й год, 49-й, в какой год Вы поступили? — *Это надо мне высчитывать.* — Ну, Вы 30-го года, поступили в 17 лет, наверное, да, сразу после школы? — *Да.* — Сразу после школы. — *В этот же год окончания школы.* — В этот же год, ну, это те... Наверное, даже если кто-то занимал какую-то должность серьезную, они, наверное, сейчас уже на заслуженном отдыхе, правильно? — *Конечно.* — Персональные пенсионеры. — *Глубокие пенсионеры.* — Глубокие. Но кое-кто может руководить, есть государства, где руководят до ста лет. Так что вот такие дела. Хорошо. Кое-что Вы нам сообщили, так, довольно интересные сведения, и чувствуется, что память у Вас еще более-менее, правильно, если не придирается? — *Я недовольна своей памятью.* — Я Вам говорил уже, что все присутствующие своей памятью недовольны. Кто доволен, это очень плохой признак. Поэтому тот, кто недоволен, тот еще имеет шансы, кто доволен... — *Ну, Вы меня утешаете.* — А зачем? Это наше призвание и задача, если не можешь помочь, что нужно сделать? — *Посочувствовать.* — Утешить. — *Утешить, посочувствовать.* — Но мы Вам еще и хотим помочь пойти дальше. И вот то, что Вам рекомендовала Оксана Викторовна, те лекарства, такое впечатление у меня складывается, что они воздействуют на Вас положительно, понимаете, то есть, есть эффект положительный. А вот такие движения губами, ртом, у Вас давно это появилось? Или Вы это не осознаете? — *Ну, я не очень за этим слежу, потому что с такой отрешенностью от... от...* — Не было... — Оральные автоматизмы видите такие вот?

Лечащий врач: Вижу, может быть, внутреннее волнение...

Ведущий: Вы так думаете, да? То есть хлорпро- тиксен не причем здесь, да? Руки не дрожат у Вас? Руки сухие, все нормально? Походка более-менее, да? Походка... Ходить можете, так, поддерживают, но ходите, да? — *Без поддержки я хожу.* — Без поддержки даже ходите, да? — *Без поддержки.* — А так, в целом, соматически чувствуете себя довольно крепко, да? — *Да.* — Кашля нет? — *Нет.* — Мочеиспускание нормальное? — *Нормальное.* — Стул, запоров нет? — *Запоры есть.* — Принимаете какие-то слабительные? — *Нет.* — Так обходится, да? — *Так все...* — Потому что язычок у Вас довольно хороший, такое впечатление, что желудок у Вас работает неплохо. — *Неплохо, я не жалуясь.* — И слух хороший? — *Слух, наверное, не очень хороший, наверное, я не проверяла.* — Занимались музыкой? В детстве занимались музыкой? — *Занималась, но тут, в этой области у меня...* — Таланта нет особого. — *Особого таланта не было.* — Но к языкам способности были, значит, слух был неплохой. — *Я недовольна своим музыкальным слухом.* — Понятно. Ну, это я уже не буду глубже Вас спрашивать по поводу... — *Посыпать солью, да, посыпать солью.* — Да. Ну, Вы недовольны памятью, музыкальным слухом, чем еще недовольны? Хватит? — *Ой, ну, я многим недовольна.* — Многим, да? У Вас очень серьезные к себе претензии и... — *Да, да.* — Серьезные, да? — *К себе серьезные претензии.* — Да. Очень поучительная получается с Вами беседа, а Вы хотели уйти. Очень поучительная. Я не скажу, в плане меня как психиатра, но в плане чисто человеческого очень интересно с Вами разговаривать. — *Ну, я польщена.* — Ну, что тут “польщена”? Я говорю так, как оно есть. Так что очень здорово, что Вы хоть капельку времени нашли, чтобы уделить нам, и мы с Вами вот так смогли пообщаться. — *Спасибо, вы... вы вежливые.* — Стараюсь. Спасибо Вам огромное, я не смею злоупотреблять Вашим доверием. Можно было бы еще с Вами поговорить, но так как Вы сказали изначально, что Вы не хотите с нами общаться, я не смею Вас задерживать. — *Нет, ну, Вы так грубо...* — Что, уже не хотите уходить? — *Так грубо сказано, “не хотите общаться”...* — А как? Деликатно скажите. — *А как деликатно?* — Да. — *А что я... Не... Не в таком состоянии, самочувствие не... не такое, чтобы так... именно такой контакт поддерживать, в такой форме, в форме контакта.* — Ну, Тамара Васильевна, Вы понимаете, что здесь сидят все высококвалифицированные специалисты, которые лишены бытового интереса, здесь исключительно профессиональный интерес. — *Профессиональный интерес.* — Здесь никого бытовые подробности не интересуют. — *То есть я подопытный кролик.* — Нет, Вы пациент, который демонстрирует неожиданные эффекты терапии, только из-за этого Вас пригласила доктор сюда. Мы всех рассматриваем как личности в первую очередь, и если сложилось у Вас впечатление, что мы Вас рассматриваем как подопытного кролика, это наша плохая профессиональная подготовка, понимаете? Не

сильно я закрутил? — *Сильно.* — Сильно? Нет, ну, я еще раз хочу сказать, что я очень доволен, что я встретился с Вами, потому что для меня действительно неожиданно из того, что сообщила доктор из Вашей жизни и истории болезни, и то, что я увидел на самом деле. Это на самом деле неожиданно. Вот мы с Вами разговариваем уже сейчас... Сколько минут, как Вы думаете? — *Не знаю, полчаса.* — Вот. Вы устали? — *Нет.* — А вот доктора устали, вот так-то. Понимаете? А из того, что разговаривает... то, что мне сообщили, если было бы все правильно, то, что мне сказали, Вы должны были бы сейчас устать, сказать, что “я не хочу”, все, вялая, плачете, а у Вас же ничего нет... — *Наоборот.* — Вы бодрая и способны говорить, я чувствую, возможно еще разговориться, и мы еще час-два можем говорить. — *Можем, можем.* — Можно? — *Ну, я могу.* — Вы можете, да, и не устанете. — *И не устану.* — И не устанете. А мы, а мы что? — *А вы устали?* — Нет, я не устал, я не устал, нет. Я действительно с интересом с Вами разговариваю, поэтому то, что интересно, как Вы сказали, это не утомляет, правильно?

Мы с Вами немножко так коснулись ситуации международной, политической. Вообще-то, следите только то, что сообщают по телевидению, читать-то Вы не можете никак, да? — *Читать я без оптики не могу, а у меня...* — Очков нет. — *Очков нет, ничего нет. Я с лупой читала, а здесь у меня ничего нет. Я не с очками, а с лупой, я не ходила к окулисту, я ухаживала за дочерью.* — И вот вернемся еще раз к той ситуации, которая Вас очень сильно травмирует. Вот Украина, что еще в мире происходит, что еще есть такого серьезного, что Вас беспокоит? — *Нет, я недостаточно слежу, и я...* — Не можете рассуждать, что там... — *...Это мое больное место, то, что я недостаточную информацию имею.* — Надо обеспечить доступ к информации, это нарушение прав человека, надо доступ... Изоляция информационная, правильно? — *Мне для того чтобы читать, нужна лупа, а у меня ее нет, здесь ничего нет.* — Да, я понимаю, потому что то, что говорят, это одно, но если бы Вы могли читать, это, конечно, Вы здорово... качество вашей жизни подняло бы на другой уровень. — *Да, да, да. Это серьезно. Я всем интересуюсь, у меня не пропал интерес.* — Я чувствую, вот в беседе с Вами у меня все больше и больше возникают сомнения в отношении того, что я услышал, не то, что Вы мне сообщили, а то, что записано в истории болезни, понимаете? Так что здесь очень много вопросов есть. Просто жалко, что у нас не получается обследование такое, как положено, но, тем не менее, косвенно я получил очень много информации, которая заставляет подумать над многими вещами. Так что вот так. У Вас есть какие-то вопросы к нам, ко мне, в частности? — *Ну, я не смею больше Вас...* — Нет, моя дорогая, обратная зависимость, это я не смею Вас задерживать. Если Вы еще не торопитесь, если... — *Но тут же целая аудитория.* Если Вы еще... Аудитория, я Вам уже говорил, они бу-

дут Вам благодарны, если Вы найдете еще пару минут, и с нами пообщаетесь. Может, у докторов есть какие-то вопросы? Я вижу, вот докторам просто не терпится задать вопросы. Ответите, если Вам зададут вопросы? — *Ну, я постараюсь.* — Постарайтесь. Если вопрос будет для Вас чем-то неприятен, тогда прямо скажите, мы не обидимся, хорошо? — *Хорошо.*

Ведущий: Прошу, доктора, если есть вопросы, Тамара Васильевна готова ответить.

— Тамара Васильевна, я хочу уточнить, почему Вас направляют, госпитализируют в психиатрическую больницу, как по Вашему мнению? Я так понимаю, что у Вас психика нормальная, да? Почему тогда? — *Я считаю, нормальная.* — А почему? — *Я над этим думала, и была травмирована вот в свое время тем, что меня именно в психиатрическую клинику кладут. Но потом я размышляла, и пришла к такому предположению, что у врачей другой взгляд на... статус психиатрического учреждения, то есть это, что больной... верней, на больного, которого госпитализируют в психиатрическое учреждение. Я предположила, что реактивное состояние может быть у совершенно нормального психически человека, это, считается, зависит от обстоятельств, что есть человек, и есть обстоятельства, в которых он находится, и если его травмируют обстоятельства, то это не значит, что он психически ненормальный. Вот я... я так это поняла, это мое личное, может быть, я неправа.* — Скажите, пожалуйста, вот Вы говорили, что госпитализация, и то, что дочь исчезла или пропала, вот я хочу уточнить, есть связь, вот Вас положили в больницу, и пропала дочь, это как-то специально сделали, чтобы дочь пропала, или как-то иначе? Почему она исчезла? Вот связано это с госпитализацией? Врачи тут, может быть, Вам как-то плохо сделали, хотя не хотели этого? — *Ну, тогда я должна рассказать, что я госпитализирована была не врачами, а я была госпитализирована... в общем-то, уголовниками.*

Ведущий: Это мы знаем, это доктор рассказала, мы в курсе. То есть Тамара Васильевна подняла очень серьезный вопрос соотношения биологического и социального, эндогенного и экзогенного в психических расстройствах. Это проблема колоссальной важности. Вот видите, Тамара Васильевна считает, что не все идет от эндогенного, кое-что идет и извне, и тоже приводит к психическим расстройствам. По этому поводу дискуссии... Вы не представляете, как Вы здорово понимаете проблему психиатрии. Как говорят, интеллект даже возраст не убирает.

Так, доктора, еще вопросы.

— Тамара Васильевна, Вам задавали уже этот вопрос, но я хотел бы повторить — а кто лечащий врач у Вас? — *Кто у меня лечащий врач? Я не знаю.* — Вас знакомили только что. — *Оксана Викторовна.* — Ну. — *Ну, вот... вот... Вы проверили мою память.*

Ведущий: Ну, и Вы продемонстрировали то, что Вы запоминаете, даже информацию, которая была

Вам сообщена недавно относительно. Хотя Вы, я думаю, все-таки знаете, Оксана Викторовна к Вам подходит. Раз доктор позаботилась о том, чтобы к Вам приехал консультант, чтобы я Вас посмотрел, значит, она очень ответственно относится к Вам и к Вашему здоровью. — *Ну, спасибо ей.* — Скажете ей так, уже наедине, это действительно интимная вещь. Кто еще имеет вопросы к Тамаре Васильевне, пожалуйста.

— Тамара Васильевна, скажите, пожалуйста, находясь здесь, в больнице, Вы следите за тем, какое сегодня число, месяц? — *Вы знаете, я стараюсь следить за тем, какой месяц, и считаю безнадежным проследить, какое число, обязательно собьешься, какое сегодня число, а месяц — это доступнее.* — Доступнее? И какой же сейчас месяц? — *Сейчас месяц, по моему мнению, февраль.* — Умница! — А какого года? — *Ну, 2015-го.*

Ведущий: Если Вы бы еще сказали, какое число, потому что я уверен, что кто-то не знает число сегодняшнее, один, но точно не знает. Какое число сегодня? — *Какое число сегодня, я не знаю.* — Ну, значит, здесь не один, несколько человек не знают. Хорошо, не будем называть, хорошо? А день недели какой? — *Никакой день недели, за этим я уже не следила.* — Сегодня, если я не ошибаюсь, 19 февраля. — *19 февраля, значит...* — Да. Сегодня, говорят, по буддистскому календарю новый год, так что если Вы бы исповедовали буддизм, я бы Вас поздравил с новым годом. Но так как мы исповедуем все, что можно и нельзя, с новым годом Вас. — *Ну, Вас также.* — Говорят, год то ли козы, то ли овцы, одним словом, очередная вот такая... приятное животное. — *Ну что ж, ну, я Вас тоже со своей стороны поздравляю.* — Спасибо. И докторов тоже мы поздравим с таким замечательным праздником, который... У нас буддистов в России, знаете, сколько? Много. Тоже наша религия. Так что все, вот видите, как складывается интересно.

Хорошо, если вопросов больше нет, мы тогда поблагодарим Тамару Васильевну. Тамара Васильевна. Спасибо Вам огромное, все-таки Вы немножечко нам времени уделите, и за это Вам спасибо огромное. — *Спасибо вам за то, что вы... заинтересовались моими проблемами.* — Спасибо Вам большое. Всего доброго, до свидания. — *Спасибо, до свидания.*

Ведущий: вот, уважаемые коллеги, мы с вами смогли получить, информацию какую-то от Тамары Васильевны — ну, то, что есть. Поэтому просьба огромная — перед тем, как предлагать больному конференцию, желательно получить у него согласие, несмотря на его статус, насколько бы мы ни считали, что он не понимает и не оценивает ситуацию, согласие необходимо. Тамара Васильевна нам как никогда это продемонстрировала. Мы не насильно ее удерживали, но это все-таки не очень правильно. Если пациентка говорит, что она не хочет, протестует против осмотра, тем более осмотра такого расширенного, мы обязаны ее поблагодарить и распрощаться.

Хорошо, но к сожалению, такое тоже бывает. Пожалуйста, теперь попросим лечащего врача провести разбор ее состояния. Расскажите, что мы увидели, как Вы расцениваете ее состояние, как Вы интерпретируете это в плане нозологическом, а потом доктора, кто считает нужным и возможным, и интересным, выскажут свое мнение, и потом, если вам будет интересно, я что-то скажу, мы подискутируем и будем считать, что мы получили какую-то полезную информацию и чему-то научились совместно. Прошу Вас.

Лечащий врач: Состояние пациентки определяется дефектом в мнестической и интеллектуальной сфере, достигающим степени деменции, а также специфическими процессуальными изменениями в эмоционально-личностной сфере в виде аутизации, отгороженности, не критичности, бредовыми идеями персекуторного характера, нарушениями в сфере мышления, более выраженными по органическому типу в виде обстоятельности, ригидности, тугоподвижности. Это, что мы наблюдали в отделении. Диагноз: деменция сосудистая с психотическими симптомами, преимущественно бредовыми. Данные объективного анамнеза у нас фактически отсутствуют, ну, это было до сегодняшнего дня, сегодня пациентка демонстрировала некоторые вещи, не свойственные ей в обычной жизни. Тем не менее, у нас есть описания пациентки в историях болезни ее дочери 1990 – 1993 годов, где она характеризуется как личность весьма своеобразная, не критичная к тяжелому психическому заболеванию своей дочери, с наличием расстройств мышления. Так, в одной из историй болезни дочери указано, что мать дает пространственные и расплывчатые анамнестические сведения, на основании которых трудно составить впечатление о больной. Есть данные социального обследования, в которых указано, что пациентка наша проживала в антисанитарных условиях, несла в дом мусор, заливала квартиру, неоднократно обращалась в полицию с жалобами бредового содержания. Сама пациентка высказывает стойкие бредовые идеи персекуторного содержания весьма вычурного характера, в далеком прошлом описывала эпизод, когда во время работы на радио ее облучали. Таким образом, можно предположить у нашей пациентки сосудистую деменцию с психотическими симптомами, преимущественно бредовыми, но нельзя исключить у нее развития ослабляющего процесса на фоне эндогенного заболевания, в пользу чего говорят расстройства мышления, описанные у пациентки, наличие специфических процессуальных изменений в текущем статусе, стойкость бредовых идей и их вычурность.

Ведущий: Спасибо. Вопросы есть к Оксане Викторовне. Вопросы нет, да? У кого есть какие-то другие мнения по поводу того, что вы увидели? Пожалуйста.

В. Г. Яровицкий: Здравствуйте. Яровицкий Владимир Борисович, доцент из Ставрополя. Ну, во-первых, я хочу сказать, что действительно, был большой диссонанс между тем, что мы услышали в докладе, и

тем, что произошло на клиническом разборе, потому что пациентка, в общем-то, продемонстрировала — ну, это, конечно, и мастерство опроса — достаточно неплохие, если не сказать больше, когнитивные функции, с тонкими замечаниями, с пониманием иронии, с достаточной живостью эмоциональных реакций, с некоторым кокетством, то есть то, что отличает относительно нормального человека в плане богатства эмоционально-интеллектуальных функций. Безусловно, есть нарушения памяти, безусловно, есть... ну, вот по закону Рибо, но в целом я бы оценил ее когнитивный статус как неплохой. Я не знаю, как там по краткой шкале психического статуса, но чисто клинически она достаточно хорошо схватывает ситуацию, достаточно так оперирует интеллектуальными событиями, и интересуется. И интерес сохранен, и сохранено эмоциональное сопереживание, и сохранено логическое построение мышления и поведения в данной ситуации. То есть речь идет о том, что сейчас когнитивный статус, в общем-то, хороший, относительно хороший. Тем не менее, мы знаем, что у нее были большие проблемы в поведении, и возникает вопрос, что доминировало в ее поведении, когда она вела себя по-бредовому и высказывалась по-бредовому.

Сейчас мы тоже увидели, прежде всего, бредовую настороженность, а не когнитивное непонимание ситуации. И вот тут доктор говорил, что ее предупреждали о том, что она будет осмотрена конференцией. Я думаю, что она не забыла, а вот сама обстановка такая, много людей, не совсем понятно, и она нам продемонстрировала, что она достаточно тревожна, достаточно подозрительна, напряжена, и не исключено, что при более детальных вопросах (мы от этого ушли), можно было бы выявить и сейчас бредовые идеи отношений и в частности персекуторного бреда.

Таким образом, очень сложно интерпретировать динамику болезни. Мы не знаем хорошо анамнез, но мы знаем, что она не понимала психические нарушения у дочери, которые были достаточно выражены, она сейчас не понимает, почему ее — ну, так говорит, во всяком случае — почему ее госпитализируют, то есть она не хочет понимать, потому что мышление у нее все-таки бредовое. Я думаю, что можно говорить о специальном нарушении мышления по типу паранойяльного, то есть стремление связать несвязуемое. Обострения болезни, видимо, манифестируют в результате аффективных нарушений, и тогда уже появляется некоторая бессвязность в поведении в мышлении, которая могла бы быть расценена как спутанность. Но, в общем-то, здесь большой вопрос, то ли это была спутанность, атеросклеротическая или какая-то другая органическая, то ли это было, в общем-то, возбуждение с бредовым поведением. Диагноз мне сказать очень сложно, мы видим периодическое какое-то течение, и не столь тяжелый интеллектуально-мнестический статус, как представлялось. Очень сложно, я бы не исключал даже какой-то эндогенный процесс с

таким периодическим течением, а сейчас уже, в возрасте, легкие когнитивные нарушения. Все. Спасибо.

Ведущий: Спасибо Вам огромное, здорово. Уважаемые коллеги, у кого еще есть замечания, суждения? Потому что больная действительно очень интересная. Может быть, даже и Оксана Викторовна не ожидала, что такое получится, но больная совершенно не так проста, как кажется, но здесь можно обсуждать, рассуждать, и привлечь, наверное, всю МКБ, чтобы объяснить состояние пациентки. Пациентка действительно очень своеобразная. Потому что вы прекрасно знаете, чем отличается деменция любого генеза от иных состояний — что нет обратного развития, все, что движется, оно движется, и если есть какое-то обратное развитие, серьезное улучшение, тогда уже возникает вопрос, правомочно ли было ставить диагноз деменция, то, что мы видим по отношению к нашей пациентке. Поэтому то, что продемонстрировала сегодня Тамара Васильевна, это действительно довольно интересно и необычно.

У кого есть еще суждения? Пожалуйста, молодые доктора, у вас, наверное, есть желание что-то сказать. Скромность — это путь в неизвестность, так что давайте, говорите свое мнение, даже если оно будет расходиться с мнением доктора, с мнением уважаемого коллеги. Правильного мнения здесь быть не может, потому что вопросов больше, чем ответов. Пожалуйста, свои суждения скажите, кто-нибудь. Никто не желает? У вас какое-то моторное оживление. Или на этом все кончилось, да? Есть у вас какие-то замечания? Да, пожалуйста. Другие мотивации.

М. Е. Бурно: По-моему, это больная с болезнью Альцгеймера. С угрюмой ворчливостью, нескритичностью, отрешённой грубоватостью. Сосудистый больной обычно тянется к психотерапии, а больной с болезнью Альцгеймера даже в самом начале сплошь и рядом не видит себя со стороны. Вот и больная жалуется на свой бок, на плечо. Критика серьёзно страдает. И видится душевное, личностное оскудение, посережение. То, что Курт Шнайдер назвал “снижением уровня личности”. Это уход из личности живой эмоциональности, живой индивидуальности, нивелировка личностных свойств. У сосудистых больных при этом много тревожности, раздражительности, истощаемости и всё же более или менее живого переживания. И критика к своему снижению на достаточной высоте в том отношении, что они в общих чертах понимают, в чём состоит это их снижение, в чем их заблевание, не бок, не плечо, а душевные “прорехи”, душевные трудности. Память плохая, трудно сосредоточиться, трудно собраться и так далее. И они даже преувеличивают эти трудности. А жалобам альцгеймеровского больного, в сущности, нельзя верить. Больная не узнаёт на конференции своего лечащего врача, не помнит, где её дочь, не тревожится о ней, не помнит, что сегодня ела, но считает, что память у неё хорошая, как говорят врачи. Не может сказать, что сейчас происходит на Украине, и в то же время —

“всем интересуюсь, интерес ни к чему не пропал”. Тамара Васильевна не просто (видимо, агностически) не узнала на конференции своего лечащего врача, а ещё и всерьёз, без критики, поблагодарила консультанта, пошутившего, что приехал на конференцию для того, чтобы познакомить её с её лечащим врачом. И ещё было немало подобного некритически-милого в поведении пациентки в клинической беседе с консультантом.

Но всё же больная отличается от многих других больных с болезнью Альцгеймера. Ярослав Богданович клинически развернул душевное состояние пациентки. То, что она была, скорее всего, весьма богата душевно до болезни. Как говорил Эскироль, это не бедняк, который никогда ничего не имел, а разорившийся богатч. Записал эти куски ее богатства: “Я привыкла к интимной беседе в камерной обстановке, а тут... Вы совершили вероломство надо мной, все это меня шокирует, эта аудитория. Где камерность, где интимный разговор?” Да, она читает, она читает периодику, она не хочет быть “экспонатом”, она ворчит, но она ворчит ведь не эмоционально, а односторонне и бесполезно, без живой обиды. Вдруг опять такие драгоценности: “Я польщена”. Или: “Я недостаточно имею информации, чтобы говорить о том, что там происходит, на Украине”. И в то же время: “Я всем этим интересуюсь, у меня не пропал интерес”. Вот такие куски прежнего богатства. Но специалист по французскому языку, социолог, юрист, доктор наук она не понимает простой фразы по-французски.

Ещё она сказала: “Я поняла здесь, в психиатрической больнице, почему меня сюда поместили, — потому что психиатры нынешние считают, что реактивное состояние у душевно здорового человека это то, что надо лечить в психиатрической больнице”. Это драгоценные куски душевного состояния, душевного богатства человека. И это все, думается, возможно у прежде умного, сложного человека в его нынешнем некритическом слабоумии. Видимо, дело тут не только в прежнем богатстве, но и в особой сложной нездоровой личностной доальцгеймеровской почве, наполненной этим богатством. Мы об этом мало знаем. Лечащий врач объяснила, что анамнез трудно было собрать — говорит то одно, то другое по причине “глубоких когнитивных расстройств”. Психотические галлюцинаторно-бредовые расстройства, идеи ущерба, как известно, часто встречаются у альцгеймеровских больных.

Мой покойный отец, психиатр, рассказывал, как слушал лекцию Ганнушкина. Ганнушкин демонстрировал на лекции больного с прогрессивным параличом, тоже глобальное, тотальное слабоумие, без критики. И Ганнушкин говорил студентам: “Видите, он не понимает, в каком он беспомощном, жалком состоянии, что, ничего уже не может делать как инженер...” И вдруг больной говорит: “Ну, что вы, профессор, я понимаю, как плачевно, ужасно моё положение”. И Ганнушкин как будто бы даже растерялся, как мне отец рассказывал. Вот такой “кусочек” прежней здоро-

вой критики обнаружился. Но это был только опять “кусочек”, который потом заслонился другими высказываниями. Высказываниями, которые показали, что это было случайное разумное высказывание, рядом с полным отсутствием критики в других высказываниях. Так, случается, больная с болезнью Альцгеймера, не узнающая своего сына, услышав, что это её сын, как будто бы даже шутит, восклицая: “Неужели?” Вот отличие от лакунарного снижения личности, например, сосудистого, там, где страдают интеллектуальные инструменты, но способность оценивать свое снижение еще долго остаётся. Потому в этом, сосудистом, случае возможна и психотерапевтическая помощь.

И ворчит Тамара Васильевна угрюмо-благодушно, не слабодушно, как сосудистая больная. Не истощается за долгую беседу. Ворчит, как женщина, внешне собранная, а внутренне бестолковая, в сущности, потерявшая себя.

Последнее, что хочу сказать. Сейчас деменцию позднего возраста берут к себе неврологи, не только на Западе, но и у нас уже. Московские и петербургские неврологи выпускают солидные книги о диагностике и лечении деменции позднего возраста. Та много важного, но тонкой психиатрической дифференциальной диагностики, психиатрической клиники там, конечно, мало, её не может быть у неврологов, для этого нужно быть предрасположенным к этому своей природой психиатром-клиницистом, чтобы увидеть эти душевные нюансы. Ярослав Богданович, конечно, расскажет об этом. Видимо, практичнее, чтобы этим занимались и неврологи, потому что тут батареи психологических исследований дают возможность прагматичнее видеть статус и в соответствии с этим технически подбирать лекарства. Специально подготовленные работники готовят схему, и невролог смотрит эту схему и в духе доказательной медицины назначает все эти лекарства. Но мне кажется, что эта область должна оставаться и в психиатрии тоже. Потому что тут важно психиатрически дифференцировать и возможно даже в некоторых случаях начала болезни Альцгеймера, когда ещё сохраняются крупницы критики, психотерапевтически помогать до поры до времени.

Спасибо, Оксане Викторовне, Самире Анатольевне, всем спасибо.

Ю. С. Савенко: Мне печально, что я увидел большую совершенно иначе, чем Марк Евгеньевич. Я тридцать пять лет работаю консультантом в больнице общего профиля, как консультант-психиатр, и за последние годы при старении населения меня постоянно вызывают к людям преклонного возраста. И я постоянно вижу, как врачи под гнетом жестких условий отпущенного времени на каждого человека бегут, торопятся, и там, где нужно немножко больше терпения, подольше поговорить, создать терапевтическую атмосферу, раскрывают совсем не то, когда пишут, беря на себя смелость: “Деменция, деменция, сосуди-

стая деменция”, а это просто их небрежность. Это очень печально, и статистика в результате здорово хромает. Я бы никогда не сказал, что эта больная, по крайней мере, то, что мы тут видели, дементна. И я, занимаясь экспериментальной психологической техникой, всегда удивлялся той легкости, с которой говорят о слабоумии, тогда как Векслер говорит только о рутинном интеллекте, тогда как на творческое мышление есть три фактора, и на каждый много десятков экспериментов. Есть парциальные способности, и это исключительно сложно и ответственно, говорить о деменции, нельзя этим злоупотреблять. Почему нет индексации на возраст? Что в этом возрасте мы видим в общей популяции? Короче говоря, вот те доводы, которые приводил Марк Евгеньевич, например, монотонность... Да господа, у нее вообще плохое настроение, она же в тревоге за дочь, она сама об этом говорит. Не узнала доктора? Так это же просоп-агнозия, и вообще, агностические, апатические и прочие — это же неврологические, а не психиатрические расстройства, это и есть инструментарий только. И мы прекрасно знаем, что больные с агнозией, афазией дают обратное развитие и доказывают сохранность.

В общем, я бы тут думал о параноиде позднего возраста, но не об Альцгеймере.

Ведущий: Спасибо огромное. Кто-то еще хочет сказать? Я соглашусь с Марком Евгеньевичем в том, что действительно, сейчас ситуация в клинической медицине такова, что очень многими проблемами, которые традиционно считались проблемами психиатров, усиленно занимаются неврологи. Причин много для этого, основная причина — это то, что этим стало выгодно заниматься, вы понимаете, да? Когда идут массовые исследования препаратов, когда терапия поощряется фармацевтическими компаниями, естественно, что интерес врачей к этому растет. Неврологи, мало того, что занимаются деменциями позднего возраста, они прицельно занимаются и аффективной патологией. И если молодые доктора будут так же активны, как сегодня здесь, от нас и шизофрению заберут неврологи. Чем будут заниматься психиатры, я не знаю, вероятно, будут на подхвате у неврологов. Поэтому молодые психиатры должны думать о какой-то своей территории, и ее хотя бы, извините за выражение, за столбить, чтобы было, чем заниматься в будущем. Так, как больного видит психиатр, так как он собирает анамнез, как он может обследовать пациента, найти в нем то, что действительно помогает диагнозу, а в конечном результате помогает и адекватной терапии, невролог не может, потому что они работают с периферической нервной системой. Мы работаем с душой, а душа — это очень сложное образование.

Я не буду сейчас касаться того, что мы не увидели и что мы не узнали, потому что это проще всего. Единственно, что можно было сделать, и, к сожалению, не было сделано, это уже повторно, у первого пациента, которого я смотрел здесь в клинике, тот же

был недочет, это не проведено магнитно-резонансное исследование головного мозга. Сейчас это рутинная процедура, в пожилом возрасте это необходимо делать. После шестидесяти лет в московской клинике пациент без этого исследования — это артефакт, это не совсем правильная работа. Я понимаю, что это сложно сделать, но у меня огромная просьба, если вы будете приглашать консультантов в будущем для диагностики гериатрических больных, пожалуйста, магнитно-резонансная томография, это рутинный метод исследования. Это рутинный метод исследования на Западе с 80-х годов, а сейчас уже после этого прошло чуть ли не сорок лет. Вы понимаете, для чего это нужно? Это не для того чтобы иметь какой-то академический аргумент в споре о диагнозе, а это для того чтобы правильно назначить терапию больному.

Теперь о том, что мы увидели. Состояние больной на момент осмотра соответствует понятию деменции? Я сказал, что не будет в отношении этой больной, и вообще в отношении какой-либо больной какого-то окончательного и правильного суждения. Но то, что мы сейчас увидели, состояние больной нельзя расценить как состояние деменции, даже мягкое. Шкалы, которые приводились, оценка по шкалам, вы должны четко представлять, что это не диагностические шкалы, это шкалы, которые позволяют вам в какой-то мере аргументировать диагноз, не больше того. Пациент может отказаться отвечать вам на вопросы по шкалам, и это не значит, что он, извините, страдает слабоумием, может быть, наоборот, он настолько высоко себя ценит, что вопросы, которые задают по шкалам, его действительно обижают, но это не значит, что такому больному нельзя поставить диагноз. Но у этой больной, которую мы сегодня видели, состояния деменции нет. У нее есть сохранная память в отношении ориентировки во времени — это, что в первую очередь нарушается при синдроме деменции. У нее она практически сохранна, за исключением памяти на число и день недели. Но она аргументировала, почему она это не помнит, потому что здесь все-таки социальная изоляция. Она ориентирована в собственной личности, она ориентирована в пространстве, она понимает, где она находится, что это психиатрическая клиника. Все эти данные в плане ориентировки не позволяют однозначно говорить, что у нее есть слабоумие. Уровень суждений, уровень умозаключений, аргументация — все довольно логично и последовательно. Мы не проверяли ее в плане интеллектуальных способностей, возможностей, не проводили какие-то прицельные исследования суждений, умозаключений. Это делал психолог. Но то, что мы здесь увидели, не дает нам оснований считать, что у нее разрушена когнитивная сфера. Она совершенно спокойно вступает в диалог, она имеет свою аргументацию и контраргументацию, она объяснила, почему она не хочет с нами общаться, она абсолютно небезразлична к тому, какое она произведет впечатление на нас. То есть она демонстрирует те показатели,

те критерии, которые не вполне совместимы с диагнозом деменции по статусу, которые прозвучали в заключение лечащего доктора. Хотя я еще раз говорю: то, что мы обнаружили во время исследования, не должно нас удовлетворять, потому что обстоятельства таковы, что нашей информации недостаточно, чтобы вынести какое-либо, скажем так, аргументированное суждение о состоянии больной и о заболевании, которым она страдает.

Речевая продукция у нее довольно богатая, словарный запас богатый, ассоциативная готовность высокая. Прозвучали ли здесь бредовые мотивы, можно ли говорить о бредовом состоянии нашей пациентки? Предполагать можно, судить точно — у нас нет достаточной информации по ряду причин. Но я должен согласиться, что все-таки настроение у нее параноидное, она трактует многие события, которые происходят, через свое представление параноидное. Она убеждена, что стационарируется по навету и по каким-то там... во всяком случае, стационарировалась какими-то преступными организациями, чтобы завладеть ее имуществом. Я думаю, что имуществом, несмотря ни на что, завладели все-таки в какой-то мере, но это совершенно не говорит о том, что больная не страдает душевным заболеванием.

Поэтому если говорить о статусе, у нас нет никаких аргументов, чтобы можно было сказать, что у больной есть явления деменции. Но можно ли сказать, что она когнитивно, интеллектуально сохранна в полной мере? Конечно, тоже это будет неправильно, если мы будем так рассуждать, потому что, если вы обратили внимание, она не способна к датировке автобиографических сведений. Она знает, что происходило, но датировать события совершенно не в состоянии. У нее совершенно, полностью потеряны профессиональные навыки, она не смогла произнести даже простую фразу по-французски, притом, что она им владела в совершенстве, это можно с уверенностью сказать. Уровень интересов, наверное, у нее снижен, все-таки, учитывая ее интеллект, предпосылки интеллекта, то, чем она сейчас довольствуется. Это не совсем сопоставимо, наверное, с ее возможностями и устремлениями.

То, что она не узнала лечащего доктора, можно расценивать даже не как агностические проявления, хотя, наверное, это тоже здесь присутствует в какой-то мере. Возможно еще и игнорирование по какой-то причине, может быть, это обида на то, что как она полагает, недостаточно ее информировали о том, что будет происходить сегодня на этой нашей конференции.

Поэтому если говорить о статусе больной, такие состояния, мнестико-когнитивные, можно расценить как что-то среднее между умеренно-когнитивным снижением, что не является еще деменцией, и мягкой деменцией, но тоже у нас нет достаточных аргументов, чтобы это говорить. Какой генез этого, сказать очень сложно. О сосудистой патологии, которая помогла бы

нам аргументировать сосудистый процесс головного мозга, и на фоне этого снижение памяти, у нас нет объективных данных. Нет сведений в анамнезе, что она страдает выраженной цереброваскулярной патологией, даже кардиальной патологии нет. Я не знаю, что окулист обнаружил при исследовании. Есть там ангиопатия, да? Но вот гипертонии в анамнезе не было. — *Анамнез неизвестен.* — Ну, я понимаю, там проблема... И здесь, в отделении, давление у нее более-менее нормальное, да? Нормальное. Поэтому у нас, если учитывать чисто объективные данные, нет оснований говорить о какой-то сосудистой, цереброваскулярной или кардиальной патологии. В статусе психическом, вы знаете, что свидетельствует о цереброваскулярном заболевании и о цереброваскулярной деменции? Это, во-первых, аффективные нарушения, как правило, депрессивного спектра, и слабодушие, астения. Астенические проявления — это то, что отличает сосудистых больных от больных с атрофическим процессом. Нам сегодня наша пациентка Тамара Васильевна не продемонстрировала слабодушия. Наоборот, у нее довольно, скажем так, хорошая продуктивность, которая не падала в течение беседы, она не демонстрировала истошаемости и утомляемости.

