

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**2017**

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

---

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**  
**С. А. Игумнов**  
**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**  
**Sergey Igumnov**  
**Victor Kagan**  
**Vitaly Kazin**  
**Grigori Kotikov**  
**Vladimir Motov**  
**Boris Piven**  
**Pavel Ponizovski**  
**Vladimir Prokudin**

---

Сдано в набор 20.06.2017. Подписано в печать 27.06.2017. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.  
Заказ № 2017-2-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157  
тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: nprz@folium.ru

Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157  
тел./факс: (499) 258-0828.

---

© НПА России, 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1937-ой. Как это стало возможным? . . . . .</b>	<b>5</b>	
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ</b>		
<b>Дневники неизвестной — Я. А. Дроздов, К. А. Рождественская . . . . .</b>	<b>7</b>	
<b>Комментарий Е. А. Любова. Портрет незнакомки: уроки случая . . . . .</b>	<b>10</b>	
<b>Феноменологический анализ центральных когнитивных механизмов при аутизме и шизофрении — Е. В. Косилова . . . . .</b>	<b>12</b>	
<b>Наркология как объект православной экспансии на фоне клерикализации общественной жизни в России — Ф. Б. Плоткин (Минск, Беларусь) . . . . .</b>	<b>18</b>	
<b>Санкт-Петербургская и Московская психиатрические школы: различия и сходство — Ю. С. Савенко . . . . .</b>	<b>28</b>	
<b>ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЙ НА XV СЪЕЗДЕ НПА РОССИИ</b>		
<b>Что такое идеология персонализированной медицины? — Б. Д. Тищенко . . . . .</b>	<b>31</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ</b>		
<b>Психическое расстройство у ВИЧ-инфицированной пациентки — В. Б. Яровицкий, Э. Ю. Холодов, И. В. Павлова . . . . .</b>	<b>37</b>	
<b>ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО</b>		
<b>О нелегитимности заочной судебно-психиатрической экспертизы — Ю. Н. Аргунова. . . . .</b>	<b>53</b>	
<b>ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА</b>		
<b>Об ответственности экспертов — Б. Н. Пивень (Барнаул). . . . .</b>	<b>57</b>	
<b>ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, ПОЛЕМИКА</b>		
<b>К вопросу онтогенеза бредового нарратива — Иосиф Зислин (Иерусалим). . . . .</b>	<b>63</b>	
<b>ПСИХОТЕРАПИЯ</b>		
<b>Военные зарисовки мирного жителя: записки человека и психотерапевта из зоны боевых действий — И. Г. Стуканёва (Лисичанск, Украина) . . . . .</b>	<b>74</b>	
<b>ИЗ ПРАКТИКИ</b>		
<b>Алкогольный делирий, возникший у больного, страдающего параноидной шизофренией — Т. Н. Немкова, А. Г. Гофман . . . . .</b>	<b>81</b>	
<b>ХРОНИКА</b>		
<b>Первый росток новой психиатрической службы Москвы . . . . .</b>	<b>85</b>	
<b>О реформе психиатрической службы на Бехтеревской конференции . . . . .</b>	<b>85</b>	
<b>Саморазоблачительное интервью. . . . .</b>	<b>87</b>	
<b>ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО</b>		
<b>Андрей Белый. Записки из дневника 1930 – 1931 гг. . . . .</b>	<b>89</b>	
<b>Георгий Шенгели. Сонеты. . . . .</b>	<b>91</b>	
<b>НЕКРОЛОГ</b>		
<b>Майя Леоновна Рохлина . . . . .</b>	<b>92</b>	
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .</b>		<b>94</b>
<b>АННОТАЦИИ . . . . .</b>		<b>95</b>

## CONTENTS

<b>1937-th. How did this become possible? . . . . .</b>	<b>5</b>	
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY		
<b>Diary of an unknown — Ya. A. Drozdov, K. A. Rozhdestvenskaya . . . . .</b>	<b>7</b>	
<b>The comment of E. A. Lyubov. Portrait of an unknown: clinical case lessons . . . . .</b>	<b>10</b>	
<b>Phenomenological analysis of the central cognitive mechanisms in autism and schizophrenia — E. V. Kosilova . . . . .</b>	<b>12</b>	
<b>Narcology as an object of Orthodox expansion against the background of the clerical intensification of social life in Russia — F. B. Plotkin (Minsk, Belarus) . . . . .</b>	<b>18</b>	
<b>Saint-Petersburg and Moscow psychiatric schools: differences and similarity — Yu. S. Savenko . . . . .</b>	<b>28</b>	
FROM SPEECHES AT THE XV-TH CONGRESS OF THE IPA OF RUSSIA		
<b>What is the ideology of personalized medicine? — P. D. Tishchenko. . . . .</b>	<b>31</b>	
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE		
<b>Mental disorder in an HIV-infected patient — V. B. Yarovitsky (Stavropol), E. Yu. Kholodov, I. V. Pavlova . . . . .</b>	<b>37</b>	
PSYCHIATRY AND LAW		
<b>On the illegitimacy of extramural forensic psychiatric examination — Yu. N. Argunova . . . . .</b>	<b>53</b>	
FROM AN EXPERT'S DOSSIER		
<b>On the responsibility of experts — B. N. Piven (Barnaul) . . . . .</b>	<b>57</b>	
RESPONSES, DEBATES, POLEMICS		
<b>Revisiting ontogeny of the delirium narrative — Joseph Zislin (Jerusalem, Israel). . . . .</b>	<b>63</b>	
PSYCHOTHERAPY		
<b>Military sketches of a civilian: notes by a human and a psychotherapist from the war zone — I. G. Stukaneva (Lisichansk, Ukraine). . . . .</b>	<b>74</b>	
FROM PRACTICE		
<b>Alcohol delirium arising in a patient suffering from paranoid schizophrenia — T. N. Nemkova, A. G. Goffman . . . . .</b>	<b>81</b>	
CHRONICLE		
<b>The first sprout of a new psychiatric service in Moscow. . . . .</b>	<b>85</b>	
<b>On the reform of the psychiatric service at the Bekhterev Conference. . . . .</b>	<b>85</b>	
<b>Self-revealing interview . . . . .</b>	<b>87</b>	
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS		
<b>Andrei Bely. Notes from the diary of 1930 – 1931 . . . . .</b>	<b>89</b>	
<b>George Shengeli. Sonnets. . . . .</b>	<b>91</b>	
OBITUARY		
<b>Maya Leonovna Rokhlina . . . . .</b>	<b>92</b>	
RECOMMENDATIONS . . . . .		<b>94</b>
ABSTRACTS . . . . .		<b>95</b>

## 1937-ой. Как это стало возможным?



Какие чувства и мысли вызывает эта дата — 1937-ой, сколько бы раз она не произносилась? Это то, что разделяет людей не разных поколений, а разного отношения к культуре<sup>1</sup>. Что мы знали и знаем об этом? И хотим ли знать?

Используя для устранения оппозиции и консолидации режима по примеру Гитлера убийство Кирова, Сталин на фоне террора 1918 – 1953 гг., не прекращавшегося 35 лет, и политических процессов 1936 – 1938 гг.<sup>2</sup>, развязал Большой террор.

**С августа 1937 г. до декабря 1938 г. было арестовано 7 млн. человек, из которых 1 млн. 700 тыс. были расстреляны.** Наряду с голодоморами 1921 – 1922 гг. и 1932 – 1933 гг., когда вымерло 3,1 – 5,1 млн. и 6,5 – 9,7 млн. человек, соответствен-

<sup>1</sup> «Когда я слышу слово “культура”, я хватаюсь за револьвер» (Гегбельс).

<sup>2</sup> В августе 1936 г. процесс Зиновьева и Каменева, в январе 1937 г. процесс Пятакова и Радека, в июне 1937 г. процесс Тухачевского, Якира и Уборевича, в январе 1938 г. процесс Рыкова и Бухарина.

но, — это самые яркие “зияющие вершины” преступного режима (НПЖ, 2003, 3, 5 – 7).

Началом Большого террора стала передача Сталиным наркому внутренних дел Ежову и всем руководящим органам партии директивы Политбюро от 2 июля “Об антисоветских элементах”. Предусматривалось воссоздание, как в годы Гражданской войны и период раскулачивания 1930 – 1933 гг., внесудебных органов — троек, которые в ускоренном порядке должны были приговаривать к расстрелу “наиболее враждебных”, а “менее активных” подвергать высылке. В ходе служебной переписки регионы увеличили число подлежащих расстрелу более чем в 10 раз, а, например, в Карелии почти в 30 раз за счет изобретения дополнительных врагов. Эти лимиты становились предметом соревнования между многими начальниками НКВД. В конце 1938 г. актуальной стала проблема обуздания репрессивного усердия, что достигалось сменой и арестом многих из них.

В июле 1937 г. по всей стране прошли засекреченные конференции относительно планировавшейся массовой операции. 31 июля ее план был одобрен Политбюро и разослан как приказ № 00447. “Конвейерная юстиция” троек (как и аресты) осуществлялась обычно по ночам, при закрытых дверях, заочно, после короткого сообщения докладчика, решалось: расстрелять или выслать (последнее значительно реже, на Украине всего 2 %). Расстрел до 1990 г. сохранялся в тайне, а на запросы родственников первоначально отвечали “10 лет без права переписки”, а спустя 53 года время и место смерти сообщалось в соответствии с произвольно заполненной так наз. формой № 2. Атмосфера всеобщего страха, подозрительности, взаимного доноительства вела к тому, что руководящих исполнителей преступных приказов Политбюро год за годом расстреливали: Агранова и Заковского сменил Ежов и Фриновский, их Берия, а его Маленков.

**Как удалось уничтожить такое количество людей? Как объяснить их покорность, отсутствие протеста, сопротивления?**

Из многих попыток ответа на этот вопрос, по большей части частных, односторонних, наиболее адекватной и трезвой остается этологическая, опирающаяся в теоретико-методологическом отношении на критическую онтологию и критический рационализм. Она проясняет корни и механизмы поведения, общие для всего живого мира, в частности, потребность к объединению в небольшие группы, к общению, взаимопомощи, совместным действиям, иерархии и подчинению. Рабская покорность — регрессивный пароксизм в катастрофических ситуациях на уровне одного из социальных инстинктов. Хотя в веберовском смысле ничего социального в нем нет. Коренное

качественное отличие инстинктивного поведения состоит в его автоматизме.

Расхожее представление о наследовании обычно относится к отдельным очерченным признакам, тогда как на деле распространяется на многие цепочки и контуры поведения, на общий стиль поведения и его общую направленность, на феномен социальной интуиции, так как и здесь проявляется эффект гештальт-качества: совокупность многих характеристик создает новую характеристику, которая отдельно не существует.

Чудовищность количества расстрелянных, в том числе интеллектуальной и художественной элиты и даже руководящих кадров, породила леденящий животный страх, который привел к индоктринации государственной идеологии в качестве квазирелигии, как, впрочем, нередко осуществлялась в прошлом и христианизация целых народов.

Homo erectus (прямоходящий), homo faber (делающий орудия), homo sapiens (разумный), человек, создающий собственную среду... Но не это все отличает человека от животных. Не существует религиозных животных, но не существует и животных, которые бы пытались себе подобных, так как каннибализм это не пытки. Бои в брачный период, бои за место в иерархии, вплоть до символического гомосексуального насилия у дельфинов, — не пытки, а **позы господства и покорности**, релизеры социальной иерархии и соответствующего поведения. Эти позы, как и другие выражения влечений и эмоций, **гомологичны** у человека и животных, а в смертельно опасных ситуациях, в состоянии витального страха регрессируют до **аналогии** с ними. Но у человека такие примитивные формы поведения не имеют выработанных природой инстинктивных защитных механизмов от убийств сородичей, от истребления большего числа жертв, чем достаточно для пропитания, а взаимопомощь превращается в закабаление. Духовность, преображающая все существо человека, улетучивается в такие моменты, и поведение начинает походить на психические расстройства у животных, которые принципиально менее дифференцированы и разнообразны. Отсюда такие обозначения как “одичание”, “озверение” и “примитивные реакции” типа ярости, паники либо оцепенения и полной подчиняемости, как в гипнозе, тем более в случае массовых реакций. Конечно, даже эти крайние случаи не отменяют особенности каждого человеческого существа и многоуровневости его психических проявлений. Высоко симптоматично, что секс, религия и жестокость тесно связаны (П. Б. Ганнушкин), что религиозные войны самые жестокие и беспощадные. Это связано с тем, что все религии тоталитарны, а значит, претендуют на каждого человека

целиком, без остатка. Это делает их несовместимыми с тоталитарными режимами, разве что ценой слияния с ними либо полной зависимости.

Коренящиеся на генетическом уровне два противоположных способа выживания — хаотическое поведение в состоянии страха и оцепенение ужаса вплоть до мнимой смерти сочетаются в этой последовательности в зигзагообразном полете моли, который целесообразно маскирует место затаивания, а пресловутый “гипноз”, замирание грызунов перед змеей, связан с восприятием у хищников, прежде всего, движущихся объектов. Эти два базальных типа поведения мы находим и у людей: агрессию или бегство, борьбу, сопротивление, стремление к свободе или, наоборот, рабское подчинение, послушание, идентификацию с более сильной главенствующей стороной, даже с террористом у множества заложников (“стокгольмский синдром”). Эти два типа как индивидуального, так и массового поведения не только включаются, но и резко переключаются в результате не столько механизма последней капли, сколько случайного прегнантного сочетания определенных релизеров разного уровня. Такие случайные скачкообразные явления Конрад Лоренц назвал “ударами молнии”. В такие моменты один шаг разделяет любовь и ненависть, поклонение и низвержение, покорность и восстание. Даже огромное количество зафиксированных свидетельств непосредственных участников событий, узников концлагерей, людей, который удалось выбраться из расстрельных рвов, все равно только зыбкая тень их переживаний в ключевые моменты, не дающая удовлетворяющего нас ответа на вопрос: почему перед лицом неминуемой смерти не гибнуть в борьбе, сопротивлении, а идти овцой на заклание? Слишком велика и глубока пропасть между непосредственным переживанием события и взглядом со стороны. Более конкретное понимание даст работа Эрнста Кассирера, опубликованная в НПЖ, 2000, 2, 5 – 13.

Эхо 1937-го года все отчетливее звучит сейчас и в нашем профессиональном сообществе: оторопь, атомизация, гражданская пассивность, демонстративная лояльность, конформизм, словно охвативший всех стокгольмский синдром перед наглым блефованием власти. Но за этим на поверхностный взгляд единообразием, подлаживанием к потугам государственной пропаганды, как за стройными рядами марширующих на параде, сохраняется втуне все разнообразие, которое никому никогда подавить не удавалось, которое постоянно нарождается заново, то, чем жива и сильна сама природа.