Теперь в отношении тех бредовых психотических эпизодов, которые у нее отмечались довольно длительное время, как нам в какой-то мере известно. Здесь сейчас можно это расценивать как абсолютно иное страдание, которое началось не очень понятно, когда, но по поводу которого больная испытывала... и persecutorные бредовые идеи были, и бред воздействия. Галлюциноз был здесь у нее? Неизвестно, да? — *Неизвестно.* — Ну, одним словом, был синдром, близкий к тому, что мы называем синдромом Кандинского-Клерамбо. На фоне психотических состояний у больной периодически появлялось совершенно нелепое поведение, которое во многом и было причиной стационарирования пациентки в клинику. Здесь можно рассуждать следующим образом. Очень часто мы видим у пациентов, которые страдают эндогенным психическим заболеванием в позднем возрасте, на фоне психотических расстройств признаки нелепого поведения и нелепое поведение. Это зачастую бывает обусловлено тем, что у пациентов к эндогенному заболеванию присоединяется атрофический процесс. И так человек устроен, что при наличии эндогенного психического заболевания присоединившийся атрофический процесс даже на начальной стадии демонстрирует такое нелепое поведение, которое иногда мы не видим и у пациентов на тяжелых стадиях слабоумия. Это такая особенность, особенность сочетания атрофического или атрофического васкулярного заболевания с эндогенным процессом. Мы здесь можем только рассуждать, но того, что у нас есть, достаточно для того чтобы судить. И, к сожалению, у нашей пациентки и восходящая наследственность — вот дочь больна, это точно установлено, эндогенным заболеванием, шизофренией, тяжелой, вы ей ставили катато-

ническую, чуть ли не злокачественную юношескую... — Да, это не я ставила. — Ну, Вы говорили, Вы общались. Поэтому у нас есть определенные аргументы для того чтобы предположить, я еще раз говорю, предположить, что наша пациентка страдает эндогенным заболеванием. Каким? Высокая вероятность, что это действительно шизофрения. Форма течения какая? Судя по синдрому, который она демонстрировала, это шубообразная, и по тому, что мы видим, это тоже непохоже на непрерывную шизофрению. Вы согласны со мной? И на рекуррентную тоже непохоже, потому что там аффекта практически никакого не было. Там был синдром Кандинского-Клерамбо, с идеями воздействия, с персекуторными идеями, который выходил время от времени в какую-то ремиссию. И вот сейчас, то, что мы видим на сегодняшний день, это состояние ремиссии в отношении ее эндогенного процесса. По-видимому, так оно и есть, и сочетание с альцгеймеровским или с альцгеймеровско-сосудистым поражением головного мозга — здесь не суть важно, но это начальные проявления, — это и дает нам вот такой особый статус. И в том, что мы обнаружили улучшение по когнитивному функционированию из 17 до 24 баллов, ничего удивительного нет. Там оценка была произведена в прошлом, и больная демонстрировала 17 баллов, это может говорить о том, что психическое состояние у нее было иное, психотический компонент, может быть, был более выраженным, и он изначально не позволяет больных оценивать по этой шкале. Состояние психоза и состояние аффекта очень сильно искажают данные по этой шкале. И вот такой микст позволяет больной демонстрировать те способности, тот статус, который мы с вами сегодня увидели.

Есть еще одна особенность сочетания альцгеймеровского и эндогенного процессов. Это то, что больные, которые болеют эндогенным заболеванием, имеют тенденцию к очень длительному течению альцгеймеровского процесса. Он может на такой стадии продолжаться десятки лет, сколько позволит жизнь больного. Вообще, довольно часто приходилось видеть пациентов, которые страдали и непрерывной злокачественной шизофренией в позднем возрасте, и шубообразной, к которой потом присоединился атрофический процесс. Он течет значительно мягче, чем болезнь Альцгеймера или деменция сосудистого генеза, так устроена психика человека. Чем это обусловлено, сказать сложно, есть разные предположения. Но клиника свидетельствует, что больные, которые изначально страдают эндогенным психическим расстройством, в последующем, при присоединении болезни Альцгеймера или сосудистой деменции, демонстрируют более высокую степень сохранности по мере продвижения болезни, и течет она очень долго на стадии мягкой деменции. Только на очень далеких этапах жизни атрофический процесс демонстрирует какую-то прогрессивность.

Если говорить о терапии, которую получает больная, конечно, еще раз говорю, данных обследования недостаточно, чтобы аргументировать полностью терапию, вполне возможно, что здесь есть еще и цереброваскулярные нарушения, но это можно обнаружить только при магнитно-резонансной терапии головного мозга. По-видимому, они есть, как правило, в этом возрасте без этого не обходится. Может быть, нужно было бы присоединить еще и какую-то нейротрофическую, нейропротективную терапию. Мы, как правило, рекомендуем пациентам, даже с эндогенным процессом, если они в состоянии ремиссии, нейропротективную и нейротрофическую терапию. Это никак не противоречит тому, что больная получает акатинол мемантин, вполне вероятно, что в данном случае он и показан. В плане нейролептической терапии она получает сейчас только хлорпротиксен в дозе 60 миллиграммов, я не ошибаюсь, да? Оправданно это? Ну, раз доктор назначает, он ее знает, значит, это оправданно, значит, для этого есть основания. Но единственный вопрос у меня к вам. У нее все-таки есть оральные гиперкинезы, которые можно расценить как побочный эффект препарата. И вы еще должны учитывать то, что хлорпротиксен обладает холинолитическим эффектом, а вы понимаете, что при альцгеймеровском поражении головного мозга как раз ацетилхолина и не хватает. Но полагая, что у больной мы имеем сочетание и эндогенного, и эндогенно-органического заболевания в виде начальных проявлений альцгеймеровских поражений головного мозга, по-видимому, обойтись без нейролептиков в данном случае представляется сложным, но нужно учитывать, что они имеют свое отрицательное воздействие, и желательно минимизировать отрицательный эффект.

Так что мое мнение таково, что больная страдает эндогенным процессом в виде шизофрении, вероятнее всего, шубообразного течения, но на фоне этого заболевания как основного присоединился сейчас альцгеймеровский процесс... возможно, в сочетании с сосудистым поражением головного мозга, это альцгеймеровско-сосудистое поражение головного мозга. Вот такой довольно сложный диагноз, и он в какой-то мере позволит нам объяснить статус пациентки, и почему у нее вдруг через два года более хорошие когнитивные показатели, чем были до этого. Потому что во многом ее плохие показатели в прошлом были обусловлены не столько альцгеймеровско-сосудистым поражением, альцгеймеровским поражением, а еще и психотическим состоянием, которое во многом искажало когнитивное функционирование.

Вот такое у меня мнение. Если у вас есть вопросы, пожалуйста, я готов на них ответить. Если вопросов нет, я благодарен вам за участие. Успехов вам, и не отдавайте свою территорию неврологам, при всем добром к ним отношении.

Экзогенный или эндогенный психоз?

А. С. Никольская, А. Г. Гофман, В. В. Ханьков, Т. А. Кожина

Известным фактом является увеличение в структуре нелегального потребления ПАВ доли препаратов, стимулирующих развитие психотических состояний. Это и “традиционные” группы стимуляторов и галлюциногенов, и новые модификации, например, смеси “спайс”. В связи с этим возрастает актуальность определения истинной этиологической принадлежности психозов, возникающих на фоне наркотизации, учитывая нередко сочетание химических аддикций с маскируемой ими эндогенной патологией, в т.ч. шизофренического спектра. Диагностические ошибки, в данных случаях, имеют следствием неадекватную терапию и значительное ухудшение прогноза. Рассматриваемый ниже клинический пример, на наш взгляд, представляет существенный интерес, позволяя проанализировать не только специфику психотических эпизодов пациентки со смешанной психиатрической и наркологической патологией, но и особенности мотивации к употреблению ПАВ, а также критического осмысления своего состояния.

Демонстрация больного на клинической конференции в отделе психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московского НИИ Психиатрии (филиал ФГБУ “ФМИЦПН” МЗ РФ).

Врач-докладчик А. С. Никольская: Уважаемый председатель, уважаемые коллеги! Больная Д., 1983 года рождения, проживающая в городе Москве, поступила в клинику 30 сентября 2014 года.

При поступлении предъявляла жалобы на преимущественно подавленное (но с резкими колебаниями) настроение, на галлюцинаторные проявления и идеи отношения, на нарушения сна, проявляющимися по-разному то трудностями засыпания, то увеличением продолжения сна, то поверхностным сном.

Анамнез: Пациентка отрицает наследственную отягощенность. Есть брат, младше на 2,5 года, употребляет наркотики со школьного возраста. Отношения с ним близкими никогда не были. Сведений о патологии беременности и раннего развития нет. Развивалась пациентка с опережением, к 5 годам могла бегло читать и писать. В среде сверстников была “заводилой”, обладая развитой фантазией, придумывала ролевые игры на тему приключений, ставила домашние кукольные спектакли. В школе до 9 класса училась на отлично, в коллективе чувствовала себя свободно, “дружила со всеми”. Всегда была эмоциональной, общительной, активной, любопытной, с разнообразными, но несколько переменчивыми интересами. Так, года 2 обучалась верховой езде, с

удовольствием ухаживала за лошадьми. С 14 до 17 лет общалась с “толкиенистами”, но “не вживалась в персонажи”. Нравились путешествия. С детства отмечает колебания настроения, которые усилились к подростковому возрасту, в течение дня настроение могло меняться от одного полюса к противоположному, “захватывала моноэмоция”. Не фиксировалась на этом, “думала, что так у всех”. Работоспособность всегда была наилучшей к вечеру, “готовилась к экзаменам по ночам”. С 9 класса интерес к учебе ослаб, стала прогуливать уроки, проводить время в компаниях, однажды убежала ненадолго из дома. Тем не менее, успешно закончила 11 классов, по совету родителей занималась с репетиторами и поступила в Сельскохозяйственную Академию. Учеба сразу не понравилась; — не прочитавшись года, сменила ВУЗ на педагогический. Там уже училась с интересом, посещала студенческие компании, ездила с институтскими друзьями в археологические экспедиции. Спиртное употребляла редко, состояние опьянения “не нравилось”. Раз 5 за всю жизнь пробовала ананас, которая “веселила”, но не более.

Осуществляя дипломную работу по теме “организация работы в системе национальных школ диаспор”, пациентка, собрав и проанализировав материал, обнаружила, что ее исходный посыл и выводы в принципе не верны. Решив, что подавать такую работу “неправильно”, она, к удивлению студентов и педагогов, отказалась от защиты диплома. Позже жалела об этом, хотела завершить образование, но “так и не собралась” из-за занятости на работе. Работала же по приглашению знакомых сначала в боксерской организации помощником руководителя, затем перешла в школу ножевого боя на более оплачиваемую должность. Везде обязанности были связаны с организацией работы учреждения, пациентка успешно справлялась с ними.

В 20 лет она вышла замуж “по девичьей влюбленности” за 38-летнего мужчину. Родила от него дочь. По ходу совместной жизни стали нарастать различия интересов, жизненных позиций, что привело через 3 года к разводу по инициативе больной. Ребенок с этого времени воспитывается бывшим мужем, на что пациентка легко согласилась, так как, несмотря на желанность беременности, с рождением дочери сразу поняла, что “не испытывает к ней той привязанности, какую ожидала”. При разводе “сразу было понятно, что отец лучше меня, матери”, так как “способен обеспечить дочери более комфортные условия проживания и лучшее воспитание”. Пациентка до последнего времени поддерживает с дочерью контакт,

видится с ней по выходным, помогает делать уроки, понимает, что той “нужна мать”. Однако, охотно играя с ней, замечала, что не скучает по ней в ее отсутствие. Размышляя об этом, стала тяготиться своим “неправильным отношением”, сделала вывод об отсутствии у себя “материнских чувств”.

В 27 лет (2010 год) познакомилась со своим вторым мужем. К этому времени ни он, ни она не употребляли наркотиков. Но, всегда испытывая по утрам недостаток активности, для успешной работы выпивала в первой половине дня по 4–5 чашек кофе. В Новогодние праздники с 2010 на 2011 год, в компании приятелей кто-то предложил использовать вместо кофе амфетамины — “одного раза хватает на весь день”. Она согласилась, считая опасными наркотиками лишь опиаты и анашу. Муж также “соблазнился”. Понравилось первичное состояние эйфории и то, что “не приходилось перебарывать лень”, все легко удавалось. Вскоре, вместе с мужем, перешла на ежедневный интраназальный прием наркотика утром, затем утром и вечером. Вскоре, “из любопытства” они стали вводить наркотики внутривенно в будние дни, отсыпаясь в выходные. Нравилось состояние наркотического опьянения, ощущение интеллектуальной продуктивности. “Под наркотиками” продолжала работать с небольшими перерывами на отдых, все дела спорились и доставляли удовольствие. В этот период пациентка и её муж проживали вместе с её братом и его женщиной — тоже потребителями амфетаминов.

Через полгода, с середины лета 2011 г., стало появляться ощущение, что вокруг происходит “что-то непонятное”, о чем “близкие, знают, но не говорят”, “необычность” ощущала в восприятии всего окружающего. Затем пациентка посчитала, что её компьютер “заражен особым вирусом”. В течение месяца неоднократно меняла на нем программы, обновляла систему.

В сентябре, после долгого перерыва зайдя в метро, вдруг почувствовала, что окружающие “все о ней знают и осуждают”, понимала это по их взглядам и обрывкам фраз. В этом ощущалась “опасность”. Затем стала подозревать, что за ее домом наблюдают через “потайные камеры”, искала их, разбирая домашнюю технику. Отсутствие камер не переубеждало. Окружающее начала оценивать как некий эксперимент над ней, “реалити-шоу”. Старалась избегать выходов на улицу, общалась лишь по Интернету.

В конце октября стала различать в голосах и шумах с улицы, слова, имеющие к ней отношение. К ноябрю “голоса” стали множественными, незнакомыми, всегда отчетливо слышались всегда извне, не было связи с реальными звуками. В этот период была не критична к ним, считая их “частью эксперимента”, в котором уже участвовали “все люди”. “Поняла”, что она должна “разоблачить тех, кто ведут это шоу”. Окружающие поделились на стремившихся помочь ей и “препятствующих”. Возникло ощущение “важно-

сти” событий в рамках “борьбы злых и добрых сил”. Нелепое поведение привело к объяснению с родственниками и госпитализации в психиатрическую больницу № 13, где пациентка находилась в течение месяца (26 декабря 2011 – январь 2012 г). Получала сначала инъекции галоперидола, потом до 8 мг рисперидона в сутки, была выписана с улучшением, “голоса” исчезли, но идеи “наблюдения” оставались. При снижении после выписки поддерживающей дозы до 4 мг рисперидона, вновь актуализировались идеи наблюдения. Однако, учитывая “психиатрический опыт”, выстроила и проанализировала доказательность “двух теорий происходящего” — первой, основанной на реальности психотических переживаний, и второй — предполагающей их “ирреальность”, то есть болезненность. Для подтверждения первой теории проходило “делать много допущений, которые не подтверждались экспериментально”. Это требовало вводить “новые допущения и “сущности”, наличие которых уже нельзя было проверить эмпирически”. Для объяснения второй теории, согласно которой ничего необычного вокруг не происходит, достаточно было “ввести только одну “новую сущность” — шизофрению”. Признав себя больной, она решила “научиться с этим жить” и “не обращать внимания”.

Через 1,5 месяца после выписки из больницы возобновила наркотизацию. На фоне приема первитина, возник “инсайт”, в котором прежние болезненные переживания окончательно перестали казаться действительными, полностью утвердилась критика к болезненным переживаниям. В течение суток количество “голосов” уменьшилось до 2-х (мужского и женского). Женский обращался к пациентке, реагируя на ее мысли. Содержание “голоса” было различным, “старалась не вслушиваться”. Далее перешла на “контролируемый” прием стимуляторов, в/в 1–2 раза в неделю. Таким образом, поддерживала себя в активном состоянии, прекращала на время прием с возобновлением “голосов” и идей наблюдения. В отсутствие приема наркотиков вся симптоматика обычно редуцировалась в течение 2–3 дней.

В апреле 2012 г самостоятельно обратилась в МНИИП. При поступлении предъявляла жалобы на ощущение “слежения” за ней при помощи “камер”, на “голоса” комментирующего и управляющего содержанием, на своеобразные состояния “ярких картин”, предшествующих снам, как правило тревожным, на потребность в амфетаминах для смягчения этих расстройств, на подавленное тоскливое настроение с ощущением “безысходности” в связи с этими переживаниями, нежелание что-либо делать. При поступлении отмечено, что пациентка внешне аккуратна, выглядит моложе своих лет, правильно ориентирована. Несмотря на декларируемую сильную подавленность, беседует охотно, свободно, откровенно. Мимика несколько оживлена, но вполне естественна, голос адекватно интонирован. Речь грамотная, с большим

словарным запасом, отражающим гуманитарное образование и начитанность. При весьма неплохом интеллекте отмечаются подчас трудности осмысления сложных вопросов, незрелость некоторых суждений. Существенных нарушений мышления, кроме некоторой обстоятельности, и лёгкого непостоянного рассуждательства в первичной беседе не было установлено. Отмечалась внешняя синтонность, адекватная реакция на шутку сочетается с несколько холодноватой рациональной оценкой ситуации с дочерью и прежним мужем, отношений с близкими. Характерно было открытое, подробное, спокойное, подчас с оживлением, изложение множественных патологических расстройств, в том числе таких ярких как опасение “быть убитой”. На момент беседы пациентка к ним, в основном, критична, но признаёт, что критика эта “временная”. Несмотря на высказывание “понимания” необходимости отказа от наркотиков, как условия излечения, заметна декларативность этой позиции.

Терапия была начата с назначения клопиксола-акуфаз по 50 мг дважды за 3 дня, и продолжена клопиксол-депо (200 мг в/м вместе с корректором), что полностью купировало психотическую симптоматику в течение недели. Далее последовало повышение общей активности, с возобновлением чтения. Через две недели состояние изменилось, появилась “тоска” со снижением интереса к окружающему. Это удалось нивелировать назначением вальдоксана (25 мг н/ночь) и ципралекса (20 мг в день). Был проконсультирован наркозависимый муж пациентки и начато его лечение.

В начале лета ципралекс, в связи с постоянным ощущением “недостатка энергии и активности” был заменен на эфевелон (150 мг/сут). Продолжала принимать поддерживающую терапию, не пропуская инъекции клопиксола депо. Работала на компьютере. Проживала с мужем, также бросившим прием наркотиков, и братом с его девушкой, продолжавшими наркотизироваться. Несмотря на лечение, отмечала вялость, особенно с утра, с трудом приступала к работе, уставала, явной подавленности не было. В конце июля, в ответ на предложение “старого приятеля” попробовать амфетамин, возникло убеждение, что она сможет “активироваться раза 2–3 и прекратить”. При первой же инъекции продолжила ежедневное введение стимулятора внутривенно, как правило, 1 раз в день, редко — 2. Возобновил прием наркотиков и муж. Активность пациентки действительно повысилась. Одновременно продолжала принимать лекарства. Примерно 20 сентября 2012 г. увидела престарелую соседку, которую считала умершей. Вдруг ей пришло в голову, что раз она её видит, значит, умерла сама. В ближайшие часы случайные, совершенно не имеющие прямого отношения к смерти обстоятельства, стали “накручиваться” как “доказательства” её смерти. Сразу же появились и “голоса”, подтверждавшие это. Пыталась с ними “спорить”, но

они обещали “доказательства” и она ощущала, что “начинает дрожать кровать” или ещё что-либо вонне происходит. При этом возникало ощущение “отсутствия биения сердца”. Других изменений своего тела или органов не ощущала. На высоте психоза появилась уверенность, что вокруг — загробный мир, все это сопровождалось страхом, предчувствием, что дальше ее ждет ад. Двойственно относилась к возникшему расстройству. Поверив, и придя в состояние “ужаса, она, тем не менее, связала свое состояние с наркотиками, прекратила их прием. Это привело к редукции симптоматики в течение 3-х дней, но сохранился безотчетный страх. Пациентке дома был введен клопиксол депо. Вновь обратилась в МНИИП с жалобами преимущественно на страх и тревогу. Лечилась с 27 сентября по 26 октября 2012 г. Получала венлафаксин (до 150 мг) и вальдоксан (25 мг), что привело к исчезновению страха, тревоги, нормализации суточной ритмики на непродолжительное время. На 7–8 день пребывания в отделении после периода неплохой активности настроение вновь снизилось, уже в сторону не тревоги, а вялости, грусти, снижения побуждений, физической “разбитости”. Ничем не могла себя занять, днем преимущественно спала. После замены венлафаксина на симбалту (по 60 мг утром и в обед) сразу отметила позитивные изменения и “появление психического комфорта”. Во время лечебного отпуска, приняла амфетамины, что спровоцировало обострение симптоматики. Утром по дороге в клинику возникла тревога, а затем появились “голоса, направляющие мысли”, после чего появилось вновь ощущение “внутренней изменённости, а затем — своей смерти”. В отделении со слезами призналась врачу, что “лишь сейчас поняла полностью, что наркоманка”, рассказала о многих “уловках, чтобы уговорить себя на наркотики”. В течение 2 дней вводилась зипрекса (в/м в общей дозе 35 мг за 4 инъекции). Ко второму дню “голоса почти стихли, ушли в глубину”, к третьему — исчезли, одновременно с бредовыми идеями смерти. После отмены препарата ощущение “смерти” восстановилось. На 4-й день назначен клопиксол-акуфаз (50 мг в/м), на 5-й — клопиксол-депо (200 мг в/м), удалось полностью купировать бредовые расстройства. Проявившаяся затем в структуре депрессии тоска тоже исчезла, но апатический компонент “застыл”. Состояние улучшилось после замены с 8 ноября утренней дозы симбалты (60 мг) фенотропилом (100 мг). С 28 ноября симбалта отменена, добавлено 50 мг фенотропила в обед. В последующие дни пациентка впервые стала говорить о вполне комфортном состоянии, отсутствии влечения к наркотикам. Посетив свою квартиру, уничтожила случайно обнаруженный запас амфетаминов, о чём с гордостью поведала. Вместе с тем, во время психотерапевтических бесед рассказала о проблемах нового восприятия себя “В употреблении наркотиков нравилась себе, так как была активной, всё легко решала, а теперь — не нрав-

люсь, так как нечем преодолевать лень, нет адекватной замены”. Призналась, что “так и не смогла найти ничего плохого в наркотиках, кроме угрозы сумасшествия, а этого мало”. В дальнейших беседах обсуждались сложности перехода к жизни без искусственной стимуляции. После выписки чувствовала себя хорошо, но на фоне сохраняющейся наркотизации бойфренда, брата и его девушки, стала ощущать жизнь тусклой. Возобновилась тяга к наркотику, нарастала апатия. Несколько помогало посещение групп АН, консультации в Институте. Успешным оказалось применение мелипрамина (до 100 мг в сутки), практически поднявшим настроение и активность на желаемый для пациентки уровень. С марта по июль 2013 г. пациентка много и продуктивно работала. Однако, уже в июле была “спровоцирована” другом и вновь возобновила прием стимуляторов, прекратив лечение. Однако, как только стали проявляться идеи отношения, чередовавшиеся с мыслями о своей “смерти”, она, будучи критична к психотике, сама прекратила наркотизацию.

С сентября по декабрь 2013 г. чувствовала себя “отлично”, не испытывая тяги к наркотикам и не принимая антидепрессанты. Затем “потускнело” настроение, снова возникла влечение к стимуляторам, и по совету “друга”, для снижения “тяги”, она попробовала покурить анашу. В результате возник наплыв галлюцинаций, продолжавшийся несколько часов. Затем галлюцинации стали менее обильными. Сама ввела себе клопиксол, значительного эффекта это не дало, и она возобновила прием амфетаминов.

В мае 2014 г. на фоне приема стимуляторов резко усилились “голоса”, идеи собственной смерти, сочетавшиеся с аффектом страха. Одновременно сохранялось понимание болезненности расстройств. Прервала наркотизацию, рассталась со своим наркотизирующимся бойфрендом. На этот раз “голоса” сами не исчезли, продолжали слышаться в посторонних звуках (шумах улицы, звуке вентилятора). После назначения трифазина (15 мг/сут) состояние нормализовалось в течение недели. Пациентка принимала поддерживающую дозировку 10 мг в течение 3-х месяцев. Все это время продолжала работать, с мая перешла с дистанционной формы работы на офисную. В августе после оговоренной с лечащим врачом отмены антипсихотической терапии сначала чувствовала себя неплохо, отмечался даже короткий “подъём активности”. Потом настроение стало снижаться, к октябрю появилось степени отчаяния — “никогда не вылечусь”. С этого времени присутствует суточная ритмика — с утра с трудом встает, заставляет себя собраться на работу, затем в какой-то момент она “включается”, появляется неестественная активность мыслей, которая ближе ко второй половине дня сменяется резким спадом, с подавленностью, усталостью, “прибитостью к земле”, ощущением пессимизма. Возобновилась тяга к наркотикам, которую пациентка преодолевала. Про-

консультировавшись с врачом начала принимать мелипрамин (50 мг/сут). Через 2 – 3 дня отметила появление в шуме транспорта или ином шуме “голосов”, комментировавших или обсуждавших её поступки и намерения. Далее стала относить к себе беседы людей на улице, ощущать “наблюдение камерами”. Эти проявления сохраняются и на фоне подавленности и даже усиливаются во время дневной активности. По вечерам стали появляться идеи собственной смерти. Всё это при полной критике к патологическим проявлениям. Был отменён мелипрамин, но психотическая симптоматика сохраняется, хотя и поблекла. Пациентка сама приняла решение о стационарном лечении.

Соматический статус: Ниже среднего роста, гармоничного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы естественного цвета, следов инъекций нет, кроме неярких давних “дорожек”. Язык чистый. АД — 115/60, пульс — 72 в мин. По внутренним органам без явной патологии. В анамнезе — хрон. цистит. Вчера перенесла стоматологическое хирургическое вмешательство.

Неврологический статус: Зрачки равномерны, с живой реакцией на свет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. В позе Ромберга пациентка устойчива. Лёгкий тремор кончиков пальцев рук ПНП выполняет точно. Рефлексы вяловаты, равномерны. Патологических рефлексов нет.

Объективное обследование. В анализах пациентки (крови, мочи, биохимическом крови) и при обследовании терапевтом, неврологом и окулистом у неё не было выявлено отклонений в сомато-неврологической сфере.

Психический статус: Аккуратна, хорошо одета, с умеренным макияжем. Ориентирована правильно. Держится скромно, несколько стеснительно, но с врачом разговаривает охотно, откровенно. Мимика и жестикация естественные, но скудноватые, выражение лица большую часть беседы грустное. Настроение снижено. Прежде всего, расстроена отсутствием устойчивости в состоянии, сменами подавленности и психозов. Рассказывает о своих состояниях с досадой, самоотчёт весьма точный, дифференцированный, отражает критичность пациентки к болезненным расстройствам, которые она давно анализирует. С огорчением, но и с самоиронией отмечает, что в последнее время стала “не доверять себе вообще”, подчас даже в нормальном состоянии задумывается — “а нормальное ли оно”. Всё реальное расценивает как “гипотезу реальности, которую надо ещё проверить”. Мышление вполне логичное, речь культурная, отражает начитанность и высокий интеллект. Суждения соответствуют в целом возрасту. Влечение к наркотикам в настоящее время отсутствует (пациентка всегда о нём честно рассказывала). Настроена на подбор терапии, которая подавит психотические расстройства и улучшит настроение.

В настоящее время пациентка свободно вступает в контакт, демонстрируя тонкое понимание смысла и подтекста вопросов, дифференцированные ответы, отражающие высокий интеллект, отсутствие патологических интерпретаций окружающего и иных психических расстройств. Можно отметить склонность к рассуждательству, особенно при анализе своих переживаний, но не уходящую от темы вопроса. Эмоционально пациентка своеобразна. Внешне адекватное реагирование на разные темы беседы сопровождается некоторой общей холодностью, рассудочной оценкой своих чувств параллельно их переживанию. Отсутствие значимых расстройств эмоционально-волевой и мыслительной сферы констатируется в двух клинических психологических заключениях — общем и по тестам Роршаха. В настоящее время можно констатировать этап становления ремиссии.

Таким образом, при поступлении статус определялся слуховыми экстрапроективными галлюцинациями в посторонних шумах, неяркими идеями отношения и преследования на фоне депрессивного, с признаками смешанности, аффекта с субъективным преобладанием апатии, диссомнических расстройств, при отсутствии “классических” проявлений депрессии в виде замедленности речи, моторики, мышления и полной критичности как к психотическим, так и к аффективным расстройствам.

Лечение. С учётом преобладания галлюцинозно-бредового компонента и особенностей аффекта, акцент был сделан на мягкой нейролептической терапии (флюанксол 3 мг в день), седативном антидепрессанте (леривон — 15 мг на ночь) и нормотимике (ламиктале 50 мг в сутки). В связи с лёгкой акатизией назначался также циклодол по 1 мг 3 раза в день. К 5 ноября “голоса” и бредовые проявления нивелировались, но сохранилось неопределённое ощущение “их возможности” и внутренней “настороженности”. Тревожили также яркие сновидения неприятного или наркотического содержания. После отмены леривона и вечернего циклодола эти сновидения исчезли, сон удлинился до 10 часов, по утрам отмечалась вялость. Тем не менее, пациентка читала и хорошо усваивала сложную психологическую и научно-популярную литературу, охотно обсуждала её с врачом, выявляя незаурядный интеллект, полную сохранность логических процессов, адекватные, хотя и сдержанные эмоциональные реакции. Доза флюанксолола в 2 мг оказалась оптимальной для восстановления хорошей активности и подавления психотики. Появилось субъективно позитивное настроение при почти полном исчезновении суточных колебаний состояния. В связи с выявленным комплексом психологических проблем, пациентка, по собственной просьбе, начала с интересом посещать психотерапевтические сессии.

Заключение психолога. Мимическая и пантомимическая экспрессия ярко выражена, сидит в свободной позе. Голос громкий, речь ускоренная по темпу,

многословная, высказывания последовательные, логически не противоречивые: подробно отвечает на вопросы, не теряя смысловую канву. Мышление ровное по темпу, иногда обстоятельное, без застреваний. Эмоционально открыта, настроена на общение, контакт с экспериментатором устойчивый с начала обследования. Мотив экспертизы достаточен с элементами тревожности за успешность в эксперименте.

Непосредственная память достаточна, без привнесений по кривой 7,8,9,9,9, в ретенции 8. Опосредованное запоминание также сохранно, пациентке доступно воспроизведение 13 слов-стимулов из 14. По результатам пробы “пиктограммы” нарушений мышления не выявлено, все образы и пояснения к ним адекватны, эмоционально насыщены. В целом мышление определяется как сохранное, основные процессы обобщения-абстрагирования, категоризации доступны. Понимание переносного смысла пословиц и метафор производилось в отвлеченной форме, однако с элементами соскальзываний на аналогичные поговорки. Категоризация в “исключении предметов” доступна, после верного ответа, пациентка перебирала остальные варианты, объясняя это тем, что “не всегда верит себе после психоза”. Материал, провоцирующий латентные признаки, вызывал лёгкие проявления резонерства, в результате рассуждений давались логичные ответы. При “сравнении понятий” категоризация проходила на хорошем обобщенном уровне. В классификации доступны сложные виды обобщения, выполнение методики осуществлялось с проявлениями элементов обстоятельности (дробление группы животных на диких и домашних), элементов разноплановости (перемещение карточек из группы в группу по разным основаниям). В результате были собраны 3 группы: “живая природа”, “люди”, “то, что человек создал своими руками”.

Таким образом, на момент обследования психическая деятельность пациентки характеризуется достаточно высоким уровнем памяти и мышления с особенностями в виде проявлений обстоятельности, некоторой разноплановости и тенденции к резонерству (как компенсации) на фоне тревожно-депрессивного отношения к результатам деятельности в эксперименте. В последующем исследовании тестом Роршаха не было выявлено никаких специфических процессуальных отклонений.

Мнение докладчика А. С. Никольской. Пациентка с детского возраста отличалась своеобразием. Она развивалась с опережением, отличалась высоким интеллектом и необычной для ее возраста самостоятельностью, сама попросила родителей определить ее в школу с религиозным уклоном. Также рано обнаружилась склонность к творчеству и развитая фантазия. Росла общительным, любопытным ребенком, легко заводя друзей, но и легко расставаясь с ними, избегая конфликтов, обычных в школьной среде. Обнаруживала разнообразные интересы, верховая езда, чтение

литературы, походы. Входя в молодёжные компании, оставалась “на дистанции”, скорее “интересующимся наблюдателем”. Переходный возраст протекал без выраженного пубертатного криза, пациентка сохраняла достаточно высокий уровень успеваемости и успешно готовилась к вступительным экзаменам в ВУЗ. В юношеские годы также проявила своеобразие в принятии важных решений. Пойдя на конфликт с родителями, сменила вуз, отказалась от защиты диплома, так как это не укладывалось в ее представления о том, что правильно, осознанно решила самостоятельно зарабатывать себе на жизнь. Наличие определённой необычности проблем проявилось во время первого брака с человеком, намного старшим по возрасту, и особенно в своеобразной “интеллектуализации” своих чувств к дочери и первых проявлениях ощущения собственного “бесчувствия” вне явных признаков депрессии.

Нестандартна и мотивация начала применения наркотиков (“вместо кофе”) для уже взрослого человека с незаурядным интеллектом, и дальнейшее развитие наркотизации. Зависимость развилась достаточно быстро, но при этом пациентке неоднократно удавалось ограничивать потребление наркотического препарата количеством, необходимым для продуктивной активности. Она оставалась социально адаптированной, успешно и много работала. За 4-х летнюю историю употребления стимуляторов не произошло характерного для таких ситуаций огрубения личности, концентрации интересов на наркотиках и соответствующей тематике. Пациентка сохраняла интерес к чтению, получению новых знаний, работе.

Клиника психозов, развившихся в состоянии интоксикации, характеризуется сложной структурой и также отличается от экзогенных галлюцинаторно-параноидных психозов с наплывом разнообразных галлюцинаций. Психозы протекали скорее по типу острого чувственного бреда, не достигающего стадии онероидного помрачения сознания. Первый эпизод начался с появления бредового аффекта и последующим развитием бреда инсценировки, перешедшего в манихейский бред борьбы “добра и зла”. В последующих 2-х психозах, ускоряется смена стадий и меняется общая фабула, преобладает меланхолический бред громадности, достигающий парафренического уровня: “Все люди мертвы, я мертва и как только я это осознаю в полной мере, окажусь в аду, где буду вечно мучиться”. Необычно то, что, несмотря на остроту переживаний, пациентке удалось достаточно быстро “логически доказать” себе их болезненность. Все психотические эпизоды, кроме последнего, были привязаны к употреблению амфетаминов, что не позволяло исключить экзогенный характер психозов. Если вначале прекращение наркотизации способствовало их обрыву, то в дальнейшем усугубляло симптоматику. В периоды между психозами на фоне воздержания от

наркотиков отмечались явления ангедонической депрессии и идеями самообвинения.

Наконец, следует отметить, что осенью 2013 и ранней осенью 2014 г., вне наркотизации и лечения, отмечались отчётливые периоды немотивированно приподнятого настроения с повышением продуктивности, а в депрессивных эпизодах всегда обнаруживался в той или иной степени компонент “смешанного” аффекта, наиболее выраженный в настоящем обострении, протекавшим с выраженными суточными “скачками” аффекта.

Клинический анализ. Яркие психотические расстройства возникли у личности изначально необычной, с чертами шизоидности и гипертимности, что отражалось на всех особенностях её взаимоотношений с окружающими и самооценке. На фоне наркотизации у своеобразной личности возникали болезненные состояния, которые могут трактоваться по-разному.

1. Экзогенные психозы на фоне интенсивной наркотизации амфетаминами. В пользу этого предположения говорит лишь сам факт начала болезненных проявлений в связи с потреблением наркотиков и дальнейшая их привязка к наркотизации. Однако динамика появившихся эпизодов не характерна для амфетаминовых психозов, отличающихся относительной бедностью, однообразием и неустойчивостью фабулы и, как правило, спонтанной редукцией расстройств при отмене наркотиков.

2. Шизоаффективное расстройство на фоне наркотизации. В пользу этого диагноза свидетельствует и характерная динамика психозов, от измененного аффекта через чувственный бред к бреду с парафренией, а также аффективная (депрессивная) окраска второго и третьего эпизодов, отсутствуют выраженные специфические расстройства мышления и эмоциональной сферы (за исключением свойственных больной и ранее особенностей). Характерна и дальнейшая смена психотических состояний “чисто” аффективными расстройствами.

3. Шубообразная параноидная шизофрения. Фабула наблюдавшихся психотических расстройств могла бы быть присуща этой нозологической форме. В пользу диагноза могла бы говорить определенная аутистичность, свойственная пациентке, стремление уводить разговор в сторону абстракций, склонность к рассуждательству и элементы резонерства. Однако и при внимательной беседе, и во время патопсихологических исследований степень этих проявлений не выходит за рамки личностных особенностей. Не выявляется опоры на латентные признаки, нет откровенной нелепости в высказываниях, зато обнаруживается эмоциональная теплота, откликаемость.

4. Биполярное аффективное расстройство (БАР) с преимущественно депрессивными фазами, психотическими проявлениями. Этому диагнозу противоречит, в первую очередь, первый психотический эпизод, когда отмечалась отчётливая “классическая” для рас-

стройства шизофренического спектра динамика, а также отсутствие каких-либо признаков аффективных фаз на предшествующем этапе жизни.

Таким образом, наиболее вероятный диагноз: шизоаффективное расстройство у личности шизоидного типа (экспансивного шизоида), становление ремиссии.

Сопутствующий диагноз: синдром зависимости от амфетаминов в стадии ремиссии.

Предлагается следующая терапия:

1. Лекарственная: ламиктал для стабилизации аффекта и предотвращения развития депрессивных или смешанных эпизодов в течение года и более. Антидепрессант и активирующие дозы нейролептика (флюанксол) для преодоления апатического компонента депрессии.

2. Психотерапия: повторение через 3 месяца эмоционально стрессовой методики для нивелирования тяги. Психотерапия, направленная на изменение самооценки и, отчасти, на формирование новых жизненных установок.

Посещение группы АН.

Прогноз: учитывая решительный настрой пациентки на полный отказ от приема наркотиков, личностную сохранность, сохранность когнитивных функций, нетипичную для зависимости такого рода социальную адаптацию на высоком уровне, отсутствие провоцирующих факторов в виде неблагоприятного влияния среды (никто из близкого окружения пациентки не принимает наркотики), прогноз может быть благоприятным.

Мнение м.н.с. В. В. Ханькова. В первую очередь хочется поблагодарить докладчика за качественно собранный анамнез, адекватную оценку статуса и подробный клинический анализ случая. Можно подчеркнуть, что через всю жизнь пациентки проходят рефреном шизоидные черты в виде постоянного самоанализа с оценкой себя и своих переживаний, действий, как бы “со стороны”, маскируемого её активностью, формальной “экстравертностью”. При формальной социальной адаптированности и ментальной сохранности, эта особенность явно помешала пациентке реализовать в жизни высокий интеллект и разнообразные способности, создать семью (зато помогла осознать патологию). Её статус явно не соответствует потенциалу. Однако, нет и малейших признаков нарастающих негативных ментальных проявлений, причём как процессуального, так и “наркотического” спектра. Более того, пациентка за последнее время стала более критичной к психотическим и аффективным расстройствам, к наркозависимости. Она всё более чётко формулирует свои психологические проблемы, чего ранее не наблюдалось, и что, на мой взгляд, существенно повышает необходимость и перспективы именно психотерапевтической составляющей в последующей терапии. С диагностической оценкой и общим планом лечения полностью согласен, но, может, стоит оставить пока ранее выставлен-

ный диагноз “БАР, с преобладанием депрессивных (с признаками смешанности) расстройств на фоне ремиссии зависимости от психостимуляторов”.

Мнение зав. отделением, к.м.н. Т. А. Кожинвой. Необходимо поблагодарить докладчика за хорошее изложение материала и тщательно собранный анамнез. Постановка диагноза у данной пациентки, на мой взгляд, будет определяться принадлежностью к психиатрической школе. Тут возможны вариации от БАР с психотическими симптомами до острого шизофреноподобного психоза в рамках экзогенной интоксикации. Если обратиться к анамнезу, то следует отметить, что в детстве пациентка отличалась активностью, подвижностью, быстрым включением в ситуацию, что во многом определяется достаточно высоким уровнем интеллекта, легким установлением контактов с окружающими, но, на мой взгляд, достаточно поверхностных и не глубоких. У пациентки никогда не было близких друзей, которым она была бы по-настоящему предана. Характерологически она ближе к экспансивному шизоиду. Особо следует подчеркнуть ее сверхрациональное, холодное, равнодушное отношение к ребенку с отсутствием теплоты, любви и материнской привязанности. Сама больная несколько цинично заявляет о “рациональном” подходе к вопросу взаимоотношений с ребенком “Выполняю то, что должна — гуляю, контролирую правильность исполнения домашних заданий, помогаю”, однако, “если муж возьмет и увезет ее, скажем во Францию, полностью освободив меня, я не знаю, как поведу себя, скорее — ничего не изменится”. Это говорит о высшей степени эмоциональной холодности и, наверное, эмоционального дефекта. Имеются указания на то, что с детства отмечались колебания настроения, с преобладанием депрессивных проявлений, что особо проявилось в пубертатном возрасте. Был депрессивный эпизод со снижением настроения, снижением активности, работоспособности, тягостным ощущением, вплоть до отчаяния и суточной динамикой. Утренние часы являлись для нее наиболее тягостными, что говорит обычно об эндогенном характере депрессии. Затем на фоне массивной интоксикации ПАВ возник психоз, который вначале был похож на экзогенный — вербальный галлюциноз, иллюзорное восприятие окружающего, бредовая трактовка происходящего. Но, в отличие от типичного экзогенного психоза, который отличается кратковременностью существования, он получает свое дальнейшее развитие и приобретает характер настоящего эндогенного психотического расстройства. Возникает бред инсценировки, острый чувственный бред преследования, бред Котара с нигилистическими проявлениями. После купирования острого состояния, можно было бы ожидать выход в личностный дефект, однако в настоящем в статусе отмечается относительный учет ситуации, логичное мышление, хорошие самоощущения и самооценка, критичное отношение к тому,

что произошло, готовность сотрудничать с врачами. По исполнению психологических тестов, как и в беседе, не удастся выявить значимых нарушений мышления. Скорее всего, речь идет о периодической (рекуррентной) шизофрении по старой классификации. Если укладывать заболевание в рамки МКБ-10, то следует ставить диагноз шизоаффективного расстройства. Прогноз во многом будет определяться аккуратностью приема поддерживающей психофармакологической терапии, а также отказом от приема ПАВ.

Итоговое заключение проф. А. Г. Гофмана. Характерологически больная относится к группе экспансивных шизоидов, отличается своеобразием, но с активной жизненной позицией. Свообразие личности проявляется на всех этапах жизни: нестандартные интересы в детстве, сочетание лидерства с дистанцированием от вохождения в группы, отказ от защиты диплома и, фактически, высшего образования из внутренних “идейных” соображений, особенностью самооценки с недооценкой перспективы. Следует отметить самооценки, постоянный анализ (с юности) себя и своего состояния до психоза, во время психоза и после него. Это отразилось и на отношении к ребенку, любовь к которому она не смогла ощутить “как представляла” в силу шизоидных особенностей личности, при которых может отсутствовать материнский инстинкт.

На фоне употребления наркотических веществ развилась психотическая симптоматика, необычная для любого вида наркотика. Экзогенные психозы имеют свои закономерности развития — клиника ограничивается, как правило, бредом преследования, продолжается на фоне потребления ПАВ и достаточно быстро заканчивается после его отмены. Здесь же наблюдалась “классическая” картина шизоаффективного эпизода, когда бредовое настроение сменяется чувственным бредом преследования, затем присоединяется вербальный галлюциноз, далее бред Котара с элементами нигилистического бреда. В быстром развитии критики сказалась изначальная вышеупомянутая гиперрефлексия.

Сейчас, несмотря на стремление больной говорить на тему психоза, сами рассуждения не носят характера пустого рассуждательства, скорее представляют собой попытку самоанализа.

Для эндогенных психозов, в частности для шизоаффективного его варианта, с сечезновением продуктивной симптоматики характерен переход в преимущественно аффективные расстройства по типу БАР,

тенденцию к чему мы и наблюдаем у пациентки. Причём несколько усугубляется “смешанный” характер аффекта с большой амплитудой суточных колебаний.

Данные экспериментального исследования выявили великолепный интеллект, хорошую память. Даже в тесте Роршаха не удалось обнаружить признаков специфических процессуальных нарушений.

Таким образом, пациентка находится на переходной границе спектра шизоаффективных расстройств, но с учетом интересов пациентки и ее возможной работы, **диагноз** следует оставить прежний: **биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный (преимущественно депрессивный) эпизод с психотическими проявлениями. Сопутствующий: Синдром зависимости от амфетаминов в стадии ремиссии.**

Прогноз во многом зависит от окружения пациентки. Когда наступят очередные колебания настроения, а пациентка отличается лабильностью с детства, при высоком уровне сознательности и понимания “умом”, будет попытка компенсировать их с помощью наркотиков. В остальном так и останется всю жизнь холодноватым шизоидом.

Лечение:

В первую очередь коррекция и профилактика аффективных расстройств с помощью ламиктала. На ближайшие месяцы целесообразны минимальные дозы атипичных нейролептиков без седативного компонента. Применение антидепрессантов — с большой осторожностью, только при явных проявлениях депрессии.

Психотерапия безусловно может быть продуктивной, но возможны сложности при поиске психотерапевта, способного поддерживать беседу с пациенткой об интересующих её вещах, мнение которого имело бы для нее вес.

В заключение отметим высокий уровень подготовки материала демонстрации, а также безусловный интерес наблюдения, как сложного по диагностике и лечению. Сложности связаны с сочетанием выраженных личностных особенностей, злоупотребления вызывающими психотические расстройства веществами и эндогенной патологии аффективного и процессуального спектров. Соответственно, терапевтические подходы требуют более тщательного продумывания и своевременной оценки динамики, обязательного учета превалирования того или иного уровня патологии на момент применения препаратов.

Временное выбытие недееспособного лица из психоневрологического интерната

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос о допустимости временного выбытия недееспособного лица из психоневрологического интерната, наделенного в отношении данного лица опекунами функциями. Указывается на неурегулированность данного вопроса в законе, что приводит к отказу недееспособным гражданам во временном проживании в кругу семьи, выезде на отдых. Приводится позиция прокуратуры и Верховного Суда РФ по данному вопросу, фактически санкционирующих нарушение прав человека недееспособных граждан. Анализируется нормотворческая и судебная практика в регионах, а также законодательные инициативы Совета Федерации. Вносятся предложения по разрешению возникшей ситуации.

Ключевые слова: психоневрологический интернат; права и обязанности опекуна; права человека недееспособных граждан

Выполнение опекунами обязанностей в отношении недееспособного лица, помещенного в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, возлагается, как правило, на указанное учреждение. Исчерпывающего перечня прав и обязанностей опекуна законодательство не содержит. Они установлены нормами ГК РФ, СК РФ, Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» (далее — Закон об опеке и попечительстве), Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об охране здоровья), Законом о психиатрической помощи и некоторыми другими законодательными актами. Многие не прописанные в законе права и обязанности опекуна выводятся и реализуются исходя из общих целей и задач опеки, а также особенностей каждого случая, потребностей конкретного больного.

Одна из важных составляющих процесса реабилитации недееспособного, проживающего в психоневрологическом интернате (далее — ПНИ), — налаживание его отношений с родными и близкими. Существует практика, в т.ч. закрепленная законодательством субъектов Федерации, когда таким лицам разрешается временно покинуть интернат и некоторое время проживать вместе с членами своей семьи (или в неродной семье) с согласия последних. Однако, поскольку закон такое временное выбытие подопечного прямо не допускает, органы прокуратуры, а затем и Верховный Суд РФ сочли такую практику незаконной. Подробности дела таковы.

Приказом Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 27 июня 2012 г.

№ 188-о.д.-н были утверждены Правила временной передачи совершеннолетних недееспособных граждан, проживающих в бюджетных стационарных учреждениях социального обслуживания Ивановской области, в семьи совершеннолетних граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации (далее — Правила).

Зам. прокурора Ивановской области обратился в Ивановский облсуд с заявлением о признании Правил противоречащими федеральному законодательству и недействующими, ссылаясь на то, что документ принят с превышением полномочий, поскольку гражданское законодательство, определяющее права и обязанности опекунов, находится в ведении Российской Федерации. Правила противоречат п. 1 ст. 29, ст. 35 – 37 ГК РФ, ст. 2, ч. 1 ст. 15, ч. 5 ст. 11 Закона об опеке и попечительстве, ч. 2 ст. 7, ч. 2 ст. 16, ст. 18, 39, ч. 1 ст. 41, ст. 43, 44 Закона о психиатрической помощи, поскольку устанавливают не предусмотренные федеральным законодательством полномочия опекунов по временной передаче недееспособных граждан в семьи граждан. Прокурор указал, что временная передача подопечных из ПНИ гражданам исключает исполнение интернатом обязанностей опекуна в отношении выходящих лиц. В связи с этим нарушаются права на эффективную социальную защиту лиц, по состоянию здоровья не способных проживать самостоятельно и не способных понимать значения своих действий, а также их права на надлежащий уход и обеспечение достойного уровня жизни.

Решением Ивановского облсуда от 23 июля 2013 г. по делу № 3-31/2013 заявление прокурора было удовлетворено частично.

1. Был признан недействующим подп. «а» п. 13 Правил, согласно которому на гражданина, в семью которого временно передан обслуживаемый, возлагается обязанность нести ответственность за жизнь и здоровье обслуживаемого в период его временного пребывания в семье. Департамент соцзащиты, по мнению суда, не

вправе возлагать какие-либо обязанности на лиц, не являющихся опекунами в отношении недееспособных граждан, поскольку данное полномочие выходит за рамки полномочий органа опеки, предоставленных ст. 8 Закона об опеке и попечительстве. В соответствии с ч. 6 ст. 15 Закона об опеке и попечительстве при временном отсутствии подопечного в месте жительства, в частности в связи с учёбой или пребыванием в медресе, осуществление прав и исполнение обязанностей опекуна в отношении подопечного не прекращается. При временном выбытии недееспособных граждан из учреждения социального обслуживания такое учреждение не утрачивает статуса опекуна и сохраняет все права и обязанности, установленные ст. 36 ГК РФ, которые не могут быть переданы иным лицам, не являющимся опекунами недееспособного.

2. Суд отверг довод прокурора о том, что на федеральном уровне не предусмотрена возможность временной передачи недееспособных лиц из ПНИ в семьи принимающих их граждан. При этом суд сослался на п. 25 Положения о психоневрологическом интернате (утв. приказом Минсоцобеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. № 145), касающийся выбытия престарелых и инвалидов.

Суд не согласился с утверждением прокурора о том, что полномочия органов опеки, предусмотренные ГК РФ, являются исчерпывающими и не могут быть расширены субъектом РФ. В соответствии с ч. 2 ст. 8 Закона об опеке и попечительстве законами субъектов РФ могут быть предусмотрены иные полномочия органов опеки.

Суд нашёл необоснованными доводы прокурора о нарушении прав недееспособных лиц на лечение и получение психиатрической помощи в случае временного выбытия из интерната, поскольку решение о временной передаче недееспособного в семью принимается с учётом состояния его здоровья.

Согласно Правилам недееспособный гражданин, проживающий в стационарном учреждении социального обслуживания, может быть временно, на срок до 30 календарных дней (в исключительных случаях на срок до 45 дней), передан в семьи совершеннолетних граждан, постоянно проживающих на территории РФ, по желанию последних. Решение о временной передаче подопечного принимается руководителем учреждения после обследования территориальным органом департамента соцзащиты населения жилищно-бытовых условий гражданина, принимающего подопечного в свою семью. Конкретные сроки пребывания подопечного в семье согласовываются между учреждением и этим гражданином в целях обеспечения непрерывности процессов лечения или реабилитации (социальной, медицинской, психологической, педагогической) обслуживаемого.

Представители Департамента в суде пояснили, что в таких случаях ПНИ не освобождается от обязанностей опекуна в отношении выбывших граждан, что имеющиеся на территории области 6 интернатов не относятся к учреждениям закрытого типа. Принятие указанных Правил было обусловлено интересами недееспособных граждан, их правом на социализацию, на свободу передвижения, на общение. Тем самым Департамент реализовал полномочия по защите прав и законных интересов недееспособных.

Однако с выводом Ивановского облсуда, не принявшего доводов прокурора, не согласилась **Судебная коллегия по административным делам Верховно-**

го Суда РФ (определение от 23 октября 2013 г. № 7-АПГ13-7), указав следующее.

Права и обязанности опекунов установлены ст. 35 – 37 ГК РФ. Согласно п. 4 ст. 31 ГК РФ к отношениям, возникающим в связи с установлением, осуществлением и прекращением опеки и не урегулированным настоящим Кодексом, применяются положения Закона об опеке и попечительстве и иные принятые в соответствии с ним нормативные правовые акты РФ. Нормы законов субъектов РФ не должны противоречить Закону об опеке и попечительстве (ч. 3 ст. 3). Ни ГК РФ, ни Законом об опеке и попечительстве, ни Законом о психиатрической помощи (ч. 2 ст. 7) не предусмотрена временная передача недееспособных граждан, проживающих в учреждениях социального обслуживания, в семьи граждан. Ссылку на п. 25 Положения о психоневрологическом интернате нельзя признать правильной, поскольку данной нормой предусмотрена возможность временного выбытия из ПНИ престарелых и инвалидов. О недееспособных лицах в нём речи не идёт.

Судебная коллегия определила отменить решение Ивановского облсуда в части отказа в удовлетворении заявления прокурора и вынести новое решение, которым признать Правила не действующими в полном объёме.

Точка зрения прокурора и выводы Верховного Суда РФ, которые укладываются в формулу: “что не разрешено, то запрещено”, представляются неубедительными. Они ведут к нарушению прав человека недееспособных граждан. Позиция Департамента социальной защиты Ивановской области и областного суда в большей мере соответствует интересам недееспособных граждан.

Действительно, возложение на принимающих граждан обязанности отвечать за жизнь и здоровье лица, находящегося под опекой ПНИ, неправомерно. Вместе с тем, в законодательных актах трудно, да и нецелесообразно перечислять все возможные и допустимые действия опекуна по социализации больного. Временное выбытие недееспособных получателей стационарных социальных услуг в семьи их родственников или в “отпуск” к другим лицам законодательством специально не предусмотрено, так же как *не предусмотрено и запрет на такое выбытие*. Среди норм, касающихся прав и обязанностей опекунов, нет нормы, о том, что опекун в лице интерната не вправе при определенных условиях разрешить подопечному временно покинуть стены интерната. Если ПНИ, выполняющий опекунские функции, опираясь на мнение врачебной комиссии, результаты обследования условий жизни принимающей стороны, иные данные и исходя из интересов недееспособного, не выявит оснований для запрета временного выбытия недееспособного, он вправе дать на это свое разрешение.

Пребывание подопечных в семьях граждан — одна из необходимых практик. С её помощью готовится почва для возможной выписки недееспособного гражданина из интерната в порядке, предусмотренном ч. 2 ст. 44 Закона о психиатрической помощи. Она позволяет выяснить, справится ли принимающее

физическое лицо с обеспечением ухода за недееспособным, способно ли оно в дальнейшем к выполнению опекунских функций, способен ли сам недееспособный находиться вне ПНИ.

Утверждение зам. прокурора Ивановской области о том, что в связи с временной передачей недееспособных в семьи нарушаются права недееспособных на эффективную социальную защиту, надлежащий уход и обеспечение достойного уровня жизни, бездоказательно и опровергается практикой. Оно выводится лишь из того обстоятельства, что временная передача исключает исполнение интернатом опекунских обязанностей. Между тем, интернаты, исполняя функции опекунов, не способны выявить и выразить интересы каждого своего подопечного, даже никогда не покидающего территорию интерната. Практика наделения опекунскими функциями учреждения, в которое помещается недееспособный гражданин, неминуемо приводит к конфликту интересов: учреждение предоставляет гражданину услуги по его медицинскому и социальному обслуживанию и одновременно, исполняя функции по защите прав и законных интересов такого гражданина, контролирует качество предоставляемых ему услуг. ПНИ как исполнитель социальных услуг не заинтересован в изменении условий проживания своего подопечного, в т.ч. в части количества и качества предоставляемых услуг в зависимости от его индивидуальных потребностей. Не случайно законодательство некоторых государств устанавливает запрет в отношении выполнения опекунских функций самим учреждением.

К сожалению, позиция прокуратуры и Верховного Суда РФ по данному вопросу получила свое отражение в специальном **письме Минтруда России от 25 августа 2015 г. № 12-3/ООГ-12440**. Примечательно, что письмо отсутствует в свободном доступе. Судя по ссылкам, приводимым на него органами исполнительной власти ряда субъектов РФ, министерство не владеет темой. Текст письма содержит “оргвыводы” без необходимых рекомендаций для органов опеки, ПНИ, а также множество юридических несуразностей. В частности, говорится, что “опека над совершеннолетним недееспособным гражданином регламентируется Законом о психиатрической помощи”, что “законодательством не предусмотрена временная выписка из психоневрологического стационара (на выходные или каникулы)”, что функцию опекуна исполняет “администрация” учреждения и пр.

Цитируя данный документ, органы исполнительной власти на местах стали отказывать всем без ис-

ключения родственникам недееспособных граждан, находящихся в ПНИ, в возможности, как и раньше, брать их домой на праздники, летний период и т.д.¹ Министерства не идут гражданам на встречу и не разрешают ПНИ отпускать подопечных домой, даже несмотря на то, что органы опеки и попечительства не отказывают гражданам в назначении их опекунами на время выбытия недееспособного в семью. Многие интернаты, готовые отпустить подопечных на праздники, боятся ослушаться поступившей директивы из Минтруда России и не отпускают подопечных даже при наличии заключения врачебной комиссии ПНИ о том, что подопечный может временно покинуть интернат в “домашний отпуск”.

В регионах стали приниматься нормативно-правовые акты, предусматривающие временное выбытие из ПНИ лишь дееспособных лиц. Так, в п. 3.3.6 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Республике Татарстан (утв. постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 декабря 2014 г. № 1100) сказано, что временное выбытие дееспособных получателей социальных услуг из ПНИ осуществляется по их личному заявлению в соответствии с порядком, установленным договором о предоставлении социальных услуг, и оформляется приказом директора (руководителя) интерната. О недееспособных лицах в документе не упоминается. В результате, руководители интернатов пошли по линии наименьшего сопротивления. Казанский ПНИ, например, не стал изыскивать законные пути предоставления домашних отпусков своим подопечным и, отказывая родителям недееспособных в предоставлении подопечным “домашнего отпуска” со ссылкой лишь на данный акт, резюмировал, что “таким образом, практика домашних отпусков в интернате прекращена”.

Некоторые ПНИ пошли еще дальше: в своих уставных документах они стали устанавливать прямой запрет временного выбытия из интерната недееспособных клиентов. Такой запрет установлен, например, Уставом Полетаевского ПНИ².

Позицией, изложенной в определении Верховного Суда РФ от 23 октября 2013 г. № 7-АПГ13-7 стали обосновывать свои решения и суды, рассматривающие многочисленные заявления граждан о признании незаконным отказа ПНИ в выдаче разрешения на временное выбытие недееспособного для проживания в семье. Суды отказывают в удовлетворении заявлений граждан на том основании, что недееспособные

¹ Так, в ответе Минтруда Республики Татарстан от 11 сентября 2015 г. № 16-26/П-8862/6188 на обращение гр. П. по поводу временного выбытия из ПНИ ее недееспособных детей, в отношении которых она утратила опекунские функции в связи с их помещением в интернат, дается лишенная правового смысла рекомендация: “На основании изложенного в случае отсутствия медицинских показаний гражданин имеет право забрать недееспособного родственника из интерната и оформить над ним опекунство или попечительство”.

² См. решение Советского районного суда г. Челябинска от 4 августа 2015 г. по делу № 2-1927/15.

лица могут временно выбывать из ПНИ только к опекунам³, что истец не представил суду доказательств нарушения оспариваемым отказом каких-либо прав и охраняемых законом интересов⁴.

Вместе с тем в части регионов РФ, невзирая на вынесенное Верховным Судом РФ определение, принимают вполне обоснованные акты, в которых исходя из интересов недееспособных граждан подробно регулируется порядок их временного выбытия из ПНИ.

Так, распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 4 декабря 2013 г. № 380-р утверждены Методические рекомендации по организации временной передачи недееспособных граждан, находящихся в организациях, оказывающих социальные услуги, в семьи граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации. В документе говорится, что временная передача таких лиц в семьи не является формой их устройства и осуществляется в интересах недееспособных в целях улучшения качества их жизни, наиболее полного удовлетворения их жизненных, эмоциональных, психологических потребностей, обеспечения наиболее полной социально-психологической адаптации к жизни вне учреждения, организации отдыха и досуга. При принятии решения о временной передаче, определении длительности периодов и сроков его пребывания в семье учитывается пожелание самого недееспособного лица на основании заключения врача учреждения о возможности выбытия. Выявление пожелания подопечного в форме письменного опроса проводится сотрудником социальной службы в обстановке, исключающей влияние на него заинтересованных лиц. Результат опроса хранится в личном деле подопечного. Орган опеки по месту жительства гражданина вправе оформить заключение о возможности временной передачи подопечного гражданину без пребывания в указанном жилом помещении. Гражданин может брать недееспособного в дневные часы в соответствии с распорядком дня учреждения; выехать с ним на отдых (оздоровление) с размещением на территории объектов санаторно-курортного лечения и отдыха, лечебно-оздоровительного и иного назначения с предъявлением турпутёвки.

Такая деятельность, на наш взгляд, заслуживает поддержки. Нам известны случаи, когда недееспособные лица, проживающие в ПНИ, получают “отпуск”, отправляются в другие регионы (в частности, приезжают в Москву и самостоятельно обращаются в правозащитные организации, в т.ч. НПА России, по поводу защиты своих прав, получают такую помощь) и благополучно возвращаются назад. Их состояние мо-

жет при этом несколько ухудшиться, что возникает обычно в связи с нерегулярным приемом назначенных им лекарственных препаратов во время, когда они находились без присмотра врачей ПНИ и родных.

Некоторая свобода действий предоставляется и недееспособным, имеющим “домашнего” опекуна. Так, одна из недееспособных москвичек, опекун которой находится в длительной командировке за границей, по путёвке местного органа социальной защиты населения и с ведома органа опеки не раз самостоятельно выезжала в г. Сочи и проходила там санаторно-курортное лечение.

По нашему мнению, при разрешении данной правовой ситуации следует руководствоваться, наоборот, принципом: “что не запрещено, то разрешено”. Необходимо также иметь в виду, что институт недееспособности и опеки претерпевает реформу в сторону его демократизации. Согласно вступившим в силу со 2 марта 2015 г. поправкам в п. 3 ст. 36 ГК РФ при осуществлении опеки должны учитываться мнение и предпочтения недееспособного лица. Медицинским организациям или ПНИ приходится самим определять “программу действий”, например, по обеспечению развития (восстановления) способности подопечного понимать значение своих действий или руководить ими. Решение этой непростой задачи вытекает из положений новой редакции ст. 36 ГК РФ.

При таких обстоятельствах ПНИ, не снимая с себя опекунских полномочий и не делегируя их частично другим гражданам, вправе совместно с органами опеки и попечительства разрабатывать и утверждать правила проведения мероприятий по реабилитации и социализации своих подопечных, включая порядок временного выбытия таких лиц из интерната.

Практике медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, известно такое понятие, как *лечебный отпуск*. Больному предоставляется возможность определённый срок находиться вне стационара с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Лечебный отпуск служит одним из методов восстановительного лечения психически больных. Больные на время лечения не отрываются от реальной жизни, от семьи, что значительно уменьшает возможность развития явления “госпитализма”. Периодические визиты больного в семью подготавливают почву для его возвращения в неё. Благодаря лечебным отпускам в процесс лечения вовлекаются не только больные, но и их семьи, окружающие на работе и дома. Такая форма психиатрической помощи способствует формированию правильного отношения граждан к лицам с психическими расстройствами.

До настоящего времени действующей является Инструкция о порядке оформления и учёта лечебных отпусков в психиатрических и психоневрологических стационарах, утверждённая приказом Минздрава

³ См. решение Балаковского районного суда Саратовской области от 5 марта 2015 г. по делу № 2-355(2)/2015.

⁴ См. апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Удмуртской Республики от 4 июня 2014 г. по делу № 33-1946/2014.

СССР от 2 февраля 1984 г. № 125. При этом вопрос о нарушении прав пациентов “на надлежащий уход и обеспечение достойного уровня жизни” органами прокуратуры за эти годы не ставился.

В соответствии с Инструкцией лечебные отпуска могут быть пробными (для оценки стабильности достигнутого лечебного эффекта) и регулярными (в целях поддержания и стимуляции социального статуса больных); краткосрочными (на несколько часов в течение дня), средней продолжительности (от 1 до 3 дней) и длительными (от 3 до 7 дней). Лечебный отпуск предоставляется врачебной комиссией в составе зав. отделением, лечащего врача и ещё одного врача-психиатра. Пациент получает из стационара необходимые медикаментозные средства на всё время нахождения в отпуске. Пациент может быть отпущен в отпуск даже самостоятельно, если у него нет близких родственников, проживающих в данной местности. В случае невозвращения пациента в назначенный срок лечащим врачом стационара и участковым психиатром ПНД по месту жительства пациента выясняются причины невозвращения и в зависимости от состояния пациента принимаются меры к его возвращению, либо он выписывается.

Запрет на предоставление лечебного отпуска распространяется лишь на больных, которые по своему психическому состоянию представляют опасность для себя или окружающих, а также на лиц, проходящих СПЭ, ВВЭ, МСЭ и другие виды экспертиз, или находящихся на принудительном лечении.

Установление абсолютного запрета лицам временно покидать стационар или интернат по мотивам их недееспособности представляет собой дискриминационную меру, не согласующуюся с нормами Конституции РФ и международного права.

Для разрешения возникшей ситуации органам опеки и попечительства можно рекомендовать воспользоваться своим правом назначения недееспособному лицу двух (нескольких) опекунов (ч. 6 – 9 ст. 10 Закона об опеке и попечительстве). Если функции опекуна выполняет ПНИ, в котором проживает подопечный, то на время его выбытия для проживания в семью орган опеки вправе назначить ему “внешнего” опекуна — физическое лицо, к которому он выбывает для проживания. При этом в акте органа опеки должны быть расписаны обязанности “внешнего” опекуна (обеспечение подопечного уходом и т.д.). Решение органа опеки о возложении на гражданина, в семью которого временно передается подопечный ПНИ, обязанности нести ответственность за его жизнь и здоровье без указания о том, что эти функции он выполняет в качестве опекуна (соопекуна) неправомерно. На это вполне обоснованно указал в приведенном выше решении от 23 июля 2013 г. Ивановский облсуд.

Тем не менее, органы опеки, не умея ориентироваться в правовом пространстве, вновь и вновь избирают заведомо юридически ущербную, неконструктивную практику, ставя под удар не только себя, но и

недееспособных граждан, а также их близких. Так, в письме отдела по опеке и попечительству Администрации Авиастроительного и Ново-Савиновского районов Исполнительного комитета г. Казани от 22 октября 2015 г. № 02-04-18-553 на имя директора АУСО “Казанский психоневрологический интернат” готовится, что на П.Л.А. “возлагается ответственность за охрану жизни, здоровья и законных прав и интересов недееспособного П.В.С. на период его временного пребывания с 26.10.2015 по 26.11.2015 по адресу...”.

Что касается позиции Судебной коллегии по административным делам Верховного Суда РФ, то последовательной ее назвать никак нельзя. И этим обстоятельством следует непременно воспользоваться при защите прав недееспособных граждан. Взысканное всеми определенное от 23 октября 2013 г. № 7-АПГ13-7 в полной мере “перекрывается” принятым позднее определением этой же судебной инстанции по другому делу.

Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда РФ (определение от 16 июля 2014 г. № 50-АПГ14-2) оставила без изменения решение Омского облсуда от 10 апреля 2014 г., а апелляционную жалобу Правительства Омской области — без удовлетворения.

Омский облсуд удовлетворил заявление Васильева С. А. — отца недееспособного Васильева А. С., находящегося в БСУСО “Пушкинский психоневрологический интернат”, и признал недействующим п. 26.1 Положения о порядке и условиях предоставления стационарного социального обслуживания в государственной системе социальных служб Омской области (утв. постановлением Правительства Омской области от 9 декабря 2009 г. N 235-п) в части слов “в течение календарного года”. В этом пункте предусматривалось, что срок временного выбытия граждан из учреждений социального обслуживания не может превышать 1 месяца в течение календарного года⁵. Суд указал, что, установив иной срок временного выбытия из ПНИ, орган власти субъекта РФ вышел за пределы своей компетенции, ухудшил (ограничил) права граждан на временное выбытие по сравнению с федеральным законодательством, изменив основной принцип предоставления социальных услуг, а именно принцип соблюдения прав человека и гражданина.

Васильев С. А. ссылался на то, что с 2013 г. администрация ПНИ ограничивает время его общения с сыном в домашней обстановке, поскольку согласно оспариваемой норме общее время выбытия из интерната в течение календарного года не может превышать 1 месяца. За период с января по февраль 2012 г. его сыну было предоставлено 113 дней отпуска, в 2013 г. — всего 32 дня, в предоставлении дополнительных дней отказано со ссылкой на п. 26.1 оспариваемого акта. Он указал, что оспариваемая норма нарушает его права и

⁵ Согласно Положению о психоневрологическом интернате (утв. приказом Минсоцобеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. N 145) временное выбытие граждан из ПНИ на период не более 1 месяца не ограничено календарным годом.

права сына-инвалида на общение, препятствует социально-трудовой адаптации инвалида в условиях домашней обстановки, реализации прав и обязанностей, предусмотренных ч. 2 ст. 38 Конституции РФ.

Суд посчитал убедительными доводы заявителя о нарушении его прав, а также прав его сына, состоящем в ограничении срока временного выбытия из ПНИ и времени общения с ними.

Суд признал необоснованными доводы представителей областного Правительства о том, что оспариваемая норма необходима для осуществления контрольных функций стационарного учреждения социального обслуживания за опекаемыми гражданами и предоставления мест в ПНИ всем нуждающимся, стоящим в очереди. Суд указал, что является недопустимым исполнение органами государственной власти субъекта РФ своих обязанностей за счет уменьшения объема прав пожилых граждан и инвалидов.

Судебная коллегия не нашла оснований не согласиться с выводом суда о нарушении прав как заявителя, так и его сына, являющегося инвалидом II группы с детства и признанного недееспособным, на максимально возможное пребывание в привычной социальной среде, на социальную адаптацию вне стационарного учреждения.

Таким образом, на этот раз Судебная коллегия Верховного Суда РФ не только не нашла ничего предосудительного в том, что недееспособные граждане отпускаются из интерната в “отпуск”, но даже отвергла довод областного Правительства о необходимости сокращения отпускного срока в целях осуществления интернатом контроля за опекаемыми. Судебная коллегия расценила сокращение отпускного срока как нарушение прав и самого недееспособного и его близких родственников. Логично предположить, что абсолютный запрет недееспособным лицам покидать интернат тем более был бы признан данной коллегией судей нарушением прав граждан.

* * *

В настоящее время Госдумой принят к рассмотрению законопроект (№ 879343-6), разработанный группой сенаторов, концепция которого предусматривает так называемое смешанное опекуновство, когда функции опекунов выполняют совместно физическое и юридическое лицо. Законопроект устанавливает приоритет исполнения функций опекуна физическим лицом перед их исполнением организацией, в т.ч. и в ситуации, когда возникает потребность в помещении недееспособного в ПНИ. Наличие “внешнего” опекуна у подопечного, проживающего в интернате, по замыслу авторов законопроекта, позволит обеспечить решение проблемы “закрытости” положения граждан, нуждающихся в специализированном уходе и надзоре, и тотального попиранья их прав и свобод.

Законопроект вносит дополнения в ст. 44 Закона о психиатрической помощи, предусматривая основания для временного выбытия из стационарного учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих

психическими расстройствами, на срок, превышающий 24 часа. Такими основаниями являются:

– заявление лица, страдающего психическим расстройством, которому предоставляются социальные услуги. В заявлении указываются цели выбытия, период отсутствия, место планируемого проживания, информация о лице, которое будет обеспечивать присмотр и уход в этот период. Недееспособный гражданин, который по своему состоянию не способен подать заявление, временно выбывает из учреждения по заявлению его законного представителя.

– заявление родственников лица, иных граждан или организаций об обеспечении присмотра и ухода за ним. В заявлении организации указывается порядок обеспечения присмотра и ухода за выбывающим лицом. В отношении недееспособного лица основанием является заявление его законного представителя о согласии с его временным выбытием и обеспечении присмотра и ухода за ним.

Лицо, подавшее заявление о временном выбытии, в случае отсутствия заявлений его родственников, иных граждан или организаций, законного представителя недееспособного лица временно выбывает из такого учреждения на основании решения специально создаваемой комиссии по рассмотрению вопросов о приеме в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, переводе, выписке и временном выбытии из него (далее — Комиссия).

В состав Комиссии включаются представители органов исполнительной власти субъекта РФ в сфере социального обслуживания, здравоохранения, опеки и попечительства, службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, и граждан, проживающих в ПНИ, врач-психиатр, специалисты по реабилитации и социальной адаптации лиц с психическими расстройствами, представители общественных организаций.

Вопросы о временном выбытии, а также об отказе во временном выбытии рассматриваются Комиссией с участием лица, страдающего психическим расстройством, его законного представителя, иных лиц по просьбе лица с психическим расстройством. С согласия лица, страдающего психическим расстройством, Комиссия опрашивает его отдельно от законного представителя и иных сопровождающих его лиц.

Оценка волеизъявления лица с психическим расстройством осуществляется Комиссией с учетом особенностей его психического состояния и физических возможностей. При необходимости Комиссия привлекает специалистов.

Комиссия в целях принятия решения устанавливает:

1) мнение лица с психическим расстройством о значении и последствиях временного выбытия из учреждения;

2) наличие или отсутствие угрозы физического или психологического насилия в отношении данного лица со стороны других лиц при принятии им решения о временном выбытии;

3) желание лица временно выбыть из учреждения и его мотивы;

4) мнение законного представителя лица о временном выбытии;

5) нуждаемость лица с психическим расстройством в присмотре, уходе и другой помощи при временном выбытии, а также согласие его законного представителя, либо иных граждан или организаций обеспечить присмотр и уход за указанным лицом и оказание ему другой необходимой помощи.

Решение о временном выбытии из учреждения Комиссия принимает только при наличии добровольно-согласия лица с психическим расстройством.

Решение об отказе не может быть принято только на одном из следующих оснований:

– наличия угрозы, физического или психологического насилия в отношении лица с психическим расстройством со стороны других лиц при принятии им решения о временном выбытии;

– отсутствия у лица с психическим расстройством мнения о значении и последствиях временного выбытия или заблуждения об этом, или неспособности выразить мнение;

– неспособность лица объяснить желание временно выбыть из интерната.

Решение об отказе во временном выбытии не может быть принято на основании нуждаемости лица в присмотре и уходе, другой помощи и отсутствии у него родственников, законных представителей, попечителя лица, ограниченного в дееспособности, иных лиц, которые обеспечат присмотр и уход за ним.

При принятии решения о временном выбытии лица из ПНИ Комиссия определяет его нуждаемость в присмотре и уходе в период временного отсутствия, дает рекомендации об их организации, содействует такому лицу в обращении за предоставлением социального сопровождения и социальных услуг в иных

формах в соответствии с законодательством о социальном обслуживании граждан.