Ю. С. Савенко



## Дневник неизвестной

Я. А. Дроздов, К. А. Рождественская<sup>1</sup>

### История болезни хронически больной в интересе повседневной психиатрической помощи

**Ключевые слова:** психическое расстройство, диагностика, лечение, психиатрическая помощь.

13 октября 2010 г. в приемном покое психиатрической больницы (далее ПБ)<sup>2</sup> города N осмотрен человек без паспорта, назвавшийся Юлией Николаевной Сверхиной<sup>3</sup> (далее ЮН) 57 лет. В стенах ПБ ей предстояло прожить 2070 койко-дней, сменив 24 лечащих врачей разного пола и опыта (профессиональный стаж 0,5 – 28 лет).

ЮН доставлена социальным патрулем в ОВД “с признаками психического расстройства”. При расспросе дежурного психиатра раздражалась и замыкалась, но назвала вышеуказанные ФИО, год и дату рождения; росла в “каком-то” детдоме, последнее время обитала на улице. Неопрятна, словарный запас беден, мышление конкретно, багаж знаний скуден, не умеет читать и писать. Диагноз: “умственная отсталость умеренной степени”. Госпитализирована как лицо БОМЖ недобровольно.

В остром отделении ЮН неохотно и формально продолжила рассказ: о родителях ничего не знает, в детдоме над ней издевались, избивали, в 11 лет с подругой убежала в город N, здесь ее приютила служка при храме; много лет помогала по хозяйству. После смерти женщины ее сын выгнал ЮН из дома. С тех пор (как давно — не помнит) бродяжничает, обитает на вокзалах. Паспорта и своей семьи никогда не имела, у психиатров не лечилась. Просит оформить ее в интернат. Обратилась с просьбой в районную социальную службу, направлена к местному депутату. В его приемную и был вызван патруль. Анамнестические сведения следующие годы переносились из одной истории болезни в другую и затем в выписные эпикризы без каких-либо изменений и добавлений.

Психический статус в отделении: голос напорист, громкий. Речь бедная, косноязычная. Вспыльчива, импульсивна. Возмущается, что привезена в “психи-

атрию”, а не в “любую другую больницу”: “за человека не считаете”, расплакалась. Легко поддается разубеждению и внушаема. Мышление конкретное. Не умеет читать и писать — отказывается подписать информированное согласие. Не владеет арифметическим счетом (отказалась считать).

Психолог: на переднем плане снижение продуктивности, замедленность темпа, конкретность мышления; пассивна, выражены трудности коммуникации с окружающими, уплощены эмоциональные реакции. Повторное обследование спустя 5 лет (2015 г.) сходно. Заключение терапевта: атеросклеротический кардиосклероз. Миокардиопатия. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 3. Хронический бронхит, язвенная болезнь желудка вне обострения. Гинеколог — постменопауза. Динамика веса неизвестна.

Подтвержден направительный психиатрический диагноз, назначены карбамазепин, тиоридазин, амилон в средних дозах. Запросы в ОВД для уточнения личности по указанным ФИО без результата.

В дневниковых записях *lege artis* (первые 3 дня в новом-старом отделении ежедневно, затем раз в 5 дней и/или при смене назначений) указаны “прозорливость” (оживляется лишь при еде), неустойчивость настроения: раздражительность; “капризность”; время от времени жалобы на окружающих: “насмеваются, умничают, презирают, человеком не считают бездомную сироту”. Общалась лишь с “дементными”, от помощи в отделении отказывалась: “пришла отдыхать, наработалась на годы вперед”, “здоровье не позволяет”. Просила неоднократно отправить в интернат. В связи с аффективными вспышками, физической агрессией (“вдруг” ударила соседку по палате, замахивалась на других) на 5 – 7 дней назначались левопромазин, перициазин в средних дозировках, становилась спокойнее. Регулярно получала тиоридазин. С учетом “социальных показаний” через 4,5 месяца переведена в загородную ПБ, где лечилась тиоридазином, перициазин в малых дозах. В следующие годы ЮН курсировала меж городской и загородной ПБ “для смены стереотипов”. Говорила, что будет жить в

<sup>1</sup> Психиатрическая клиническая больница им. П. Б. Ганушкина.

<sup>2</sup> Авторы не уточняют “топографию” событий, т.к. они могли произойти в любых городах и ПБ России.

<sup>3</sup> Здесь и далее фамилии изменены авторами.

ПБ, “втором доме”, пока не восстановят паспорт, но с 2012 г. временами проявляла недовольство.

Выписки из историй болезни все более кратки: основное место отдано данным лабораторно-инструментального обследования при стабильном телесном состоянии.

Порой сетовала: “брошена родителями в детском доме”. Под “примитивными предложениями” избегала любой полезной деятельности, иногда “сварлива”. Психотическая симптоматика не выявлена. При некой коррекции доз основной образчик терапии за 6 лет: низкопотентный нейролептик в средних дозах ± нормотимик ± ноотроп — в субтерапевтических. В конце 2013 г. однократно тремор головы и конечностей: назначен тригексифенидил 4 мг в день. В загородной ПБ в 2014 г. первый и последний раз привлечена к тренингу повседневных бытовых навыков. Между тем требования ЮН о выписке все настойчивее; угрожая голодовкой, утверждала, что живет в городе N на такой-то улице (близ места задержания). В начале 2015 г. в очередной раз возвращена в городскую ПБ: неопрятна, лицо безразличное. Не всегда понимала смысл вопроса. Ответы краткие, формальные. Назвала ФИО, возраст (дату рождения). Продолжены хлорпромазин 150 мг, карбамазепин 600 мг, тригексифенидил 4 мг в день. Дневниковые записи в прежней канве: неопрятна, пассивна, раздражительна, малообщительна, залеживается, отказывается что-либо делать. Спустя 4 месяца тригексифенидил отменен, вместо карбамазепина назначен топирамат в субтерапевтической дозе 10 мг/сутки (как обычно, без обоснования выбора). Монотонность дневниковых записей оживляют упоминания, что при “прожорливости” (данных о динамике веса нет) ЮН опостылела боличная еда: “не люблю капусту”, но “просит добавки”, “встречает в чужие разговоры, делает замечания пациентам, старается навязать свои порядки”. Временами недовольна условиями отделения, повторяя, что прописана на таком-то шоссе в этом же городе; вдруг “неловко заботится об избранной пациентке, улыбочива” или “трубит персоналу, угрожает задушить соседней ночью”, обычно же “никак себя не проявляет”. Решением комиссии психиатров от 09.07.15 недобровольная госпитализация отменена. Между прочим, оказалось, что ЮН читает, подписала информированное согласие на госпитализацию и лечение.

В начале марта 2016 г. после очередного эпизода “неправильного поведения” (“злая, напряженная, конфликтная, всем недовольна, на замечания персонала огрызается”) назначен зуклопентиксол 30 мг/сутки (высокопотентный нейролептик — впервые за время пребывания в ПБ) без нежелательных действий (корректор экстрапирамидных расстройств уже отменен). Решение о выборе препарата, со слов врача (ретроспективно), “интуитивно-озарительное”. Спустя 12 дней ЮН на врачебном обходе спонтанно представилась Лилией Григорьевной (далее ЛГ) Берлявской, со-

общила иные дату и год рождения, на 6 лет позже заявленного ранее. Сверхина якобы ее девичья фамилия (затем созналась, что так представилась по некому “побуждению”), прописана в городе N, но точный адрес не назвала.

Одним кликом клавиатуры компьютера врач определил, что районным (согласно данным пациентки) Отделом МВД, по заявлению сына, разыскивается Берлявская Л. Г., 19.06.1959 г.р., местонахождение которой неизвестно с 01.06.2011 г. Приметы: на вид 53 года, рост 165 см, худощавого телосложения, волосы прямые, темные, короткие, глаза светлые. В чем одета неизвестно, последний раз видели около церкви...”. Сын ЛГ незамедлительно принес ее паспорт, на свидании пациентка настороженно отрицала знакомство с ним, но после замешательства и противоречивых заявлений спустя два дня подтвердила, что это ее старший. Сообщила о себе более развернутые сведения: родилась в Кустанайской области (Казахстан), единственный ребенок в полной семье. Ранее развитие без особенностей, перенесла ряд детских инфекций без осложнений. В общеобразовательной школе с семи лет, училась посредственно без особых интересов, окончила 8 классов. Занималась неквалифицированным физическим трудом, переехала в город N с родителями. Работала уборщицей; в браке родила двух сыновей, младший с детства страдает шизофренией. В 1986 г. (в 27 лет) перенесла сотрясение головного мозга (“избивали муж и свекр”), лечилась в больнице. Бывший муж из-за неуплаты алиментов отбывал наказание; детей забрали в интернат — причину не назвала. С тех пор с детьми не виделась, жила одна в своей квартире, посещала церковь. Лечилась в ПБ однократно, ПНД избегала. Бывший муж “воздействовал” на нее, “мог причинить вред”, потому ушла из дома и скрыла ФИО. Со слов старшего сына и по данным выписки из ПБ (первая госпитализация): после увольнения в начале 90-х гг. ЛГ бедствовала, заставила сыновей 6 и 8 лет попрошайничать у соседей. Стала агрессивной, билась детей, требуя больше денег, выгоняла жить на вокзалах и побираться. Деньги отбирала и покупала множество ненужных вещей, дети голодали. За неповиновение жестоко избивала их, запирали зимой на кухне с открытым балконом. Сыновья убежали из дому, но мать их разыскивала и опять била. Однако с 1993 г. работала помощником воспитателя детского сада без нареканий. В 1996 г. привела сыновей в ОВД, написала заявление об отказе от родительских прав, братья помещены в интернат. Судьбой их не интересовалась.

С сентября 1998 г. в голове ЛГ зазвучали “голоса Бога и ангелов”, Бог управлял ею “как под гипнозом”, мысли были известны окружающим. В декабре 1998 г. впервые (в 39 лет) лечилась в ПБ после задержания милицией из-за возбуждения и нелепого поведения (бегала голой по улице, неустанно молилась). Сообщила вымышленные сведения о воспитании в



детском доме. При лечении галоперидолом психотическая симптоматика постепенно купирована. Отмечены конкретность мышления, олигофазия. При психологическом исследовании — грубые нарушения памяти и внимания, нарушения контроля и критичности, дефицит интеллектуальной деятельности, недоразвитие эмоционально-личностной сферы, примитивность, на фоне патологической ригидности паранойяльные тенденции.

Неврологической симптоматики не выявлено, на ЭЭГ общемозговая дезорганизация электрической активности. Спустя два месяца пациентка выписана с диагнозом “Органическое заболевание ЦНС сложного генеза (врожденная неполноценность + черепно-мозговая травма) с шизофреноподобной симптоматикой” и рекомендацией тиаприда 50 мг (субтерапевтическая доза) на ночь. По выписке более не работала, изредка посещая ПНД. С тем же диагнозом 10 раз лечилась тиоридазином, перициaziном в ПБ по месту жительства в связи с “голосами” внутри головы, бредовыми идеями отношения, колдовства. Повторная консультация психолога (2000 г.): на первый план выступает снижение в интеллектуально-мнестической сфере, степень выраженности которого позволяет говорить о дементном состоянии наряду с измененностью (снижением) в мотивационно-волевой сфере. В том же году установлена II группа инвалидности (ЛГ 41 год).

18-летний старший сын (в 2002 г.) заехал к матери, та была неожиданно приветлива, радовалась его трудоустройству. Затем несколько лет мать не видел. В следующий раз обнаружил в доме посторонних, сообщивших, что мать в ПБ. В 2009 г. перед очередной ПБ несколько дней жила на улице из-за угрожающих “голосов”. При поступлении назвалась Валентиной Николаевной Крыскиной, уверяла, что живет за городом. Паспортные данные огульно отрицала: “все выдумали милиционеры”. Утверждала, что в церкви прихожанка украла у нее 20 млн. руб. В ноябре 2009 г. выписана, но на следующий день вернулась в ПБ, так как не могла попасть в квартиру, после чего лечилась 212 койко-дней хлорпромазином, карбамазепином, ноотропами. С этой схемой лечения выписана 21.06.2010 г. ПНД избегала.

Через 4 месяца поступила в новую для нее ПБ, принимающую лиц БОМЖей, под новой же фамилией.

В связи с открывшимися обстоятельствами 11.06.2016 г. ЛГ осмотрена комиссионно (до получе-

ния выписок из ПБ по месту прописки). Психический статус: выглядит по возрасту, опрятна. Заторможена, гипомимична, застывшая полуулыбка, но глаза испытующе настроены. Ответы без задержки, формальные, краткие, но по существу, с достаточным запасом слов. Сообщила скудные формальные анамнестические сведения (образование, замужество, дети), родители мужа “ненавидели”, избивали; “всегда была хорошей матерью”. Неохотно подтвердила “единственную” ПБ в анамнезе, замыкается. Не объяснила, отчего называлась иными ФИО, почему именно так, а также причин последнего ухода из дома (уклончиво: “так вышло”). Периодически замолкает, смотрит в одну точку или мимо собеседника, но отрицает “голоса”. Настроение полагает ровным, спокойным. Отрицает суицидальные мысли, планы, попытки, агрессию в прошлом. Интеллект соответствует образованию, жизненному опыту. Верно трактует простые пословицы, поговорки, считает в пределах 100, пишет крупно с орфографическими ошибками, читает неохотно, сетуя на расплывчатость зрения. Знает имена глав страны, но телевизор давно не смотрит (“скучно”). При распросе о событиях в стране и вокруг нее заявляет, что “Крым наш”, от голосований на выборах всегда отказывалась (“незачем”). С побуждением без желания исправить ошибки выполняет (впервые) тест MMSE — 25 баллов. Вяло хотела бы выписаться и жить с детьми (не озабочена пребыванием младшего в ПНИ), не детализирует планы. Называет цену буханки хлеба советских времен, но знает, как варить кашу и суп, зажечь плиту. Не полагает себя психически больной (“я как все”), но пассивно согласна продолжить лечение дома; не объясняет, отчего избегала его ранее. Неразвернутая психотическая симптоматика (подозрительность, идеи отношения, “голоса”) при ведущих дефицитарных проявлениях (замкнутость, эмоциональная монотонность, холодность, олигофазия) соответствуют остаточной шизофрении.

14 июня 2016 г. ЛГ в сопровождении сына выписана, о чем сообщено в ПНД. Рекомендован зуклопентиксол 30 мг/сут., вальпроевая кислота 1000 мг/сут. (назначена за неделю до выписки), тригексифенидил 4 мг/сутки. В первые недели ЛГ в семье сына замкнута, молчалива, редко и неохотно покидала дом, покорно принимала лечение, всецело опекалась в быту. Сын обратился в суд с заявлением о признании ЛГ недееспособной для направления ее в ПНИ.

*Клиническим разбором истории этой больной служит нижеследующий комментарий.*

# Портрет незнакомки: уроки случая

Комментарий Е. Б. Любова<sup>1</sup>

Комментарий акцентирует внимание на типовых клинико-организационных и экономических проблемах повседневной психиатрической помощи в контексте приведенного выше случая.

**Ключевые слова:** шизофрения, повседневная психиатрическая помощь, проблемы, недостатки.

*Человек совсем не одинок!  
Кто-нибудь всегда за ним следит.*

*И. Губерман.*

Как в капле воды, история ЛГ (последние 6 больничных лет — ЮН), отразила типовые организационные и практические проблемы нетихого океана отечественной психиатрической службы. ЛГ представляет ресурсоемкую группу хронических душевнобольных с частыми и длительными госпитализациями [1] вследствие неразрешимых (пока) сочетанных клинико-социальных проблем, указывающих вновь и вновь на важность перестройки консервативной и тугоподвижной матрицы повседневной помощи, обращенной традиционно на попечение и изоляцию больного в большей мере, чем на его психосоциальное восстановление [2]. Меж ее ячей и “проваливаются” или, как в случае ЛГ, в них “застревают” нуждающиеся в целом биопсихосоциальном подходе.

История жизни и болезни или, вернее, жизни в болезни ЛГ высвечивает ряд актуальных научно-практических проблем: нужды душевнобольных матерей несовершеннолетних и бремя болезни в семье, запоздалая (многолетний период нелеченых болезни и психоза) и неверная начальная диагностика, неадекватность лечения в остром (опора на седативные нейрореплетики как антипсихотического средства и при “нарушенном поведении”) и поддерживающем периодах уклоняющегося от терапии в связи с некритичностью больного в фармакозависимой ремиссии. Обычно частые госпитализации ( $\geq 3 - 5$  за 3 - 5 лет психиатрического наблюдения) — следствие повторных тактических ошибок врача — здесь: отсутствие депонированных форм нейрореплетиков. Отдельная проблема — бытоустройство и риск (“жилыцы” в запущенной квартире) одинокого душевнобольного [3], стремящегося в остром периоде уйти из дому, пополняя ряды бездомных. Неверные диагнозы органического психоза, умственной отсталости не подвергались сомнению годами вследствие “замыленности глаз” взвода (косвенно свидетельствует о “текучке” и

“ротации” кадров) психиатров. Так, единичная черепно-мозговая травма в анамнезе, со слов больной, стала “причиной” отставленной по времени рецидивирующей развернутой шизофренической симптоматики мистико-религиозного содержания, нередко среди верующих и неверующих. Упоминания об “унижениях” и “избиениях” в детстве и семье мужа, внешне немотивированное увольнение, повлекшее материальный недостаток и период безработицы, косвенно указывают на давний дебют расстройства. Процесс манифестирует в зрелом возрасте (характерно для параноидной шизофрении женщин) по достижении соответствующего жизненным шансам образовательного и социально-трудового уровня; продолжала работать (нашла новую работу в детском учреждении) и в период нелеченой болезни (психоза) при грубо нарушенном (асоциальном) поведении в быту. Первая госпитализация, характерно, недобровольная в связи с явно нарушенным поведением, возможно, с кататоническими включениями (металась, не держала одежды). С годами и с возрастом активность психоза пошла на убыль, хотя о регрессиентности процесса говорить преждевременно. Замкнутый немногословный настороженно негативистичный, избегающий контакта глаз (резидуальная “мягкая” кататония?) психотический больной признан огульно и надолго умственно отсталым в новой ПБ. Обязательные психологические обследования (в “привычной” ПБ указывалась “деменция”) не прояснили клинической картины.

Врачи описывали, но не оценивали изменчивое на фоне развивающегося госпитализма на подходящей почве [4] при периодических “протестах” психическое состояние пациента — стертые аффективные волны биполярного характера. На них указывают косвенно “ненужные траты” в анамнезе, характер острых переживаний, смешанные состояния в виде дисфории, характерная для биполярных состояний адинамическая депрессия без витального компонента с гиперфагией (динамика веса вне интересов врачей, но сын помнит ЛГ “худощавой”); показателен “благодарный” период с заботой о “понравившейся” соседке). Указаны и неразвернутые идеи отношения “мало-

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации.

го размаха” с депрессивным оттенком (ламентации отражают чувство малоценности). В повседневной жизни для лжи нужна хорошая память — большая годами держалась первоначальной “защитной” версии, возможно, вследствие галлюцинозоподобного информирования (как и перед прошлыми госпитализациями). На переднем плане дефицитарные симптомы (деменция как предположительный диагноз был бы уместнее) — частично, оказалось, обратимые. По Д. Е. Мелехову, шизофренический “дефект” на 90% образован патологической психологической защитой. По Е. Блейлеру, “шизофреническое слабоумие” связано с нарушениями аффекта (равнодушие) и ассоциаций (неясными и бесцельными). По К. Ясперсу, умственные способности больного формально не затронуты, а “все изменения суть изменения личности”, уход от реальности. Порой “утрата спонтанности ... может быть прервана сильной стимуляцией”. Упомянутый Ясперсом больной Нибер умолял о немедленной выписке, но уходит в палату и более ничего не просит. И его более никто не тревожит.

Врачи не придают значения шизофрении младшего сына.

“Нарушения поведения” пациентки решены сугубо медикаментозным (низкого качества) путем. Седативная однообразная (смена сходных по действию лекарств — скорее следствие особенностей непредсказуемого аптечного снабжения) терапия фасадного психопатоподобного поведения затушевывает больничные микроприступы хронифицированного, но сохраняющего черты остроты, процесса. Биполярность не скрыта от врачей, но нормотимики случайны и назначены в субтерапевтических дозах. Побочные действия (на виду лишь экстрапирамидные) купированы не снижением дозы нейролептика, но присоединением корректора на многие месяцы; суммационное влияние антихолинергических средств, возможно, привело к расплывчатости зрения, усугубляющего искусственную депривацию больной. Психосоциальная работа сведена к призывам к “трудотерапии” в отделении: упомянут и модуль восстановления бытовых навыков без указания эффекта и меры участия пациентки.

ЮН/ЛГ, равнодушная, пассивно-подчиняемая (“протесты униженной сироты” редки — возможно, при актуализации бредовых идей отношения и/или смене аффекта), “прожорливая”, не только вследствие фармакогенного эффекта, но и возможной депрессии, стала привычным атрибутом отделений. При этом она потенциально опасна (ругань, “готова задушить” соседей по палате). Эпизоды физической агрессии (избиение детей) отмечены и в анамнезе. Суицидальный риск как обратная сторона агрессии не выявлен, вернее — не учтен.

Современные психиатрические отделения не столь подавляют “мертвящим однообразием”, как сетовал С. С. Корсаков, здесь лучше кормят (чем порой

дома) и разобраны двухъярусные нары, но больничный хронотоп препятствует сохранению и тем более развитию социальных навыков длительно стационарированного [4, 5]. Шесть лет ресурсоемкая больничная (временами — острая) койка выполняла не свойственную ей уютно-патронажную функцию, как в XIX веке. Проблема “блокирования койки безобидными хрониками”, поднятая на Первом съезде Отечественных психиатров, обострена сегодня урезанием больничного фонда без компенсаторного развития таких стационарзамещающих форм [6], как реабилитационные общежития [7], где социальные работники заняты и восстановлением документов бездомного (“утерявшего социальные связи”). Медицинские затраты, не менее 2 млн. руб. за последний многолетний период госпитализации, неэффективны и идут вразрез идеологии современной помощи и нужд самого непритязательного больного [8], как наша “детдомовская сирота” ЛГ, изначально полагающая, что в “психиатрии” ей не место.

Показателен скорый “драматический” эффект интенсификации терапии с возвращением “Я” “невывисной” пациентки. “Обычная” женщина лишь мечтает, а ЛГ омолодилась сразу на 6 лет. Диссимуляция (показывает себя в лучшем свете, отрицает наиболее грубые проявления болезни) свидетельствует о знакомстве с социальными нормами. Сохраняются косвенные признаки галлюцинозирования (“смотрит мимо”, “задумывается и замолкает вдруг”).

Уточненный диагноз: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения со стабильным (?) дефектом. Оценка выраженности и динамики последнего затруднена кумулирующим последствием госпитализма и/или атипичной депрессии, фармакогенным эффектом седативных нейролептиков, остаточных симптомов псевдопаркинсонизма (“застывшее лицо”).

Схема лечения перед выпиской и рекомендации поддерживающего лечения не безупречны (возможно, завышены дозы нейролептика, выбор пероральных форм), но “победителей” не судят.

Ресурс терапии позволит ЛГ при сложившейся семейной обстановке (вряд ли можно призывать сына любить мать) обосноваться в столь желаемом ей поначалу безальтернативном ПНИ. При оптимальном сценарии ЛГ могла бы жить в своей квартире под социальным патронажем (с привлечением обученных добровольцев), освоив бытовые навыки и гарантировано получая лечение (депонированные формы — желательны атипичные антипсихотики: ЛГ относится к группе риска поздней дискинезии), посещая досуговые и обучающие мероприятия ЦСО и общества самопомощи; социальной защите послужило бы и признание ЛГ частично недееспособной...

Но это была бы совсем другая история.

*Литература к статье на стр. 17.*

# Феноменологический анализ центральных когнитивных механизмов при аутизме и шизофрении<sup>1</sup>

Е. В. Косилова<sup>2</sup>

*От редактора. Настоящий текст, помимо заявленной темы, представляет интерес еще тем, что написан философом, читающим на философском факультете МГУ курс “Философия психиатрии”.*

*Итак, какой это аспект рассмотрения: психологический, психопатологический или собственно философский? Очевидным образом, философский, т.к. автор центрирует и обсуждает проблему свободы и связанную с ней проблему наличия или отсутствия центральных инстанций.*

*Но эта проблема нашла гениальное решение в понятии доминанты А. А. Ухтомского, которая — хотя и является центром — но центром самопроизвольно образующимся и не имеющим морфологической привязки, как в традиционном представлении о “мозговых центрах”.*

В статье с феноменологической точки зрения исследуются центральные когнитивные механизмы — центральное согласование и центральное управление — в их нормотипическом и патологическом состоянии. Приводятся аргументы в пользу того, что такие механизмы есть. Анализируется поведение больных с ранним детским аутизмом и шизафазическая речь больных шизофренией под углом особенностей центрального согласования. Результаты исследования могут быть использованы для реабилитации.

**Ключевые слова:** аутизм, шизафазия, центральное согласование, центральное управление

В своей книге “Разделенное Я” знаменитый английский психиатр Р. Лэйнг выдвигает убедительную гипотезу, что для того, чтобы удерживать Я (Self) в интегрированном состоянии, требуется особый ресурс. Только тогда человек осмысленно строит проекты себя и своего действия. Этот ресурс иногда пропадает, и тогда наступает состояние, которое Лэйнг называет “онтологическая незащищенность” (ontological insecurity). В этой статье я попытаюсь показать, что онтологическая незащищенность есть следствие упадка волевого ресурса на высших иерархических этапах когнитивной системы.

## 1. Иерархические системы обработки информации. Центральное согласование и центральное управление. Принятие решений. Проблема свободы

Вопрос о том, насколько наше мышление устроено иерархически и централизованно, ныне дискутируется в аналитической философии сознания [5, 3]. Данные нейрофизиологии в целом показывают, что устройство сенсорных анализаторов иерархично [2], от восприятия простых стимулов к синтезу образов и затем к осмыслению контекста. Однако имеются многочисленные свидетельства существования на этом пути обратных связей: влияние контекста на распознавание образов, роль ожидания, восприятие целостного образа ранее его частей и т.д. Однако обратные

связи в системе не отрицают ее иерархической конфигурации. На высшие уровни мышления в любом случае выходит объект — результат синтеза, каким бы зависимым ни был этот объект от самих этих высших уровней. Впрочем, относительно уровней и результатов перцепции, насколько я понимаю, в аналитической философии больших разногласий нет. Эту систему можно считать иерархически устроенной, до тех пор пока она работает по принципу машины, алгоритмизированно, каузально. Имеются многочисленные алгоритмы обратной связи, не отрицающие иерархию [13].

Разногласия начинаются по вопросу о существовании центра. В иерархической структуре центр мыслится естественным образом — как место сбора и синтеза всей информации, пришедшей с сенсорных каналов. Кроме того, центр — это агент принятия решений. Этим он смутно напоминает некий гомункулос (метафора, пришедшая из картезианской парадигмы, хотя ни на чем подобном сам Декарт не настаивал). Поскольку ныне в моде критиковать картезианскую парадигму, идея такого гомункулоуса подвергается критике, часто вполне справедливой.

Прежде всего, чтобы разобраться с центральными когнитивными инстанциями, нужно отделить центральное согласование от центрального управления.

Будем считать центральным согласованием такую инстанцию, которая получает информацию от всех сенсорных анализаторов в виде уже готовых “образов”, синтезирует данные образы в связную картину “ситуации” (что происходит?) и обеспечивает, по формулам обратной связи, запросы к перцептивным

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке фонда РГНФ грант № 15-03-00820а.

<sup>2</sup> Канд. филос. наук., доцент, Философский факультет Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова.



анализаторам для дополнения картины ситуации до “понятной”. Собственно, именно эта инстанция несет на себе задачу понимать. Каковы механизмы такого “понимания”, мы сейчас с уверенностью сказать не можем. Они могут быть системой связанных данных, которые не противоречат состоявшимся ранее актам понимания. Или, например, они могут явным образом противоречить им, наподобие некоей фальсификации принятой ранее гипотезы. Или они могут их удачно дополнять и обогащать ту картину понимания, которая сложилась ранее. На сегодняшний день недостаточно данных, чтобы перевести все эти процессы на язык, например, нейронных сетей или ментального кода, хотя такие попытки делаются [18, 11].