Комиссия вправе передать решение вопроса о временном выбытии лица по его заявлению в аналогичных ситуациях ПНИ.

В случае, если законный представитель лица, извещенный о времени и месте проведения Комиссии, не явился на заседание по рассмотрению заявления лица о выбытии, либо не согласен с его временным выбытием, Комиссия вправе отложить принятие решения и обратиться в орган опеки и попечительства в интересах недееспособного лица.

В случае, если заявление подано законным представителем совершеннолетнего лица, страдающего психическим расстройством, но при этом такое лицо может самостоятельно осуществлять волеизъявление, Комиссия принимает решение с учетом волеизъявления такого лица, выраженного в письменной или устной форме.

В случае, если заявление (в письменной или устной форме) подано лицом с психическими расстройствами, которое по своему состоянию не способно подать заявление, Комиссия вправе отложить принятие решения и запросить дополнительные документы, в т.ч. о состоянии здоровья указанного лица.

Решение Комиссии может быть обжаловано в суд.

Вопрос о том, насколько предлагаемая правовая конструкция сбалансирована, является предметом отдельного рассмотрения. Важно, что легитимность временного выбытия недееспособного лица из ПНИ в принципе подтверждена разработанными законопроектом членами Совета Федерации, т.е. федеральным законодателем. Анализ действующего законодательства позволяет утверждать, что его нормы позволяют обеспечить правомерность такого выбытия и сейчас, несмотря на отсутствие специальных норм, регулирующий данный вопрос.

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.

ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (Вопросы и ответы). Изд. 4-е, перераб. и доп. — М., 2015. — 768 с.

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

Как трудно вернуть дееспособность

Азамат Ибрагимов пришел к нам впервые пять лет назад. Ему было 33 года, и он проживал в психоневрологическом интернате, куда был помещен помимо своей воли, поскольку был признан — по заявлению матери — недееспособным и автоматически лишился права самостоятельно определять место жительства. Оформив по заявлению дяди временный отпуск, он на некоторое время на законных основаниях покинул интернат и самостоятельно приехал в Москву искать помощи в решении своего вопроса. Проживая в ПНИ, он получал психотропную терапию и производил впечатление абсолютно адекватного человека, способного определять свою судьбу. Тем не менее, вопрос о признании Азамата дееспособным тогда не мог быть решен, и юридическая служба НПА России решила пойти по другому пути: обратиться от имени Азамата в Конституционный Суд РФ с жалобой на недобровольное помещение в психоневрологический интернат. Конституционный Суд рассмотрел жалобу и принял Определение, в котором разъяснил, что помещение недееспособного лица в психоневрологический интернат должно осуществляться в судебном порядке, как и помещение в психиатрическую больницу. Казалось бы, нужно вернуться к вопросу о том, как Азамат оказался в ПНИ, но администрация интерната полагала, что единственная возможность выписать Азамата из интерната — это признать его дееспособным. Однако, заключение судебно-психиатрической экспертизы оказалось не в пользу Азамата. Врачи подтвердили ранее выставленный диагноз — “хроническое бредовое расстройство” и написали, что Азамат “не может понимать значение своих действий и руководить ими”. При этом было отмечено, что хроническое бредовое расстройство распространяется только на одного человека — мать Азамата, и не влияет на поведение в остальных сферах. Была подана кассационная жалоба, однако решение суда оставили в силе. И потом началась долгая и изнурительная борьба Азамата за свою свободу. Попытки сменить опекуна не увенчались успехом, а без этого — он мог покинуть интернат только под ответственность кого-то из родственников. Правдами и неправдами он постоянно продлевал отпуск, и вот уже почти три года живет вне стен интерната, время от времени меняя свое место жительства, что связано с возможностью устроиться на работу. Его пенсия по-прежнему

переводится в интернат, и он не имеет ни копейки на свое житье-бытье. Он находит возможности зарабатывать себе на жизнь и оплату транспортных расходов, за это время ни разу не попадал в поле зрения правоохранительных органов, ни разу не лечился в психиатрической больнице, несколько раз приезжал к нам и всякий раз демонстрировал хорошую ориентацию в сложившейся ситуации. Несмотря на ограниченность в средствах, он всегда аккуратно и по погоде одет, приходит точно в назначенное время, приносит необходимые документы и быстро понимает, что от него требуется. Азамат имеет большой запас знаний, пишет стихи, привержен высоким морально-этическим стандартам. Вопрос о взаимоотношениях с матерью — большое место, но никакой агрессии в ее адрес он не проявляет, не пытается с ней встретиться и не совершал никаких противозаконных действий в отношении нее. Состояние Азамата меняется, общаться с ним непросто, порой он перескакивает с темы на тему, ему трудно собраться и последовательно изложить историю своей жизни. Однако он несомненно доказал свою способность проживать самостоятельно. Сейчас НПА России пытается помочь Азамату восстановить дееспособность и надеется, что эксперты не будут ограничиваться констатацией несомненных психических расстройств, а учтут хорошие адаптационные способности, наличие сформированных социальных и трудовых навыков и хорошие социальные установки.

Сколько еще в стране таких азаматов, которые не могут восстановить дееспособность и стать полноценными гражданами нашей страны? Их судьба на совести судебно-психиатрических комиссий, которые по-прежнему при решении дел о недееспособности на первое место ставят наличие психических расстройств, а не возможности социальной адаптации и способность к самостоятельному проживанию. Введение новой правовой категории — ограниченная дееспособность — мало повлияло на судьбу этих людей, поскольку у них, как правило, отсутствуют те самые “иные лица”, которые могли бы помочь им понимать значение своих действий и руководить ими. Для них все осталось по-прежнему: или дееспособен, или недееспособен. И судебно-психиатрические эксперты чаще склоняются к последнему.

**Заключение комиссии специалистов
от 15 сентября 2015 г.
на Ибрагимова Азамата Ишмуратовича,
1976 г.рожд.**

Заключение дано по личной просьбе Ибрагимова А. И., 1976 г.рожд, зарегистрированного по адресу: Республика Башкортостан, Туймазинский район, ул. Базарная, 41 и временно проживающего в Рязанской области, в связи с намерением обратиться в суд с заявлением о признании его дееспособным.

На комиссию представлены ксерокопии следующих документов:

1) Решение Бижбулякского районного суда Республики Башкортостан от 22 мая 2008 г. о признании Ибрагимова А. И. недееспособным.

2) Письмо матери Ибрагимова А. И. директору ПНИ от 12.07.2010;

3) Письмо матери Ибрагимова А. И. главному психиатру Республики Башкортостан Валинурову Р. Г. от 31.08.2010;

4) Заявление Ибрагимова А. И. в Туймазинский районный суд Республики Башкортостан о признании его дееспособным от 1 июля 2011 г.;

5) Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 15 сентября 2011 г. № 422 первичной стационарной экспертизы Ибрагимова А. И., проведенной в Республиканской психиатрической больнице № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан;

6) Письмо директора ПНИ Д. З. Ахтареевой в НПА России от 22.07.2015;

7) Справка Рязанской епархии Московской Патриархии от 14.09.2015.

Проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование.

Про Ибрагимова Азамата Ишмуратовича, 1976 г. рожд, известно, что школу окончил с серебряной медалью, родители развелись, в 16 и 17 лет перенес черепно-мозговые травмы. В 1995 г., когда ему было 20 лет, в ДТП погиб 43-летний отец, начальник строительной организации, выкупленной им в 1994 г. Ибрагимов А. И. перевелся на заочное отделение университета и был призван на два года в армию, после чего работал в Москве, Самаре программистом, продавцом и др.

Психическое состояние изменилось примерно с 2002 года (с 26-летнего возраста). Не имел постоянной работы, проживал с бабушкой. Согласно заключению судебно-психиатрической экспертизы (2011), в это время часто устраивал скандалы в семье, проявлял агрессию к матери и сестре, выкидывал вещи из дома, прятался от людей, общался избирательно, бродяжничал. В 2004 году Ибрагимов А. И. избил мать, было возбуждено уголовное дело, но мать забрала заявление. В 2005 году, с его слов, похитил у матери ножную швейную машинку стоимостью 1,5 тысячи

рублей, был арестован на 15 суток и затем госпитализирован в РПБ № 1 МЗ РБ. После почти трех месяцев лечения наступила ремиссия, выписан с диагнозом: “Органическое расстройство ЦНС травматического генеза с эмоционально-волевой недостаточностью; склонность к бредообразованию”.

В заключении СПЭ (анамнез — со слов матери) написано, что арест и госпитализация произошли после избиения матери. Согласно письмам матери (2010), она подозревала соседа З. Галеева, который был за рулем КАМАЗа, в причинении смерти мужу, “так как он через два месяца выстроил двухэтажный дом и приобрел новый КАМАЗ”. Она поехала на место гибели и три с половиной года по ее требованию “10 раз возбуждалось уголовное дело, и 10 раз закрывалось”. Спустя год после трагедии Галеев пришел к ней и сказал: “Где один, там два, где два, там три, где три, там четыре... Азамата я кончу, он и не заметит, его руками тебя убью...”. В дальнейшем, по ее словам, он сам и через подставных лиц забирал Азамата из психиатрической больницы не долеченным, подкупал и науськивал на нее, успешно манипулировал им. Аргументировала этим просьбу не отпускать сына из интерната с посторонними и не снимать недееспособность.

С 2005 года Ибрагимов А. И. состоял под диспансерным наблюдением в группе АДН, неоднократно лечился в Белибеевском ПНД. В марте 2008 г., в связи с заявлением матери о признании его недееспособным находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, по результатам которой ему был выставлен диагноз “бредовое шизофреноподобное расстройство”. Решением Бижбулякского районного суда Республики Башкортостан от 22 мая 2008 г. Ибрагимов А. И. был признан недееспособным. В 2009 г. без его согласия был помещен в Нефтекамский психоневрологический интернат, 18.03.2011 г. переведен в Верхнетроицкий ПНИ, на который возложены обязанности опекуна.

В 2010 г. Ибрагимов при поддержке юриста НПА России подал жалобу в Конституционный Суд РФ по поводу неконституционности ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Принятое Конституционным Судом РФ Определение от 19 января 2011 г. № 114-О-П позволило ввести судебную процедуру помещения недееспособных граждан в ПНИ без их согласия при условии, если они не способны выразить свою волю.

По собственной инициативе Ибрагимов А. И. в 2011 г. обратился в суд с заявлением о признании его дееспособным, была проведена стационарная СПЭ. По заключению экспертов “Ибрагимов А. И. обнаруживает признаки бредового (шизофреноподобного) расстройства, ... которое лишает Ибрагимова А. И. возможности понимать значение своих действий и руководить ими”. Суд отказал Ибрагимову в удовлетворении заявления. Ибрагимов при участии юриста НПА обжаловал судебное решение, однако безуспешно.

В заключении СПЭ отмечено, что в отделении Ибрагимов А. И. вел себя обособленно, больше времени проводил в административной части интерната, назойливо рассказывал врачам и директору, что мать незаконно лишила его собственности и дееспособности, постоянно звонил в разные инстанции, просил помощи. “Весь негатив проявляется только к матери”. В то же время в письме директора ПНИ Д. З. Ахтареевой в НПА России (07.2015) сообщается, что “проживая в ПНИ, Азамат показывал, что способен принимать решения самостоятельно, состоятелен в реальных условиях, ориентирован, не ограничен в возможностях, вполне адаптирован к условиям проживания вне ПНИ”.

С 2012 года Ибрагимов А. И., с согласия ПНИ, проживает вне интерната. За это время сменил несколько мест жительства, постоянно работал, обеспечивал себя, имеет положительные характеристики, ни разу не был задержан правоохранительными органами, не совершал никаких противоправных действий, ни разу не госпитализировался в психиатрический стационар. С начала 2015 г. живет и работает в Приходе храма Царственных страстотерпцев в г. Рязани, выполняет различные строительные работы. Многократно обращался в НПА России с просьбой помочь ему восстановить дееспособность.

Заключение стационарной судебно-психиатрической комиссии экспертов Республиканской психиатрической больницы № 1 Минздрава Республики Башкортостан от 15.09.2011 на Ибрагимова А. И., 1976 г.рожд., на разрешение которой были поставлены вопросы о его дееспособности, было написано очень добросовестно, ясно и убедительно.

Обоснование экспертами диагноза “бредового (шизофреноподобного) расстройства (стойкого паранойального бреда)” не вызывает возражений. Действительно, Ибрагимов А. И. вернулся из армии, где он служил в войсках МВД, по свидетельству матери, настолько измененным, что явно перенес там либо черепно-мозговую травму, либо первый психотический эпизод, видимо, спровоцированные дедовщиной, т.к. он вскользь упомянул об унижениях, которым подвергался в армии, и что виной всему была его выделяющаяся внешность и башкирский паспорт.

Критические замечания можно высказать только в отношении преувеличенных экспертами нарушений мышлений, чего обычно не бывает при выставленном диагнозе, а также выражений (стр. 5): “контакт формальный”, “интеллект формально сохранен”. При освидетельствовании специалистами НПА сохранными были и контакт, и интеллект. Более того, Ибрагимов А. И. обнаружил настолько широкий культурный и общеобразовательный кругозор и богатый лексический выбор, настолько легко справился с основным традиционным набором экспериментально-психологических тестов, что можно говорить об интеллекте, превышающем средний уровень. Ответы на предъяв-

ленные тесты отличались на редкость точными самостоятельными формулировками. Например, сравнивая пословицы “Не все то золото, что блестит” и “Не красна изба углами, а красна пирогами”, видит общее в том, что “можешь ошибиться, сначала подумай, потом делай выводы”, в различие — в том, что первая пословица более общая, а вторая — более конкретная, о гостеприимстве. Только в тесте Роршаха обнаружили снижение контроля эмоций (FC < CF): $1 < 4$, а также значительное снижение категориальной четкости когнитивных процессов (F% 50) и характерная символика, выражающая противостояние и борьбу, но и критическую рефлексию (на табл. 3: “мысли позади: сначала делают, потом думают”).

При настоящем клинико-психопатологическом исследовании Ибрагимов А. И., буквально захлебываясь от желания донести свое видение ситуации и выразить благодарность, что его выслушивают, многословно обстоятельно рассказывает о себе и, не договаривая одну фразу, переходит на следующую, при этом сохраняет в качестве лейтмотива стремление восстановить дееспособность. Он подчеркивает наличие широкого круга друзей, “одноклассников” и знакомых, готовых ему помогать, явно преувеличивая эти возможности. Демонстрирует свою широкую осведомленность, рассказывает, что последние два класса учился в школе с математическим уклоном. Закончить экономический факультет Аграрного (платного) института помешал развод родителей и невозможность оплачивать учебу, что расходится с данными экспертов об окончании им 5-ти курсов института вместо одного. Знает, по его словам, не только башкирский и татарский, но и турецкий язык. Сочиняет стихи, которые тут же предлагает прочесть, поет, танцует, чему соответствует гибкая моторика. Характерен каллиграфический почерк. Рассказывает, что служил в десантных войсках, дважды прыгал с парашютом, хотя в констатирующей части экспертного заключения говорится о войсках МВД.

Просит не касаться его отношений с матерью, пытается избежать этой темы, но при настоянии объясняет, что мать, перенесшая несколько онкологических операций и химиотерапию, за которой он ухаживал, после гибели отца, организовала его принудительное стационарирование в психиатрическую больницу с последующим оформлением недееспособности и переводом в психоневрологический интернат с целью лишить его доли наследства — части дома и фирмы отца. На прямой вопрос, что он собирается делать в случае восстановления дееспособности, отвечает, что он мог бы работать в том месте, где ему предоставят общежитие. Говорит, что имеет друзей, которые могут это обеспечить. Также отмечает, что в Рязанской области можно недорого купить жилье, а у него должна была накопиться на счету пенсия за несколько лет отсутствия в ПНИ.

Активно жестикулирует, суетится, непрерывно улыбается, говорит, что волнуется. Привез объемную, тщательно подобранную документацию о себе, продублированную на диске. Рассказывает, что его приютили при церкви: за кров и еду он помогает с ремонтом, на руки выдают 1,5 тыс. руб. в мес. Пенсия (6 тыс. руб.) копится в интернате, в котором вот уже три года не живет. Предъявляет доказательства, что его пенсию нередко расходуют на общие нужды сомнительной надобности. Согласно справке Рязанской епархии от 14.09.2015 г. выполняет различные строительные работы, показал себя честным, трудолюбивым, исполнительным.

Главным фактором для адекватного ответа на поставленные вопросы: может ли Ибрагимов А. И. по своему психическому состоянию понимать значение своих действий и руководить ими и может ли проживать самостоятельно, является не только и даже не столько развернутый психиатрический диагноз, сколько риск агрессивных действий в отношении матери и сестры. Этот ключевой вопрос эксперты оставили без внимания. Между тем, на него ответила сама жизнь. После ухода из интерната три года назад Ибрагимов А. И. все эти годы самостоятельно обеспечивает себя, не получая пенсию на руки. Выглядит опрятно, заслужил искреннюю поддержку священника церкви, который лично приехал к нам засвидетельствовать положительную характеристику Ибрагимова. Получив приют при церкви, он развернул активную деятельность по восстановлению дееспособности, не унывая при неудачах. Очень деятельно, целеустремленно встречается с различными специалистами в поисках поддержки.

Таким образом, хотя тема вины матери в лишении его всех прав, а также наследства, остается для него незаживающей травмой и основным со-

держанием его болезненных переживаний, он не предпринял никаких агрессивных акций. На условиях неперемennого продолжения амбулаторного лечения карбамазепином, который он принимал в интернате, ввиду как правило очень затяжного течения паранойяльного бреда, он — как некритически относящийся только к своей матери, в отличие от всего остального круга жизненных содержаний, и не обнаруживающий риска агрессивных действий, может понимать значение своих действий и руководить ими.

Комиссия специалистов НПА России пришла к выводу, что **Ибрагимов А. И. по состоянию здоровья способен проживать самостоятельно** и при наличии его личного заявления на основании абзаца второго ч. 2 ст. 44 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” **может быть выписан из стационарного учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.**

Комиссия приходит также к выводу **о наличии предусмотренных абзацем вторым п. 3 ст. 29 ГК РФ оснований для рассмотрения в судебном порядке вопроса о признании Ибрагимова дееспособным.** С учетом Постановления Европейского Суда по правам человека от 22 января 2013 г. по делу “Лашин против России” **производство по делу судебно-психиатрической экспертизы должно быть поручено экспертному учреждению, не участвовавшему в проведении ранее назначавшихся Ибрагимову экспертиз по делам о признании его недееспособным и дееспособным.**

Члены комиссии: Ю. С. Савенко, В. Н. Цыганова, Г. М. Котиков, Л. Н. Виноградова, Ю. Н. Аргунова

К вопросу о сегодняшней отечественной клинической психотерапии духовной культурой¹

М. Е. Бурно²

Приводятся места из работ современных российских психотерапевтов с целью показать, что наша психотерапия не может быть психотерапией, подобной западной, прагматической. Это объясняется иными душевными, духовными особенностями типичных наших пациентов.

Ключевые слова: особенность российской психотерапии, психотерапия людей со сложными характерами, Терапия творческим самовыражением (М. Е. Бурно).

Золотой век русской художественной психологической литературы и сегодня живёт в более или менее сложных душах россиянах. Как и в созвучных нам людях других стран. Золотой, девятнадцатый, век в России как небывалый расцвет русской культуры вбирает в себя и живопись, и музыку, и науку. Но психологическая проза и психологическая чеховская драматургия недосыгаемы для всего подобного в мире — недосыгаемы своей одухотворённой мощью, проникновенной земной простотой-человечностью, умным подробным сочувствием униженному, страдающему человеку, с переживанием собственной вины за него. Это хорошо известно человечеству. Немецкий исследователь-славист Матль отметил, что когда Достоевский и Толстой вышли на литературную сцену мира, вся остальная мировая литература того времени “оказалась как бы обессиленной и изнурённой рядом с ними” (Kretschmer W.).

Такая глубинная человеческая литература не могла существовать сама по себе, вне народа. Она есть сгусток переживаний множества россиян, и это генетически неистребимо. Во всяком случае, на протяжении нескольких сотен лет. Эта литература продолжается в Андрее Платонове, Михаиле Булгакове, Александре Солженицыне, Валентине Распутине, в ком-то из ныне здравствующих писателей. Герои этих названных и не названных писателей, позапрошлого, прошлого и нынешнего веков, рассыпаны во многих россиянах. Конечно, больше этой особой духовной сгущённости в сложных душах людей. Таких немало и среди наших психотерапевтических пациентов, даже независимо от полученного ими образования.

Они нуждаются в самобытной отечественной психотерапии. Такая психотерапия у нас есть. В настоящей работе представлю лишь её частицу, точнее примеры. Это, в основном, клинко-классическая (гиппократова) помощь, но в виде, прежде всего, клинической терапии духовной культурой. Терапия, помогающая природе души пациента защищаться совершеннее от вредоносных воздействий, внешних и внутренних (в том числе, генетически обусловленных). Эта помощь способствует тому, что человек лично, поведенчески совершеннее существует в обществе, целебно опираясь на болезненные природные защитно-приспособительные особенности своего характера, понимая-чувствуя в процессе лечения заложенные в характере ценности, развивая которые, возможно подниматься в своей общественной полезности среди людей. Эти ценности приспособления к жизни пациент находит и в природе психоза, тоже развивая их в процессе особого лечения. Больная природа и сегодня гиппократово защищается от всего вредоносного. И сегодня: “прежде всего, не вреди”, а помощи стихии защищаться совершеннее.

Татьяна Евгеньевна Гоголевич, кандидат медицинских наук (Тольятти).

Германское известное академическое издательство Palmarium Academic Publishing попросило Татьяну Евгеньевну разрешить издать её диссертацию по-русски с ссылкой на нашу Академию, где диссертация была выполнена.

Из этой книги (2015) о психотерапевтической работе с психастениками и аутистами, индивидуально и в группе творческого самовыражения (метод Т. Е. Гоголевич). Шизоиды и психастеники в одной группе творческого самовыражения. “Наблюдения дали возможность говорить об уникальном терапевтическом взаимодействии шизоидов и психастеников в одной группе, их лечебном и обогащающем влиянии друг на друга. <...> ... В “созвучных” для обеих

¹ Часть этой работы была доложена на Международном психотерапевтическом конгрессе по психотерапии в Москве (Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига) 15 – 18 октября 2015 года.

² Кафедра психотерапии и сексологии РМАПО, Москва.

групп пациентов прозе, поэзии, живописи и в некоторых философских учениях <...> или присутствует очень тонкая реальность, через которую выражается определённая идея <...>, или реальность находится на грани со схемой, мифом, сказкой. Подобная разность в восприятии, переживании одного и того же помогает принять иную точку зрения в целом, развивает терпимость к иному мнению вообще. <...> Нередко <...> шизоиды <...> говорят, что “одухотворённый” реализм психастеников (подразумевается и живое общение, и общение с психастенической живописью, прозой и т.д.) открывает путь к пониманию реалистов вообще — авторитарных, демонстративных, синтонных, неустойчивых и пр.” [5]

Ещё об аутистах (шизоидах): “У аутистов в процессе терапии творческим фотографированием крепла или появлялась уверенность в мире, в котором наглядно проявлялась как бы материализовавшаяся часть Идеи, его (пациента — М. Б.) Духа. <...> ...фотография оказывается своего рода прикладным изображением характера создавшего её человека, что можно показать себя через снимок (что важно для ранимых, робких людей, которым тяжело показать себя “живую”) и затем увидеть себя глазами членов группы и косвенно понять — по их отношению к своему снимку — отношение к своим характерологическим чертам”.

Инга Юрьевна Калмыкова, кандидат медицинских наук (Москва).

Вариант Терапии творческим самовыражением, повышающий (посветляющий) качество душевной жизни больных шубообразной шизофренией вне шуба.

Из работы И. Ю. Калмыковой “ТТС больных шубообразной шизофренией вне шуба” [6]: “После отзвучавшего приступа (шуба) остаётся приглушённый страх того, чужого, нереального мира, который никому не понятен и не нужен. <...> Подспудные воспоминания о перенесённом остропсихотическом приступе часто мучают больных, тягостно пугают и ухудшают качество душевной, духовной жизни вне шуба”. <...> ... Оживляется (как говорят пациенты — М. Б.) “то жуткое, что не способна вылечить психиатрия”, “тот иной, потусторонний мир”, “иное, зловещее, измерение”, “небывало дикий, космический страх” и т.п.”. Мы исследуем с больным картины его шубов, помогая ему понять “известную художественную, философскую ценность того жуткого “потустороннего” мира, в который он, его словом, “скувыркнулся”. “Больные знакомятся с творчеством знаменитых художников, писателей, композиторов, которое “питалось перенесённой острой психотикой”. Под руководством, защитой врача, под защитой лекарственного лечения, предупреждающего психотические всплески, пациенты психотерапевтически, творчески, опираясь на стихийный опыт знаменитых творцов, изображают свою перенесённую психотику, превращая “жуть” в сказочность. Без творческого перевоплоще-

ния психотики в сказочность жутко вспоминать, например, вот такое, изображённое в сказке пациентом. “Иду по улице с друзьями и вижу вдруг, что вместо рук у них копыта. Остриющие клыки торчат во рту у них открытом, по телу шерсть висит клоками. Вот лучший друг идёт мой — Коля... Свиное рыло вместо носа. Он не в себе сегодня, что ли? Об глаз свой тушит папиросу”.

Кира Вадимовна Тельминова, специалист по социальной работе (Новокузнецк). Метод социальной реабилитации и социализации людей с ограниченными физическими возможностями (например, ДЦП) в группах творческого самовыражения.

Из работы К. В. Тельминовой [11]: “Мой первый вывод от занятий в группе — это чёткое отделение своего “Я”, своего характера от социально предписанной роли инвалида. <...> ... Открываешь простое, в сущности, правило — то, что привлекает тебя в произведении искусства или в изучаемом характере, может не вызывать и чаще всего не вызывает таких же эмоций у других участников группы. В этом моменте очень важный аспект принятия инаковости другого и встречи с собой, чёткое понимание “моё” — “не моё”, “принимаю” — “не принимаю”. Из ощущения “близко” — “не близко” складывается характерологический автопортрет... Начинаешь осознанно обустроить реальность по себе с пониманием, что есть в жизни вещи, которые определяешь исключительно только ты, и они не зависят от инвалидности (ни от её физической, ни от её социальной составляющей). Определяющим фактором становится твой характер <...>, а не наличие инвалидности. Очень важно <...> ощущение <...> свободы творчества, без необходимости быть обязательно кем-то понятой... <...> ... Принятие себя и следование природе своего характера, способность принять особенности своего тела открывает перед человеком безграничные возможности”.

Татьяна Витальевна Орлова, кандидат медицинских наук (Москва). Вариант Терапии творческим самовыражением в паллиативной онкологии.

Из работы Т. В. Орловой “Два Христа” [9]: “Обсуждается, как по-разному проявляется вера в Бога у людей разных мироощущений. У материалистов она часто выглядит как тёплая любовь и помощь друг другу. Возможно, именно это от нас в первую очередь и ожидается, если Он создал нас материалистами, с трудом или совсем не понимающими догматы церкви. Некоторые люди думают о себе, находясь в болезни, что такую же тяжесть своим земным телом и своей человеческой частью души переносил и Христос. Вот он сидит, понурый, в пустыне на картине Крамского, похожий на одного из нас, когда мы бодем душой или телом. Он в своей земной жизни добровольно страдал за нас, ощущая своей замкнуто-углублённой, нездешней душой эту свою неразрывную связь со всем миром, чувствуя, что часть наших бед Он берёт на себя, что нам от этого будет полегче жить. А мы в

терпении болезни, в “благодушном несении скорбей” становимся похожи на него, приближаемся к нему, и довольно с материалиста этой терпеливости в болезни и взаимной любви друг к другу, это, может, и есть главное в его вере”.

Вероника Андреевна Чупрова, кандидат медицинских наук (Москва). Клинико-психотерапевтический метод групповой полимодальной психотерапии для больных вялотекущей шизофренией.

Метод не является классически-клиническим, в отличие от прежних, представленных здесь психотерапевтических методов. Это вариант отечественной полимодальной психотерапии Виктора Викторовича Макарова. В. В. Макаров — научный руководитель диссертанта Чупровой. Данный вариант клиничен в особом понимании — предназначен для помощи пациентам, но лишь отчасти отправляется от клиники. Входящие в него модальности исходят не из клиники, а из психологических концепций, которые сплетаются с клиникой. В этом свободном целокупном соединении состоит, по-моему, российская самобытность интегративного лечебного подхода. Таким образом, отечественный классический клиницизм проникает в психологически ориентированную психотерапию.

Так, молодому эндогенно-процессуальному пациенту лекарственного лечения было недостаточно. “Через месяц групповых занятий смягчилась острота тоскливости и тревоги”. Стал заметно оживляться, “уходила деревянность”, скованность <...> ... работал над фиксированными эмоциональными установками, банком поглаживаний, жизненным сценарием”. К третьему месяцу уже не боялся позвонить по телефону, стал дрессировать свою собаку, “всё реже возникали состояния уныния, апатии и тревожности”. Лечение происходило на почве “особого формируемого прежде или одновременно психотерапевтического эмоционального контакта с больными” в духе швейцарско-российской классически-клинической психотерапии. “Частью лечения, в сущности, являлся этот контакт” [8].

Важно отметить, что данный метод, становление которого наблюдал, предназначен для помощи, хотя и шизотипическим пациентам, но менее сложным в духовном отношении, нежели многие пациенты, о которых рассказывалось прежде. Этих несложных душой пациентов, но, тем не менее, психиатрических, серьёзно страдающих, довольно много в психиатрической практике. Им равно мало помогает и типичная психологически ориентированная психотерапия техник, и типичная классическая клиническая психотерапия. Таким образом, найден свой подход, сообразный клинике. Особый эмоциональный контакт, о котором говорил, несомненно, сообщает методу духовный мотив. Существо этого контакта — психиатрическая человечность, нетехническое сочувствие, профессиональная любовь, целительно пробуждающие в страдающем человеке его духовное “я”.

Отмечу, что такого рода психотерапевтических методов, сколько могу судить, не существует в западной психотерапии, прежде всего, по той причине, что вне России немного пациентов, несущих в себе нашу российскую дефензивную прагматическую душевность, духовность, о которой сказал вначале собеседника. Поэтому российскому психотерапевту, в большинстве случаев, нет смысла копировать заграничную психотерапию. Есть смысл смело творить своё, национально-самобытное, или серьёзно видоизменять в нашем духе не своё. Этим существенно отличается психотерапия от хирургии.

Остановлюсь на помощи в духе клинической терапии духовной культурой (нашей Терапии творческим самовыражением) пациентам с расстройствами шизофренического спектра. Этим пациентов в последние десятилетия всё больше (сейчас уже более 80 %) в нашей кафедрально-диспансерной амбулатории.

Доктор медицинских наук, доцент Валерий Витальевич Васильев из Ижевска [3], уже много лет помогающий пациентам с расстройствами шизофренического спектра Терапией творческим самовыражением, оценил эффективность этого отечественного метода в комплексном лечении данных расстройств у 30 пациентов. Оказалось, что “на протяжении катamnестического периода (3 года с начала курса психотерапии) по сравнению с предшествующим периодом болезни, у исследуемых пациентов в среднем на 60 % снизилась частота госпитализаций в психиатрический стационар, на 43 % повысилась добровольная обращаемость за амбулаторной психиатрической помощью, на 100 % увеличилось число положительных изменений социального статуса и почти на 79 % уменьшилось число его отрицательных изменений”. Автору “представляется целесообразным рассмотреть вопрос о включении психотерапевтического метода ТТС в утверждаемые Министерством здравоохранения РФ официальные протоколы ведения пациентов с шизофренией и другими расстройствами шизофренического спектра”. В другой работе В. В. Васильев [4] рассказывает, что за 10 лет им “было пролечено методом ТТС 29 пациенток”, страдающих расстройствами шизофренического спектра и “совершивших суицидальные попытки не более чем за год до начала курса психотерапии”. “Эти пациентки составили исследуемую группу. Наряду с психотерапией все они получали показанную им психофармакотерапию. Группу сравнения составили 21 пациенток психоневрологического диспансера г. Ижевска, страдающих расстройствами шизофренического спектра и совершивших суицидальные попытки в аналогичный период времени. Пациентки группы сравнения получали только психофармакотерапию. Исследование носило катamnестический характер, период наблюдения составил 3 года с момента последней суицидальной попытки. В результате оказалось, что на протяжении катamnестического пе-

риода в исследуемой группе совершили завершённые суициды 2 пациентки (6,90 %), тогда как в контрольной — 9 пациенток (42, 86 %). Таким образом, частота суицидов среди пациенток с расстройствами шизофренического спектра, получавших ТТС, была более чем в 6 раз ниже, чем среди пациенток с аналогичными расстройствами, не получавших никакой психотерапии, причём различие это оказалось статистически достоверным ($p < 0,01$). Данный результат подтверждает достаточно высокую эффективность ТТС в качестве метода профилактики суицидального поведения у женщин, страдающих расстройствами шизофренического спектра”.

Кстати, достаточно настойчиво и обстоятельно о внедрении настоящего метода в суицидологическую практику говорилось и в “Руководстве по социальной психиатрии” под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. С. Положего [10].

В настоящей нашей работе рассказано лишь о некоторых плодотворных усилиях специалистов в области отечественной самобытной клинической терапии духовной культурой. Мог бы прибавить сюда не менее выразительный опыт многих других психотерапевтов и свой многолетний опыт [2], [7].

Казалось бы, всё это есть те немаловажные работы, на которые следует обратить деловое внимание государственной практической психиатрии. Ведь уже известно, как именно возможно существенно психотерапевтически помочь поистине страдающим психиатрическим пациентам. Но в Резолюции XVI Съезда психиатров России в Казани (23 – 26.09.2015) печально отмечен “хронический дефицит” государственных врачей-психотерапевтов: 0,10 на 10 тыс. населения (<http://psychiatr.ru/news/475>). Выходит, есть чем возможно серьёзно помочь страдающим людям, а заодно и экономике страны, да некому помогать.

Недавняя содержательная статья по организации работы амбулаторной психотерапии начинается так. “В отечественной психотерапевтической службе на протяжении последних десятилетий прослеживается целый ряд негативных тенденций. Они находят своё выражение в устойчивом тренде к сокращению и ликвидации психотерапевтических подразделений в государственных лечебных учреждениях. Качество и

общий уровень работы, охват населения и взаимодействие психотерапевтов с врачами других специальностей остаются недостаточными” [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Агамамедова И. Н., Никитина Т. Е., Бобров А. Е. О практическом опыте работы психотерапевтической амбулатории // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015, т. 25, № 3. — с. 10 – 16.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с. с ил.
3. Васильев В. В. Эффективность терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2014, № 4. — с. 30 – 36.
4. Васильев В. В. Терапия творческим самовыражением как метод профилактики суицидального поведения у женщин, страдающих расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия. — 2015, № 1 (145). — с. 48 – 54.
5. Гоголевич Татьяна. Психотерапевтическая помощь людям сложного характера. Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями. — Saarbrücken, Deutschland: Lap Lambert Academic Publishing. 466 с.
6. Калмыкова И. Ю. Терапия творческим самовыражением больных шубообразной шизофренией вне шуба // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2014, № 7, июль. — с. 7 – 8.
7. Краткосрочная терапия творческим самовыражением (метод М. Е. Бурно) в психиатрии. Коллективная монография / Под ред. М. Е. Бурно, автор-составитель И. Ю. Калмыкова. — М.: Институт консультирования и системных решений, ОППД, 2015. — 240 с.
8. Макаров В. В., Чупрова В. А. Основы полимодальной психотерапии и групповая полимодальная психотерапия шизотипического расстройства: Учеб. пособие. — М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2012. — 42 с.
9. Орлова Т. В. Два Христа // Психотерапия здоровых. Психотерапия России: Практическое руководство по Характерологической креатологии / Сост. и отв. ред. Г. Ю. Канарш; общ. ред. М. Е. Бурно. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. — с. 283 – 291.
10. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. — 2-е изд. — М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2009. — 544 с. с ил.
11. Тельминова К. В. Вопросы принятия инвалидности в процессе участия в группах по методу М. Бурно (ТТСБ) // Психотерапия. — 2015, № 1(145). — с. 73 – 74.
12. Kretschmer W. Im Inneren Russlands // Stuttgarter Zeitung. October, 1954.

Трансформационно-ресурсные арт-терапевтические методы (Altered-book или измененная книга; Fashion-therapy или метод создания и изменения аксессуаров и предметов одежды)

Н. В. Ромашкина, С. В. Большунова

Целью настоящей статьи является рассмотрение двух методов арт-терапевтической работы, относящихся к, так называемым, трансформационно-ресурсным техникам, а именно: Fashion — therapy (ресурсно-трансформационный арт-терапевтический метод создания и изменения аксессуаров и предметов одежды) авторский метод Светланы Большуновой и Altered-book (арт-терапевтический метод трансформации книг), представленный обзор метода Наталией Ромашкиной. Описываются исторические, художественные, технические, а также психотерапевтические принципы работы, возможности и ресурсный потенциал данных методов.

Ключевые слова: арт-терапия, ресурсные техники, спонтанное рисование, талисманоподобный объект, “изменённая книга”, альтернативная книга.