Здесь следует отвлечься и сказать несколько слов о самом понимании. Речь идет о понимании собственных мыслей. Понимание — это переживание. И, поскольку переживание длится, оно требует времени. Мы встречаемся здесь с особенностью сознания, на которую указывает Гуссерль [4]: темпоральный горизонт. Акт понимания и физиологически требует времени (перестройка нейронных цепей или что-то, тому подобное), и он, с другой стороны, для субъекта является единичным, одномоментным. Что свидетельствует о том, что момент в сознании субъекта может быть далеко не единым моментом времени, он протяжен. В него с необходимостью входят ретенция и протенция. Это важно, потому что на нижних уровнях иерархии, с их чисто каузальной работой, мы не видим этой временной протяженности, этого включения прошлого в настоящее.

Итак, на уровне центрального согласования мы имеем общее понимание ситуации. Разумеется, для этого центрального согласования использует и информацию из прошлого опыта. Оно согласовывает не только перцептивные инстанции, но и любые другие. Иногда требуется привлечь общую эрудицию, иногда — какие-то специальные знания. Пока трудно решить вопрос, как работает центральное согласование в ситуации научно-исследовательской деятельности, при решении задач. По всей видимости, на него ложится и необходимость согласовывать предвидимые последствия действий с ранее известным опытом. Это важно, поскольку следующая инстанция, центральное управление, работает с центральным согласованием в непосредственной связи (включая также и обратную связь).

Идея центрального управления рождается непосредственно из неудовлетворенности классической идеей Сеченова о рефлексах головного мозга. Эту же идею на разные лады повторяют такие крайне авторитетные авторы, как Конрад Лоренц в теории “парламента инстинктов” [7], Д. Дэннет в теории “драфтов” [3, 5] и Эдельман [18]. В современном виде она звучит примерно так: в связи с нашей ситуацией у нас мелькают мысли — проекты действий, их никто не генерировал, т.е. они возникают случайно (надо понимать,

механизмами спонтанности и ассоциаций), мысли эти либо борются между собой (Лоренц), либо просто проходят, если не получают употребления (Дэннет). Затем особо ценные мысли закрепляются (Эдельман), они становятся полезными алгоритмами будущих решений, которые тоже, впрочем, будут чисто рефлекторными, только с модифицированной, так сказать, рефлекторной дугой.

Сразу надо заметить, что в большинстве моделей отсутствие центрального управления не означает отсутствие центрального согласования. Так далеко сторонники рефлекторных дуг не захотят, хотя для целостности картины стоило бы. Однако слишком очевидно, что отсутствие центрального согласования приведет к полной разорванности картины мира, вплоть до полного непонимания текущей ситуации. На языке психиатрии это называется “дезориентация в месте, времени и собственной личности”. Редко кто отважится сказать, что таково и есть наше обычное состояние. Мы, вероятно, очень многое понимаем не вполне адекватно, но это все-таки является результатом работы нашего центрального согласования, которое работает не идеальным образом. Кроме того, возможно, в привычных нам ситуациях, когда мы действуем рутинно, согласование работает не в полную силу. Для таких ситуаций модели рефлекторных дуг, если ее очень сильно усложнить, принципиально достаточно. Однако мы не всегда погружены в рутину. Даже такой навык, как вождение машины, уже требует далеко не работы рефлексов. Да и у каждого в жизни случаются ситуации, где он ведет себя не рутинно. Например, творчество и исследовательская деятельность, хотя бы такой простой ее вариант, как, например, посещение музея.

Сейчас я хочу обратить внимание на одну вещь, которая мне кажется важной. Во всех моделях без центрального согласования и управления (тем более, если учитывать, что они идут из сеченовского редукционизма и науки о животных К. Лоренца) отсутствует идея свободы. Все действия, сколько бы они ни были сложными, предполагаются алгоритмизированными. Поскольку свободной должна быть управляющая, а не согласующая, инстанция, имеет смысл сказать, что свобода появляется в момент принятия решения о действии. Можно ли мыслить свободу в ситуации без центрального управления? Это будет, видимо, спонтанный ответ на хаос “драфтов”. Такая свобода не будет осмыслена, и поэтому это не свобода, это именно произвол, хаос реакций. Понятно, что этого мало кому бы хотелось.

В каком смысле можно говорить о свободе, если мы принимаем гипотезу о центральном управлении? По всей вероятности, следует сказать, что 1) должен иметь место набор различных вариантов действия, 2) должна иметься возможность осуществить выбор любого из этих вариантов, 3) этот выбор должен быть осмысленным — он должен подчиняться какой-либо

цели, соответствовать какому-либо правилу, быть регулируемым какой-либо ценностью и т.п. Кроме того, на инстанцию центрального управления ложится задача принять решение оптимальным образом. Прежде всего, тут, разумеется, привлекается прошлый опыт, но и не только он — ситуации непредсказуемы, и для принятия решения должен происходить просчет будущих действий и их результатов. Но самым главным мне представляется именно то, что без свободы от каузальности не может быть никакой постановки цели.

## 2. Опровержение теорий с отсутствующими центральными инстанциями

### 2.1. Данные психопатологии: аутизм. Отсутствие центрального согласования

О слабости центрального согласования (central coherence) впервые заговорили знаменитые исследователи детского аутизма Ута Фрит [19] и Франческа Аппе [1]. Для аутизма (сейчас применяется аббревиатура РАС — расстройство аутистического спектра) характерна, прежде всего, патологически сильная реакция на возбуждение по одному из сенсорных каналов, что, как считается на сегодняшний день, приводит к генерализованному торможению по всем каналам. О. Никольская [10] приводит классификацию четырех стадий РАС, где указывает, что для самой глубокой стадии единственной доминантой поведения является максимальное уклонение от всех раздражителей. Понятно, что на этом уровне говорить о согласовании не приходится, поскольку практически нечего согласовывать. Такое поведение достаточно легко описывается и теорией рефлексов (разумеется, тоже далеко не простейших, но в нем явно отсутствует общее осмысление ситуации — оно не нужно; из общей ситуации важны только патогенные раздражители). На второй стадии, при меньшем общем торможении, больной строит ригидные проекты удовлетворения основных потребностей. На эту особенность больных РАС указывают буквально все, кто с ней сталкивается: больные привыкают к определенной еде, одежде, определенному порядку расположения предметов на тумбочке. Замену предметов они также не воспринимают, даже похожий предмет для них уже другой. Здесь мы видим уже весьма сложное поведение, частично требующее и согласования, но в нем отсутствует важнейшая роль согласования — конституирование смысла предметов. Те, кто профессионально занимаются реабилитацией больных с РАС, указывают, что им необходимо постоянно проговаривать смысл всех действий — они усваивают его (и то не полностью) только если он приходит снаружи. Наконец, на третьей стадии РАС появляется “экспансия вовне”: больной обретает способность строить проекты своего действия в мире. В течение долго времени у таких больных отмечаются срывы — собственное их поведение выходит из-под контроля, ста-

новится агрессивным или монотонным. Однако в целом на третьей ступени мы видим появление осмысления ситуации, центральное согласование включается в полной мере. Центральное управление как бы следует за ним. Это говорит о том, что согласование необходимо для управления, но, как увидим в дальнейшем, оно для него недостаточно.

Среди людей, страдающих аутизмом, есть большая доля савантов (крайне одаренных, например, к рисункам). Анализ их рисунков по сравнению с рисунками нормотипических детей показывает, что они рисуют деталь за деталью (так сказать, вопреки феноменологии, которая констатирует, что художник рисует за образом). Чтобы создать образ, совершенно необходимо центральное согласование. Именно об этом пишут У. Фрит и Франческа Аппе [19]. То есть у больных аутизмом мы видим отсутствие центрального согласования даже на уровне распознавания образов, не говоря уже о распознавании ситуации и их смысла.

Основоположник феноменологии Э. Гуссерль указывал, что конституирующее смысл сознание удерживает в своем настоящем времени как только что прошедшее время (ретенция), так и непосредственно следующее (протенция). Ретенция необходима для полноты восприятия. Гуссерль приводит в пример мелодию, но аналогичным примером может служить беседа и вообще любая ситуация, где необходимо схватывать смысл. Протенция необходима для построения проектов, замыслов. Это “растяжение сознания” во времени дает возможность центральному согласованию работать в некотором отстранении от наличной ситуации. Оно обращается к “вспомогательным” инстанциям (к опыту, к навыкам социального взаимодействия, к продуктивному воображению) для построения целостной картины происходящего. Больной аутизмом находится в постоянной перцептивной вовлеченности [14]. Это состояние сознания, погруженное в перцептивную вовлеченность, не дает включиться центральному согласованию, ведь сигналов от перцепции, так сказать, поступает слишком много.

Однако тут просматривается возможность терапии. Речь, обращенная к больному, как бы вытаскивает его из погруженности в перцепцию. Ему надо постоянно объяснять смысл происходящего, тренировать ожидания будущего (“а сейчас мы будем кушать”), помогать выстраивать смыслы. Есть веские свидетельства, что такого рода простейшая психотерапия действует весьма эффективно [14, 10].

### 2.2. Данные психопатологии: шизофрения. Отсутствие центрального согласования и управления

В настоящее время широко принята теория, согласно которой первичными нарушениями при шизофрении являются эмоционально-волевые нарушения [12, 8]. Не вдаваясь в опровержение этого тезиса (с ним, впоследствии, можно будет согласиться), хочу



постараться показать, что первичными нарушениями при шизофрении являются так же и слабость центрального согласования и центрального управления.

Рассмотрим для примера дискурс при шизафазии (не систематический бред при хроническом бредовом расстройстве!). Под этим я понимаю записи речи больных шизофренией, причем как устной, так и письменной. В качестве примера я предлагаю несколько выдержек из дневника В. Нижинского — великого танцовщика начала XX века, диагноз шизофрении которому поставил сам Ойген Блейлер:

*Люди думают, что Бог там, где техника велика. Бог был там, где люди не имели индустрии. Индустрией называется все, что придумано. Я придумываю тоже, а поэтому я есть индустрия. Люди думают, что раньше не было индустрии, а были индюки, а поэтому историки думают, что они Боги, у которых перья из стали. Сталь есть вещь нужная, но перья из стали вещь ужасная. Индюк со стальными перьями ужасен. Аэроплан вещь ужасная. Я был на аэроплане и плакал на нем. Я не знаю, зачем я плакал, но мне чувство дало понять, что аэропланы уничтожат птиц. Все птицы разбиваются от вида аэроплана. Аэроплан вещь хорошая, а поэтому ею не надо злоупотреблять. Аэроплан есть вещь от Бога, а поэтому я ее люблю. Аэроплан не надо употреблять как вещь воинственную. Аэроплан есть любовь..*

*...вызываю их на бой не бычий, но бычачий. Я есть бычачий, а не бычий. Я бычу, а бык убитый не бычит. Я Бог и Бык. Я Апис. Я египтянин. Я индус. Я индеец. Я негр, я китаец, я японец. Я чужестранец и иностранец. Я морская птица. Я земная птица. Я дерево Толстого. Я корни Толстого. Толстой есть мой. Я есть его. Толстой жил в одно время, что я. Я его любил, но я его не понимал. Толстой есть великий, а я боялся великих. Журналы не поняли Толстого, ибо его возвеличили в виде великана в одном из журналов после его смерти, думая унижить государя. Я знаю, что государь человек, а поэтому не хотел его убийства. Я говорил об его убийстве всем иностранцам. Мне жалко государя, ибо я его любил. Он умер от мортир людей-зверей. Звери есть большевики. Большевики не есть Боги. Большевики есть звери. Я не большевик. Я люблю всякую работу. Я работаю руками, и ногами, и головой, и глазами, и носом, и языком, и волосами, и кожей, и желудком, и кишками. Я не индюк в стальных перьях. Я индюк с Божьими перьями. Я булюкаю, как индюк, но я понимаю, что я булюкаю. Я буль-буль дог, ибо у меня глаза большие. Я буль-буль, потому что люблю англичан. Англичане не есть Джон Буль. Джон Буль наполнен в животе деньгами, а я кишками. У меня кишки здоровые, ибо я не ем много денег. Джон Буль ест много денег, а поэтому его кишки вздуты. Я не люблю кишки вздутые, ибо они мне мешают танцевать. Англичане не любят танцевать, ибо у них в животе много денег...*

Это, конечно, обычный пример разорванной шизофазической речи, с перескакиваниями смысла, с неологизмами, с фонетическими ассоциациями и т.п. Но мне хотелось бы отметить еще одну черту шизафазии, которая мне кажется важной в моем контексте: у бредовой речи нет замысла.

Что такое замысел? Замысел — это вид проекта, когда дело касается только мысли, а не действия. Это план сказать то, что еще не сказано, либо написать то, что еще не написано. Замысел предполагает текст, письменный или устный.

Текст с замыслом является связным. Он развивается. Обычно он начинается с того, что известно адресату (он может не иметь адресата, но это более редкий случай; тогда он начинается с того, что известно автору). Замысел никогда не бывает стопроцентным, поскольку мысль не может знать, к чему она придет, но замысел направляет мысль. Замысел — это примерное представление о том, что должно быть в конце. Работа мысли под руководством замысла заключается в том, чтобы подвести к этому.

Замысел включает не-сказанное в сказанном. Ведь к цели надо еще подвести. Иногда подведение занимает большую часть текста, цель замысла звучит только в конце и иногда даже вовсе теряется, но это не значит, что текст не получился. Замысел все равно свет его воедино, сделал из него какую-то единицу.

Так вот, шизафазический дискурс, и также многие другие виды девиантного дискурса, не управляются замыслами. Этот дискурс протоколирует поток сознания. Единица мысли там равна нулю. И поэтому он никуда не движется. Этот поток стоит на месте. Чтобы мысль двигалась, тексту нужен замысел. Мы и реально видим в текстах больных шизофренией постоянные повторения. Если что-то и изменяется, то это протокол сознания отразил изменение, происшедшее под воздействием внешних причин.

Что заставляет этот дискурс вообще быть? Он очевидно не нацелен на коммуникацию. Скорее всего, можно сказать, что это бессознательное стремление быть выраженным. Фрейд специально указывал, что в бессознательном сосуществуют противоречия. Мы видим здесь слабость центрального согласования — невозможность построения непротиворечивой картины мира. Но еще более бросается в глаза слабость центрального управления. Этот дискурс, эта речь никуда не стремится. У нее нет цели. Отсутствие замысла и есть отсутствие цели. У нее отсутствует свобода целеполагания, волеизъявления. Ведь именно проекты и замыслы лежат в основе той цели, которую затем разрабатывает и осуществляет центральное управление.