Арт-терапия — научно-практическая дисциплина, вид помогающей (лечебно-профилактической, реабилитационной и др.) деятельности, психологическая помощь на основе занятий изобразительным искусством, согласно определению американской ассоциации арт-терапевтов (ААТА). Термин “арт-терапия” (от англ.: art — искусство, therapy — терапия, лечение, буквально — терапия искусством) ввёл в употребление в 1938 г. Андриан Хилл, а изучение арт-терапии в научно-практическом ключе берёт своё начало в 20-х годах XX века с фундаментальных работ Принцхорна. С тех пор и до настоящего времени интерес к данному виду психотерапевтической помощи растёт и развивается, в том числе и в России, находя своё применения в разных областях психиатрической, психотерапевтической, психологической, социальной, педагогической деятельности, в процессах тренинга персонала, личностного роста, в медицинской и реабилитационной деятельности.

При этом деятельность, которую называют арт-терапией не всегда соответствует критериям, принятым в профессиональных кругах. Так, под арт-терапевтической деятельностью могут подразумевать и обучение живописи, и рукоделье, и другую творческую активность, направленную на развитие умений и навыков в разных областях прикладного искусства. Задача профессионалов разъяснить отличие такого рода профилактической деятельности от лечебной или собственно терапевтической. Одним из критериев разграничения такого рода деятельности, на наш взгляд, является процесс трансформации личности, как один из базовых принципов психотерапевтического процесса.

Помощь жертвам насилия, преодоление детских травм, последствий негативных воздействий, катастроф, длительных стрессов, психосоматических расстройств, синдрома выгорания, и других разных

по степени тяжести проблем имеет общую составляющую — трансформацию состояния человека. Возможность закрепить полученный эффект и помочь поддержать гармонизированное состояние на длительный период времени — ресурсность методики — также необходимое условие качественной помощи арт-терапевта. В данном аспекте мы обращаемся к возможности создания, так называемого, “талисманоподобного объекта”. При создании подобных образов, с одной стороны человек ассоциирует их с травмирующими, болезненными переживаниями, с другой они фиксируют положительный опыт психотерапевтического процесса, результаты произошедших изменений (трансформации) и ассоциируются с ресурсами пациента [3]. Именно второй аспект, обеспечивающий обращение к ресурсам личности, видится нам наиболее эффективным методом работы, позволяющим не только закрепить достигнутые результаты, но и создать зону безопасности и поддержки для пациента.

Ниже последовательно излагаются основные принципы работы и технические аспекты методов: Fashion-therapy — авторский метод Светланы Большуновой (ресурсно-трансформационный арт-терапевтический метод создания и изменения аксессуаров и предметов одежды) и Altered-book (арт-терапевтический метод трансформации книг).

Fashion — therapy (ресурсно-трансформационный арт-терапевтический метод создания и изменения аксессуаров и предметов одежды)

Методика Fashion-art therapy — это методика, сочетающая несколько техник и направлений арт-терапии и других видов терапии искусством (например, танцевально-двигательной терапии). Методика пред-

полагает создание ресурсных, так называемых эмоциональных “талисманоподобных” объектов, — дизайнерских элементов одежды и аксессуаров (платочков, футболок, косметичек, декоративных салфеток и др.). Трансформационная составляющая методики заключается в технике спонтанной живописи “по мокрому” акварелью или гуашью, или же с использованием акрила. Предполагается две презентации по завершению первого этапа работы: “Арт-галерея современной живописи” и, после получения ресурсного объекта, “Fashion-шоу готовых изделий”.

Процесс рисования и последующей трансформации предлагается разделить на составляющие: динамические или экспрессивные — выбор инструмента для работы — кисти, мастихина, нажим на бумагу, ритм, сочетания темного и светлого, более интенсивного, менее интенсивного цвета, наложение геометрических структур, экспрессивное набрасывание пятен, перечеркивание, цветовые или выразительные — выбор краски (акварель, гуашь, акрил), сочетание цветов — холодных, теплых, наложение цветов, смешивание цветов, закрашивание одного цвета другим.

При диагностике состояния необходимо обратить внимание на первый этап процесса спонтанного рисования, лучше его зафиксировать, например, на фото или видео: выбор инструмента рисования, ширина кисти, нажим на бумагу, место начала работы (в какой части листа), какие экспрессивные или выразительные методы используются.

Можно растянуть процесс на несколько занятий и создать проект в естественном темпе или включить дополнительный стресс-фактор, чтобы повлиять на состояние членов группы и запустить процесс трансформации на сопровитвлении. Весь процесс от спонтанной работы до получения ресурсных сувениров может занять два дня, включая время, необходимое для печати на ткани. Каждый этап трансформации возможно фиксировать на фото с разрешения участников. Возможна работа как индивидуально, так и в группе. Однако, отдельные этапы методики (“Fashion-шоу” и “Галерея”) могут осуществляться только в группе.

Дополнительные плюсы или конкурентные преимущества методики — возможность включения разных направлений терапии искусством в единый процесс: арт-терапия, танцевально-двигательная терапия, терапия голосом, динамическая медитация, галерея-терапия (участие в выставке — презентация своих живописных работ).

Интересна в данном контексте и предполагающаяся работа с дизайнером по созданию оригинального дизайн-макета, в том числе нового цветового решения в дизайнерских компьютерных программах.

Fashion-терапия (проход по импровизированному подиуму, презентация своего изделия): терапия ресурсом имеющим материальное, тактильное воплощение, с возможностью менять ощущение себя за счет создания нового образа в одежде “...будет отра-

жать его собственные представления о внутренних или внешних ресурсах — различных факторах, обеспечивающих психологическую стабилизацию и поддержку. Возможно, что созданный им художественный объект будет выступать символическим отражением его устремлений, своеобразной моделью того состояния, которое он хотел бы сохранить или достичь” [2]. Процесс трансформации начинается на этапе арт-терапии в момент спонтанного рисования, но также может осуществляться на любом этапе, может быть продолжен и после завершения активной работы за счет появления материального ресурса-сувенира, фиксирующего здоровое эмоциональное состояние.

Методика включает несколько этапов:

Этап 1. Подготовка рабочего места, инструкции. От 30 минут до 1 часа.

Этап 2. Рисование “без задачи”. Первая и вторая созданные работы — диагностика и начальная трансформация. Этот этап может различаться для людей, владеющих художественными приемами, профессиональных художников и не имеющих представление о процессе рисования. Для художников и для “не художников”: арт-терапевт предлагает выбрать кисти из большого количества разных по ширине, материалу и задачам, например, предложить в числе прочих широкие малярные кисти, мастихин. Далее у людей, не имеющих подготовки в контексте художественных техник, происходит конфронтация с бумагой, естественное освоение или “открытие” некоторых живописных приемов спонтанного рисования и погружение в особое эмоционально-психическое состояние. Возможен процесс рисования-медитации. Высвобождение образов во время такого рисования приводит к расслаблению мышц, облегчению движения суставов, возможно использование предварительной медитации [5].

При отрицании процесса или нерешительности возможно включение стресс-фактора, например, через ограничение во времени [4]. При этом возможны реакции отторжения, недовольства, проявления регрессивных реакций. Арт-терапевт может предложить порвать, разрезать, уничтожить рисунок, или попытаться трансформировать его, использовав набрызгивание, смешение цветов прямо на работе, закрашивание другим цветом, нанесение мастихином с более плотной краской (гуашь или акрил) размазывающих движений. Эти манипуляции могут спровоцировать регрессивные эффекты, например, при работе с жертвами психического или другого насилия, а также людьми, находящимися в конфликтной ситуации. При этом возможна разная степень регресса, вплоть до состояния, соответствующего возникновению детских травм. В таком случае подобные деструктивные действия могут привести к трансформации состояния, соответствующего такой травме. Так, при работе с детьми, перенесшими разные формы насилия отмечалось, что “такие дети нередко стараются смешивать

разные краски и материалы, которые они потом размывают по плоской поверхности...” [2].

Для художников, владеющих разнообразными техниками и художественными приемами, этап естественного открытия и отключения сознательного контроля может быть затруднен из-за привычки рисовать по шаблону, реалистичными приемами. В таком случае стоит поставить задачу не использовать в начале рисования конкретный образ, “отпустить руку” или, например, взять две кисти в обе руки.

Этап 3. Вторая работа, завершение трансформации. Арт-терапевт предлагает познакомиться с методами и приемами абстрактной живописи — работа мастихином, сочетание цветов. Предлагает продолжить работу над рисунком, создав главного героя — более конкретный читаемый объект поверх основного рисунка, образ себя или образ состояния, более плотной, контрастной или, например, белой краской. Если работа создавалась акварелью, то объект лучше создать гуашью или акрилом и наоборот.

Этап 4. Настрой эмоционального состояния. Двигаемся под музыку, возможно взять легкие платки или ткани, создать групповой танец в кругу. Танец представляет собой эффективное средство релаксации, катарсиса, снятия эмоционального напряжения, настройки на позитивные эмоции [1]. Эмоцию танца переносим в третью работу. Работа создается также в технике спонтанного рисования, но при этом стараемся передать движение руки в танце, движение платка и состояние полета. Можно использовать другие образы.

Этап 5. Выбираем работу на выставку, арт-терапевт выбирает “галериста”, который передает слово остальным членам группы “художникам”, которые рассказывают о выбранной работе, каждый говорит несколько слов о работе других членов группы. Арт-терапевт и “галерист” следят, чтобы про каждую работу было сказано несколько слов.

Этап 6. Производство дизайнерского объекта, например, платка. Фотографируем работу с выставки в достаточном для широкоформатной печати разрешении. Создаем дизайн изделия, которое можно носить с собой, как аксессуар или элемент одежды, например, платок. В случае дизайнерских платков, как и в случае ожерелья, ресурсный объект “подчеркивает связь головы и туловища, акцентирует внимание на плечах и груди, на области сердца” (Копытин А. И.). Передаем макет в производство. Через несколько дней изделие готово.

Этап 7. Передача платков группе, проход по подиуму, презентация своего платка. Презентация сочетает проговаривание названия изделия и что оно символизирует, а также сам процесс демонстрации объекта.

Трансформированному “талисманоподобному” ресурсному объекту передается художественная выразительность, а работе с трансформацией спонтанного

рисунка передается тактильная составляющая. Важно, что происходит улучшение осознания своего тела, через украшение себя, осознание женственности, самооценности.

Altered-book (арт-терапевтический метод трансформации книг)

“Изменённая” (альтернативная) книга или altered-book — арт-терапевтический метод, предполагающий преобразование книги в качественно новый, изменённый, персональный арт-объект путём трансформации как художественных элементов (символов), так и текстовых конструкций (логической составляющей). Данный вид работы обеспечивает некий “трамплин” для художественного самовыражения, экспрессии эмоционального компонента [6]. С точки зрения стиля и направления, altered-book относится к mixed media art (комбинация двух и более первичных художественных направлений, например, краска, фотография, коллаж и пр.), что позволяет рассматривать данный вид терапевтической работы, как комплексный. В символическом смысле альтернативную книгу мы можем рассматривать, как “книгу жизни”, “книгу трансформации жизненного пути”.

Известно, что история создания “изменённых книг” уходит далеко за пределы XX века, в художественных музеях различных стран мира, мы можем найти примеры, датированные с XV до XVIII веков. К примеру, в викторианскую эпоху женщины использовали старые книги, как некую основу, добавляя к ним письма от друзей, родных или же поклонников, украшения, газетные вырезки, различные сувениры, создавая при этом нечто глубоко личное, наполненное смыслом, известным лишь обладательницам [7]. Таким образом, мы можем видеть, что потребность в обладании переработанного, дополненного аналога дневника в виде книги появилась задолго до рождения самого термина “altered-book”.

По официальным данным, первым создателем altered-book считается американский художник Tom Phillips. Его первым и самым известным altered-book (“A Humument”) стал роман W. H. Mallock “A Human Document” (“Человеческий документ”). Том Филлипс начал работу над романом в 1966 году, обратив свой взгляд на пожелтевшую обложку в поисках новых идей для задуманного долгосрочного проекта. В том же году была закончена работа над первой страницей книги. Вначале Филлипс пробовал экспериментировать с формой, положением страниц, видя, как по-новому составляется текст при их складывании. Постепенно началась работа с самим текстом: поначалу это было “вымарыванием” “лишних” слов чернилами, поиски образования новых смыслов. Затем к работе присоединились краски, растекаясь образуя причудливые лабиринты на страницах. Работа, начавшаяся в

1966 году, опубликованная только в 1976 году и по сей день является проектом без заключительной точки: существует 5 переизданий романа, Том Филлипс продолжает работу над незаконченными страницами. Проект, вызвавший восхищение и резонанс в обществе, и по сей день является центральным для множества галерей, выставок, вдохновляет других художников и дизайнеров на продолжение начатой тематики в иных формах [11].

Таким образом, создание altered-book в первые годы своего существования получило широкое распространение в среде художников и дизайнеров. Художник Pam Yee, являющаяся сопредседателем Международного общества альтернативных книг (International Society of altered books Artists (ISABA)), чьи работы участвуют во многих выставках, использует различные объекты, найденные на свалках для создания своих художественных объектов. Особое внимание она уделяет старым книгам, которые обретают вторую, новую жизнь после творческой трансформации. О своём опыте она говорит следующее: “Я вижу мир иначе, чем большинство людей. Потеряв серёжку, я думаю о том, что оставшаяся найдёт своё место в моей следующей книге” [7].

В качестве основы традиционно принято использовать так называемые “бросовые книги”, не имеющие подлинной художественной ценности, что позволяет преодолевать возможные препятствия со стороны клиента, относящиеся к закреплённому в культуре бережному отношению к книге, запрету вносить на страницы какие-либо изменения [8]. Не существует чёткой инструкции к работе, строго оговорённых правил, ограничения относятся только к области фантазий и представлений клиента о готовом объекте. Работа над altered-book позволяет обеспечить необходимую свободу самовыражения для процесса терапии, эмоционального и личностного роста [9].

Книга в данном контексте выступает, как контейнер для эмоций, идей, преобразования жизненных переживаний, опыта, планов, личных устремлений и пр. Регулирующим процесс звеном выступает сам автор. Активным элементом психотерапевтического процесса является также возможность в любой момент закрыть книгу или перелистнуть страницу, в ситуации отсутствия психофизиологической готовности работы над определённым эмоциональным состоянием и последующая возможность возвращения к травмирующему моменту при достижении необходимого уровня готовности. В процессе терапии могут создаваться серии “изменённых книг”, обеспечивающих функции сохранения жизненного опыта, воспоминаний, результатов “прожитого” процесса трансформации [6]. Если по прошествии времени получившийся вариант более не удовлетворяет необходимым запросам, он может вновь подвергаться изменениям, таким образом, продолжая терапевтический процесс в необ-

ходимом направлении [7]. Следует отметить изначальную наполненность книги символами, текстом, т.е. неким исходным, художественно богатым материалом для работы. Данная особенность метода облегчает начальные этапы процесса терапевтической работы, т.к. клиент не сталкивается с “пустым холстом”, а движется по пути образования ассоциаций, актуализации воспоминаний и значимых переживаний. Каждая страница “предлагает” стимулы для отреагирования, базу для запуска процессов воображения. Важно отметить не только смысловую и художественную наполненность книги, но и вовлечение в процесс тактильного компонента (имея ввиду такие свойства книги, как вес, рельеф, форма и пр.), обонятельную сферу (к примеру, старые книги имеют свой, специфический запах). Таким образом, мы можем говорить о задействовании дополнительных параметров в работе, помимо традиционно изобразительного [6]. Greer Beckman использует altered-book, как основу для драматических постановок, предлагая пластически изобразить преобразованный текст, фразу, слово, стихотворение, привлекая в терапевтический процесс дополнительные модальности в виде задействования танцевально-двигательных возможностей, музыкальных элементов.

Книга может быть украшена, изменена с точки зрения формы, предлагается писать и рисовать на страницах, модифицировать текст, находя новые смыслы. В страницах можно создавать ниши, тайники, карманы и многое другое. Художник выбирает тот стиль работы, который видится необходимым в данный момент времени. Одним из несомненных достоинств данного метода является широкая палитра возможных материалов, как искусственных, так и природных: обёртки, журналы, упаковка, фотографии, сломанные ювелирные изделия, газеты, старые письма, краски, камни, гербарий и многое другое. При этом зачастую мы работаем с предметами, имеющими свою особенную историю, эмоционально значимую для клиента [7]. Таким образом, мы видим, что, к примеру, кофе, пролитый на картон, ненужная почта, билеты от увиденных шоу и совершённых путешествий, набросок на бумаге находят своё место в создании “изменённых книг” и перечень возможных элементов работы не ограничен. Altered-book позволяет в одном объекте соединять различные по своей природе, качеству, особенностям взаимодействия материалы, отвечая на внутренние потребности в том или ином виде работы, их комбинации, сочетания, объединения. Возможен быстрый переход между материалами в поисках необходимого “здесь и сейчас”, обладающего ресурсными возможностями [10].

С точки зрения психотерапевтических механизмов, задействованных в данном методе, выделяют принципы трансформации и восстановления. Принцип трансформации заключается в описанном преобразовании символов и смысловых, логических

конструкций в качественно новый, индивидуальный материал, представляющий возможность проработки запросов, как текущих, так и травматического опыта. Говоря о процессе восстановления, мы имеем в виду процесс интеграции полученной информации, закреплённых изменений в последующей работе, а также стимулирование ассоциативного процесса (во многом благодаря наличию уже заполненного символами объекта), что по ряду данных облегчает процесс воспоминаний, актуализации вытесненного материала, ресурсных возможностей. Целесообразно выделить и третий принцип — принцип фиксации, т.к. полученные в ходе трансформации изменения “закреплены” на страницах altered-book и доступны клиенту в течение длительного периода времени, в данном контексте важно отметить также мобильность полученного объекта, его целостность и законченность.

Таким образом, мы говорим о том, что созданный altered-book продолжает “работать” и после завершения последней страницы, являясь доступным для перелистывания, возвращения к позитивным, значимым эмоциональным переживаниям, восстановлению необходимого материала, самому процессу терапии, облегчая процесс интеграции необходимой информации, изменений, полученного терапевтического опыта.

Altered-book (“изменённая” или альтернативная книга) является методом, включающим в себя использование различных техник, позволяющая включать дополнительные модальности с целью усиления и расширения терапевтических возможностей, т.е. мы можем говорить о возможности мультимодального подхода к данному процессу, его комплексности и ресурсности [10].

ВЫВОДЫ

Таким образом, обе эти методики сочетают в себе трансформационно-ресурсные техники, создание “та-

лисманоподобного объекта”. Включают элемент предметности и “тактильности”, завершаются созданием арт-объекта (или в случае с предметами одежды — fashion-объекта). Подобные трансформационные образы имеют следующие преимущества: в случае создания altered-book, мы говорим о культурно-историческом отношении к книге, уважению и особенном занимаемом положении в доме, в контексте арт-терапии несущий не только личную наполненность, но и представляющий весьма особый предмет культа в историческом прочтении; относительно fashion — объекта, мы видим, что спонтанный рисунок трансформируется в дизайнерский платок, предмет, одновременно имеющий отношение лично к человеку и его ощущению своего тела, и в тоже время рассматриваемый как опосредованный предмет социализации (т.е. предмет, демонстрирующийся в окружении).

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В. В. Психология дыхания, музыки, движения. М., МАПН, 2009.
2. Копытин А. И. Арт-терапия жертв насилия — М., Психотерапия. 2009.
3. Копытин А. И., Богачев О. В. Арт-терапия наркоманий. — М., Психотерапия. 2008.
4. Селецкая В. Сочетание психодрамы и основ драматургии. Доклад на Международном симпозиуме по психодраме, телесно-ориентированной и арт-терапии. — Ялта. 2015.
5. Шмигель Н. Е. Релаксация: теория и практика, учебное пособие. — Симферополь, 2014.
6. Gioia Chilton. Altered Books in Art Therapy with Adolescents // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 2007.
7. Kristine Morris. Altered Therapy through books. 2010.
8. Taylor T. Altered art: Techniques for creating altered books, boxes, cards&more. 2004.
9. Altered books workshop: 18 creative techniques for self-expression. Cincinnati, OH: North Light Books. Blog post. 2013.
10. Sue Wallingford. For the love of altered books. Blog post. 2014.
11. <http://www.tomphillips.co.uk/humument/chronology/2010-present>.

Взгляд на реформу в психиатрии изнутри

Я — практический врач-психиатр. В психиатрии — не первый год. Работал в больнице, диспансере, на участке, в стационаре. Горестно сознавать, что руководители медицины и нашей специальности сегодня призывают нас: “Забудьте все, чему Вас учили в школе, институте, интернатуре. Пришли новые времена. Мы весь, мы старый мир разрушим до основания, а затем...”

А в школе нас, тогда молодых психиатров, учили быть ближе к людям, к больным, к народу. Психиатрия, говорили нам, с 1924 года развивается в нашей стране по пути децентрализации. Сейчас говорят, что мы живем в ту самую эпоху перемен, жить в которой “не дай бог!”

Собственно, отдельной реформы психиатрии в последние десятилетия не происходило. Психиатрия шла в фарватере “передовых” медицинских дисциплин, по части главного “достижения” реформы — оптимизации. Красивое название означало и означает до сих пор на практике лишь одно — удешевление оказания медицинской помощи, экономию, как всегда ограниченных, бюджетных средств. От оптимизации (сокращения коечного фонда на 25 – 30 %) психиатрическая помощь в 1998 – 2015 годах пострадала равномерно и повсеместно. Больные либо выбрасывались в население не долеченными, не досмотренными, не социализированными, либо не госпитализировались с субпсихотическими состояниями. При этом, пагубность отказов в госпитализации была не столько в самих отказах, сколько в давлении на врачей-психиатров, на их сознание и определение показаний для госпитализации экономическими факторами, ограничивающими стационарную помощь. Количество отказов за последние десять лет резко возросло, в три-пять раз. Кому врач-психиатр может отказать, при заполненности и переполненности коечного фонда? Призывникам нельзя — за призыв и оборону страны отвечает первое лицо государства и субъекта федерации. Лицам с целевым направлением со МСЭ нельзя. Больным, госпитализирующимся по неотложным показаниям, — нельзя. Остается плановая госпитализация (которой во многих стационарах нет и не было) и госпитализация по желанию больных в субпсихотических состояниях. Легко ли ошибиться в прогностической оценке субпсихотики? Сегодня он еще частично критичен, хочет лечиться, а завтра идет и убивает свою семью из шести человек. Если над врачом не висит Дамоклов меч, каковым сейчас счи-

тается перевыполнение Программы государственных гарантий, врач, действуя по принципу “как бы чего не вышло”, госпитализирует такого больного, на всякий случай. А этот экономический кнут лишает врача возможности грамотного прогноза! В 2005 г. на 14-м съезде психиатров в официальном заявлении съезду Дмитриева Т. Б. заявила, что предстоит оптимизация коек, примерно на 25 % с **одновременным увеличением амбулаторной сети** на ту же сумму финансирования. Сокращение действительно случилось, а компенсации увеличением амбулаторной сети — нет! Но это — полбеды.

Настоящая беда началась с вступлением в силу Закона РФ о разграничении полномочий..., о передаче лечебных учреждений из муниципалитетов в субъекты. Не нужно быть семи пядей во лбу, чтобы понимать — централизация противоположна курсу советской психиатрии на децентрализацию, которая началась в далеком 1924 г., с создания первого диспансера в Москве, и продолжалась до 2006 г. Да, советская психиатрия была нищая и с подмоченной репутацией, по части соблюдения прав душевнобольных. Но по организации службы и доведения ее до населения — одной из лучших в мире. Сейчас почти все городские больницы и диспансеры стали филиалами. Не в изменении начальства дело! В конце концов, подчиняться начальнику управления города или главному врачу областной больницы — не суть важно. Важно другое — централизация всегда, по законам управления, ведет к ущербности низовых звеньев, их постепенной деградации и отмиранию. Именно в этом — корень борьбы за суверенитеты, за самостоятельность, национальную самостийность — от государств, до маленьких больничек. Вся тяжесть работы в психиатрии происходила и происходит не в больницах, а в населении — в селах, поселках, городках и городах. Не может руководитель из центра, за 500 или 1000 км руководить низовыми звеньями, а главное, общаться и быть на “дружеской ноге” с властью имущими в этих самых поселках и городках. А именно там дают квартиры врачам, обеспечивают сохранность материальной базы, транспортировку пациентов, взаимодействие с другими ЛПУ и т.д. и т.п. Предполагалось, и ведь так именно и случилось, что главные врачи ЦРБ, которые раньше сами отвечали за межрайонные отделения и кабинеты, тут же свалили все на руководство в субъекте федерации, а тем это надо? Только в нашем субъекте федерации было закрыто несколько межрайонных

психиатрических отделений. Закрывались городские диспансеры, по причине “нерентабельности”. Закрывались кабинеты в ЦПБ. Их, как бы не закрывали, просто там нет врачей. А откуда им взяться, если главному врачу ЦРБ они на фиг не нужны! Ряд областей поступил умно (Свердловская обл., например) — подчинил периферические учреждения областному функционально, не упраздняя юридические лица. У нас же юридические лица упразднили, межрайонные отделения передали центральной больнице, и началась вся эта катавасия. Сейчас в половину районов на комиссии в военкоматы врачей засылают в командировки из столицы. На последнем съезде в Казани многие говорили об ухудшении ситуации с психиатрией, но никто не поднял вопроса, а что же делать? Вывод напрашивается сам собой — возродить децентрализацию в психиатрии, продолжив 80-летнее ее развитие в СССР (с точки зрения организации помощи). На секции по организации психиатрической помощи был анекдотический случай. Профессор из Киргизии вы-

ступала с докладом о децентрализации психиатрической помощи в Киргизии, а российские психиатры рассказывали на этой же секции о печальных последствиях централизации и оптимизации. “Отсталая и нищая” Киргизия проводит более верную и перспективную политику, чем наша Российская Федерация. Я думаю, что должно случиться еще несколько тяжелых ЧП, типа Нижегородского убийцы и покушения на власть имущих, типа ботинка, брошенного в Берлускони, чтобы чиновники поняли, какую бомбу заложили под психиатрию да и всю медицину. Уже президент страны высказался об ошибочности бездумной оптимизации, о катастрофическом положении с сельской медициной. Будем ждать, когда очередной наш недолеченный больной взорвет очередной самолет, перестреляет учеников и учителей в школе, шокирует всю страну расчлененкой? Может, пора одуматься?

Александр Иванов

Оптимизация — невротизация

Вначале небольшой исторический экскурс. Теперь уже много лет, как нами (Б. Н. Пивень, 1991, 1995) в связи с психологической ситуацией, сложившейся в нашей стране в конце 80-х и начале 90-х годов XX века, обусловленной происходящими в России социально-политическими изменениями, была разработана концепция, обозначенная как “тотальные негативные психологические воздействия”.

Основные составляющие тотальных негативных психологических воздействий — *всеохватность*, то есть подверженность их влиянию практически всего населения страны; *нестабильность* и быстрая изменчивость социально-политического положения на протяжении многих лет (“стабильная нестабильность”); *отсутствие* у населения каких-либо четких не только отдаленных, но и ближайших *перспектив*.

Именно с позиций этой концепции удалось во многом понять произошедшие тогда изменения состояния психического здоровья (а точнее нездоровья) населения страны. Это значительный рост числа больных неврозами, алкоголизмом, наркоманиями, более чем двукратное увеличение завершенных суицидов, патоморфоз неврозов в сторону преобладания депрессивных форм и невротические (психогенные) реакции у больных шизофренией.

На первых порах наша концепция подвергалась критике со стороны некоторых известных специалистов. Высказывались суждения о ее надуманности. Однако последующие события показали обос-

нованность наших позиций. В частности, это так называемый дефолт 1998 г. и связанные с ним обстоятельства, касающиеся психического здоровья населения.

Теперь обратимся к событиям текущего времени и с позиций нашей концепции рассмотрим один, казалось бы, частный пример, отражающий, тем не менее, общую ситуацию.

Речь идет о так называемой “оптимизации” (“реформировании”, “модернизации”) высшего образования в преломлении событий, связанных с аккредитацией конкретного ВУЗа — Алтайского государственного медицинского университета, крайне негативно повлиявших на психическое состояние многих его сотрудников. При этом важно отметить, что автор настоящей публикации был не посторонним наблюдателем, а невольным явился, как это принято теперь называть — инсайдером, то есть лицом, погруженным в названные обстоятельства, способным в силу своей профессии анализировать воздействие происходящего на психологический климат в коллективе университета и, больше того, профессионально помогать части его членов.

Неблагоприятный психологический климат в университете стал складываться в связи с подготовкой к его аккредитации с конца 2014 г., когда начались бесконечные мелочные самопроверки и взаимопроверки его подразделений, отвлекающие сотрудников от основной работы.

Нагнетание обстановки усилилось после того, как на одном из заседаний Ученого совета университета вновь избранный ректор озвучил информацию, согласно которой у правительства есть планы к 2020 году сократить 40 % ВУЗов страны. Уже уменьшено финансирование и фактически началась борьба за выживание. Остаться смогут лишь те ВУЗы, что покажутся работоспособными и перспективными по оценке Рособрнадзора.

Лозунг “надо выживать” и связанные с ним действия администрации университета привели к тотальной невротизации преподавательского состава, которая нарастала с начала 2015 года и до самой аккредитации, прошедшей в конце лета. Все это время к нам неоднократно обращались коллеги с жалобами на плохое самочувствие, бессонницу, пониженное настроение. Дело в том, что педагогам была дана команда готовиться, но, как оказалось, непонятно к чему и как. Этого не знало и руководство, которое один за другим выпускало приказы, зачастую противоречащие друг другу. Они вскрыли полную некомпетентность административного состава. В пример можно привести приказ ректора от 25 июня со сроком исполнения до 25 июня.

Вуз начал превращаться в заведение, где доминируют страх наказания, казарменные порядки: “За неисполнение приказа применять к соответствующим лицам дисциплинарные взыскания”, “Явка строго обязательна”, “Персональная ответственность за явку возлагается на заведующих кафедр”.

Аккредитация давалась тяжело. Люди дневали и ночевали в ВУЗе. Многих отзывали из отпусков, расстраивая их личные планы. Одновременно под флагом необходимой реструктуризации университета шло объединение ряда кафедр, в части случаев разнопрофильных, что негативно сказывалось на судьбах

их сотрудников. Были созданы несколько управлений — непонятно зачем, просто раздувался аппарат. Самое главное — люди не знали, что делать, не видели перспектив, так как без конца готовили и здесь же исправляли и меняли кучи документов. Все это напоминало сизифов труд.

В итоге Рособрнадзор проверил какие-то документы, не коснувшись медицинской части — непонятно, какие критерии брались для оценки педагогической деятельности университета в части подготовки врачебных кадров. Закрыли экономический факультет, который был очень важным, поскольку готовил управленцев для медицины. Как говорили в университете, в Москву после проверки увезли 800 кг документов.

За последние месяцы многие заведующие кафедрами и преподаватели университета оставили свои посты. Часть — по собственному желанию из-за сложившегося в университете неблагоприятного психологического климата. А часть — была буквально выдвлена руководством ВУЗа со своих должностей. О порядках, царивших в университете, говорит и такой факт — некоторые заведующие кафедрами не могли попасть на прием к ректору даже в случае серьезной необходимости. Многие преподаватели и сейчас готовы оставить работу, если бы было куда пойти. Но медицинский ВУЗ в крае один.

События, происходящие в университете, вызвали широкий резонанс у медицинской общественности Алтайского края, основное звучание которого — идет разрушение некогда благополучного медицинского университета, готовившего врачебные кадры высокой квалификации, востребованные не только в Алтайском крае, но и в России, и за ее пределами.

Профессор Б. Н. Пивень

Что требовалось доказать и что удалось доказать

В “Дневнике психиатра” № 1 – 2 за 2015 г. опубликована попытка установить авторство двух разделов известной монографии П. Б. Ганнушкина “Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика”. Авторы лингвистического исследования пришли к выводу, что обе части книги (“Статика” и “Динамика”) написаны одним автором — П. Б. Ганнушкиным. Сразу же возникает вопрос, как это можно утверждать, если сами авторы пишут, что необходимо дополнительное исследование еще по двум лингвистическим характеристикам. Мало этого, авторы утверждают, что не существует окончательно отработанного инструментария, который позволил бы со стопроцентной вероятностью судить или делать окончательный вывод о единстве авторского стиля и со стопроцентной вероятностью выделять параметр и характеристики индивидуального авторского стиля. Если это так, то вывод об авторстве двух частей монографии носит лишь предположительный характер.

При проведении лингвистического исследования не учитывался тот факт, что текст мог подвергнуться редакторской правке. Если текст “Статики” был под-

готовлен П. М. Зиновьевым, то он не мог не заимствовать публикации П. Б. Ганнушкина и содержание читаемых им лекций, а также стилистику высказываний П. Б. Ганнушкина по поводу клиники заболевания у консультируемых им больных.

Наверно следовало сказать, какие именно страницы из монографии были подвергнуты лингвистическому анализу. Это те страницы, где использованы журнальные публикации П. Б. Ганнушкина или те, где дается описание психопатий, о которых П. Б. Ганнушкин не писал?

Для получения максимально объективных данных, если это вообще возможно, полезно было бы сравнить текст анализируемой монографии с книгой П. М. Зиновьева “Душевные болезни в картинах и образах”, прежде всего, с главой, посвященной клинике психопатий.

Пока все это не сделано, ни о каких окончательных выводах говорить не приходится.

А. Г. Гофман

Бесполезное исследование

В первом выпуске “Журнала им. П. Б. Ганнушкина” за 2015 г. опубликована впервые в таком жанре совместная работа психиатра, лингвиста и биостатистика «“Статика” и “Динамика психопатий” П. Б. Ганнушкина через призму авторского стиля» (с. 67 – 74).

Авторы задались фактически экспертной задачей, но осуществили ее, в результате, в ярко выраженном формальном ключе, далеком от феноменологического подхода. И с этой точки зрения, это очень поучительный отрицательный пример. Феноменологически ориентированный исследователь начал бы с выяснения проблемного поля и осмысленности исследовательской задачи, с тщательно выверенных первых шагов, предвещающих исследование, как предопределяющих его результаты. Вместо этого авторы механически оттолкнулись от воспроизведенной в воспоминаниях проф. А. Г. Гофмана фразы его учителя П. М. Зиновьева в частной беседе с ним: “Я написал статику, а П. Б. динамику”.

Авторы статьи называют “дискуссией” четыре статьи главного редактора “Журнала психиатрии и психотерапии” проф. П. В. Морозова в ответ

на “Воспоминания проф. А. Г. Гофмана об Учителе” в “Независимом психиатрическом журнале” (2011, 4, с. 67 – 73), но почему-то не ссылаются на отклики на эти публикации в “Независимом психиатрическом журнале” и явно не прочли их, хотя они есть на сайте НПА России. Это “Неуместное направление усилий” (НПЖ, 2012, 3, 73 – 76) и “Еще раз о неуместном направлении усилий” (НПЖ, 2013, 4, 81 – 83). В каждом из этих текстов приводятся самостоятельные ответы и доводы проф. А. Г. Гофмана и мои. Тем не менее, авторы пишут, что “данная дискуссия сформировала наш специальный интерес к вопросу, побудив провести комплексное лингвистическое исследование”.

Но если бы они не пренебрегли элементарным правилом знакомиться с текстами обеих сторон “дискуссии”, думаю, у них нашелся бы более адекватный объект для демонстрации возможностей современной компьютерной атрибуции.

Атрибуция, т.е. установление подлинности авторства произведений художников, писателей, исторических документов, достигла высокого совершенства и рассматривает компьютерные программы, предназначенные для этой цели, как вспомогательную часть

экспертизы, не **подменяющие ее и не противопоставляемые** разнообразным традиционным экспертным методам. Но у авторов результаты компьютерной программы явно центрируются.

Если такая компьютерная программа как Диссернет, предназначенная для выявления плагиата, оказалась чрезвычайно успешной, то — в первую очередь — в силу простоты задачи, так как современные отечественные плагиаторы работают на до наглости примитивном уровне, заимствуя чужие тексты десятками страниц. Но если бы тот же текст они пересказывали своими словами, программа бы не сработала. А если бы они всего лишь закавычили бы эти заимствования или сослались на первоисточник, то отпали бы сами претензии.

Программы, используемые в целях атрибуции, имеют дело с подделками, подлогом, фальсификатами, фабрикацией и в этом случае речь идет о четко осмысленной альтернативе — принадлежит ли объект анализа автору или самозванцу-создателю подделки, преследующему меркантильные, “патриотические” или мистификаторские цели. Но другое дело, когда речь идет об открытой стилизации других авторов, как в продолжениях “Евгения Онегина”, или благодарном соавторе, как во “Введении в клиническую психиатрию” Г. В. Морозова и Н. Г. Шумского или “литературных рабах”, как в воспоминаниях Л. И. Брежнева. И совсем другое дело, когда речь о реальном соавторстве или слушателе, записавшем лекции, как в “Руководстве по психиатрии” А. Н. Бернштейна. Рассматриваемый случай тоже не редкость. П. Б. Ганнушкин, также как, например, Ричард Фейнман или Лев Ландау, не любил писать. Например, хорошо известно, что всемирно знаменитый 12-томный курс “Теоретическая физика” Л. Д. Ландау и Е. М. Лифшица, написан Е. М. Лифшицем. Акад. В. Л. Гинзбург вспоминал, кстати в юбилейной статье о Льве Давидовиче: “Все 5300 страниц курса написаны рукой Е. М. Лифшица, и его роль в формировании текста никогда не вызвала сомнений... Сам Л. Д. Ландау, физик исключительного калибра, один из корифеев теоретической физики, писать не мог или, во всяком случае, так не любил, что почти никогда не писал даже собственные статьи, не говоря о книгах. Р. Фейнман, кстати сказать, во многом напоминавший Л. Д. Ландау, сам своих многочисленных книг также не писал — все они, насколько знаю, представляют собой обработку его лекций или бесед. Напротив, Е. М. Лифшиц умел писать четко и выразительно”. (“Воспоминания о Л. Д. Ландау”, М., Наука, 1988, стр. 330.) П. М. Зиновьев не поставил своего имени, возможно, в силу компиляции лекций, бесед и статей П. Б. Ганнушкина, а Ганнушкин имел возможность отредактировать первую часть текста и выразил в предисловии благодарность Зиновьеву: “Без его участия в этом деле мы бы не справились с нашей задачей”. Помощь Зиновьева была широко известна, и я

неоднократно слышал об этом от старых психиатров, которые не видели в этом ничего предосудительного.

Но вот, спустя 90 лет, это сведение вызвало бурное возмущение главного редактора “Журнала психиатрии и психофармакотерапии”, серию его гневных статей и даже переименование журнала в “Журнал им. П. Б. Ганнушкина”. Может быть, П. В. Морозов больше чтит Ганнушкина, чем все прежние и ныне здравствующие психиатры? Может быть, эта проблема в состоянии затмить то, что делается с психиатрией сейчас? Или может быть, дело в том, чтобы его журнал имел право на имя Ганнушкина? В самом деле, именование чьим-то именем — не дело личного произвола. Нужны серьезные основания, а тематика журнала мало перекликается с творчеством Ганнушкина. На моей памяти, как Елена Боннер сурово пресекала многочисленные попытки именоваться именем Андрея Сахарова. К 20-летию “Независимого психиатрического журнала” (2011, 4, с. 5 – 8) мы показали, что фактически он продолжил традицию журнала Ганнушкина “Современная психиатрия”, издававшегося в течение десятилетия между двумя революциями.

Как бы там ни было, но Петр Викторович, вопреки нашим неоднократным призывам прекратить эту ничемную искусственную полемику, инициировал предпринятое авторами исследование, фактически бросая камень в П. М. Зиновьева и А. Г. Гофмана — людей с незапятнанной репутацией. В результате односторонней информированности меня уже спрашивают: “Что же это, Вы не любите Ганнушкина?”. И это при том, что только мы резко откликнулись на грубое и несостоятельное очернение Ганнушкина в целой главе в двух изданиях руководства “Социальная медицина” Е. В. Черносвитова, изданного 60-тысячным тиражом. Опираясь на единственный взятый источник, контрастирующий со всем массивом информации, автор оттолкнулся от того факта, что Ганнушкин стационарировал вернувшегося из Швейцарии проф. И. Б. Галанта в свою клинику, что на самом деле спасало от революционного террора.

Односторонняя информированность привела к тому, что авторы не разобрались в смысле собственной работы. Это отсутствие ясного понимания смысла, **что именно исследуется**, и есть пренебрежение валидностью (адекватностью). В погоне за точностью и надежностью упускают принципиально не менее важное, без чего высокая точность только создает иллюзию соответствия высоким стандартам.

Дело здесь в том же, чему мы посвятили юбилейный съезд к 25-летию НПА России — в плохо понятой доказательной медицине, когда приоритет количественных методов возобладал над качественными, с которых следует начинать. Хорошо видно, что выводы зависят, более того, в значительной мере определяются изначально корректно, а значит более конкретно поставленной задачей исследования, которая придает

результатам любых использованных методик, компьютерных программ, любого инструментария окончательный смысл, т.к. смысл всегда конкретен, и это дело интерпретации, без которой приборные результаты еще ни о чем не говорят. В нашей профессиональной практике это аналогично введению данных в клинический контекст. Между тем, авторы, формулируя задачу исследования, не разобрались в конкретике реальной ситуации, которая была представлена в доводах другой стороны, с которыми они не удосужились ознакомиться. В результате, задачу своего исследования они сформулировали в крайне общем виде, стирающим принципиальную разницу между лже-автором и анонимным помощником, фактически соавтором. Поэтому адекватными формулировками исследовательской задачи и заключительных выводов было бы: **не кто автор, а насколько точно воспроизведена его речь, его мысли или насколько удачна имитация его индивидуального стиля.**

В результате, наши молодые коллеги оказались в роли неопитов современных компьютерных технологий, невольно продемонстрировав при этом скудный итог из-за пренебрежения традиционным клиническим подходом, в данном случае — ясного понимания проблемной задачи, смысла собственно исследования.

Авторов фактически ничему не научило, что обильно цитируемый ими наш выдающийся тополог А. Т. Фоменко сам оказался антигероем отечественной науки, когда, опираясь на приоритет математических методов, вторгся не в свою компетенцию. Глобальная (новая) хронология А. Т. Фоменко хотя и вызвала ажиотажный интерес, превратилась в мифотворчество, в профанацию математических методов.

Не менее грандиозную литературу породила атрибуция автора “Тихого Дона”, сопровождавшаяся выразительным провалом компьютерного исследования.

Нельзя не оценить в качестве достойного примера для подражания, что авторы завершают текст не выводами, а — после них — разделом “ограничения и недостатки исследования”. Действительно, они пренебрегли элементарным требованием для такого исследования — включить в него несколько других текстов, несомненно принадлежащих Ганнушкину и Зиновьеву.

Резюмируя, можно сказать, что статья авторов стала ярким примером решающего значения первых шагов любого исследования, недопустимости фальстарта, опоры на первое невыверенное впечатление. В ходе полемики аналогичную оплошность совершил и сам главный редактор журнала П. В. Морозов. “Ю. С. Савенко не пожалел собственного учителя, — написал он, — рассказав, как Ганнушкин назвал его дураком”. Имелся в виду мой пересказ того, как мой учитель

проф. Исаак Аронович Мизрухин, будучи молодым ординатором, докладывал больного Ганнушкину и в свойственном этому возрасту стиле поставил трехэтажный диагноз. Ганнушкин укоризненно посмотрел на него и сказал: “Просто дурак”. Петр Викторович решил, что “дурак” относится к ординатору, а не больному. В экспериментальной психологии так является наличие той или иной установки. Петр Викторович, оскорбив таким образом и моего учителя и меня, до сих пор не принес извинений за это в журнале. Не принес он извинений и за лексику в адрес проф. А. Г. Гофмана (“гражданин соврамши”), совершенно недопустимую в адрес любого коллеги, тем более человека, который служит образцом, сущей скалой достоинства в нашем релятивистском мире и является председателем Этической комиссии НПА России. Поэтому такого рода эскапады в его адрес выглядят очень сомнительно.

Р. С. Публикуемая здесь рецензия и — одновременно — критический отклик в дискуссии с П. В. Морозовым предназначались для его Журнала им. П. Б. Ганнушкина, но — как главный редактор — Петр Викторович Морозов, вопреки общепринятым правилам, не говоря уже об элементарном джентльменстве, отказал в публикации в хорошо известной форме: “Я послал эту работу двум рецензентам”, словно такой жанр как рецензия нуждается в рецензиях и словно право на ответ не привилегия каждого. Тем более, когда требуешь извинений за самоочевидные бестактности. Вместо этого П. В. сказал буквально следующее: “Ну, кто поверит, что Ганнушкин мог поставить больному диагноз “дурак”?”. Так, никчемная поначалу дискуссия давно превзошла и изменила свой первоначальный предмет и стала этической, а пост зонального представителя и вице-президента РОП понуждает к диаметрально противоположному стилю поступков.

Оба журнала РОП — “Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева” и “Социальная и клиническая психиатрия” — отказались от публикации этой рецензии, хотя речь в ней идет об оскорблении одного из членов редколлегии последнего журнала. Возобладала негласная установка не критиковать друг друга. Действительно, дискуссии в собственном смысле этого слова фактически выродились.

Все это вынудило нас, вопреки повторам, опубликовать этот текст в НПЖ для цельности аргументации, представляющей общеметодологический интерес.

Ю. С. Савенко

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Революция 1905 года и психиатры

*“Правительства не свергают,
они сами совершают самоубийство”*

Старый афоризм

Есть цепь событий и даже отдельные события, которые необратимым образом определяют дальнейшее развитие. Такова “логика истории”¹.

Первая русская революция, в отличие от февральской, сопровождалась несравненно большей бессмысленной жестокостью, воскрешением пугачевщины. С нее начинается принципиально новая эпоха в истории России. Известный врач и общественный деятель С. Я. Елпатьевский писал: “Казалось, так долго сидевшая смиренно на месте Россия вдруг сдвинулась с места. И чем дальше, тем больше нарастало движение, тем больше ускорялся темп его... Россия всегда просила и ждала и никогда не требовала... Революция 1905 года важна ... изменившейся психологией. Первый раз люди почувствовали себя гражданами, и это оказалось главным итогом... А накануне не нашлось истинно государственных людей, которые учли бы и поняли совершавшееся в России и даже в интересах власти приняли бы определенные не обманные меры”. Но реформы подменялись полумерами из-за позиции царя.

Революция была спровоцирована самой властью. Руководство оппозиционных партий было в эмиграции и не помышляло о начале революции, а основная масса народа не была революционной. Дело в стечении многих обстоятельств, прежде всего, в проигрываемой войне и потере доверия и уважения общества к власти. Царь оттолкнул от себя наиболее многочисленную умеренную оппозицию в лице кадетов, среди которых были “самые выдающиеся лица империи”. Даже монархисты раз от разу восклицали: “Да он же ведет страну к революции!”. Около полувека в два последних царствования “сама власть подготовила революцию своей неуступчивостью справедливым чаяниям просвещенного населения, она торговала всяческой законностью и жила в беззаконии как рыба в воде... Режим в России не был ни консервативным, ни даже реакционным, а был режимом бунта, идущего справа... правительственные методы можно было бы квалифицировать как “большевистские””. (Н. Н. Баженов). В этом царские и большевистские министры сходились: “Россия обречена на полицейский ре-

жим”. Между тем, в силу экономической отсталости Россия была колоссом на глиняных ногах.

Ведущую роль в революции сыграла активно проводимая политика дискриминации национальных меньшинств (М. М. Карпович). Запрет польского, украинского и немецкого языков², ликвидации автономии прибалтийских стран и Финляндии, и их русификация, аналогичная политика на Кавказе, особенно в отношении армян, усиление государственного контроля над исламскими структурами, ужесточение дискриминации евреев (с 1882 г.) и даже планы Николая II о выселении их в Сибирь³, официальный лозунг генерала А. Н. Куропаткина “Россия для русских!”, резко контрастировали с тем, что 57 % населения страны составляли инородцы и иноверцы⁴, а русские разделялись на великороссов, малороссов и белорусов (М. Геллер). Это было следствием традиционной колонизаторской политики России⁵.

При этом жизненный уровень большинства русских был одним из самых низких. Эксплуатация рабочих предпринимателями и промышленный кризис 1900 – 1903 гг. породили стачечное движение, достигшее апогея в 1903 году. Но царская охранка сумела возглавить это движение, далеко опередив полицию других стран в организации агентурной сети, пронизавшей революционные организации провокаторами, в стравливании народов и организации погромов (“зубатовщина”).

Репрессии в отношении студенческих волнений 1899 – 1902 гг. сформировали офицерский состав руководства всех революционных организаций. Председателем общеуниверситетских сходов в Москве был П. П. Кашенко. В 1905 г. был даже закрыт Варшавский университет, где тогда учился Эжен Минковский.

² Из-за этого уехал из Дерпта Эмиль Крепелин.

³ В 1890 – 1905 гг. из России выехало более 1 млн. евреев.

⁴ В конце века в России жило около 12 млн. мусульман, 11 млн. католиков, 4,5 млн. лютеран, 4 млн. евреев, 7 млн. язычников, 13 млн. старообрядцев (“раскольников”). В 1900 г. русским было запрещено быть баптистами.

⁵ На географических картах 1900 – 1904 гг. уже и Маньчжурия закрашивалась в русские цвета. Имелись виды на Корею, Тибет, Абиссинию и господство в Тихом океане (М. Геллер). См. также монографию акад. М. К. Любавского “Обзор истории русской колонизации”, изд. МГУ, 1996.

¹ Густав Шпет. “История как проблема логики” — М., 2002.

Давняя и, казалось бы, полная подчиненность церкви государственной власти при обер-прокуроре “Святейшего Синода” К. П. Победоносцеве (с 1880 по октябрь 1905) еще усилилась: священники не должны были отличаться от мирян образованностью, духовность подменялась формальной обрядностью, а “секты” объявлялись “вредными” и преследовались, хотя объединяли до 20 млн. человек. В 1901 г. Синод отлучил от церкви и предал анафеме Льва Толстого с его доктриной непротавления.

Но основной причиной революции был аграрный вопрос. Крестьянство составляло 86 % населения. Со времени его освобождения (без земли!) не прошло и 30 лет, как крестьянское самоуправление было поставлено под контроль государства (1889). Голод и холера в 1891 – 1892 гг. привели к гибели около 375 тыс. человек. В 1901 г. неурожай затронул 24 млн. человек и вызвал в 1902 г. крестьянские восстания в Украине с требованием передачи им земель помещиков⁶. На их подавление была направлена 10-тысячная армия, зачинщиков секли розгами: телесные наказания сохранились в России только для крестьян, которые не имели полных гражданских прав.

В этих условиях трудноразрешимых внутренних проблем была “нужна маленькая победоносная война”. И Николай II пренебрежительно отверг предложение японцев (“макак” по его выражению), что развязало русско-японскую войну, легкость победы в которой не вызывала сомнений. Но спустя год — 19.12.1904 — был сдан Порт-Артур.

9 января 1905 года состоялась с ведома полиции мирная многотысячная демонстрация рабочих с семьями для подачи петиции царю. Ее расстрел (200 убитых, 800 раненых) послужил началом революции. Началась цепная реакция демонстраций и массовых забастовок по всей стране, включая все окраины. Крестьяне, подстрекаемые группами эсеров, думая, что получат возможность выкупить землю, подвергли разгрому и сожжению тысячи помещичьих усадеб. Они оскверняли церкви, испражнялись на иконы. Эта агрессия наибольшего накала достигла в Саратовской губернии, где губернатором был Петр Столыпин. Удивительной была незлобивость помещиков-либералов: не было подано ни одного иска на разоренные имения (Д. П. Коновалов). Расправу учинили власти. Крестьяне хорошо запомнили этот опыт и себя в роли одуроченных людей, и февральская революция не сопровождалась такими эксцессами, как в 1905 г. После рескрипта царя 18 февраля, изданного в момент Мукденского поражения, началось массовое создание

⁶ Нехватка земли и удержание ее помещиками не соответствовали действительности, были мифом, который поддерживался политическими партиями. Истинной причиной было первобытное землепользование, не изменившееся с XVI века (М. Геллер).

профессиональных союзов и их объединение. Очередная волна революционных выступлений последовала в мае, после Цусимы, и сопровождалась организацией советов рабочих депутатов и вовлечением студентов, врачей, учителей и служащих. Волнения затронули армию и флот (мятеж на крейсере “Потемкин” в июне 1905 г.). Портсмутский мир с Японией 23 августа вызвал очередные волнения. Миллионная армия солдат, возвращающаяся с Дальнего Востока, громила все на своем пути. 27 августа была предоставлена широкая автономия университетам с выборностью ректоров и запретом в них сыска. В октябре состоялась первая в России всеобщая политическая забастовка, прежде всего, железнодорожного транспорта, парализовавшая всю хозяйственную жизнь России. Разъяренные толпы грозили министрам судом Линча, требуя свободы и Конституции. С. Ю. Витте и великий князь Николай Николаевич сыграли решающую роль в выборе мирного варианта, вырвав у царя **Манифест 17 октября**, который провозглашал сословное, национальное и религиозное равноправие: “даровать населению незабываемые основы гражданской свободы на началах действительной неприкосновенности личности, свободы совести, слова, собраний и союзов”, расширение избирательных прав, установление контроля народного представительства за действиями исполнительной власти и придание Думе законодательных полномочий. Манифест, даровавший Конституцию и парламент, вызвал широкий общественный подъем, но и черносотенные погромы интеллигенции и евреев во многих городах (только в Одессе погибло более 400 евреев, в Ростове-на-Дону более 150, всего более 820), организованные членами основанного в ноябре “Союза русского народа”, на который начал опираться Николай II. Продолжение мятежей на флоте привело к жестоким действиям властей.

Погромы поддерживала и даже инициировала полиция (М. Карпович). В Томске и Твери черносотенцы сожгли здания вместе с забастовочными комитетами. В 1905 году Н. А. Нилус опубликовал “Протоколы сионских мудрецов” — самую кроваво-успешную в истории фальшивку царской охранки — способ борьбы с революцией. Продолжение мятежей на флоте привело к жестоким действиям властей. Апогеем революции стало вооруженное восстание в Москве в декабре 1905 года, активно поддержанное даже хозяином Пресненской мануфактуры. Мастерская по изготовлению бомб, куда свозили оружие для боевиков, располагалась на квартире Горького. Восстание в Москве было подавлено. Но в течение 1906 и даже 1907 года волнения в стране не стихали, и в 39 губерниях было введено военное положение.

Революция 1905 года многих напугала, и Манифест внес раскол в ряды оппозиции. Впрочем, еще в апреле в Женеве обсуждение вопроса о координации всех политических сил в революции столкнулось с

позицией эсдеков во главе с Лениным: видя преобладание эсеров, они покинули заседание. Только в декабре 1908 года лидер эсеров В. М. Чернов, убедившись, что руководитель Боевой организации партии Азеф, давний агент царской охранки, ушел со всем составом ЦК в отставку (в отличие от Ленина после дела Малиновского).

В апреле 1906 года С. Ю. Витте был заменен П. П. Столыпиным. Осенью 1906 года изданы указы уравнивающие крестьян в гражданских правах с другими сословиями и дающие право на выход из общины с земельным наделом. Было снято запрещение на украинский язык, хотя языком школы обучения остался русский. Но закон о еврейском равноправии, принятый правительством, Николай II отверг⁷.

В августе 1906 года были учреждены военно-полевые суды и за семь месяцев было повешено около 2000 человек. Всего в 1906 – 11 гг. было казнено свыше 5000 человек. Жертв левого террора в 1905 – 7 гг. было свыше 6 – 9 тысяч убитых, в том числе 23 крупных государственных деятеля, раненых 6 – 8 тысяч, ограблений — более 5 тысяч, покушений — 26 268. Популярным становится стихотворение Бальмонта “Наш царь” (1907): “Кто начал царствовать — Ходынккой, тот кончит — став на эшафот.” “Ты — царь и, значит, весь ты ложь...” До 18 февраля 1905 года Николай II неизменно называл участие земства в делах внутреннего управления и даже учет общественного мнения не просто беспочвенными, а “бессмысленными мечтаниями”. Впрочем, даже С. Ю. Витте в своих воспоминаниях то же самое пишет о независимости Польши. Прозорливее всех оказался Юзеф Пилсудский (см. М. Геллер, с. 262).

В марте 1905 года проходивший в Москве внеочередной Пироговский съезд — воплощение характерной особенности русской медицины, — ее общественного характера, носил чисто революционный характер. Уже предыдущий IX съезд в Санкт-Петербурге в январе 1904 года — в связи с игнорированием большинства ходатайств, постановил “не обращаться больше к правительству”. В резолюции X съезда заявлено о “необходимости врачам сорганизовываться для энергичной борьбы рука об руку с трудящимися массами против бюрократического строя для полного его устранения и за созыв Учредительного собрания”.

В революции 1905 года приняло участие огромное число врачей. Только “число, подвергнувшееся административной каре с 1905 по 1907 гг., — пишет Г. И. Юдин, — превышало 1300 человек (из 2639 земских врачей, то есть 50 %). Нет уезда где бы не пострадал кто-либо из медицинского персонала... А есть такие места, где нет ни врачей, ни фельдшеров, одни

высланы, другие арестованы. В психиатрических учреждениях производятся обыски, налеты полиции. В декабре 1905 года приставами убит в Москве приват-доцент В. В. Воробьев за оказание медицинской помощи во время пресненских боев. В Виленской окружной лечебнице целую неделю стояли казаки, арестовавшие ряд врачей и служащих. В январе 1907 года была арестована значительная группа служащих Казанской окружной лечебницы... В феврале 1907 года обыскивают всю Мещерскую больницу и увольняют 4 врачей. В апреле целая рота солдат производит обыск в Нижегородской колонии Ляхово, и одного из врачей высылают в Тобольскую губернию. Запрещаются спектакли для больных без присутствия полиции. В сентябре происходит целую ночь обыск в Бурашево. В марте 1908 года производится обыск в психоневрологическом институте в Петербурге, включая квартиры служащих. Высылают директора Воронежской психиатрической больницы Н. А. Вырубова, вынужден уйти директор Мещерской больницы В. И. Яковенко, увольняют директора Колмовской больницы М. С. Морозова и директора Вологодской больницы В. В. Радкевича. В 1909 году зав. психиатрическим отделением Ташкентского военного госпиталя Я. П. Горошков присужден к 8 месячному заключению на гауптвахте по непроверенному доносу. И т.д., и т.д. Г. И. Юдин приводит длинный список вооруженных налетов в 1907 – 8 гг. на психиатрические больницы в Казани, Одессе, Воронеже, убийств врачей, экспроприацию больничных финансов. Побег из психиатрических больниц вызвали ввод вооруженной стражи внутрь психиатрических отделений в Нижнем Новгороде, Симферополе, Курске, Кишиневе. В Вятке испытуемых помещают в больницу в кандалах под охраной внутри отделения стражи с оружием. Большой конфликт происходит на этой почве в Петербурге в 1909 году... Начальник Тюремного управления Боровитин обратился в медицинский совет с предложением считать кандалы допустимыми в психиатрических учреждениях и перенес это даже на обсуждение III съезда психиатров в 1910 году, что съезд отверг. Вследствие побега Пилсудского из больницы Николая Чудотворца должен был уйти в отставку О. А. Чечотт, а в Москве главный врач Преображенской больницы И. В. Константиновский... В Одессе в ноябре 1908 года Черносотенная Городская дума постановила сократить число коек в психиатрической больнице до 150 и уволить 90 служащих. В Курске постепенно все врачи были разогнаны, включая директора и устроителя колонии П. Д. Максимова.

Гражданская позиция земских врачей в эту эпоху, значительно превосходившую по своей репрессивности современную, была, тем не менее, выражена намного решительнее и более массово. В. М. Бехтерев в Санкт-Петербурге и В. П. Сербский в Москве открыто и резко выступали на профессиональных съездах,

⁷ Антисемитский настрой царя проявился и в отношении русско-американского торгового договора, подписанного в 1882 году, но из-за упорной дискриминации американских евреев, денонсированного США в 1911 г.

доводя свои речи до столкновения с полицией. Бехтерев на II съезде психиатров в Киеве в 1905 году говорил, что “важным фактором, приводящим к недостаточному развитию личности, является отсутствием общественной деятельности. Где нет общественной деятельности, там нет и полного развития личности... Это дело сложной и правильно поставленной внутренней политики, осуществление которой возможно лишь при свете гласности и критики со стороны самого общества”... В то же время оба не приняли такого постановления II съезда психиатров как введение коллективного руководства в своих учреждениях, так же как в Саратове, Смоленске, Кишиневе и др. На этой почве П. Б. Ганнушкин с большой группой коллег покинул клинику и обосновался вплоть до 1918 года в Алексеевской больнице, главным врачом которой был П. П. Кащенко, и с 1907 до 1917 гг. издавал журнал “Современная психиатрия”, ставший органом левых земцев на их паевые взносы. Харьковское земство ввело в 1905 году бесплатное лечение психически больных, в ряде городов значительно улучшились условия работы младшего персонала и до 1909 года сохранялось его представительство в правлении больницы.

Отмеченные революционные выступления врачей так же как их массовые репрессии, проходили в 20-ти летнюю бытность на посту директора медицинского департамента министерства внутренних дел вплоть до 1908 года Л. Ф. Рагозина, воплощавшего полицейскую психиатрию России и враждебное отношение к земской медицине. Но нельзя забывать, что в иных земствах преобладали черносотенные настроения, — конкретная действительность всегда намного сложнее.

Неприглядными издержками революции было сплетение пугачевщины, черносотенных погромов и провокаторского искусства полиции. Главного врача Харьковской психиатрической больницы — старого революционера выдающегося реформатора-демократа Павла Якобия — группа санитаров во главе с водопроводчиком больницы большевиком Артемом избила и вывезла на тачке из больницы, аналогичным образом был вывезен главный врач больницы Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге Н. Н. Реформатский. Это было в стиле фабричных рабочих. Другой выдающийся реформатор Преображенской психиатрической больницы в Москве (1872 – 1877) главный врач Саратовской психиатрической больницы С. И. Штейнберг, о котором Ю. В. Каннабих писал, что каждый российский психиатр должен помнить его имя, вызвал полицию для подавления беспорядков в Саратовской больнице, после чего был вынужден уйти в отставку.

В годы революции не прерывалась организационная, лечебная, исследовательская, и педагогическая деятельность психиатров. В Харькове сформировалось сомато-психиатрическое направление, в Ростове-на-

Дону биохимическое направление А. И. Ющенко, вышли лекции С. А. Суханова “Семиотика и диагностика психических расстройств”, на съездах обсуждались классификация душевных болезней, законодательство о душевных болезнях, устав психиатрических лечебниц, создание в больницах психиатрических отделений, в том числе создание отделений для свежезаболевших больных, лечение алкоголизма, организация призерия и патронаж душевнобольных, проблемы криминальных больных и умственно отсталых детей. В. М. Бехтерев и др. подписывали протесты, указывая на несовместимость академической свободы с полицейским режимом. Резолюция II съезда психиатров в 1905 году указывала, что “психиатрические учреждения должны быть автономны в пределах смет и постановлений подлежащих ведомств во всей своей деятельности. В основу управления должен быть положен принцип коллегиальности, сосредоточенный в Совете учреждения. При приеме в психиатрическое учреждение врачи должны руководствоваться исключительно состоянием больного”... “Съезд выражает свое негодование и протест против применения смертной казни в России”. Предложение ввести понятие “опасное состояние” было оспорено В. П. Сербским, который настаивал на обязательном психиатрическом надзоре в тюрьмах, так как “осуждаются многие настоящие психические больные, не подвергаясь экспертизе”. Сербский указывал, что “физиологический аффект на патологической почве” во многих случаях должен вести к освобождению от ответственности. “Съезд полагает своим общественным и научным долгом заявить, что в этиологии нервно-психической заболеваемости значительное место занимают социально-политические факторы... Поправки прав человеческой личности тягостным образом отражаются на нервно-психическом состоянии человека. Но когда это поправление происходит на глазах всех, то нервно-психическое здоровье населения подвергается тяжкому испытанию, приводящему к увеличению числа нервных и душевных заболеваний в стране. Признавая такой порядок вещей глубоко ненормальным и в то же время вытекающим из условий общегосударственного режима, съезд высказывается: 1) в пользу безотлагательного устранения административно-политического произвола и предоставления населению основных прав человека и гражданина в виде обеспечения свободы личности, печати и слова, собраний и союзов; 2) за немедленное освобождение борцов за идею, а также за освобождение политических обвиненных из мест их заключения”. На этом заключительном заседании съезда присутствовало 5 тысяч человек. Накануне внеочередной (“холерный”) IX Пироговский съезд в 1904 году постановил: “а) принудительное лечение алкоголиков, как и принудительное лечение вообще, не соответствует принципам отечественной медицины; б) казенная винная монополия содействует развитию алкоголизма в Рос-

сии; в) рекомендуется лечение внушением в амбулаторных условиях”. И принял резолюцию о необходимости изменения российского государственного строя.

Революция 1905 – 1907 гг. вывела государственное устройство России из его застывшего архаического состояния. Для революции потребовалось поражение в русско-японской войне, как спустя десятилетие для победы Февральской революции — поражение в I Мировой войне. Революция 1905 года кончилась “третьеиюньским переворотом с разгоном неугодного царскому режиму состава II Государственной думы. Концом Февральской революции 1917 года стал октябрьский переворот с разгоном неугодного большевикам состава Учредительного собрания. “Переворотом”, а не “революцией” называл его тогда же Лев Троцкий. Революции обычно обходятся дорогой ценой и кончаются реакцией. Но это неизбежная последовательность событий.

Революция 1905 года впервые дала России Конституцию, народное представительство, улучшило положение крестьян и рабочих, смягчение национальной политики, автономию университетов и мн. др. В частности во время революции было создано 5 крестьянских республик, организовавших самоуправление и продержавших от 1 до 8 месяцев, пока их не разгромили казачьи отряды. Идущие по инициативе снизу самоорганизацию и самоуправление российские власти не терпели и всегда подавляли.

Мы видим, что фактически все проблемы остаются прежними, и эта практика у всех на виду, а отличие состоит в очередном, все более беззастенчивом, даже воинственном возобладании полицейской психиатрии. Достаточно обратиться к “История отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского 2013 года, в которой автор поместил в отношении главных представителей полицейской психиатрии И. А. Сикорского и Л. Ф. Рагозина панегирики, а не разоблачительные характеристики Т. И. Юдина, а в отношении В. П. Сербского — инсинуации, вымышленные А. А. Портновым.⁸

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

- Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. М., 1951.
Елпатьевский С. Я. Воспоминания за 50 лет. Л., 1926; Уфа, 1954.
Баженов Н. Н. Русская революция (очерк социальной психологии)//НПЖ, 2013, 4, 72 – 80; 2014, 1, 80 – 87.
Бехтерев В. М. Автобиография// НПЖ, 1997, 4, 64 – 68.
Аврус А. И., Голосеева А. А., Новиков А. П. — Виктор Чернов. М., 2015.
Геллер М. Я. История Российской империи, т. 3, М., 1997.
Зубов А. Б. (ред.) История России. XX век: 1894 – 1939. М., 2009.
Карпович М. М. Имперская Россия (1801 – 1917)// Г. В. Вернадский. История России. Московское царство, ч. 2, Тверь-Москва, 2000.
Коновалов Д. П. Еще работы в жизни много... Изд. “Наука”, Саратов, 2008.

⁸ А. Г. Гофман. К вопросу об освещении истории отечественно психиатрии//НПЖ, 2014, 4, 88 – 89.

Московская областная психиатрическая больница №5 — яркое звено подмосковной психиатрии

Л. Ф. Кремнева, Т. А. Крылатова¹

В статье рассказывается о непростой истории возникновения и развития Московской областной психиатрической больницы № 5, толчком к которой явился яркий этап в отечественной медицине, поисков ключей к овладению резервами человеческого организма — развитие так называемой гравиданотерапии, а также о теснейшей связи больницы с именем выдающегося отечественного ученого, лидера отечественной клинической психиатрии Анатолия Кузьмича Ануфриева. Описывается его трудный жизненный путь и путь в науке, где он имел собственные исследовательские интересы, самостоятельное научное значение, создал собственную научную школу в отечественной психиатрии.

Ключевые слова: Московская областная психиатрическая больница № 5, ее история, гравиданотерапия, А. К. Ануфриев, научное значение А. К. Ануфриева.

Московская областная психиатрическая больница № 5 (МОПб № 5) имеет нелегкую и примечательную историю, неизгладимый след в которой оставил выдающийся отечественный ученый, один из крупнейших психиатров нашего времени, лидер отечественной клинической психиатрии, человек редкого таланта, Анатолий Кузьмич Ануфриев, который с 1959 года и до конца жизни был тесно связан с больницей. С 1959 по 1962 год он был главным врачом МОПб № 5, а все последующие годы неизменно проводил легендарные клинические разборы больных в ее отделениях. Рядом с больницей жили его родители, был его дом. В воспоминаниях, в том числе и ветеранов больницы, которая по праву называется “Абрамцево советской психиатрии” [7], воссоздается живой образ неутомимого исследователя, выдающегося психиатра, дух личности Анатолия Кузьмича, имя которого предложено присвоить больнице.

Вся жизнь Анатолия Кузьмича Ануфриева — непрерывный подвиг. Это человек, который “сделал себя сам”, его путь в медицину оказался долгим и трудным. Родился в простой чувашской семье, в чувашском городе Алатырь 26 декабря 1922 года [7]. Участник Великой Отечественной войны с 18 лет. Длительное время (вплоть до освобождения в мае 1945 года) был в плену в фашистских концентрационных лагерях, пережил моральные страдания интернирования на родине и последующее ограничение в правах [3, 7, 9] и, тем не менее, не утратил тяги к знаниям. В 1946 году поступил в I Московский медицинский институт, но не всегда мог ночевать в студенческом общежитии, не был принят в ординатуру (в связи с ограничением в правах), хотя институт закончил с отличием (1952 год). Интерес к научной работе в области психиатрии проявил еще в институте (сначала был увлечен хирургией, но помешала рецидивирующая экзема рук) [8]. После окончания инсти-

тута работал в Рязанской ПБ имени Н. Н. Баженова — базе кафедры психиатрии 3-го Московского медицинского института им. И. П. Павлова, переведенного в Рязань. Заведовал в больнице самым трудным, опасным отделением беспокойных принудчиков на 100 коек. Одновременно с увлечением занимался изучением темы ипохондрии и сенестопатий на амбулаторном приеме под руководством заведующего кафедрой профессора Сергея Федоровича Семенова, вслед за которым впоследствии переехал в Симферополь, где продолжил работу в крупной психиатрической больнице [8]. Затем А. К. Ануфриев — главный врач МОПб № 5 (Хотьковской).

Кандидатскую диссертацию блестяще защитил в 1963 году на тему “Ипохондрические синдромы (клиника, генез, лечение)”, а в 1969 году подготовил и защитил докторскую диссертацию “Приступообразная шизофрения (клиника, патогенез и судебно-психиатрическая оценка)” [1, 9]. С 1962 по 1981 годы А. К. Ануфриев занимал руководящие должности в НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского, затем в Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР [3]. В дальнейшем работал в Научном центре психического здоровья РАМН, учреждении с богатейшей историей [4, 11], где последовательно возглавлял научно-организационный отдел, клинику эндогенных психозов, а с 1983 года — вновь созданный научный отдел внебольничной психиатрии [3].

Уже в 42 года А. К. Ануфриев был признан “восходящей звездой психиатрии” [7], А. В. Снежневский ценил его и особенно считался с мнением А. К. Ануфриева в оценках динамики, развития, симптомообразования шизофрении, особенно параноидной. Уровень анализа Ануфриева был таков, что это принималось А. В. Снежневским и как новое, и как развитие его собственных исследований шизофрении [7]. Анатолий Кузьмич был крупным ученым, отличался оригинальностью, имел собственные исследовательские интересы и самостоятельное значение в психиатрии [5]. Он — автор около 70 фундаментальных научных

¹ Научный центр психического здоровья РАМН, Москва.

работ, в том числе нескольких монографий, активно занимался педагогической деятельностью в Институте психиатрии в Москве, во многих других городах страны. Будучи блестящим лектором, читал курс судебной психиатрии на юридическом факультете МГУ, был создателем оригинальной научной концепции соматизированных форм психических заболеваний и своей собственной научной школы в отечественной психиатрии [5, 9]. Под его руководством выполнен ряд докторских и кандидатских диссертаций [3].

По воспоминаниям сотрудников, знавших А. К. Ануфриева с самого начала его психиатрической работы [8], а также с этапа работы в НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского [5], он был скромным, мягким, дружелюбным, доверчивым и непрактичным. Эти качества сочетались в нем со страстной принципиальностью, совершенной независимостью в своих суждениях. Не считаясь с возможными для себя последствиями, Анатолий Кузьмич не пропускал слабых диссертаций и был устранен из числа членов экспертной комиссии ВАК по психиатрии. Он не допускал ущемления прав больных, интересовался индивидуальной судьбой конкретного человека, отстаивал интересы больных вопреки всем официальным установкам. Проводил исследования в области социальной психиатрии, которые получили не только научное признание, но и нашли практическое применение [3].

Его научные интересы отличались многогранностью, актуальностью тематик и касались проблем нозологии и классификации психических заболеваний, психопатологии бреда, ипохондрических и сенестопатических состояний, аффективной патологии, пограничных состояний, психосоматических расстройств, проблем профилактики психических заболеваний [3]. Как свидетельствует профессор Ю. И. Либерман — один из основателей отечественного клинико-эпидемиологического направления в психиатрии [7], свой острый интерес к клинике пограничных, непсихотических состояний он смог удовлетворить только, посещая консультации больных А. К. Ануфриева, уровень которых был более глубоким, чем традиционный. По его мнению, глубина синдромального психопатологического анализа была непревзойденной и всегда была такой, что можно было прийти к пониманию сути синдрома, а для задач клинической эпидемиологии было необходимо найти в каждом синдроме то основное структурное ядро, которое отделяет один синдром от другого. Особенно важно это было в такой сложнейшей области как ипохондрия. Как отмечает Ю. И. Либерман, А. К. Ануфриев показал привязанность неврозоподобных ипохондрических синдромов к сенестопатиям как первичному расстройству, и это было прозрением! Встреча с Анатолием Кузьмичем явилась для него открытием новых горизонтов клинической эпидемио-

логии, их совместная научная работа позволила создать Методическое пособие по феноменологии психических расстройств “Глоссарий психопатологических синдромов и состояний” [2]. Важным и особо значимым разделом Глоссария, была написанная А. К. Ануфриевым глава “Психопатические типы” — один из наиболее сложных разделов пограничных состояний и малой психиатрии вообще [2].