### 3. Волевая составляющая в работе центрального управления

Для работы центрального управления необходим некий определенный ресурс, который логичнее всего назвать волевым ресурсом. Вообще говоря, энергетиче-

ческие ресурсы, конечно, необходимы для работы любых инстанций, в том числе мозговых, в том числе перцептивных, иерархических и т.д. Но это, так сказать, простая глюкоза. Поскольку все упомянутые инстанции работают на каузальном принципе (входящий сигнал управляет исходящим сигналом, модулирует его), никаких “решений” этим инстанциям принимать не надо. Энергия нужна только, чтобы поддерживать механизм в рабочем состоянии, и, собственно, обычной биологической энергии для этого вполне достаточно.

На уровне центрального управления мы встречаемся с новым типом ресурсов, а именно с теми, которые необходимы для принятия решения в области свободы. Поскольку свободе всегда сопутствует страх, тревога, колебания, и все это переживается мучительно даже тогда, когда само по себе решение незначительное, волевой ресурс, который обеспечивает выбор в состоянии свободы — это не биологическая поддержка каузально работающих механизмов. На языке экзистенциализма это называется решимость. Это способность собрать воедино все ресурсы центрального управления ради того, чтобы принять решение (и, в дальнейшем, исполнить его — что, возможно, требует участия еще и других инстанций с их ресурсами). Этот ресурс решимости, мне кажется, в классической физиологии называется волей.

Как реализуется волевой ресурс на уровне физиологии мозга, мы не знаем. Возможно, тут имеет место торможение конкурирующих нервных цепей и целенаправленное возбуждение нужных нервных цепей. На мысли об этом наводят, например, исследования “когнитивного диссонанса”. Однако на сегодняшний день эта пропасть еще пока моста не имеет.

Что еще необходимо сказать про центральное управление как высшую когнитивную инстанцию — на его уровне появляется феномен, который, следуя за Гуссерлем, можно назвать временным горизонтом. Насколько я могу судить, никаких разумных нейронных механизмов для этого не предложено. Собственно, сама свобода ЦУ основывается на его возможности знать прошлое и заглядывать в будущее. Именно она дает ему возможность составлять проекты, делать “наброски”, замыслы. Замыслы, особенно в речи, всегда некаузальны. Напротив, каузальность воспринимается в замысле как необходимое ограничение. И это ограничение центральное управление также должно принимать в расчет, чтобы замысел не противоречил сам себе. Вероятно, к способностям центрального управления принадлежит и рефлексия, и самопонимание. Возможно, не все они требуют ресурса воли, однако, как представляется, способность удерживать временной горизонт этого ресурса требует.

В этой же связи становится ясно, что собирание себя (Self), о катастрофическом отсутствии которого при шизофрении писал Лэйнг [8], также требует того

самого временного горизонта Я, для которого требуется волевой энергетический ресурс. Не только речь шизафазических больных, но и вся их жизнь лишена замысла. Как показывает Лэйнг, они не владеют ни собственным прошлым, ни настоящим, ни, в особенности, будущим. При разных типах заболевания это может замещаться различными бредовыми построениями, либо отсутствовать. Заметим в скобках, что для бредового мышления никакого волевого ресурса не надо, оно продуцируется само собой, как бы сказал Фрейд, “по принципу удовольствия”. Волевой ресурс нужен именно для приведения мышления в соответствии с реальностью. Для этого и центральное согласование, и центральное управление затребуют ресурсы. Это можно сравнить со вторым законом термодинамики: для наведения порядка нужна энергия, без подведения энергии в систему наступает хаос. Что касается управляющих когнитивных инстанций при шизофрении, то к ним энергия, конечно, подводится, но они почему-то оказываются неспособными усваивать ее. Это открывает дальнейшее поле для исследований.

Пока мы можем построить схему задействования волевых ресурсов в мысли только по аналогии с физическими действиями. Мы принимаем решение решить некоторую задачу, учитывая (или не учитывая) при этом, хватит ли у нас волевого ресурса мысли на ее решение. Как проявляется волевой ресурс, когда речь идет о чистом мышлении? Это довольно сложный вопрос, на который я не претендую ответить исчерпывающе. Ясно, что нужно по максимуму активировать память, ретенцию и протенцию, говоря словами Гуссерля, то есть расширить темпоральный горизонт сознания, чтобы удерживать одновременно много шагов мысли. Нужно по максимуму затормозить мешающее побочное содержание сознания (а торможение — это процесс активный и энергозатратный (Данилова, 2005)). Нужно как можно больше элементов задачи поставить под вопрос, чтобы минимизировать бессознательные допущения. Нужно прокрутить в голове множество вариантов и о каждом помнить, к чему он может привести. И так далее. Где-то воображение может помочь, а где-то воображение, опять же, нужно поставить под вопрос. В конце концов, нужно найти максимально точные слова и символы, как для промежуточных результатов, так и для конечного решения.

Поток сознания, текущий, так сказать, в соответствии с языковой каузальностью, несомненно, гораздо легче. Откуда берется этот поток сознания? Я изучила несколько записей бредового дискурса, и могу свидетельствовать, что чаще всего речь больных брутальна, изобилует непристойностями, большим количеством безудержных сексуально-брутальных фантазий. Это подтверждает психоаналитическую теорию о содержании бессознательного. Кроме того, очень часто, и даже в бредовых речах атеистов, появляются рели-

гиозные мотивы (в виде богоборчества, богоравенства или иным образом). По всей видимости, большая доля волевой энергии нашего сознания тратится на торможение и вытеснение таких мыслей.

*Больной И. К.* (орфография выправлена мной — Е. К.):

*...в 12 час ночи. Диаметр нашей, диаметр нашей Галактики. Нашей Галактики диаметр. Диаметр. Диаметр между солнцем и землёй, между землёй и солнцем, диаметр. Зенит в 12, двенадцать часов дня... Настоящие слагается из Будущего и Прошлого. Прошлое плюс Будущие есть Настоящие. Солнце живет постоянно в Будущем. Ночью сфера, днём атмосфера..*

*Днём мы живём в Будущем, а ночью мы живём в Прошлом. Днём мы находимся в конце нашей Вселенной, Вселенной, и смотрим в Будущее. А ночью смотрим в спясть...*

*Учёный класс всего мира стремится время удерживать в своём кулаке. Держите, \*\*\* с вами. Посмотрим, на какую ж\*\*\* вы, б\*\*\*\*, сядете...*

*Вселенная в моём кулаке...*

*Моя задача превзойти самого Бога, но не покориться ему.*

Видно, что больной повторяет отдельные словосочетания, но не может составить из них связную мысль, пусть даже и фантастическую. Этот разброд в мыслях и есть отсутствие центрального согласования. Кроме того, это один из многих примеров брутального, во многих местах непечатного высказывания (они помечены точками). Здесь же мы видим и пример уравнивания себя с Богом, мегаломания, что тоже очень характерно для бредового дискурса — это еще ждет своего обоснования.

О взаимосвязи воли и разума и о необходимости волевого, энергетического (даже бытийного!) ресурса для упорядочения мышления я уже писала [6]. Теперь стало ясно, где находится эта точка приложения волевого ресурса: это центральное согласование и в особенности центральное управление, то есть инстанции, осуществляющие понимание ситуации и проекти-

рующие действия в ней (даже если это только мыслительная ситуация).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Аппе Ф.* Введение в психологическую теорию аутизма. — М.: Теревинф, 2006.
2. *Величковский Б.* — М. Когнитивная наука: основы психологии познания. В 2 т. — М.: Смысл, Изд. центр “Академия”, 2006.
3. *Волков Д. Б.* Теория сознания Д. Деннета: диссертация кандидата философских наук: 09.00.03. Москва, МГУ, 2008.
4. *Гуссерль Э.* Картезианские размышления. — СПб.: Наука, Ювента, 1998.
5. *Деннет Д.* Виды психики: на пути к пониманию сознания. — М.: Идея-Пресс, 2004.
6. *Косилова Е. В.* Взаимосвязь воли и разума в норме и патологии. Вестник Московского Университета, сер. Философия, № 5, 2014, с. 29 – 47.
7. *Лоренц К. З.* Обратная сторона зеркала. — М.: Республика, 1998.
8. *Лэйн Р. Д.* Расколотое “Я”. — СПб.: Белый Кролик, 1995
9. *Нижинский Вацлав,* Издательский дом: Вагнус, М. 2000.
10. *Никольская О. С.* Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. — М.: МГППУ, 2008.
11. *Пинкер С.* Язык как инстинкт. — М.: УРСС, 2004.
12. *Снежневский А. В.* Руководство по психиатрии. — М., 1983.
13. *Солсо Р. Л.* Когнитивная психология. — М.: Тривола, 1996.
14. *Юханссон И.* Особое детство. — М.: Теревинф, 2010.
15. *Baron-Cohen Simon, et.al.* The systemizing quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences // Philosophical Transactions: Biological Sciences, Vol. 358, No. 1430, Autism: Mind and Brain (Feb. 28, 2003), pp. 361 – 374.
16. *Carr Adrian, Zanetti Lisa A.* Metatheorizing the Dialectic of Self and Other. American Behavioral Scientist, Oct99, Vol. 43 Issue 2, p. 324, 22 p.
17. *Dennett D. C.* The Intentional Stance (6th printing), Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1987.
18. *Edelman G. M.* Neural Darwinism The theory of neuronal group selection. New York: Basic books, Cop. 1987.
19. *Frith Uta and Happé Francesca.* Language and communication in autistic disorders / Philosophical Transactions: Biological Sciences, Vol. 346, No. 1315, The Acquisition and Dissolution of Language (Oct. 291994), pp. 97 – 104.
20. *Happé F., Frith U.* The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord (2006), 36 (1): 5 – 25.
21. *Schizophrenia: A Multinational Study.* WHO, Geneva, 1975.

## ЛИТЕРАТУРА

к ст. Е. Б. Любова

1. *Любов Е. Б., Ястребов В. С., Шевченко Л. С.* и др. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 12. Вып. 3. С. 36 – 42.
2. *Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А.* Выздоровление при шизофрении: Концепция “recovery”. // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. Вып. 2. С. 7 – 14.
3. *Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Медпрактика-М, 2007. 491 с.
4. *Красик Е. Д., Логвинович Г. В.* Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). Изд-во Томского университета: Томск, 1983. — 185 с.
5. *Мониторинг психиатрических больниц России.* // Независимый психиатрический журнал. 2003. II. С. 81 – 83.
6. *Гурович И. Я.* Направления совершенствования психиатрической помощи. // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. Вып. 1. С. 5 – 9.
7. *Любов Е. Б., Левина Н. Б., Поташева А. П.* Жилье как форма социальной реабилитации хронически психически больных. // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. Вып. 1. С. 80 – 89.
8. *Любов Е. Б.* и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. Вып. 4. С. 51 – 56.



# Наркология как объект православной экспансии на фоне клерикализации общественной жизни в России

Ф. Б. Плоткин<sup>1</sup> (Минск)

Кратко характеризуется сложившаяся в настоящее время в РФ ситуация с наркопотреблением. Констатируется наличие в российской наркологии парадоксальной ситуации, когда вместо превенции употребления психоактивных веществ, упор сделан на реабилитации уже ставших зависимыми индивидов, что сопровождается феноменальным ростом числа негосударственных организаций, предлагающих свои услуги по реабилитации. Указано на начинающееся внедрение разработанной полицейским ведомством (ФСКН) «Государственной программы “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”». Обращается внимание, что в связи с ликвидацией ФСКН прекратится, вероятно, и выполнение этой “Госпрограммы...”, которая и так была нежизнеспособна в связи с химеричностью заложенных в ней идей. Упоминается об определенных попытках к возврату практики принудительного лечения зависимых пациентов. Обращается внимание на усиливающуюся активность определенных, связанных с Русской Православной Церковью (РПЦ), лиц по дискредитации различных религиозных движений, не относящихся к РПЦ, и вовлечение в эту деятельность структур Государственной Думы РФ. Анализируется содержание доклада врача-нарколога Н. Каклюгина на заседании Комитета Госдумы по конституционному законодательству и государственному строительству. Излагаются особенности взаимоотношений государства и религиозных конфессий и указаны некоторые обстоятельства, свидетельствующие о клерикализации общественной жизни в России. Анализируется содержание некоторых “наркологических” публикаций группы авторов, представляющих Душепопечительский Православный Центр (ДПЦ) во имя Святого Праведного Иоанна Кронштадтского Московской Патриархии, в которых декларируются их собственные “православные” интерпретации базовых понятий философии, медицины, психологии и психотерапии, отличные от существующих в классической науке. Упоминается об архетипическом характере зависимости вообще и отслежены определенные корреляции между формированием аддиктивного и религиозного поведения. Приведены некоторые критические высказывания по поводу уровня оказания наркологической помощи в стране.

**Ключевые слова:** аддиктивные заболевания, наркозависимость, профилактика, лечение, духовно-ориентированные методики, биологическая обратная связь, реабилитация, реабилитационные центры для наркозависимых, Государственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”, ФСКН, Русская Православная Церковь, клерикализация.

*Наиболее мудрым из сословия врачей был тот из них, кто в давние времена предписал, чтобы больного лечил только один врач, ибо если он не преуспееет в этом, то ущерб для врачебного искусства будет невелик, так как вина падет всего лишь на одного врача, и наоборот, если ему повезет, то это будет к вящей славе медицины; если же врачей, лечащих больного много, то они все роняют свою профессию, поскольку большей частью их постигают неудачи.*

Мишель Монтень “Опыты” [41, с. 928].

Аддиктивная стратегия взаимодействия с действительностью приобретает все большие масштабы. В настоящее время наркомания рассматривается как форма псевдоадаптивного совладающего поведения, использующего в качестве основного психологического механизма избегание жизненных проблем, уход от реальности при наличии извращенной патологической мотивации поиска и употребления наркотиков [1]. К сожалению, наркотический пожар локализовать не удастся, а проблемы нарастают. И для этого имеются определенные предпосылки. Ведь наркотизм<sup>2</sup>

как явление, другие формы аддиктивного поведения (например, азартные игры, интерес к различным “лохотронам”, спортивный фанатизм, не имеющий отношения к настоящему спортивному азарту, добровольное беспризорничество, подростковая преступность, вообще проявления девиантного, в т.ч. деликвентного поведения) скачкообразно возрастают на крутых поворотах истории, смене экономических формаций, разрушении традиционных культурных и социальных стереотипов [14]. Употребление наркотических средств отмечается среди представителей всех соци-

<sup>1</sup> Городской клинический наркологический диспансер. Минск, Беларусь.