В воспоминаниях об Анатолии Кузьмиче ветеранов больницы, а также сотрудников, учеников, соратников — является образ служения психиатрии яркого исследователя, талантливого ученого и неизбежно проступает эпоха и история хотьковской ПБ № 5, с которой связана большая часть его жизни. Старые жители Хотькова свою психиатрическую больницу до сих пор называют “гравиданом”, хотя уже не знают, что это значит. Слово “гравидан” происходит от латинского “гравидитас” — беременность. Препарат “гравидан” был получен из мочи беременных женщин в Институте Урогравиданотерапии (от уро — моча) [6]. Директором Института Урогравиданотерапии был знаменитый тогда, а ныне забытый доктор Алексей Андреевич Замков, муж великого советского скульптора Веры Игнатьевны Мухиной.

В поисках ключей к овладению резервами человеческого организма, его полового долголетия, основываясь на знаниях об образовании в организме беременных женщин значительного количества гонадотропного гормона (хориального гонадотропина), который выделяется с мочой, повторяя эти опыты, А. А. Замков решил испытать действие мочи на половую систему человека в смысле оживления ее функций. Приготовленный препарат был назван “гравиданом”. Успех у больных препарат имел грандиозный, однако А. А. Замкова обвинили в знахарстве, противозаконных экспериментах на людях и в мае 1930 года создатель гравидана был уволен и приговорен к трем годам административной ссылки [6], однако был досрочно освобожден (август 1932 года), и профессор Кольцов назначил его директором лаборатории урогравиданотерапии. Лечение гравиданом получило широкую известность. На окраине Хотькова для доктора Замкова был создан Совхоз Урогравиданотерапии. Лаборатория в комплексе с этим совхозом получили статус Государственного Института Урогравиданотерапии. Его директором стал А. А. Замков. С 1933 года Институт выпускал собственный периодический научный “Бюллетень Государственного Института Урогравиданотерапии”, под редакцией А. А. Замкова [6].

Гравиданом активно лечили лидеры и руководители клинической медицины, психиатрии, наркологии, детской психиатрии, в том числе в московских медицинских институтах и в Московском областном клиническом институте (теперь МОНКИ) — профессора Д. Д. Плетнев, В. С. Казаков, И. В. Стрельчук, Г. Е. Сухарева, П. М. Зиновьев, Е. К. Краснушкин,

доцент Т. Н. Гордова и другие. Обозреватель МГ Юрий Блиев в статье “Красная вирага” (21.02.2003 г.) сообщает, что гравиданотерапию острой паранойи одобрял и профессор П. Б. Ганнушкин [6]. Увеличился поток пациентов в клинику “Гравидан” в Хотьково и руководство МПС построило железнодорожную станцию “57 км.” (теперь: ст. “Абрамцево”) поблизости от “Гравидана” и рядом с домом-студией Замковых—Мухиных, где предстояло родиться шедевру, величайшему символу советской эпохи — монументу “Рабочий и Колхозница”, удостоенному высочайшей оценки на Всемирной выставке в Париже 1937 года [6].

По стране работали сотни пунктов гравиданотерапии. В Западной Европе и США появились аналогичные препараты — дженерики, но под иным наименованием, некоторые из них были запатентованы [6]. О научном и государственном признании свидетельствует объемистая статья “Уротерапия” в 33 томе 1-го издания БМЭ (М., 1936, с. 426 – 429), 95 % которой было отведено открытию доктора Замкова и его гравиданотерапии [6].

А в 1938 году в три дня был ликвидирован и сам Институт и Совхоз Урогравиданотерапии, на месте которого была создана лечебница для больных алкоголизмом на 200 коек. Из нее постепенно и выросла Московская областная психиатрическая больница № 5 [7].

О размахе гравиданотерапии в довоенной советской психиатрии свидетельствует ее широкое применение не только у взрослых пациентов всех возрастов, но также, и у детей и у подростков. Так, директор детской психиатрической клиники Центрального НИИ психиатрии им. В. В. Крамера, профессор Г. Е. Сухарева в “Клинических лекциях по психиатрии детского возраста” [10], в лекциях, посвященных лечению шизофрении, среди прочих методов выделяет в отдельный раздел гравиданотерапию. Опыт гравиданотерапии был поставлен в детском отделении больницы имени П. П. Кащенко (О. Ф. Ижболдина). Полученные результаты лечения дали основания для вывода, что гравиданотерапия может найти применение в практике лечения детской и подростковой шизофрении [10], а наиболее показаны для гравиданотерапии те формы, которые текут вяло и медленно и в которых психопатологическая симптоматика выражается в астеническом состоянии, пониженном настроении и двигательной заторможенности. Положительный результат гравиданотерапии сводился главным образом к стимулирующему и общетонизирующему действию. Катамнестические данные, собранные О. Ф. Ижболдиной, показали, что длительность благоприятного эффекта не всегда достаточна [10].

Наиболее основательный анализ гравиданотерапии в психиатрии представлен в лекции выдающегося советского психиатра Петра Михайловича Зиновьева, прочитанной 19 апреля 1935 года. П. М. Зиновьев не

желал, чтобы “гравидан ушел в бездну забвения” как неоправдавшаяся сенсация, но, напротив, видел дальнейшее развитие этой терапии, правда, не в виде мочи беременных женщин, а в виде химически чистых органических лекарственных веществ, которые должны быть идентифицированы и выделены из “гравидана” как его лечебное начало [6].

Осмысление А. К. Ануфриевым метода гравиданотерапии как способа воздействия на психику биологического агента, очевидно активизировало дискуссию о приоритетах сомато-психического и психосоматического в формировании психического нездоровья. Дальнейшие исследования А. К. Ануфриева свидетельствуют о преобладании психосоматических механизмов; его работы дали значительный толчок развитию исследований в области психосоматики.

Лечебница, основанная на месте Института Урогравиданотерапии, развивалась и к началу 60-х годов прошлого века, когда там работал А. К. Ануфриев, стала лечить не только больных алкоголизмом. Радикальной перестройке больница подверглась под руководством Р. Н. Мурашкина, впоследствии главного врача МОПБ № 5, главного врача ЦМОПБ № 1 и Главного психиатра Московской области. Во время строительства приходилось преодолевать очень большие трудности, так как поселок художников был против, а поселок академиков был категорически против наличия рядом с ними психиатрической больницы [8]. Но в результате колоссальных усилий было построено 3 кирпичных корпуса, пищеблок; коечный фонд достиг 1200 коек и больница приобрела современный вид [8]. Тем не менее, вопрос о переводе больницы в последующем вставал еще дважды: (Постановление Совета Министров РСФСР от 12.08.1977 года), а в 80е годы — по предложению Р. М. Горбачевой [8].

А. К. Ануфриев, уже работая в НИИ психиатрии им. В. П. Сербского, затем Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР, во Всесоюзном Научном центре психического здоровья АМН СССР, никогда не порывал связи с Московской областной психиатрической больницей № 5. Собирал, в том числе и в этой больнице, материал для своей кандидатской и докторской диссертаций, а в последующем — неизменно проводил клинические разборы больных, всегда являвшиеся большим событием для врачебного сообщества больницы, школой клинического мышления. Отрезку его жизни 1970-х, начала 1980-х годов есть живые свидетели среди сотрудников больницы. Он любил Абрамцево, здесь он не только работал, но и отдыхал. Летом Анатолия Кузьмича часто можно было видеть задумчиво прогуливающимся по окрестностям. Врачи, персонал очень тепло относились к нему, даже помогали в бытовых вопросах. Можно сказать, больница была его вторым домом. Врачи больницы того времени: старейшие врачи Нина Павловна Дейкина, Любовь Федоровна Попова, главный врач Рудольф Дмитриевич Смирнов, заместитель по лечебной работе Вале-

рий Яковлевич Евтушенко, зав. отделением Таисия Ивановна Жаркова, врачи Елена Михайловна Чистякова, Серафима Николаевна Одякова и многие другие — с большим пиететом отзывались о клинических разборах А. К. Ануфриева, стремились попасть на них, ибо они всегда являлись крупным событием в жизни больницы, а чувство глубокой симпатии к Анатолию Кузьмичу как к личности, создавали особую атмосферу на его консультациях. Больные также любили Анатолия Кузьмича за простоту, открытость, естественность консультативного осмотра и беседы с больным, без ощущения дистанции между ним и пациентом. Он остался в памяти как умный, честный, бескорыстный человек; в обычной жизни — скромный и дружелюбный. Любил цитировать стихи Аполлинера и Бодлера, был тонким ценителем классической отечественной и зарубежной литературы. Всегда подтянут, строен, элегантен. Прекрасно плавал, любил рыбалку и особенно охоту [8].

А. К. Ануфриев ушел из жизни 18 декабря 1992 года, его прах покоится на хотьковском кладбище. Анатолий Кузьмич навсегда останется светлым примером для всех нас, а его жизнь — образцом для подражания начинающим психиатрам. Он оставил нам богатое научное наследие, однако многие ценные высказанные им идеи, в частности, в области первичной профилактики психических заболеваний, еще ждут своего воплощения.

P.S. Профессиональное сообщество психиатров и особенно настойчиво психиатры Московской области **выразили полное единодушие** на юбилейной конференции Психиатрической больницы им. В. И. Яковенко в 2013 г., на конференции психиатров и наркологов в Орехово-Зуево в 2014 г. **относительно присвоения Московской областной психиатрической**

больнице № 5 имени проф. А. К. Ануфриева. Об этом в 2014 г. в Минздрав Московской области и лично министру здравоохранения Московской области проф. Н. В. Суслоновой были направлены обращения Московского областного общества психиатров и наркологов, Научного центра психического здоровья РАМН за подписью акад. А. С. Тиганова и НПА России.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ануфриев А. К.* Приступообразная шизофрения (клиника, патогенез и судебно — психиатрическая оценка) : Дисс. докт. / А. К. Ануфриев. — М., 1969. — 505 с.
2. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. Методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний. А. К. Ануфриев, Ю. И. Либерман, В. Г. Остроглазов. Изд. ВНИЦЗ АМН СССР, 1990, 112 с.
3. К юбилею А. К. Ануфриева // Психиатрия, 2003, 2, с. 65 – 66.
4. *Орловская Д. Д.* От Института психиатрии АМН СССР до Научного центра психического здоровья РАМН: к 60- летию // Психиатрия 2005, 2, с. 7 – 12.
5. *Остроглазов В. Г.* Восходящая звезда психиатрии. Анатолий Кузьмич Ануфриев в Институте им. В. П. Сербского (Часть 3-я) // Независимый психиатрический журнал, 2013, 2, с. 66 – 68.
6. *Остроглазов В. Г.* Миф о гравидане. К предистории Московской обл. ПБ № 5 // . Независимый психиатрический журнал, 2008, 3, с. 73 – 89.
7. *Остроглазов В. Г.* Анатолий Кузьмич Ануфриев в живой жизни (по воспоминаниям коллег и современников) // Независимый психиатрический журнал, 2011, 1, с. 75 – 85.
8. *Остроглазов В. Г.* Анатолий Кузьмич Ануфриев в живой жизни. Часть 2 // Независимый Психиатрический Журнал, 2011, 3, с. 67 – 72.
9. *Савенко Ю. С.* 80-летие Анатолия Кузьмича Ануфриева // Независимый психиатрический журнал, 2011, 1, с. 8 – 9.
10. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Книга I. Медгиз, 1940, 256 с.
11. *Тиганов А. С., Орловская Д. Д.* 60-летие Института психиатрии — Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, т. 105, 2005, 6, с. 57 – 61.

Приглашаем принять участие!

XXI КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ

«Границы психотерапии»

18 декабря 2015 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

XVI съезд психиатров России — пир во время чумы

XVI съезд психиатров России впервые проходил не в Москве, а в столице Татарстана Казани, которая к своему тысячелетию превратилась в красивейший европейский город, сохранивший национальный колорит. Казань связана с двумя основоположниками отечественной психиатрии Александром Устиновичем Фрезе и Владимиром Михайловичем Бехтеревым, организацией первой психофизиологической лаборатории, одного из первых психиатрических журналов, первой в России (1869) окружной психиатрической больницы, признанной лучшей в России в 1911 г. Впрочем, в советскую пору — и с самой мрачной, наряду с Игреньской и Благовещенской, спецпсихбольницей, куда помещали политических диссидентов.

Съезд психиатров, по идее и по существу профессиональный, тем не менее, открыла представительница Минздрава, так как министр здравоохранения до сих пор является традиционным председателем съездов психиатров — не атавизм, а клеймо советской эпохи. Среди многочисленных приветствий только в выступлении А. С. Карпова выражалось сожаление, что сокращение психиатрических больниц не сопровождалось параллельным расширением диспансерной сети. Последними, 13-м и 14-м были приветствия Ю. С. Савенко и Н. Г. Незнанова. Собственно этим какое-либо упоминание НПА России ограничилось. Более того, первая фраза приветствия съезду избранного предстоящего президента ВПА (president-elect) Хелен Херман (Мельбурн, Австралия): “Я рада присутствию на съезде обеих психиатрических организаций” не прозвучала в переводе, согласованное нами с Н. Г. Незнановым присутствие представителя НПА в президиуме при открытии съезда — важная символическая акция — не было выполнено, в ежедневной газете съезда об НПА не было ни слова, и т.д. и т.п. Таким образом, съезд назывался съездом психиатров России, а не съездом РОП, чтобы говорить от имени всех и за всех, что сказалось и в тональности резолюции съезда, к составлению которой нас не пригласили. Это не удивительно, так как съезд проходил в период разрушительной реформы службы психиатрической помощи, грубого снижения ее уровня, что коснулось каждого рядового врача и каждого человека с психическими расстройствами.

В заглавном докладе “Психиатрия на этапах реформ: ключевые проблемы и перспективы”, соответствующем обозначению тематики всего съезда, председатель правления РОП проф. Н. Г. Незнанов назвал

в качестве болевых проблем отсутствие теоретических основ психиатрии, противоречивость данных и отрицательный образ психиатрии. О разрушительной реформе не было ни слова, тогда как генеральный директор Центра им. В. П. Сербского проф. З. И. Кекелидзе назвал таковыми реорганизацию психиатрической службы, апробацию психотропных средств, которую по его мнению следует передать Минздраву, страховую медицину, как государственно-частное партнерство, и подготовку ординаторов с введением в качестве нового предмета экспертологии. Третий доклад — “Будущее психиатрии и первичная психиатрическая помощь” сделала проф. Хелен Херман. Будущее психиатрии она видит в интеграции психиатрии с системой здравоохранения и взаимодействии с семьями...

Программа съезда охватывала значительную часть основных направлений отечественной психиатрии. Невозможно было посетить все многочисленные секции. Кроме пленарного заседания, мы побывали на заседаниях:

- по международной классификации психических расстройств, проводившемся представителем ВОЗ проф. М. В. First из Нью-Йорка и руководителем этой программы в России проф. В. Н. Красновым;

- по общей психопатологии, тема которого вопреки своей фундаментальной значимости, подчеркнутой акад. А. С. Тигановым, оказалась затерянной среди других тем;

- по организации психиатрической помощи, на котором на большом подъеме проф. А. Б. Шмуклер камнями на камне не оставил от неловких нагромождений лукавых официальных цифр, дав им убедительную интерпретацию с позиций системного подхода, показав фальшивый оптимизм результатов реформы, подменяющей заболеваемость выявляемостью. В большинстве выступлений разрушительные результаты реформы подавались в формате “без комментариев”, но настолько выразительно, что были вполне вняты даже непрофессионалу;

- по этическим проблемам клинической и судебной психиатрии, где ярким контрастом с практическим положением дел были очень информативные доклады С. Н. Мосолова, А. А. Ткаченко и Е. А. Вольской;

- важным было проведение заседания пациентских организаций, где обсуждались замечательные успехи А. Л. Шмиловича и Н. Б. Левиной;

– на встрече Восточно-Европейской (10-й) зоны ВПА, где Л. Н. Виноградова подчеркнула недопустимость игнорирования обсуждения правозащитных аспектов психиатрии, что было поддержано проф. П. В. Морозовым.

В рамках большого съезда был проведен отчетно-перевыборный съезд РОП, открывшийся выступлением директора ФСКН РФ В. П. Иванова, принят новый устав РОП, президентом РОП был избран проф. Н. Г. Незнанов, вице-президентами З. И. Кекелидзе, О. В. Лиманкин, П. В. Морозов, К. К. Яхин, а профессор В. Н. Краснов вытеснен из руководства обществом. Предложение проф. Т. Н. Дудко о переименовании общества в Российское общество психиатров и наркологов, что содействовало бы решению многих возникающих проблем, прежде всего, противостоянию доминирования ФСКН, было заблокировано доводами организационных трудностей. Между тем, съезд ознаменовался внятными напоминаниями лично директором ФСКН В. П. Ивановым, портрет которого, наряду с портретом В. И. Скворцовой, доминировал в ежедневной газете съезда, что указом Президента в июне 2014 г. координация деятельности по комплексной реабилитации наркопотребителей возложена на ФСКН России. Тем самым профилактическое направление снова приобретает резко выраженный полицейский уклон.

Участие НПА России в съезде, который подчеркнуто не отождествлялся со съездом только РОП, ограничилось выступлениями на разных секциях президента и вице-президентов Ассоциации, Ю. С. Савенко, А. А. Коломейца (Владивосток) и А. Я. Перехова (Ростов-на-Дону), исполнительного директора Л. Н. Виноградовой, руководителей ряда программ О. А. Бухановской, А. В. Ковалева, А. В. Немцова и мн. др. Представители НПА России выступили по темам: “Основное условие успешности реформы здравоохранения”, систематике психических расстройств и новой версии МКБ, новом методе исследовательской выборки, детской и подростковой психиатрии, аддиктологии и потреблению алкоголя и наркотиков, эпилепсии, педофилии и медицинской сексологии, формированию терапевтической резистентности, пограничной психиатрии и психотерапии. На второй день съезда проф. Хелен Херман по собственной инициативе провела специальную очень содержательную встречу с руководством НПА России, выразив понимание и солидарность с ее деятельностью. Наиболее живо откликнулись на получение последнего руководства Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами” Башкортостан и Татарстан, Владивосток и Калининград.

В съезде участвовали 1300 человек, в том числе представители Германии, Италии, Хорватии, США, Австралии, а также Армении, Грузии, Казахстана, Киргизии, Беларуси и Молдовы. В сборнике материалов съезда (на дискете) содержится 1100 тезисов, в

подготовке которых приняли участие 1800 авторов. На съезде прозвучало более 400 устных докладов, объединённых в 26 различных секционных заседаний, 13 спутниковых симпозиумов и 6 специальных заседаний.

Значительное число содержательных докладов по широкой разнообразной тематике и превосходная организация съезда не могли не радовать, хотя приподнято-мажорная атмосфера съезда, на который съехались делегаты со всей страны, настолько резко контрастировала с реальным положением вещей, что напоминала пир во время чумы, и на деле была очередной потемкинской деревней, на которую, как обычно, не пожалели средств. Восхищение уровнем проведения съезда следует адресовать его имиджмейкерам, достигшим вполне европейского уровня. В этом контексте понятно использование НПА России в качестве фигового листка. В этом ряду стоит и награждение Казанской областной специализированной психиатрической больницы с интенсивным наблюдением, условия пребывания в которой в 2014 г. были признаны Европейским судом по правам человека пыточными.

Делегатами съезда были не рядовые врачи-психиатры и научные сотрудники, а их руководители, выбиравшие сами себя. Как люди очень разные, но одинаково зависимые от централизованной системы управления, от занимаемых должностей, они не были свободны в своем обращении к власти. Это хорошо видно в оформлении **резолюции съезда**, ее зачине и заключении, а в тексте — что очень характерно — в разделе судебной психиатрии. Только здесь восемь раз повторяется “просить МЗ РФ...”, “просить МЗ РФ...”, “просить МЗ РФ...” вместо требовательной интонации, так как за спиной необходимо чувствовать интересы дела, а не неудовольствие начальства. Тем не менее, этот обширный раздел полностью проигнорировал самую большую проблему судебной психиатрии — низкий уровень экспертных заключений, отсутствие независимости, систематическое игнорирование Инструкции МЗ РФ “Заключение СПЭ”, отсутствие анализа последствий сделанных выводов и их ошибок. Мы не услышали отчета Этической комиссии, вопреки наличию материалов о фальсификации данных СПЭ. Это выражает невостребованность, нежелательность такой тематики организаторами программы съезда, вопреки ее чрезвычайной важности. Мы вообще не услышали ни слова самокритики, вопреки обилию материала для этого. Не было дано отпора дремучей гомофобской и многим другим кампаниям в СМИ.

Наше основное несогласие с резолюцией съезда — не столько с содержательными положениями, сколько с осторожным просящим раболепным тоном ее зачина и обобщающего заключения. Ведь как иначе назвать стиль текста, где в первой же фразе разрушительные результаты реформы службы психиатрии

ческой помощи называются “некоторой тенденцией к улучшению” и выражается сожалением, что процесс реформирования идет “недостаточными темпами”. Каждого, кто выслушал основные доклады, рисующие широкую панораму происходящего, поразит это грубое несоответствие. Оно достигается размазыванием на целое десятилетие разнокалиберных показателей, где 43-процентные тенденции теряются среди 2- и 5-процентных, и даже анекдотическими средними показателями сроков стационарного лечения, якобы снизившимися со 102 до 95 дней, хотя всем нам известно, что это в 3 раза отличается от типовой реальности. Число диспансеров уменьшилось почти на 1/2 (!), больниц — почти на 1/4, стационаров на дому — почти на 1/6, а лечебно-производственные мастерские — важнейшая реабилитационная структура — фактически уничтожены. А в заключении говорится: “Дальнейшее совершенствование” требует того-то и того-то.

Предложение введения субспециальности суицидологии является антиклиническим и резко контрастирует с уничтожением важнейшей субспециальности детского и подросткового психиатра.

Резолюция содержит поддержку решения Общественной палаты РФ от 15.07.15 “Психическое здоровье граждан” объявить 2017 год Годом психического и духовного здоровья нации, тогда как “духовное здоровье” является идеологическим понятием тоталитарно-теократического толка.

Подобно тому, как военная медицина относится к медицине, а не военному делу и ведомству, так и профилактика наркоманий и алкоголизма — дело медиков, а не полицейских из ФСКН, доминирование которых извращает клиническую наркологию.

Возникает недоумение: какие цели преследует резолюция, натужно смягчающая безрадостную картину? Ответ очевиден: не прогневить власть предреза-

щих. Такова давняя традиция. Резолюция склеена из по-разному написанных тематических разделов, лишена объединяющего смыслового стержня и в целом является конформистской. Она значительно уступает резолюции внеочередного съезда Национальной Медицинской Палаты в главном — решительной защите прав пациентов, в открытом протесте против деструктивных действий властей. Но этот съезд РОП проигнорировал. Первые страницы фасада резолюции контрастируют с содержанием последующего текста, где четко сказано об отсутствии системного подхода к организации психиатрической помощи (хотя точнее было бы сказать, на основании не “разноречивых тенденций”, а разноречивых данных о тенденциях).

Итак, грандиозная картинка голливудского размаха подменила действительное положение дел с организацией психиатрической помощи нашим больным, т.е. главного, для чего существует психиатрия. Но подменила только в отношении *habitus*’а для близорукоегo постороннего наблюдателя. Съезд продемонстрировал, что на сегодняшний день за счет выдающихся традиций наша психиатрия еще в числе передовых, что мы еще располагаем высоким уровнем специалистов, которые все понимают, но уровень которых будет теперь стремительно снижаться за счет сокращения времени, отводимого на одного больного — главной школы клиницизма и новой упрощенной МКБ-11, обязательной шифровкой по которой будут ограничиваться новые поколения психиатров. В условиях снятия всех льгот и компенсаций с 2015 г., даже в количественном отношении predetermined отток кадров, в силу исключения из числа вредных психоэмоционального фактора — угрозы жизни, а не только здоровью работников нашей профессии.

Ю. С. Савенко

Международный региональный конгресс ВПА
**ИНТЕГРАЦИЯ КЛИНИКИ, СООБЩЕСТВА
 И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ**

06 – 10 июля 2016 г., Стамбул

<http://eventegg.com/wpa-2016/>

Законотворческие инициативы нашего времени

Осень этого года ознаменовалась, в соответствии со сгущающейся атмосферой в стране, панической активностью наших думцев, плодящих предложения и законопроекты один анекдотичнее другого. Председателю Коммунистов Вадиму Соловьеву, зам. председателя Конституционного комитета Думы, удалось превзойти коллег и даже недоброй памяти Грызлова. Его предложение Минздраву рассмотреть возможность госпитализации в психиатрическую больницу не при явно выраженных симптомах душевной болезни, а только при подозрениях на психическое заболевание тотчас вызвало адекватную реакцию со всей страны. Агентство новостей “Хакасия Информ” сообщило (с портретом угрюмого пролетария): “По словам депутата, нынешняя система принудительной госпитализации не позволяет поместить человека в спецучреждение, если он не проявляет признаков душевного недуга в присутствии медиков и представителей власти. А вот советская система, по его словам, давала возможность принудительно помещать людей в стационар уже при подозрениях на душевное нездоровье. *“Убедительно прошу вас рассмотреть возможность создания подобной системы, а также рассмотреть вопрос о возврате к отмененной ранее норме о принудительной госпитализации”*, — обратился Соловьев к главе федерального Минздрава Веронике Скворцовой. Он считает, что подобная превентивная мера при *“правильном применении и отсутствии злоупотреблений”* позволила бы вовремя обнаружить угрозу со стороны Олега Белова из Нижнего Новгорода, убившего всю свою семью, и в дальнейшем избегать подобных трагедий... Уточнение Соловьева относительно *“правильного применения и отсутствия злоупотреблений”* выглядит просто смехотворно: нынешняя система также вполне эффективна, при условии *“правильного применения и отсутствия злоупотреблений”*...

И тот же Вадим Соловьев предложил вскоре ввести в УК статью о *“клевете на государство”* в отношении лиц *“сознательно распространяющих ложные сведения о России и действиях органов государственной власти, которые в итоге могут угрожать репутации государства, а также нанести политический и экономический ущерб стране”*. Перед нами практически полная калька знаменитой уголовной статьи сталинской эпохи 58-10 УК РСФСР и сменивших ее в послесталинские времена статей 70 и 190-1. По этим статьям судили “врагов народа”, потом диссидентов, а последнее дело по 190-1 было возбуждено против активистов “Демократического Союза” Валерии Новодворской в 1988 году, после чего статья была отменена. За критику государства судят только в тоталитарных странах.

Мы видим, как корреспондируют эти предложения друг с другом и советским прошлым, в частности, с очередным подъемом движения за реабилитацию нашего генералиссимуса.

Толчком к очередным попыткам ужесточить полицейскую составляющую закона о психиатрической помощи — принудительную госпитализацию при одном только подозрении на возможность противоправных действий — послужили три чудовищных убийства психически больными своих родных. Но эти трагедии послужили думцам только поводом, чтобы попиариться, так как они не удосужились сравнить их с тем, что делается в общей популяции, где более 25 % зафиксированных в стране убийств и 40 % всех тяжелых насильственных преступлений, по данным МВД, совершаются в семье, где ежегодно погибает около 9 тысяч женщин и около 2 тысяч детей и подростков и еще около 2 тысяч кончает самоубийством на этой почве. Вот только, вопреки примеру 143 стран и настоянием ООН, наши депутаты Астахов, Мизулина и т.п. “гуманисты”, прославившиеся “законом подлеецов” (или “Димы Яковлева”), так же как Московская Патриархия, воспротивились *“вмешательству государства в частную жизнь”*. *“Нет у нас домашнего насилия”*. Очень характерны доводы П. Астахова: *“постоянное чрезмерное использование термина “семейное насилие” — это программирование, зомбирование и запугивание семьи и родителей”*.

На НПА обрушился шквал просьб об интервью в отношении трагических происшествий и увиливающих, не вызывающих доверия объяснений официальных лиц. Представители Минздрава России наивно ухитрились не назвать причину, которая у всех перед глазами: резкое сокращение финансирования больниц и диспансеров, специалистов и лекарств, времени на общение с больным и времени на его лечение. Это принуждение к халтуре и выписке недолеченных неизбежно ведет к многочисленным негативным последствиям. Дело в разрушительной реформе, проводимой, разумеется вынужденно, самим Минздравом.

Наиболее подробное интервью опубликовала “Новая газета” (№ 122, 06.11.2015). Первый канал ТВ, записавший два получасовых интервью с Л. Н. Виноградовой и Ю. С. Савенко, выпустил на экран одну короткую фразу последнего, предоставив морочить голову потребителям кретинометра помощнице Министра здравоохранения Т. В. Клименко, возглавившей теперь Наркологический центр, слитый с Центром им. В. П. Сербского. Радиостанция “Эхо Москвы” предоставила час прямого эфира доктору Савенко и доктору Федоровичу, частнопрактикующему психотерапевту, непонятным образом выставленному в качестве оппонента. Лицо его просветлело при

упоминании публикации в серии “Советы Путину” книги генерала Филиппа Бобкова (двадцать два года возглавлявшего V отделение КГБ) “Как бороться с “агентами влияния”. Совковая психология видит причину происходящего в происках врагов, а не закономерных процессах саморазрушения. “Крушение медицины” — так названа публикация наиболее компетентного историка советской медицины В. Д. Тополянского (“Новая газета”, № 110, 07.10.2015).

Результатом непрекращающихся атак на “Закон о психиатрической помощи...” людей охранительного толка, прочитавших закон разве что по диагонали и незнакомых с действительным положением вещей, стал Кодекс административного судопроизводства, который ликвидировал важнейшую составляющую защиты прав больных: приезд суда в больницу в течение пяти дней. Теперь решение можно принимать заочно, без непосредственного общения с помещенным в психиатрическую больницу. Также запрещено его представителю, не имеющему высшего юридического образования, защищать интересы пациента в суде. Это распространяется и на представителя больницы — ни врачи, ни родственники, ни общественники не имеют на это право. Это еще в большей мере развязывает руки произволу.

Подготовленный после бесконечных проволочек на протяжении 22 лет, законопроект о Службе защиты прав пациентов психиатрических стационаров и обитателей психоневрологических интернатов перекладывает эту функцию на волонтерские усилия общественных организаций, деятельность которых в свою очередь последовательно ограничивают. Государство не хочет вложить в эту деятельность ни копейки.

Лучом света в этом темном царстве стал законопроект сенатора К. Э. Добрынина, подготовленный юристами Центра лечебной педагогики, защищающий права недееспособных и ограниченно дееспособных граждан. Проект предлагает новый подход к осуществлению прав этой самой уязвимой категории граждан, однако имеет явно антипсихиатрическую направленность.

Нам прибавило сил, что на следующий день после публикации нашего интервью в “Новой газете”, раздался звонок самого уважаемого нами человека из бывших у власти: ведущего гематолога страны акад. РАН и РАМН, первого министра здравоохранения постсоветской России — Андрея Ивановича Воробьева. — “Располагайте мной”, — сказал он, солидаризуясь с нашей деятельностью.

ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ

Клаус Конрад

“Начинающаяся шизофрения. Опыт гештальт-анализа бреда”

/ под научн. ред. Ю. С. Савенко

— М.: Грифон, 2015. — 316 с.

Перевод с немецкого П. Ю. Завитаева

Впервые на русском языке публикуется труд выдающегося немецкого психиатра и невропатолога Клауса Конрада (1905 – 1961), автора множества пионерских работ гештальт-теоретического направления. Данный труд, который считается одной из вершин мировой клинической психиатрии, повлиял на концепцию московской психиатрической школы А. В. Снежневского, но теория Конрада не могла быть усвоена адекватным образом из-за разницы общемировоззренческого контекста.

Для специалистов, интересующихся вопросами психологии и психиатрии.

Книгу можно заказать по электронной почте: info@npar.ru

Виктор Михайлович Чернов (1873 – 1952)

Из пьесы “Всем сестрам по серьгам” (1937)

главного теоретика и многолетнего лидера партии эсеров¹

Керенский (на мотив “Ревела буря,
дождь шумел”):

Была великая пора,
Газеты про меня писали,
Кричали женщины “ура”
И в воздух чепчики бросали.
В тот упоительный момент
Я был кумир не только женский,
И свято чтит интеллигент,
Два слова: Александр Керенский.
Я левых правыми привык,
А правых — леваками херить,
Стал двуязычен мой язык —
И все мне перестали верить.

...

Откройте ж снова мне кредит,
Калач в политике я тертый,
И кто ж Россию возродит,
Когда не Александр Четвертый?

*Марков II*² (На мотив “В Одессу морем
я плыла”)

Куда, друзья, ни поглядим —
Сплошной кагал жидков:
Кто — ашкеназ, кто сефардин,
Над всеми — Милюков...
Бей! Бей! Он — сверхиудей,
Милюковер злой!
Христопродавец и злодей,
Известный шабестой!
Иль вот Керенский — пусть не врет
Про русского отца:
Ведь раса, раса так и прет
Из черт его лица...
Бей, бей! Это иудей,
Кирбис, Кирбис он,
Христопродавец и злодей,
Прямой жидомасон!
Иль вот Чернов — помилуй Бог! —
Рядись он хоть в тулуп,

Крути-верти мужицкий слог, —
Ан нет! не так я глуп!
Бей, бей! Это иудей, —
Вигдорчик Либерман,
Христородавец и злодей,
А что Чернов — обман!
А Петр фон-Струве — кто же он?
Откуда род ведет?
Пусть впереди поставит “фон”,
Меня не проведет!
Бей, бей! Это иудей,
Пинхус Струвензон,
Христопродавец и злодей
Сионский фармазон!
Хоть Боголюбовым зовись,
Потом весь век служи,
А что не жид ты — умудрись,
Попробуй, докажи.
Бей, бей! Всюду иудей,
Булацель не лгал:
На свете нет иных людей,
Весь мир — сплошной кагал!
Свой страшный суд Господь творил,
Потом навел на брег,
Но жид его перехитрил —
Соорудил ковчег...
Бей, бей! Всюду иудей,
На суше, на воде...
На свете нет иных людей,
Сплошной кагал везде!
Но если был евреем Ной,
Сим, Хам и Иафет,
То как же быть теперь со мной —
Еврей я или нет?
Бей, бей! Сам я — иудей...
Беги за топором!
Руби — и никаких гвоздей.
Да здравствует погром!

¹ Аврус А. И., Голосеева А. А., Новиков А. П. Виктор Чернов: судьба русского социалиста. М., 2015.

² Именования “Марков 2-ой” и “марковец” стали нарицательными для обозначения воинствующих охранительно-юдофобских убеждений. Николай Евгеньевич Марков (1866 – 1945) — с 1910 г. председатель “Союза русского народа” (после А. И. Дубровина), один из самых активных и ярких ораторов Государственной Думы, писания которого, так же как “Протоколы сионских мудрецов” и т.п., не включены у нас в список литературы, разжигающей национальную ненависть.

Хор марксистов:

Мы жертвами пали в борьбе роковой
 За вечную правду марксизма.
 Но Ленин пришел — и над хладной Невой
 Взросла большевистская схизма.
 Уже ль мы, уставя брады, “Капитал”
 Зубрили до одури тщетно?
 Века “Капитал” нас духовно питал,
 А чтоб напирал, — незаметно. И в зубы.
 Мы долго мудрили в семнадцатый год
 Всю власть нам подкинуть кому бы?
 Сбесился со скуки рабочий народ
 И дал нам по шее и в зубы.
 И мы укатили в Берлин и Париж,
 Пророчеств узреть исполнение;
 Но всюду с фашистом царит нувориш,
 На Маркса повсюду гоненье.
 А Сталин хохочет в узорном Кремле,
 На все капиталы чихая,
 И ходит, и ходит по русской земле
 О наших легенда плохая.
 Но час тот придет, и уйдет Совнарком —
 Не сломит хозяйство стихию.
 И Маркса, как прежде, за томами том
 Зубрить мы засадим Россию.

Ежов (на мотив “Уж как зимушка-зима”):

Люди лагеря чужова,
 Вы слышали про Ежова?
 Гей-гей, русский народ —
 Под Ежовым поживет.
 Показать себя берусь —
 Будет ёжиться вся Русь!
 Гей-гей, русский народ —
 Только съёжившись живет.
 Всех в ежовы рукавицы!
 Гей-гей, русский народ,
 Ёж-ежом, держись, напрет!

Рыков (на мотив “Брошу я карты,
 брошу я бильярды”):

Брошу я амбицию, брошу оппозицию,
 Брошу я Кассандрою трагически вопить.
 Ах, устал я маяться, видно, уж покаяться,
 После в милой “рыковке” горюшко топить.

Бухарин (на мотив “Когда я был
 свободный мальчик”):

Когда я был безумно левым,
 Не чая будущей грозы,
 Преподавал юнцам и девам
 Я коммунистские азы.
 Страсть к новизне меня сосала,

Крушил я фертом все сплеча...
 Тут много ижиц прописала
 Нам всем десница Ильича...
 Угас Ильич. Везде раздоры.
 Повсюду смутная пора,
 Ёры взвихрились в косогоры...
 Сам Маркс не веди ни хера!
 “Рцы — слово твёрдо! — молвил Сталин. —
 Лишь обо мне добро глаголь”.
 И много был на ять расхвален
 Некоронованный король.
 Дела — хоть вешайся от скуки...
 Пошло такое како в ход...
 Из ГПУ глядели буки
 Наш-он-покой — попасть в “расход”...