<sup>2</sup> Под термином “Наркотизм” понимается относительно распространенное, статистически устойчивое употребление определенными общественными группами наркотических (токсических, психотропных) веществ, влекущем определенные медицинские (заболевание наркоманией) и социальные последствия. Именно сюда относится употребление с трагическими последствиями дизайнерских наркотиков в виде “спайсов”, “марок” и т.п. лицами, не имеющими признаков сформировавшейся зависимости.

альных групп и возрастов. Особенно настораживает то, что употребление психоактивных веществ (ПАВ) становится особенностью молодежной субкультуры, компонентом общения в подростково-молодежной среде. Сформировалась молодежная субкультура с высоким уровнем толерантности к наркотикам [59]. В ней стремительно формируется феномен “наркоманического сознания” — жизненный успех, духовное совершенствование, секс, коммуникация начинают рассматриваться неотрывно от наркотического “кайфа”. Степень материального благополучия определяется помимо марки автомобиля, дорогой одежды, способности посещать престижные увеселительные заведения, еще и возможностью приобретения “дозы” престижного наркотика.

Последствия такого развития событий в стране не замедлили сказаться. По оценке секретаря Совета Безопасности Н. П. Патрушева, материальный ущерб от наркотиков в России составляет 3 – 5 % ВВП (Цит. по [27]). “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” [62]. А вот цитата из доклада главы ФСКН В. Иванова Правительству РФ 20 ноября 2014 г.: “Потребление наркотиков напрямую подрывает экономику страны, поскольку 8 миллионов наркопотребителей ежедневно тратят на наркотики 4,5 млрд. рублей и тем самым выводят из ВВП страны до полутора триллионов рублей ежегодно, что в полтора раза выше, чем бюджет министерства обороны и в 3,5 раза — выше бюджета министерства здравоохранения” [27].

Сложившаяся к настоящему времени ситуация с потреблением психоактивных веществ вызывает острую необходимость активных действий по организации профилактики злоупотребления наркотическим средствами и психотропными веществами. Ведь именно профилактика является самой эффективной и экономичной мерой по предупреждению злоупотребления ПАВ. “В Российской Федерации при наличии адекватно сформулированных принципов, форм и направлений антинаркотической деятельности, — констатируют Т. Б. Дмитриева и Т. В. Клименко, — отсутствует реально действующий механизм их реализации. Конкретные действия в области профилактики наркоманий не носят системного и повсеместного характера. Организация многоуровневой мультидисциплинарной профилактики не является государственной системой. Основной причиной такого крайне неблагоприятного положения дел в сфере антинаркотической профилактики является отсутствие связи между субъектами социальной политики различного уровня и ведомственной принадлежности” [19].

Как показывает национальный опыт антинаркотической политики, ведомства, формально ответственные за защиту общества от наркотической угрозы, не имеют объективного интереса и лишены субъективных мотивов для эффективного решения поставленных перед ними задач [37]. Межведомственное взаимодействие будет декларативным до тех пор, пока не будет обозначен законодательно надведомственный субъект, располагающий достоверной информацией, доверием общества и необходимыми полномочиями [35, с.4]. В случае реального снижения уровня наркотизма в обществе значительная часть задействованных в решении этой проблемы ведомств лишилась бы большей части социальных и финансовых ресурсов. Поэтому не следует ожидать реальной заинтересованности и эффективной деятельности в решении этой проблемы ни со стороны силовых ведомств, ни со стороны системы здравоохранения и социального развития, ни со стороны системы образования [48].

На сегодняшний день фактически отсутствуют выработанные предложения по рассматриваемой тематике, и мы не видим какого-либо общественного института или значимой общественной фигуры, которые могли бы всерьез взяться за решение этой чрезвычайно важной проблемы<sup>3</sup>. В уставных документах Национального Антинаркотического Союза (НАС) и Российской наркотической лиги (РНЛ) среди декларируемых целей деятельности значится и профилактика, однако каких-либо конкретных действий в этом плане не предусмотрено. Детально проблемы профилактики и причины, по которым в России наблюдается практически полное отсутствие профилактической работы в области зависимостей детально рассмотрены нами ранее [49].

В настоящее время комплексная медицинская, психологическая и социальная реабилитация и последующая ресоциализация рассматриваются в качестве приоритетного направления практической наркологии [22]. Ведь успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи [16, 32, 42, 73, с. 107]. Доказано, что при лечении аддикций наибольший эф-

<sup>3</sup> Интересна в этом плане следующая информация. Во Франции в каждом учебном заведении среднего образования (около 7 тыс. колледжей и 2600 лицеев) трудятся два специалиста, которые занимаются узко специализированно только профилактикой наркомании. В Исламской Республике Иран на 80 млн. жителей приходится 25 тысяч дипломированных специалистов в области профилактики наркомании [23]. В нашей ситуации психологи есть далеко не в каждой школе. Недостойная зарплата — одна из причин, отпугивающих от работы в школах хороших специалистов. Психологи же не ведут уроков, их относят чуть ли не к техническому персоналу, и им ощутимо меньше платят, чем учителям [65].

фект 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 [75].

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, структуры. 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 [71].

В сложившихся условиях в проблему реабилитации больных наркоманией все более вовлекаются далекие от медицины люди. Ею пытаются заниматься психологи, педагоги, чиновники, общественные и религиозные деятели. При этом редко учитываются клинические реалии и зачастую продуцируются необоснованные обещания “гарантий” и “радикального” выздоровления. Такую тенденцию нельзя рассматривать исключительно как позитивную, хотя важность общественного внимания к проблеме, безусловно, неоспорима. Тем не менее, такой подход неизбежно переводит вопрос в плоскость бытового восприятия и чрезмерной психологизации. Проф. В. Д. Менделевич считает одной из насущных проблем биомедицинской этики и медицинского права в области наркологии “неоморалистский подход, при котором к научным дискуссиям на правах равных партнеров приглашаются представители церквей” [39].

Что касается различных реабилитационных программ, то, как верно замечает Л. Н. Благов, “многочисленные и абсолютно хаотические попытки всевозможных психотерапевтических техник и реабилитационных программ давно пытаются внедриться в данную область врачевания. Эти попытки, в общем, потому и хаотичны, что не подкрепляются системным знанием психопатологии зависимого поведения, а потому не предъявляют четких и выверенных показаний и противопоказаний к своему применению, апеллируя лишь к “желанию больного лечиться” [7, с. 325 – 326]. Более того, для реабилитации наркозависимых на сегодняшний день в современных сложных социально-экономических условиях нет ни правовой, ни финансовой базы [31].

В настоящее время в Российской Федерации сложилась ситуация, когда на первый план выдвинулась концепция реабилитации наркоманов, причем, разработанная, как это ни покажется странным, в недрах полицейского ведомства: “Государственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных

веществ”. Государственный антинаркотический комитет ее рассмотрел и одобрил, закрепив за ФСКН статус ведущего ведомства по реабилитации наркомании<sup>4</sup>. Заметим, что еще в 2010 г. было подписано Соглашение о взаимодействии Государственного антинаркотического комитета и Русской Православной Церкви, а в ФСКН существовало Управление по координации деятельности в сфере реабилитации и ресоциализации наркопотребителей аппарата ГАК [74].

10 июля 2014 г. Президент Российской Федерации своим Указом 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 была наделена полномочиями по организации поддержки социально ориентированных НКО, осуществляющих данную деятельность [27]<sup>5 6</sup>. Важно отметить, что в соответствии с этой “Госпрограммой...” “реабилитацию” планировалась проводить не только в добровольном порядке, но и принудительно, в частности как альтернативу административному наказанию [36]<sup>7</sup>.

Заметим, что в сложившейся в настоящее время в РФ общественно-политической обстановке 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” [57]. Интересно отметить, что в 2007 г. за принудительное лечение наркомании высказывалась лишь треть (35,6 %) россий-

<sup>4</sup> “Проект, представленный ФСКН, — отметили Зыков О. В. и соавт., — строится на допущении того, что с помощью мер принуждения можно достичь улучшения качества наркологической помощи и снизить спрос на наркотики. Этот проект предполагает идеологическую монополизацию реабилитационного пространства под эгидой силового ведомства и означает исключение профессионального научного, медицинского сообщества из дискуссий о реабилитации” [26]

<sup>5</sup> После Указа Президента РФ Б. Н. Ельцина № 1044 от 19.07.1996 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа” [64] у нас нет других примеров, чтобы в решении узкоспециализированного медицинского вопроса, что обычно является прерогативой Минздрава, принимали участие высшие власти государства — Президент страны и Государственная Дума.

<sup>6</sup> Детально история проходившей в течение ряда лет конкурентной борьбы различных ведомств за получение звания “главного” учреждения в России в области реабилитации наркозависимых описана нами ранее [50].

<sup>7</sup> Конституционно-правовой анализ принудительного лечения наркозависимых см. в статье канд. юрид. наук Берзина В. А. [6].



ских граждан [38]. Здесь мы видим четкий вектор развития общественного сознания в условиях существующей в настоящее время системы формирования общественного мнения посредством массированных атак средствами массовой информации<sup>8</sup>. Попытки выхода из системного кризиса, в котором находится отечественная наркология, путем наращивания законодательных репрессий, социального прессинга и принудительных мер по обследованию и лечению способно лишь загнать проблему в подполье, криминализировать наркопотребителей и утяжелить последствия наркотизации [25]. Детально ситуация с планируемым возвратом принудительного лечения зависимых пациентов описана нами ранее [51].

Проанализировав содержание указанной “Госпрограммы...” и принимаемые меры по ее реализации, мы показали, что 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 предлагалось, эфемерны [51]. Мы также задались вопросом: “Не содержит ли уже сам способ предполагаемого распределения значительных материальных ресурсов коррупционную составляющую и, вообще, не является ли весь этот странный проект в его сегодняшнем виде оригинальным способом для “распиливания” бюджетных средств?” Наши осторожные подозрения подтвердились, что показало проведенное газетой “Коммерсантъ” расследование, результаты которого опубликованы в январе 2016 г. [47, 69]. Не для этого ли затевался столь масштабный проект, в обсуждение и принятие которого были вовлечены даже высшие структуры законодательной и исполнительной власти РФ?

Следуя, видимо, смыслу древнеримского изречения “Плохо то решение, которого нельзя изменить” [41, с. 394], 5 апреля 2016 г. Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Указ № 156 от “О совершенствовании государственного управления

в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере миграции”, согласно которому упраздняется Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, функции, полномочия и штат которой передаются Министерству внутренних дел Российской Федерации [46]<sup>9</sup>. Руководителем главного управления по контролю за оборотом наркотиков стал генерал-майор полиции Андрей Храпов [12]. Государственный антинаркотический комитет будет возглавлять Министр МВД Колокольцев В. А. [53].

\* \* \*

*Для пользы дела и церкви нечего бояться  
и крепкой лжи.*

Мартин Лютер (Цит. по [71, с. 16]).

В связи с ликвидацией ФСКН, пытавшейся взять на себя эксклюзивное право руководить реабилитацией наркозависимых в России, ситуация в данной области вновь оказалась неуправляемой. И среди более 500 реабилитационных центров различной принадлежности с новой силой разгорается конкурентная борьба за клиента в надежде на получение финансовой поддержки со стороны государства (напомним, что ранее полномочиями по организации такой поддержки была наделена ФСКН)<sup>10</sup>. И здесь роль главной структуры по реабилитации наркозависимых пытается взять на себя РПЦ. Несмотря на существующее мнение, что имеется значительное количество наркоманов, стремящихся в реабилитационные центры, на самом деле число таких пациентов ограничено<sup>11</sup>.

В этой ситуации адепты Русской Православной Церкви, структуры которой занимают определенное место на рынке реабилитационных услуг, выбрали следующую стратегию: опорочить главного конкурента. В качестве *ultima ratio* выбран далеко не оригинальный тактический ход: конкурентов пытаются причислить к якобы “не нашим”, т.е. не к православ-

<sup>8</sup> “Если исчерпывающие сведения вначале давали людям духовное освобождение, то теперь распространение информации обратилось в господство над людьми посредством контролируемых сведений, — утверждал К. Ясперс еще в 1949 г. — Воля государства может при современных средствах сообщения охватить самые отдаленные области и в любую минуту заявить о себе в каждом доме” [76, с. 138 – 139].

<sup>9</sup> Некоторые причины принятого решения см. в интервью бывшего заместителя директора ФСКН Александра Михайлова [2].

<sup>10</sup> С 1 июля 2013 введен в действие Национальный стандарт ГОСТ Р 54990–2012 “Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг”. Настоящий стандарт распространяется на реабилитационные социальные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя, предоставляемые специализированными реабилитационными центрами [17]. Заметим при этом, что эта сертификация носит добровольный характер.

<sup>11</sup> Следует четко представлять суть проблемы лечения и реабилитации наркозависимых. А заключается она в том, что **большинство лиц, зависящих от наркотиков, вовсе не желает ни лечиться, ни реабилитироваться**. Весьма сложно объяснить родственникам наших пациентов, тем более что многие из них ещё и сами являются созависимыми и имеют те или иные личностные девиации, что никакие “разъяснения”, корректирующие “беседы”, никакие меры воспитательного характера неспособны здесь изменить поведение и логику мышления наркозависимого, так как обусловлены они болезненными переживаниями.

ным религиозным направлениям, и обвинить в сектанстве<sup>12</sup>. О деятельности РПЦ по дискредитации одной из самых известных, успешных и авторитетных организаций в области реабилитации наркозависимых мы уже писали [52]. Возглавлял эту тщательно спланированную и многоходовую кампанию врач психиатр-нарколог, канд. мед. наук Н. Каклюгин, позиционирующий себя ныне как Председатель регионального отделения Общероссийской общественной организации “Матери против наркотиков” в Краснодарском крае, а ранее известный как сотрудник научно-методического отдела Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского Московской патриархии.

Сейчас эта гипоманиакальная активность Н. Каклюгина и К° выходит на новый уровень. 17 ноября 2016 года в Совете Федерации прошли слушания о последствиях и усилении мер противодействия функционированию деструктивных сект в России. Инициатором мероприятия выступила сенатор Елена Мизулина. В своем выступлении, открывающем слушания, она сообщила, что согласно последним экспертным оценкам, сейчас в России действует до 55 нетрадиционных для России религиозных движений, именуемых сектами. Однако, помимо них существует также и множество психотренингов, предлагающих гражданам развить в себе те или иные качества, но на самом деле используются техники манипулирования психикой и подавления воли. Член Совета Федерации Елена Мизулина анонсировала разработку пакета законопроектов, направленных на защиту граждан от влияния “деструктивных сект”. По оценкам специалистов, почти 70 процентов реабилитационных центров для наркоманов работают на сектантской основе. Зачастую людей, которые побывали в таких центрах, следует вновь отправлять на реабилитацию, но уже духовную. Притом очевидно, что построить хотя бы один такой центр — это приличные деньги, и связь большинства сектантских организаций с зарубежными источниками финансирования ни для кого не является секретом” [63].

Узнав о факте выступления в Совете Федерации впервые в истории врача-нарколога, мы обрадовались, что наконец-то в высшем законодательном органе государства озаботились острейшей проблемой наркопотребления, угрожающего безопасности страны. И действительно, на “круглом столе” Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству выступил все тот же врач-нарколог Н. Каклюгин с докладом: “Повышение уровня законодательной защиты

<sup>12</sup> Напомним, кстати, Н. Каклюгину и К°, что первые христиане были частью еврейского народа, а само христианство на первых этапах было сектой в иудаизме. По мнению Ф. Ницше, это было “...малозаметное сектантское движение христиан, отколовшихся от иудаизма” [45, с. 87].

граждан от мошеннических действий деструктивных сект”. Наши восторги значительно поубавились после ознакомления с содержанием этого доклада, как оказалось, не имеющего никакого отношения к наркологии.

Мы приведем некоторые выдержки из этого доклада, чтобы читатели могли оценить стиль мышления, широту взглядов и вообще характер мировоззрения врача-нарколога, ревностного апостола православной веры. Характеризуя “секты разного калибра и направленности”, докладчик отмечает, что “некоторые из них являются фасадными структурами, прикрытием для в первую очередь неопятидесятнических, а потом уже некоторых иных так называемых “сектантских”, нетрадиционных для России религиозных объединений, пришедших к нам с территории Украины и очень активно здесь укрепившихся, обретя поддержку не только в среде так называемых медийных фигур, но и в политических кругах. И это не может не настораживать, глядя на разворачивающиеся всё в большей степени трагические события на соседней Украине, где немалую степень в обоих “евромайданах” сыграли именно неопятидесятники вместе с неоязычниками, греко-католиками и сайентологами. Каждой из этих сект в процессе распада соседнего государства была отведена своя, определенная роль”<sup>13</sup>.

“Зачастую под прикрытием религиозных объединений, — продолжает докладчик, — действуют структуры, активно прививающие своим членам враждебные к действующему государственному строю убеждения с повышенной готовностью к проявлениям экстремизма и ксенофобии по отношению к гражданам Российской Федерации, не разделяющим их взгляды, к традиционным для России религиозным конфессиям и их конкретным представителям. Многие из таковых неблагонадежных структур, финансируемых в том числе из-за рубежа, распространены на Северном Кавказе, в приграничных к России территориях, Сирии, участвуют в вооруженных столкновениях с жителями Донецкой и Луганской народных республик, что представляет серьезную угрозу не только духовной, но и национальной безопасности Российской Федерации. Их члены выступают агентами, инструментом расширения геополитического влияния, политической дестабилизации в конкурентных или враждебных странах, разрушающих культурную, идеологическую и духовно-нравственную платформы, национальную самоидентификацию народов, постепенно, шаг за шагом ослабляют духовные скрепы государствообразующих народов России, при помощи определенных технологий манипуляции общественным сознанием минимизируют влияние традиционных религиозных институтов на сознание граждан Российской Федерации”.

<sup>13</sup> Эта проблема давно разрабатывается автором и другими ревностным слугами РПЦ [4, 5, 30].

Далее докладчик приводит пространное определение понятия секты из книги “История религии”, предостерегает от тяжелых последствий для государства: “...и это по-настоящему страшно, с этим нужно бороться, и предлагать народу здоровую альтернативу, истинную, насыщенную жизнью, духовным кислородом, а не безжизненную, суррогатную духовность...”. Подвергается критике работа Комитета по делам общественных объединений и религиозных организаций прошлого думского созыва под председательством депутата Ярослава Нилова. Автор надеется, “что все наши предложения, озвученные сегодня и переданные чуть позже в электронном виде будут внимательно рассмотрены и приняты к сведению, что в дальнейшем ляжет в основу реальных законов и подзаконных актов, способных остановить эту самую натуральную экспансию тоталитарных деструктивных культов (сект), похожую на регулярно проводимую против нашей страны, внутри страны крупномасштабную серию террористических актов”.

Подвергаются критике также сотрудники Совета по взаимодействию с религиозными объединениями при Президенте России, которые, по утверждению автора, “являются наименее активными лоббистами неопятидесятнических (харизматических) “церквей”, скрывшихся за вывеской “протестанты”...<sup>14</sup> Пора их убирать с насиженных мест! Им там явно не место — не то время обрушилось на Россию и близлежащие государства!”. Критикуются и члены Совета при Президенте по развитию гражданского общества и правам человека. “Там же интересы другого, не менее опасного тоталитарного деструктивного культа современности, тесно связанного с Госдепом США, сайентологов и массы других современных религиозных новообразований десятки лет лоббирует “ветеран диссидентского движения” еще с советских времен Людмила Алексеева, член злополучной Московской Хельсинской группы. Сидят они там себе спокойно и способствуют тому, чтобы ни одна законодательная инициатива, направленная на противодействие сектам не прошла рубежи так называемых правозащитных, а по сути, сектозащитных организаций. Без полного пересмотра списков двух вышеуказанных Советов при президенте, — берет на себя смелость заявлять врач-нарколог, — говорить о скорых успехах в заявленной на круглом столе теме говорить вряд ли придётся”.

<sup>14</sup> Напомним читателю, что “протестантский упор на индивидуальную совесть и на личную ответственность каждого человека за постижения слова Божия напрямую из Библии в значительной мере способствовал формированию в Америке приверженности индивидуализму и уважению прав человека на свободу мнения и вероисповедования” [70, с. 117]. Кстати, получившее значительное распространение в мире и в т.ч. и России движение АА, в значительной степени основывается именно на протестантских идеях.

Не забыл докладчик-обличитель и США, которые пытаются “предстать перед миром главной определяющей геополитику в мире сверхдержавой”. “Акцент во внешней политике Вашингтона с лета 2013 года, — считает автор доклада, — сфокусирован на поддержке нетрадиционных религиозных движений тех государств, на которых направлен интерес американского правительства и через них — на влияние во внутривнутриполитических процессах правительств этих стран. Как известно, в условиях “сетевой войны”, которая объявлена нам США и Великобританией, всем так называемым англо-саксонским миром еще с советского периода, важнейшим инструментом ведения “тихих боевых действий” являются неправительственные организации, объединения и фонды. Там, где Вашингтон напрямую не может влиять на политические процессы, результаты выборов или итоги референдумов, в дело вступают неправительственные организации. Формально они занимают самые нейтральными задачами: собирают информацию, налаживают систему образования, осуществляют религиозную миссионерскую деятельность, выдают гранты на исследования и помогают развивать локальные этнические и культурные группы. На самом деле эти структуры, — запугивает слушателей автор, — выполняют функции подрывных систем, являясь элементами “сетевой войны”, которую ведет США против всех: и против своих союзников, и против своих противников, и против нейтральных сил”.

Не забывает автор доклада и призвать к “пресечению деятельности на нашей территории так называемых “иностранных агентов”. “В качестве примера такого “иностранного агента”, скрывшегося за антинаркотической социально-ориентированной и реабилитационной, а также реабилитационной деятельностью, — заявляет автор, — могу привести Национальный антинаркотический союз”<sup>15</sup>. “Сейчас эта же команда, — продолжает обличитель, — подобралась и к Национальному научно-исследовательскому институту наркологии — филиалу Государственного научного центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского. Часть из них уже тесно взаимодействует с руководством данного учреждения, с сотрудниками выпускаются совместные рекламные видеоролики,

<sup>15</sup> Полное наименование — „Ассоциация некоммерческих организаций содействия профилактике наркомании и социально-опасного поведения граждан “Национальный антинаркотический союз”. Ассоциация “НАС” является общественной организацией, созданной с целью противодействия распространению наркомании и наркопреступности в России. Членство в “Национальном антинаркотическом союзе” основано на принципах добровольности и равенства. В Союз входят юридические лица, чья деятельность связана с борьбой с наркоманией и пропагандой здорового образа жизни. По состоянию на декабрь 2014 года в состав Союза входило 87 общественных организаций и более 100 находилось в стадии оформления документов на вступление [43].

рекламирующие услуги откровенно сектантских “реабилитационных” учреждений”. При чтении этого и других бесконечных эскерсисов г-на Н. Каклюгина у читателя создается впечатление реализации существующего заговора против России, организованного западным спецслужбами (некоторые его высказывания приведены нами и ранее [52]). Теперь оказывается, что враги существуют и внутри страны и даже проникли во властные структуры. Пока автор называет их “иностранными агентами”, но, очевидно, что уже недалеко и до применения термина “враги народа”.

Здесь мы вправе задать вопрос о правомерности участия врача-нарколога в меж- и внутриконфессиональных спорах и выяснении вопроса, являются ли лучшими христианами православные или же протестанты?<sup>16</sup>

Очевидно, что рассмотренный выше доклад Н. Каклюгина, выдержанный в стиле превалирующей сегодня в официальной пропаганде воинственной риторики, имеет конкретную цель: все, что можно, запретить и ликвидировать, предоставив зеленую улицу представителям РПЦ<sup>17</sup>. Обвинение конкурентов в сектантстве далеко не новый способ попытки их дискредитации. В лапидарном виде ситуацию характеризует Председатель Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко. “Упадок отечественной психиатрии, — отмечает автор, — выразился во множестве с 1995 года судебных процессов по всей стране в попытке подавить самостоятельные религиозные организации, живое многообразие религиозной жизни, под выдуманным предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”. Выдуманным потому, что этим религиозным организациям вменялось в качестве преступных действий все то, что использовалось и используется и в разрешенных конфессиях. Безграмотный термин “тоталитарные секты” был впоследствии заменен на “деструктивные культы... Итак, начавшись с манипулятивного использования психиатрии для подавления неугодных религиозных организаций, понятие “тоталитарные секты” было с той же манипулятивной целью окончательно и полностью политизировано и ис-

<sup>16</sup> В России между конфессиями нет согласия. Причем не только между христианскими церквями, католичеством, православием и протестантизмом, но и внутри православия между разными его ветвями, так как существует минимум четыре православных церкви [40]. Оценивая ситуацию в области религии и институтов церкви, М. М. Решетников указывает, что там имеется “бескомпромиссная борьба, которая диктуется необходимостью нравственно и духовно сохранять и защищать себя и свою паству” [55, с. 192]

<sup>17</sup> Доклад Н. Каклюгина не содержит ничего нового. Эти же надуманные аргументы пытались использовать и ранее. Просто сегодняшняя общественная атмосфера в стране и новый кадровый состав Государственной Думы дает организаторам указанной кампании с учетом фигуры Е. Мизулина и принятого ранее одиозного т. наз. “Пакета Яровой” больше шансов на успех.

пользовано в качестве избирательного ярлыка для всего, что следует ликвидировать” [58].

В обыденном представлении слово “секта” имеет четко негативные коннотации. Между тем, секта — это всего лишь “религиозная группа, отколовшаяся от господствующей церкви” [10, с. 520]. По Максиму Веберу секта — это “добровольное объединение, куда вступают по желанию, если проходят религиозные испытания, которым также добровольно себя подвергают” (Цит. по [58, с. 11]).

Что же касается рассмотренных выше слушаний о последствиях и усилении мер противодействия функционированию деструктивных сект в России, состоявшихся 17 ноября 2016 года в Совете Федерации Законодательного Собрания Российской Федерации, то не прошло и двух недель, как на пленарном заседании Совета Федерации 29 ноября 2016 г. зампред Комитета по конституционному законодательству и государственному строительству Елена Мизулина выразила предложение своего комитета создать рабочую группу для борьбы с деструктивными сектами. Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко поддержала идею создания такой рабочей группы. По её словам, тема очень острая и чувствительная. В состав рабочей группы могут войти члены комитетов по конституционному законодательству и госстроительству, по обороне и безопасности и по социальной политике [11]<sup>18</sup>.

\* \* \*

*Выгодны боги для нас, — если выгодны, будем в них верить.*

Овидий “Метаморфозы” [54, с. 14].

Стремление РПЦ минимизировать влияние других конфессий в многонациональной и многоконфессиональной стране свидетельствует о ее непомерных претензиях стать “главной” религией в России. Для внимательного наблюдателя очевидна разворачиваемая кампания по клерикализации общественной и политической жизни в России, проводимой властью держащими и Русской православной церковью с целью достижения своих ближайших политических целей<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Депутат Государственной Думы, эксперт спецслужб Николай Рыжак предложил для борьбы с сектами создать Центральный совет по делам религий — структуру, которая станет своеобразной “премией” соответствующих управлений в системе КГБ СССР, ликвидированных в 90-х годах [24].

<sup>19</sup> Мартин Бубер анализировал такие исторические условия, “когда катастрофические общественные процессы сбивают с толку и парализуют человеческую способность к решению и часто приводят ее к капитуляции перед негативной элитой из числа людей, лишенных нравственных устоев и руководствующихся не действительным решением, а интересами своей власти” [9, с. 181].



Подобную ситуацию предсказал поэт И. Бродский еще в 1986 г.

*Входит некто Православный, говорит: “Теперь я главный.*

*У меня в душе Жар-Птица и тоска по государю.*

*Скоро Игорь воротится насладиться Ярославной.*

*Дайте мне перекреститься, а не то — в лицо ударю.*

*Хуже порчи и лишая — мыслей западных зараза.*

*Пой, гармошка, заглушая саксофон — исчадь джаза”.* [8, с. 230].

Весьма показателен откровенный обскурантизм бывшего Председателя Синодального отдела по взаимодействию Церкви и общества Московского Патриархата Всеволода Чаплина. Сей досточтимый протоиерей и один из самых златоустых проповедников, постоянно мелькавший в телевизионном ящике, демонстрировал наиболее агрессивный способ беспардонного вмешательства в светские дела и снискал в последние годы громкую славу своими обличениями пороков, цинизма и возмутительной распущенности молодежи и вообще многих мирских обычаев<sup>20</sup>.

Следует принимать во внимание и особенности современной российской ментальности. М. М. Решетников настаивает на выделении трех традиций российской ментальности:

1) “русской исторической гордыни”, берущей начало еще с эпохи первых попыток сотворения “Третьего Рима” (или “Новой Византии”);

2) “исторической российской экспансии”, сопряженной с культивированием особой “мессианской” роли России по отношению к сопредельным народам и государствам;

3) “ориентации на первое лицо государства”, независимо от его официального наименования, провозглашаемых им исторических ориентиров или декларируемых нравственных идеалов и ценностей [56].