Красногвардеец (на мотив “Объявили
 в нашем стане”):

Объявляли в нашем стане,
 Чтобы знал честной народ —
 Далеко в Афганистане
 Социальный перворот!
 Слышал, слышал в октябре я:
 Мы растем, как снежный ком,
 Будет Красная Корея
 И китайский Совнарком!
 От вселенского пожара
 Уж горит за краем край,
 Слышь, и Хива, и Бухара
 Созывают курултай!
 Был Чичерин — красный Бисмарк,
 Мастер ноты загигать,
 Макдональды нам на высморк,
 На Антанту наплевать!
 Сталин, Штретман, Муссолини —
 Ревизионное трио — Вспоминается и ныне
 Господину Эррио...
 Но теперь другие речи,
 Эррио к нам на парад —
 В Белом Доме тосты, встречи,
 Сам Рузвельт нам панибрат!
 Есть теперь у нас Литвинов,
 Он не любит кутерьмы.
 Мира целого не сдвинув,
 Сами сдвинулись мы...
 Всё уладит, всё устроит,
 Ничего не обострит.
 Самураев успокоит
 Объегорит весь Волл-стрит!
 Мы объявим в нашем стане,
 Чтобы знал честной народ,
 Что отложен в Индустане
 Социальный перворот...

История психиатрии в картинах и образах

Б. А. Воскресенский

От автора. Название представляемой работы является своеобразной парафразой заглавия книги замечательного психиатра профессора Петра Михайловича Зиновьева “Душевные болезни в картинах и образах” (1927, изд. М. и С. Сабашниковых, второе издание — 2008 год “МЕДпресс-информ”), в которой наглядно и в то же время клинически содержательно и точно представлены описания основных форм психических заболеваний.

Задача представляемой работы — учебно-методическая, а не художественная и не популяризаторская. Она адресована человеку, желающему глубже, чем это предполагает студенческий учебник, познакомиться с клинической (то есть исследующей болезненные — психопатологические — переживания) психиатрией.

Поскольку понятие психического расстройства не есть изначальная данность, а формировалось и изменялось в ходе культурно-исторического развития человечества, в процессе, так сказать, осмысления человеком самого себя, постольку повествование является своего рода “историей”. Оно складывается из отдельных эпизодов, сюжетно не связанных друг с другом, но “воссоздающих” некоторые этапы становления науки о душевных болезнях. Одни “картины” рисуют зарождение той или иной теории, другие домысливают реальные в своей основе факты истории, третьи пытаются соотнести концепции прошлого с реалиями современности. В отдельных эпизодах встречаются, сосуществуют люди разных эпох и стран, и знаменитые, и порожденные произволом автора, и образы, заимствованные из различных художественных произведений.

Подобное смешение-смещение-агломинация представляется вполне допустимым, соответствующим, духу времени, ауре постмодернизма, пропитывающей все наше сегодняшнее бытие. Этого дискурса не следует бояться, отвергать его полностью. Такого рода сопоставления-соединения цементируются всем многогранным, светлым, но чаще трагическим духовным опытом, накопленным к началу XXI века, а значит, позволяют пристальнее, чем прежде, с большей содержательностью всмотреться в “обратную историческую перспективу” и продвигаться дальше, вверх и вглубь (но не вниз), не раскачиваться в стороны, не замыкаться в беге по кругу. “Поступок — это шаг по вертикали”. (О. Седакова, “Безымянным оставшийся мученик”. В кн. Седакова О. Стихи. М.: эл Эф Кью| Ту Принт 2001 с. 259 – 260).

“Образы” подразумевают, повторим, не только и не столько достоверное воспроизведение тех или

личностей, но прежде всего имеют ввиду образное диагностическое мышление психиатра (см. Б. А. Воскресенский 199?)

За каждым “Эпизодом” следует комментарий, уточняющий и разъясняющий дидактически важные, по мнению автора, места основного текста.

Эпизод ЭСТАФЕТА

В. Х. Кандинский и П. П. Малиновский выходят из клиники.

Малиновский: Ну вот, Виктор Хрисанфович, Вы и представили обществу “помешательство как оно является врачу в практике”. Под какой фамилией Вы там себя вывели? Ах, да — Долинин. Тяжело ему, бедному, приходилось. И как Вы это все вынесли?

Кандинский: Во славу Божию и для науки.

Малиновский: Ну, прощайте, мне еще к Балинскому-Мержеевскому в Академию зайти надо. Чудной он какой-то стал. Знаете, как про него нынче говорят: “Вот, создал он кафедру психиатрии. Очевидно, не зря”.

Кандинский: Ясное дело — раненый целитель, крест психиатра, как выражаются Борис Аркадьевич и Христиан Шарфеттер.

Малиновский: Да они субъективны, сами-то кто. Со стороны виднее. До свидания.

Кандинский: А я прогуляюсь вдоль Пряжки. Погода-то какая! Весна! Лед на Неве уже трещит, скоро пойдет. (Вздыхая, тихо, как бы про себя) Только бы ОНИ в голове опять не заговорили. Прощайте.

К. задумчиво бредет вдоль канала. Вдруг его застаивает поднять голову истошный женский крик: “Барчонка уносит, барчонка уносит”. На мостовой мечется, то подбегая к набережному ограждению, то как бы пытаясь достучаться в окна домов, простоволосая баба. Она все время показывает рукой на воду. К. вертит головой и вдруг замечает на середине течения льдину с огромной примерзшей веткой и ухватившись за нее мальчонкой лет шести. Еще не сообразив толком, как можно помочь, он бросается бежать вперед по течению, прыгивает на оказавшийся по пути причал и в последний момент схватывает ветку, торчащую с проплывающей мимо той самой льдины. Напрягая все силы, он останавливает и удерживает на месте стремившуюся вперед, льдину, затем медленно подтягивает ее вплотную к гранитным ступеням, хватая мальчику за руку и кушак, обхватывает его и переносит на берег.

Подбежавшая баба, очевидно нянька, истерически всхлиывая бормочет: Вот, вырвался, чижика с

Фонтанки захотел разглядеть и потрогать. Скок от меня — и прямо на льдину. А ее и понесло. Если бы не вы, барин, так бы и уплыла в Неву. Слов нет как благодарна вам. Я ейному деду скажу, он ректор какой-то в ниверситете, не иначе как наградит вас.

Кандинский — мальчику: Не промок? Как звать то тебя?

Мальчик: Александр Александрович

Кандинский: Смотри, какой серьезный. Ты, наверное, и фамилию свою знаешь?

Мальчик: Александр Александрович Блок. Живу на Офицерской улице, она же — Декабристов.

Кандинский: Какая чудная фамилия — уж и не знаю, как на “чудной” ударение ставить, и так и так правильно будет. И улица достойная — декабристы — они же офицеры, за честь человека, за славу России жизнь отдать не боялись. Ты читал “Русских женщин” поэта Некрасова?

Блок: Мне дедушка читал. И еще поэму с таким же названием — “Дедушка”. Но это ведь не про него — как смешно.

К Кандинскому и Блоку подходит молодая женщина, одетая по парижской моде, очевидно гувернантка.

Гувернантка: Александр! Как Вы посмели убежать от Агриппины! Вы отрываетесь от народа! Он Вам отомстит, отнимет самое дорогое — дом, книги. Так было на моей родине. И сами Вы плохо кончите! *Кандинскому* — Милостивый государь! Соболаговолите назвать себя, я доложу господину Бекетову — Андрей Николаевич — дед ребенка — ректор Санкт-Петербургского императорского Университета. Он, конечно, захочет отблагодарить Вас. Наверное, подарит куст роз, он ведь ботаник.

Кандинский: Очень польщен. Лекарь Виктор Кандинский. Имею честь служить в ... Но зачем мне розы? “Был у Христа младенца сад...”, а у меня нет. Ах! как грустна судьба этого композитора, он недавно приходил ко мне за советом, справиться с собой не может. И со своей благодетельницей рассорился. Нужно обо всем этом поразмыслить.

Гувернантка: Александр, следуйте за мной. К нам приехал профессор Менделеев с дочерью. Люба спрашивала про Вас. Вы помните — сегодня же репетиция. Вы играете Гамлета, а она — Офелию. И она задаст вам “вопрос Гертруды”. Все уже ждут представления на домашнем театре.

А пока господин Менделеев с вашим дедушкой проводят опыты с огненной водой. На себе! Чего не примешь во имя науки! Попрошайтесь с господином Кандинским.

Блок: До свидания, господин Кандинский. Вот Вы сказали про Некрасова, а я тоже хочу быть поэтом. Я уже слышал в голове музыку и слова.

Кандинский (вздвигнув, с тревогой): Это как?

Блок: А сначала было какое-то непонятное шушуканье.

Кандинский: Это прямо по нашему великому земляку: “Мой слух об эту пору пропускает: не музыку еще, уже не шум”. У Вас все, как у настоящих поэтов, мой дорогой Сашенька! Скоро и голоса зазвучат. Только смотрите, чтобы они были внешние, а не внутренние. А своими стихами Вы прославитесь на всю Россию, а, может быть, и на весь мир.

Блок: Ой, как здорово. Поскорее бы все это пришло. Господин Кандинский, не объясните ли Вы, что такое “вопрос Гертруды”?

Кандинский: Ответ на этот вопрос подскажут голоса в голове. Но лучше ничего этого не знать. Хотя и без этой неверной датчанки мы, россияне, уже нашли ответ: “И чьи-то имена и цифры вонзаются в разъятый мозг” — тоже поэт сказал. Выражаясь высокопарно, переключка эпох. То королева датская была, почти сказочная, а это наш сегодняшний, здешний — Владислав Фелицианович. Правда, кажется, уезжать собирается. Но и там, на берегах Сены, много чего непонятного о своей душе поведает. Только мы, психиатры большую часть и поймем полностью. Но это не страшно, если даже и диагноз какой-нибудь подберем. Ведь болезнь — она душевная. А “Дух как таковой не может заболеть” — в журнале гейдельбергском вычитал. Какой-то молодой автор написал — ему всего 29, а ведь нетленная формулировка! Только вот он философией слишком увлекается, о нервных процессах мало думает, дуг рефлекторных не чертит. А философия — она опасна. Ох, и достанется ему и за себя и за жену!

А психические расстройства, они, знаете ли, трансисторичны, формы проявления их изменчивы. Это уже кто-то из наших изрек. Только имя его я запомнил. И никто вспомнить не может.

Так что ждите, мой маленький друг. Голоса обязательно придут. За сим прощайте.

Блок: Спасибо. Я буду ждать...

.....
После Октябрьской революции. 1918. Поэтический вечер в Большом Драматическом Театре в Петербурге. Блок дочитывает “Двенадцать”:

*Так идут державным шагом
Позади — голодный пес,
Впереди — с кровавым флагом,
И за вьюгой невидим,
И от пули неведим,
Нежной поступью надвьюжной,
Снежной россыпью жемчужной
В белом венчике из роз —
Впереди — Иисус Христос*

.....
Бурная реакция публики — восторг, свист, улюлюканье, революционные песни.

Голос из зала: А почему у Вас Христос какой-то невидимый, прозрачный, — видение что ли?

Другой голос из зала: Невежда — это художественный образ такой. Нынче искусство больше внутренним миром интересуется.

Третий голос: А что, очень верно — Христос ведь внутри нас. Вот и художник Нестеров еще пятнадцать лет назад точно также Его в картине “Святая Русь” изобразил.

В зале — один молодой человек другому: Ты помнишь, нам профессор Осипов на лекции о псевдогаллюцинациях рассказывал — очень похоже.

Собеседник — первому: Ты что — псевдогаллюцинации — это болезнь. А здесь же здоровые. Это как эйдосы Платона.

Первый: ничего не поймешь, что есть здоровье, а что болезнь, кто гений, а кто злодей, где Бог, а где Противоречащий.

Блок (не обращая никакого внимания на реакцию зала): Сегодня я гений. Как говорит мой друг Максимилиан “Сбылись пророчества,/Свершились чаянья”. Голоса в голове диктовали мне поэму. И это было невыразимое чувство свободы и парения. Но они и сейчас не отпускают меня. Они стали назойливыми, противными, даже грозят. Я не могу от них избавиться. Заткну уши, спрячусь с головой под одеяло — они не исчезают. Они изведут меня. Я слышал, что мой давний спаситель господин Кандинский от них и погиб. Что же делать, пить или петь? Или опий принять, как Виктор Хрисанфович. И в стихах уход изобразить, как он — в научных записях. Запечатлеть для человечества. “Смерть и есть последний поступок” — теперь я понял, что хотел сказать Николай Александрович, когда с дедушкой об эвтаназии спорил. Вот недавно в “Психиатрических ведомостях” рисунок напечатали — какой-то француз, почти Декарт и художник, и фотограф, и 5 языков знал, “Люттер” приладил и “щелк” — запечатлел, как из пистолета в себя пальнул.

Да не про него ли я читал у Пруста? Люба, принеси пожалуйста “Свана”. Ну-ка, ну-ка... Вот. Нашел! Страница 190. Так, какой-то диалог: “...Вы знакомы с Гревви? — вскричал он с недоверчиво обомлелым видом гвардейца, которого незнакомец спрашивает, можно ли видеть президента республики, и который, поняв из этих слов, как пишут в газетах, “с кем он имеет дело”, уверяет несчастного сумасшедшего, что его пропустят к президенту без всяких разговоров, и направляет его в приемный покой при полицейском участке”.

Интересно, как звали психиатра? Я слышал об одном, прозвище у него необычное — психиатр-нигилист. А официально — господин Жюль Котар. И в романе он есть. Да, но там он предлагает Свану билет на выставку искусственных зубов. Вот и тема нигилизма, свои, значит, выпали. Нет, в родстве с Картезием не состоит, стало быть не он.

Любовь Дмитриевна: Сашенька, помнишь, нам профессор Баженов рассказывал о докторе Клерамбо-

ле и про все упоминал — и о философе, и о фотографиях и о пистолете. Наверное, это он в полицейском управлении служил. Но не надо о смерти. Ты нужен России, ты ее слава. Вон, посмотри какая милая барышня к тебе идет.

К Блоку подходит девочка лет восьми.

Ольга Седакова: Господин Блок, я не Кузьмина-Караваева и не мать Мария, но можно я прочитаю вам свои стихи. Они о том, что было с Христом и со всеми нами дальше:

*На тебя гляжу — и не тебя я вижу:
старого отца в чужой одежде.
Будто идти он не может,
а его все гонят и гонят.*

*Господи, думаю, Боже,
или умру я скоро —
что это каждого жалко?*

*Зверей — за то, что они звери,
и воду — за то, что льется,
и злого — за его несчастье,
и себя — за свое безумье.*

Блок: Пишите, пишите, Оля! В Вас есть искра, есть свет. Только в языке человек обретает бессмертие: “Время, которое нетерпимо | К храбрым и невинным | И за одну неделю становится равнодушно | К красивой внешности | Поклоняется языку и прощает | Каждого, кем язык жив; | Прощает трусость, тщеславие, | Складывает свои почести к их стопам”. И Запад, и мы — россияне — наконец-то это осознали. К нам озарение пришло в северной глуши, в полярную ночь, в заметной снегом избе, при лучине и вое волков. А ведь это все — из Откровения: “В начале было Слово...”.

Комментарии

Кандинский Виктор Хрисанфович (1849 – 1889) — выдающийся отечественный психиатр второй половины XIX века, прославивший себя описанием псевдогаллюцинаций и тесно связанных с ними психических автоматизмов (синдром Кандинского-Клерамбо в отечественной психиатрии) и основополагающими работами по судебной психиатрии. Родственник художника Василия Васильевича Кандинского.

Малиновский Павел Петрович (1818 – 1868) — известный отечественный психиатр середины XIX века. Автор ценной по содержанию и ныне книги “Помешательство как оно является врачу в практике” (1847, 1855).

Долинин — В книге “О псевдогаллюцинациях” приводится, в частности, история болезни некоего Долинина, воспроизводящая психопатологические переживания самого В. Х. Кандинского.

Балинский Иван Михайлович (1824 – 1902) — профессор, основатель (1857 и первый заведующий первой в России кафедрой психиатрии — Медико-Хирургическая — ныне Военно-Медицинская — Академия в Петербурге.

“Вот создал он кафедру психиатрии...” — фраза, услышанная автором настоящей работы в беседе с потомками одного выдающегося отечественного психиатра.

Мержевский Иван Павлович (1838 – 1908) — известный отечественный психиатр, преемник И. М. Балинского по кафедре психиатрии.

Шарфеттер Христиан — современный швейцарский психиатр, выдающийся психопатолог. На русский язык переведена его книга “Шизофренические личности” М. Форум 2011. — 304 с. Пер. Э. Л. Гушанского.

“Со стороны виднее” — полушутливая формула, которой психиатры отвечают на вопрос о собственном душевном здоровье. Ответ “я здоров” может быть расценен как отсутствие критики к болезни, а если сказать “да, я болен”, то...

Пряжка — река в Петербурге, на набережной которой находится одна из психиатрических больниц. В конце 1963 года в ней три недели находился И. Бродский.

По соседству также проходят несколько каналов.

Улица Офицерская (она же — Декабристов) — улица, на которой в последние годы жизни жил А. А. Блок. Находится неподалеку от Пряжки. Ныне в его квартире мемориальный музей.

...отнимет самое дорогое — дом, книги — дом А. А. Блока в подмосковном Шахматове был сожжен в 1918 году. В настоящее время восстановлен, является частью Государственного мемориального музея-заповедника Д. Н. Менделеева и А. А. Блока

“**Был у Христа младенца сад**” — вокальное произведение П. И. Чайковского на слова А. Плещеева.

Мотовилов Николай Александрович (1809 — 1889) — русский помещик. Известен благодаря публикациям о своих беседах с преподобным Серафимом Саровским. Некоторые детали этих встреч, как и жизненного пути Н. А. Мотовилова в целом, могут представляться по-особому необычными.

Гамлет, Офелия — известно, что в юношеском возрасте А. А. Блок и Л. Д. Менделеева разыгрывали в Шахматове сцены из “Гамлета”

Вопрос Гертруды. Королева — Гамлету: “Нет, что с тобой? Ты смотришь в пустоту. Толкуешь громко с воздухом бесплотным... Чем полон взор твой?”

В отечественной психиатрии разговор Гамлета с тенью отца, сама тень нередко приводятся как пример псевдогаллюцинаций, поскольку тень является в “глазах моего ума”. (См. в частности Синдром Кандинского-Кле-рамбо: история вопроса. Дневник психиатра № 2, 2012, с. 8). В этом случае вопрос королевы как бы превращается в вопрос психиатра.

По нашему мнению (Б. В.), “природа” призрака требует дифференцированного подхода. В акте первом, сцене первой действующие лица (Бернардо, Горацио и др.) действительно видят призрак. А в акте третьем, сцене четвертой Королева характеризует видение Гамлета как “плод больной души”. Позволим себе предположить, что это расхождение может фиксировать — в художественной, драматургической форме — “становление синдрома психического автоматизма (точнее — псевдогаллюцинаторных феноменов). “Неразвитой душе мысль является, она не есть продукт, создаваемый ею”, — писал в одной из работ К. Г. Юнг.

Сначала было какое-то непонятное шушуканье — при постепенном развитии вербального галлюциноза, тонкой рефлексии больного (здесь — способности к анализу и описанию психопатологических переживаний) нередко удается установить, что на самых начальных этапах развития синдрома больной слышал непонятный, неопределяемый по характеристикам шум, что в поэтической форме (но совершенно в другом — художественном контексте) и выражено во фразе “Мой слух об эту пору пропускает: не музыку еще, уже не шум”. (И. Бродский “Почти элегия”).

Владислав Фелицианович — поэт Серебряного века В. Ф. Ходасевич (1886 – 1939). После революции 1917 года жил и умер в Париже. Поэтическая строка взята из стихотворения “Встаю расслабленный с постели...”. И в других его стихотворениях можно найти много примеров-аналогов-иллюстраций психопатологических переживаний.

Гейдельбергский журнал — на рубеже 19 – 20 веков (уточнить) немецкий город Гейдельберг был своеобразной психиатрической столицей мира, так как там работал (1891 – 1903) основоположник классической систематики психических болезней Эмиль Крепелин.

В одном из романов Б. Акунина (“Пелагея и черный монах”) владелец частной психиатрической клиники доктор Баженов публикует свои статьи именно в Гейдельбергском журнале.. Разматывая нить сопоставлений, позволим себе предположить, что “Баженов” — аллюзия на основателя и первого заведующего кафедрой психиатрии Медицинского факультета Московских Высших Женских Курсов (впоследствии 2 МГУ, 2-ой Московский Государственный медицинский Институт им. Н. И. Пирогова, ныне Российский Национальный Исследовательский медицинский Университет им. Пирогова).

Упомянутая во многих медицинских энциклопедических изданиях *Гейдельбергская система* не имеет к психиатрии никакого отношения. Она представляет собой систему сбора жидких отходов в сменные деревянные или металлические бочки, применявшуюся в неканализованных сооружениях.

Дух как таковой не может заболеть — фраза не из Гейдельбергского журнала, а из “Общей психопатологии” К. Ясперса (Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 871). Первое издание этой “Библии психиатра” (Б. В.) Ясперс опубликовал в возрасте 29 лет.

Тезис “дух не может заболеть” становится понятнее и убедительнее при трихотомическом — дух-душа-тело — понимании устройства человека (см. Д. Е. Мелехов 1997, Б. А. Воскресенский 1990 – 2015).

Ох, и достанется ему — В годы гитлеризма К. Ясперс был существенно ограничен в своей научно-преподавательской деятельности, находился под совершенно реальной угрозой депортации (в связи с тем, что его жена была немецкой еврейкой). За две недели до назначенного немцами срока, 1 апреля 1945 года в Гейдельберг вошли американские войска (см. Перцев А. В. Молодой Ясперс: рождение экзистенциализма из пены психиатрии. — СПб.: Изд-во Русской христианской гуманитарной академии, 2012. — 340 с.).

...психические расстройства ... транзисторичны — см. Б. А. Воскресенский 1996.

А. А. Блок (вместе с А. М. Горьким и выдающимся актером Н. Ф. Монаховым активно участвовал в послереволюционном становлении петербургского Большого Драматического Театра (носящего ныне имя Г. А. Товстоногова)

Христос внутри нас — вариант литургического возгласа “Христос посреди нас”.

“Святая Русь” — картина М. В. Нестерова. На ней Христос — в отличие от всех других персонажей — выглядит почти как бесплотный, почти прозрачный образ. Эту картину не следует отождествлять с другой, близкой по теме, но названной и выстроенной иначе — “На Руси”. На этом, втором полотне изображение Христа отсутствует, а шествие,двигающееся вниз по склону холма по-над Волгой, возглавляют мальчик-пастушок и находящийся чуть позади него юродивый, то ли воздевающий руки, то ли своеобразно пританцовывающий.

Осинов Виктор Петрович (1871 — 1947) — выдающийся отечественный психиатр, заведовал кафедрой психиатрии Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова. Автор классического “Курса общего учения о душевных болезнях” (Р. С. Ф. С. Р. Государственное издательство. Берлин 1923, 738 с.)

Противоречащий — в некоторых переводах Библии так обозначается Сатана.

Сегодня я гений — возглас А. А. Блока в момент окончания работы над поэмой “Двенадцать”.

Максимилиан — поэт Максимилиан Александрович Волошин — (1877 – 1932). Приведенной фразой начинается одно из его стихотворений, не имеющее особого названия.

Автору настоящей работы неизвестно, были ли знакомы А. А. Блок и М. Волошин.

Я не могу от них избавиться — псевдогаллюцинации, в том числе и слуховые, по существу являются очень часто встречающимся компонентом бреда воздействия (синдрома психического автоматизма), и поэтому борьба с ними безуспешна (в отличие от иногда результативных попыток подобного рода, предпринимаемых больными с истинными галлюцинациями).

Или опий принять — В. Х. Кандинский совершил суицидальную попытку путем принятия большой дозы опия. Свои предсмертные переживания он зафиксировал в записях.

Смерть и есть последний поступок — фраза из очерка философа Н. А. Бердяева “О самоубийстве”. Дословно: “Смерть и есть последний крест жизни” (Бердяев Н. А. О самоубийстве. В Суицидология: Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М., “Когито-Центр” 2001. с. 98)

Психиатрические ведомости — в действительности современное периодическое издание “Дневник психиатра”.

Какой-то француз — имеется ввиду выдающийся психиатр и деятель французской культуры Гаэтан Анри Альфред Эдуар Леон Мари Гасьян де Клерамбо (1872 — 1934). Он действительно был потомком Декарта, многосторонней, художественно одаренной личностью, владел несколькими языками. Покончил с собой выстрелом из револьвера.

“Сван” — роман М. Пруста “По направлению к Свану. Цитата приводится по изданию Пруст М. В поисках утраченного времени: По направлению к Свану. М.: Изд. “Крусь” 1992, цитаты с. 190 – 191.

Приемный покой при полицейском участке — Г. Г. Клерамбо работал психиатром в полицейском управлении Парижа. Автор настоящего комментария позволяет себе предположить, что Пруст в данном случае имел ввиду именно Клерамбо. Но в романе непосредственно упоминается другой психиатр — Ж. Котар.

Котар Жюль (1840 – 1889) — французский психиатр. Его именем назван особый вариант бредовых расстройств, в структуре которого значительное место принадлежит нигилистическим ипохондрическим переживаниям (у больного “нет внутренностей”, “мозг усох”, “легкие не расширяются” и т.п.) — синдром Котара

Психиатр-нигилист — в истории психиатрии такое определение автору не встречалось.

Также (полусутоливо) этим определением можно было бы обозначить сторонников антипсихиатрии, но мы в данном случае всего лишь хотели сделать образ замечательного психиатра Ж. Котара более выразительным.

Профессор Баженов — см. выше — комментарий к “Гейдельбергскому журналу”.

Клерамболь — одно из устаревших написаний и произношений фамилии Клерамбо.

Ольга Седакова — русский поэт, прозаик, переводчик и этнограф. Почетный доктор богословия Европейского гуманитарного университета, Лауреат многих российских и зарубежных премий.

Стихотворение приводится по изданию Седакова О. Старые песни. М.: “Локус-Пресс”, при участии “ЧеРо” 2005. С. 45.

Кузьмина-Караваева Елизавета Юрьевна (Мать Мария Скобцова — 1891 – 1945) — литератор, богослов, участник французского Сопротивления. Была знакома с А. А. Блоком, к ней обращено стихотворение “Когда Вы стоите на моем пути...”). Погибла в фашистском концлагере.

Только в языке человек обретает бессмертие — в основе этого пассажа — “Озарение в Норенской”, имевшее место у И. Бродского в один из моментов его пребывания в ссылке в Архангельской области (апрель 1964 – сентябрь 1965). Норенская — название деревни. Определение “озарение” принадлежит Л. В. Лосеву. См. Лосев Л. В. Иосиф Бродский. Опыт литературной биографии. — 3-е изд., испр. М.: Молодая гвардия, 2008 447 с. (Жизнь замечательных людей: сер. Биограф.; вып. 1099) С. 118 – 122.

Приводимые стихотворные строки английского поэта У. Одена стали для И. Бродского одним из краеугольных камней его поэтики, эстетики, мировоззрения.

Как известно, некоторые, весьма авторитетные философские, психологические, антропологические теории полагают в основу человеческой психики — и бессознательной, и сознательной, и психопатологически измененной — именно язык и связанную с ним речь. Автор относит себя к сторонникам этого подхода, считая лексику и семантику обоснованием клиницизма. (см. Воскресенский Б. А. Независимый Психиатрический Журнал. 2012, 3, с. 8 – 15).

НЕКРОЛОГ

София Федоровна Случевская

16 ноября 1972 – 31 августа 2015



Скоропостижно скончалась **София Федоровна Случевская**, известный Санкт-Петербургский психиатр, психотерапевт, организатор здравоохранения, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

Вся профессиональная жизнь Софии Федоровны была связана со службой психического здоровья. Являясь потомственным петербургским психиатром, после окончания Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и клинической ординатуры по психиатрии СПбГМА им. И. И. Мечникова, София Федоровна в течение 7 лет возглавляла вновь открытое геронтопсихиатрическое отделение Городского гериатрического центра. С 2005 г. занимала должность заместителя главного врача ЦВЛ “Детская психиатрия”, а с 2007 по 2010 гг. — должность главного врача СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева. В 2010 г. перешла на преподавательскую работу в должности ассистента кафедры психиатрии, а с 2011 г. — доцента кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

София Федоровна Случевская — автор более 60 научных публикаций, в том числе нескольких монографий и учебных пособий. В 2008 г. защитила канди-

датскую диссертацию по теме: “Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге”. Являлась членом Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), Российского общества психиатров (РОП), Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ВЕАЭТ), экспертом секции “Геронтопсихиатрия” Российского общества психиатров, а также членом рабочей группы по вопросам организации системы ухода за пожилыми гражданами, страдающими деменцией, Комитета по социальной политике правительства Санкт-Петербурга. Неоднократно осуществляла руководство секциями и являлась докладчиком на международных и отечественных научных форумах, консультировала пациентов в государственных и частных клиниках города, проводила авторские семинары для специалистов в различных образовательных структурах.

Круг профессиональных интересов Софии Федоровны не ограничивался рамками её основной специальности. Являясь признанным специалистом в области психиатрии, психофармакотерапии, психотерапии и гериатрии, основателем одной из первых в стране “Альцгеймеровской ассоциации” — общественной организации, оказывающей помощь пациентам и членам их семей, организатором психиат-

София Федоровна Случевская

рической и психотерапевтической помощи, София Федоровна осуществляла профессиональную деятельность в области менеджмента и юридических аспектов оказания помощи пациентам.

София Федоровна стала инициатором создания архива, истории рода Случевских. Во многом именно благодаря ее активности и энергии представители этого рода из различных стран и континентов вновь стали единой семьей, а мы имеем возможность изучать их роль и значение в развитии нашей страны. Огромная работа проведена Софией Федоровной по сохранению научного наследия своих предков — отца Федора Измайловича и деда Измаила Федоровича Случевских. Научные конференции, переиздание работ, ставших уже библиографической редкостью, регулярные публикации в периодической печати позволяли знакомить современников с вкладом в отечественную науку и практику этих выдающихся представителей Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы психиатрии.

У Софии Федоровны было многое запланировано: продолжающаяся работа над докторской диссертацией, внедрение современных методик комплексной системы оценки нужд и потребностей пациентов психиатрических учреждений, углубленное изучение феноменологии, философии и экзистенциальной психотерапии, подготовка новых обучающих семинаров и

тренингов, создание частной психиатрической клиники, и многое, многое другое... Казалось, что София Федоровна торопится жить, спешит сделать, успеть как можно больше...

Профессионал высокого уровня, вдумчивый и сопереживающий врач, интеллигентная и обаятельная женщина, прекрасная мама двоих замечательных детей — Екатерины и Константина, яркий и светлый человек, София Федоровна Случевская навсегда останется в памяти и сердцах родственников, друзей и коллег.

Искренне соболезнуем родным и близким.

Российское общество психиатров

Сопереживая горю родных, друзей и коллег С. Ф., мы сокрушаемся, что не успели наладить с ней тесного сотрудничества, идя навстречу ее сочувствию нашей деятельности, общим интересам в области адекватного применения математических методов в области психиатрии.

Навсегда в нашей памяти останется ее живой лучезарный образ с нашей последней встречи на юбилее ее отца Федора Измайловича Случевского и восхищение от знакомства с выдающимся родом Случевских.

НПА России

РЕКОМЕНДАЦИИ

Бергольо Хорхе Марио, Скорка Авраам. О небесном и земном. М., 2015. (Папа Римский Франциск и раввин Авраам Скорка о вере, семье и глобальных вызовах XXI века)

Гатри У. К. История греческой философии. т. 1 (из 6). СПб., 2015.

Гвардини Романо. Гёльдерлин. Картина мира и боговдохновенность. СПб., 2015.

Рассел Бертран. Завоевание счастья. М., 2015.

Слотердайк Петер, Хайнрихс Ганс-Юрген. Солнце и смерть. Диалогические исследования. СПб., 2015.

Флоренский П. А. Диалог со временем. Свет Фаворский. Поэтика судьбы. М., 2015.

Дмитриев А. Н., Савельева И. М. (ред.) Науки о человеке. История дисциплин. М., 2015.

Ваниян С. Гомбрих, или наука и иллюзия. М., 2015.

* * *

Линкольн Авраам. Источник свободы. Геттисбергское послание. М., 2015.

Аврус А. И., Голосеева А. А., Новиков А. П. Виктор Чернов: судьба русского социалиста. М., 2015.

Новодворская В. И. Избранное в трех томах. М., 2015.

Шмитт Карл. Политический романтизм. М., 2015.

* * *

Милгрэм Стэнли. Подчинение авторитету. Научный взгляд на власть и мораль. М., 2016.

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. (2-ое изд. перераб. и дополн.). М., 2015.

* * *

Гофман А. Б. Традиция, солидарность и социологическая теория. М., 2015

Зильберман Давид. К пониманию культурной традиции. М., 2015.

Городницкий Александр. Тайны и мифы науки. М., 2014.

* * *

Гаспаров М. Л. Ясные стихи и тёмные стихи. Анализ и интерпретация. М., 2015.

Эко Умберто. Поэтики Джойса. М., 2015.

Эйстрах Г. Еврейская литературная жизнь Москвы 1917 – 1991. М., 2015.

Сергеева-Клятис А., Лекманов О. “Высокая болезнь” Бориса Пастернака. Две редакции поэмы. Комментарии. СПб., 2015.

Рувиллуа Фредерик. История бестселлеров. М., 2015.

Богданова-Бегларян. Утром, присев на зеленом пригорке, учат сороки скороговорки. Собрание русских скороговорок. СПб., 2015.

* * *

Избранные мысли Джона Рёскина. М., 2015.

Хезмондали Дэвид. Музыка. Почему она так важна для нас. Харьков, 2014.

Бардин Гарри. И вот наступила потом... М., 2013.

* * *

Лесков Н. С. Адские куклы. М., 2015.

Гейм Стефан. Агасфер. Книга царя Давида. Оренбург, 2015.

Ланге Антоний. Отзвуки зимы. М., 2015.

Тракль Георг. Себастьян во сне. М., 2015.

Аронзон Леонид. Сто стихотворений. М., 2015.

ABSTRACTS

Method of preparation a research sample to determine the structure of syndrome

Yu. S. Savenko

The article offers a combination of a well-known method of polar types with a new method of allocation from the remaining part of normal distribution of the so-called Cantor multitude which obtained by serial deleting the average center of the sample repeatedly. This makes its structure self-similar (fractal), instead of the mixed average. Such procedure significantly reduces sample for more in-depth study and makes it more structural meaningfully.

Keywords: small samples, set-theoretic approach, overcoming average statistical approach, differentiated structure of mixed states.

New trends in Russian narcology: returning to old methods of involuntary treatment

F. B. Plotkin (Minsk, Belarus)

The paper briefly describes the actual situation associated with drug use in Russian Federation. Some official opinions on desirable return to involuntary treatment are cited. The author describes the Soviet system of Medical-Labour Centers (MLC) where constitutional rights and freedoms of patients were violated in the absence of any therapeutic effect. It is reported about the forthcoming implementation of the State Program on "Comprehensive rehabilitation and resocialization of drug and psychoactive substance consumers", developed by the Federal Drug Control Service. In May 25th, 2014 a Federal Law 313 went into effect, according to which a prison transfer of drug users can be substituted with an alternative placement into a specialized rehabilitation center and provision with a free social rehabilitation certificate. The aims of rehabilitation and conditions for their achievement are described. It is reported that detailed rehabilitation process structure is developed, but its potential at the state-of-the-art level is limited. The specialized state structures are insufficient, but there is a quickly growing number of private rehabilitation centers which according to the State Program will be engaged in court-ordered rehabilitation of drug users. Lack of control over these structures' activities and problems with evaluation of their effectiveness are pointed out. There is a necessity for local authorities to establish strict criteria for the participating centers that provide rehabilitation accepting social certificates. The author expresses doubts that under existing conditions the aims of the State Program might be achieved. The State Program is implemented in Russia disregarding prevention which is considered to be the most effective and cost-efficient measure to reduce the use of psychoactive substances.

Keywords: addiction, State Program "Comprehensive rehabilitation and resocialization of drug and psychoactive sub-

stance consumers", Federal Drug Control Service, rehabilitation, Medical-Labour Centers, rehabilitation centers for drug addicts, prevention.

Temporary disposal of the incapable person from the psycho-neurological boarding

Yu. N. Argunova

The author considers the question of legitimacy of temporary disposal of the incapacitated person from the psycho-neurological boarding that performs custodial functions in relation to this person. She points at misregulating of this issue, which leads to denial to incapable citizens of homestay, leaving on vacation. It is presented the position of the prosecutor's office and the Supreme Court of Russian Federation on this issue that in fact sanction the violation of human rights of disabled citizens. The normative and judicial practices in the region, as well as legislative initiatives of the Federation Council are analyzed. Proposals to resolve the situation are made.

Keywords: psycho-neurological boarding; rights and responsibilities of a guardian; the human rights of disabled people.

On the subject of contemporary domestic clinical psychotherapy with use of spiritual culture

M. E. Burno

The author presents passages from the works of contemporary Russian psychotherapists to show that domestic psychotherapy can not be similar to the Western, pragmatic one. This is due to other mental, spiritual features of our typical patients.

Keywords: feature of Russian psychotherapy, psychotherapy of people with complex characters, Therapy by means of creative self-expression (M. E. Burno).

Transformational-resource techniques of art-therapy (Altered-book; Fashion-therapy)

N. V. Romashkina, S. V. Bolshunova

The article presents two methods of art therapy related to so-called transformational-resource techniques: 1) "Fashion-therapy" by Svetlana Bolshunova is a method for creating and changing accessories and clothing; 2) "Altered-book" presented by Natalia Romashkina is a method of transformation of books. The article describes the historical, artistic, technical and therapeutic aspects of both methods, as well as healing capacities and resource potential.

Keywords: art therapy, resource techniques, altered-book, fashion-therapy.