Несмотря на конституционное отделение церкви от государства, мы наблюдаем противоположный процесс. В соответствии с Конституцией РФ (ст. 14), “1. Российская Федерация — светское государство. Никакая религия не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной. 2. Религиозные объединения отделены от государства и равны перед законом”<sup>21</sup>.

В нашей же ситуации мы исходим из того, что прямое или опосредованное воздействие политического процесса (политическая модернизация) на религию приводит к ее политизации. Архиерейским Собором Русской Православной Церкви 2 февраля 2011 года

принят документ “Практика заявлений и действий иерархов, духовенства, монашествующих и мирян во время предвыборных кампаний. Проблема выдвижения духовенством своих кандидатур на выборах”. В соответствии с этим документом иерархи и священнослужители отныне могут участвовать в выборах по партийным спискам [3].

В ноябре 2012 года ВЦИОМ представил данные о том, как россияне оценивают решение Священного синода РПЦ разрешить священнослужителям баллотироваться на выборах. Только 43 % респондентов одобряют участие духовенства в выборах, 38 % высказались против, пока нет собственной позиции по этому вопросу у каждого пятого (19 %). За священников во власти выступают, прежде всего, сельские (52 %), пожилые (49 %), сторонники “Единой России” (49 %) и православные (47 %). Против такой новации высказываются сторонники ЛДПР (48 %), население крупных городов (52 %) и атеисты (46 %) [29].

По мнению Ф. Ницше, “пока государство, или, говоря точнее, — правительство, рассматривает себя как опекуна несовершеннолетней толпы и в ее интересах обсуждает вопрос, нужно ли сохранять или устранить религию, — до тех пор он, вероятно, будет всегда решаться в пользу сохранения религии. Ибо религия удовлетворяет душу отдельной личности в случае потери, нужды, ужаса, недоверия, т.е. там, где правительство чувствует себя бессильным сделать что-либо непосредственно для облегчения душевных страданий частного лица...” [44, с. 312]. Как отмечал Сенека Младший, “Чернь считает религию истиной, мудрец — ложью, правитель — полезным изобретением” (Цит. по [20, с. 289]). “Нынешние религиозные неопиты — самые зрелые плоды сталинизма, — утверждал С. С. Аверинцев. — Остерегайтесь насаждать религию силой: нигилисты вырастали из поповичей” (Цит. по [15, с. 169]).

Оценивая взаимоотношения религии и государства, Ф. Ницше констатирует: “Сила, которая лежит в единстве народного сознания, в одинаковых мнениях и общих целях, охраняется и скрепляется религией, за исключением тех редких случаев, когда духовенство не может сойтись в цене с государственной властью и вступает в борьбу с ней. Но обычно государство умеет расположить в свою пользу священников, потому что оно нуждается в их интимнейшем и сокровенном воспитании душ и умеет ценить служителей, которые на самом деле преследуют совершенно иные интересы” [44, с. 313].

<sup>20</sup> Всеволод Чаплин был награжден Орденом Дружбы (21 января 2009 года) — за большой вклад в развитие духовной культуры и укрепление дружбы между народами и Почётной грамотой Президента Российской Федерации (20 июля 2011 года) — за заслуги в развитии духовной культуры и укрепление дружбы между народами. Между тем, 24 декабря 2015 г. священный синод РПЦ не только отстранил Чаплина, но и ликвидировал возглавляемую им структуру — Синодальный отдел по взаимоотношениям Церкви и общества. Решение было принято “в целях оптимизации работы и повышения эффективности” [13].

<sup>21</sup> Первая поправка к Конституции США, часть Билля о правах, гарантирует, что Конгресс США не оказывает поддержку одной из религий, не запрещает свободное вероисповедание, не ограничивает свободу слова, прессы, собраний и право граждан на обращение к Правительству с петициями. Предложена в 1789 году, ратифицирована в 1791 г. (Цит. по [18, с. 269]).

По словам знаменитого испанского кинорежиссера Луиса Буньюэля, “Бог и Родина — бесприкрытая парочка, их рекорд в том, что касается угнетения и пролитой крови, не побить никому” (Цит. по [20, с. 244–245]). Между тем, Христос проповедовал любовь к совсем иной родине — небесной и был чужд любого патриотизма. В этом смысле он был образцовым космополитом [33, с. 60]. “Когда правительство контролирует религию, — утверждал Томас Сас, — не только религиозная свобода, но все свободы становятся химерой” (Цит. по [6, с. 79]). Что же касается ценностей демократии и свободы, то в России они, как отмечает В. Г. Ледяев, постепенно уходят на “периферийное место в общественном сознании и системе ценностей политического класса” [34, с. 67].

В качестве примера приведем положение в вооруженных силах страны. На практике большими темпами осуществляется строительство храмов на территории воинских частей и военно-учебных заведений, освящение военных объектов и оружия, кораблей и летательных аппаратов. По данным Синодального отдела РПЦ, в воинских гарнизонах насчитывается более 117 храмов, включая храмы при военно-учебных заведениях, в соединениях погранвойск — 7, а МЧС — 20 храмов. Сегодня российских военнослужащих и членов их семей окормляют около 2000 епархиальных священников (данные 2012 г.). Более того, в Российском национальном исследовательском ядерном университете МИФИ учреждена кафедра теологии, руководить которой будет глава синодального Отдела внешних церковных связей РПЦ МП митрополит Волоколамский Иларион. Церковная экспансия в этот центр академической науки началась в 2010 г., когда патриарх Кирилл освятил на территории МИФИ домовый храм [40]. Нельзя не обратить внимание и на то, что теперь освящаются космические ракеты, заводы, яхты, самолеты, здания, офисы, коттеджи и т.д. Вот наглядный пример:



Очевидно и желание РПЦ ввести в общеобразовательной школе изучение Закона Божьего. Пока это будет камуфлировано мягкозвучным эвфемизмом “Основы православной культуры” для изучения с 1-го по 11-й классы. Считаю уместным напомнить здесь мнение Ф. Ницше, высказанное в книге “Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов” (Глава 265 — “Разум в школе”): “Школа не имеет более важной задачи, как обучать строгому мышлению, осторожности в суждениях и последовательности в умозаключениях; поэтому она должна отказаться от всего, что непригодно для этих операций, например от религии. Она ведь может рассчитывать на то, что человеческая смутность, привычка и потребность позднее снова ослабят слишком туго натянутый лук мышления. Но всю силу своего влияния она должна употреблять на достижение того, что есть существенного и отличительного в человеке — “разума и науки, этой высочайшей силы человека”, как полагает, по крайней мере, Гете” [44, с. 226 – 227].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксючиц И. В. Психологические проблемы наркозависимости. — Брест, 2004.
2. [http://www.narkotiki.ru/5\\_84716.htm](http://www.narkotiki.ru/5_84716.htm); <http://www.svoboda.org/a/27646273.html> и <http://in-sider.org/siloviki/item/568-viktor-ivanov-prigrel-narkotorgovca.html>.
3. Архиепископы станут “паровозами” “ЕдРа”. Архиерейский Собор РПЦ МП разрешил священникам баллотироваться по партийным спискам. <http://www.portal-credo.ru/site/?act=news&id=82231>.
4. Берестов А. И., Каклюгин Н. В. Легальная наркоагрессия в России (Хроники необъявленной войны). — М., — 2008.
5. Берестов А. И., Каклюгин Н. В. Неопятидесятничество: вирус в христианстве. М., 2010.
6. Берзин В. А. Правовые проблемы недобровольного наркологического лечения алкоголизма // Наркология. — 2010. — № 5.
7. Благов Л. Н. Актуальные проблемы психопатологии аддиктивного заболевания — М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 2008.
8. Бродский И. А. Назидание. Стихи 1962 – 1989. — Л., 1990.
9. Бубер М. Проблема человека // Два образа веры. — М. 1995.
10. Булыко А. Н. Большой словарь иностранных слов. — М., 2006.
11. В Совфеде создадут рабочую группу для борьбы с сектами <https://www.pnp.ru/social/2016/11/29/v-sovfedez-sozdatut-rabochuyu-gruppu-dlya-borby-s-sektami.html>.
12. Владимир Путин назначил руководителей двух новых управлений МВД. [www.1tv.ru/.../300305-vladimir-putin-naznachil-rukovoditeley-dvuh...](http://www.1tv.ru/.../300305-vladimir-putin-naznachil-rukovoditeley-dvuh...)
13. <http://vestnik-vernykh.pf/org/63-vsevolod-anatolevich-chaplin.html>.
14. Галкин В. А. Психотерапия, 2006, 4, 42 – 46.
15. Гаспаров М. Л. Записи и выписки. — М., 2001.
16. Гастфренд Д. Р., Шевцова Ю. Б. Наркология, 2013, 3, 16 – 20.
17. <http://sdgi.ru/certification/54990-2012/>.
18. Джейкобс Э. Д. Год, прожитый по-библейски. — М., 2013.
19. Дмитриева Т. Б., Клименко Т. В. Наркология, 2008, 5, 9 – 16.
20. Докинз Р. Бог как иллюзия М., 2008.
21. <http://elibrary.ru/item.asp?id=21976156>.
22. Дуоко Т. Н. Динамика развития медико-социальной реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации // Материалы науч.-практ. конф. “Наркология–2010”. — М., 2010. — С. 54 – 56.
23. Журнал “НаркоНет № 11-2011. <http://www.narkotiki.ru>.



24. <https://www.pnp.ru/social/2016/11/18/za-sektantov-vozmutsya-osnovatelno.html>.
25. *Зобин М.* Отечественная наркология: 35 лет самостоятельного пути. Неутешительные итоги. <http://www.narcom.ru/publ/info/962>.
26. *Зыков О. В., Автономов Д. А., Сошиников С. С.* Наркология, 2013, 8, 82 – 87.
27. *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. [http://www.narkotiki.ru/5\\_75187.htm](http://www.narkotiki.ru/5_75187.htm).
28. *Иванов В. П.* О проекте государственной межведомственной программы “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”. // Наркология. — 2013. — № 4. — С. 13 – 14.
29. Избранные органы власти субъектов: теоретический и исторический аспекты. [http://e-notabene.ru/lr/article\\_12706.html](http://e-notabene.ru/lr/article_12706.html).
30. *Каклюгин Н.* Наркология, 2015, 2, 3, 5, 6. 2016, 1.
31. *Каклюгин Н. В.* Наркология, 2010, 1, 86 – 92.
32. *Кулаков С. А., Береза Ж. В., Корчагина Е. К.* Псих. здоровье, 2014, 1, 16 – 22.
33. *Лаврин А. П.* В кн. Психология смерти и умирания: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. — Мн., 1998. 35 – 182.
34. *Ледяев В. Г.* Власть, авторитет и господство в России // Политическая концептология, 2009, 4, 61 – 84.
35. *Лисецкий К. С., Литягина Е. В.* Психология и профилактика наркотической зависимости. — М., 2008. — 224 с.
36. *Лихоман И.* Выбить дурь. Саратовских наркоманов будут реабилитировать силовики? [http://www.narkotiki.ru/5\\_42766.htm](http://www.narkotiki.ru/5_42766.htm).
37. *Мацкевич М. Г.* Наркотизм. Наркомании. Наркополитика, ред. А. Г. Софронов. — СПб., 2006. — С. 29 – 66.
38. *Менделевич В. Д.* Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики // Наркология, 2007, 7, 66 – 75.
39. *Менделевич В. Д.* Наркология, 2010, 10, 90–94.
40. *Мозговой С.* Клерикализация российской армии: опасные тенденции. [http://libelli.ru/works/mozgov\\_s.htm](http://libelli.ru/works/mozgov_s.htm).
41. *Монтень М.* Опыты: в 3 кн. — СПб., 1998.
42. *Набатникова Л. Д., Коростин М. И., Колягина О. А.* Вопр. наркологии, 2013, 3, 50 – 59.
43. Национальный антинаркотический союз. <http://nasrf.ru/o-nas/>.
44. *Ницце Ф.* Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов. — СПб., 2010.
45. *Ницце Ф.* Антихристианин. Опыт критики христианства. // Сумерки богов / М., 1990. — С. 17 – 93.
46. О передаче функций ФСКН России и ФМС России в систему МВД России. <http://gosszluzhba.gov.ru/News/Details/5dfa14e4-1d58-43e9-ac92-522e071c1993>.
47. Общественность просит Генпрокуратуру проверить конкурс ФСКН на предмет использования родственных связей. <http://kommersant.ru/doc/2895172>.
48. *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”. 2002 г.
49. *Плоткин Ф. Б.* Масштабы наркотизма как угроза национальной безопасности России: заинтересован ли кто-нибудь в минимизации последствий? Сообщ. 3. <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=235&t=2023&p=3441#p3441>.
50. *Плоткин Ф. Б.* Ibid. Сообщ. 2. <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=235&t=2023&p=3422#p3422>.
51. *Плоткин Ф. Б.* Независимый психиатрический журнал. 2015, 4, 13 – 24.
52. *Плоткин Ф. Б.* Независимый психиатрический журнал. 2015, 3, 24 – 33.
53. [http://narkotiki.ru/5\\_84357.htm](http://narkotiki.ru/5_84357.htm).
54. Публий Овидий Назон. Метаморфозы. М., 1977.
55. *Решетников М. М.* Психическое расстройство. Лекции. — СПб., 2008.
56. *Решетников М. М.* Психологические факторы развития и старения демографических реформ. — СПб., 2013.
57. Россияне хотят вернуть ЛТП и вытрезвители. <http://www.vesti.ru/doc.html?id=2663795>.
58. *Савенко Ю. С.* Отечественная психиатрия в эпоху упадка // Независимый психиатрический журнал. 2015, 1, 9 – 18.
59. *Селиверстов С. Э.* Методы и принципы конструктивной пропаганды, эффективно “конструирующей” проблемное поведение // Наркология. 2007, 2, 63 – 69; 3, 42 – 53.
60. *Сельченко К. В.* Конструирование предстоящего. — Мн., 2006.
61. *Сидоров П. И.* Псих. здоровье. 2014, 12, 12 – 75.
62. В России будут принудительно лечить наркоманов. <http://www.rg.ru/2014/05/05/narko.html>.
63. Тоталитарные деструктивные культы в современной России. [http://narkotiki.ru/5\\_85910.htm](http://narkotiki.ru/5_85910.htm).
64. Указ Президента РФ Б. Н. Ельцина № 1044 от 19.07.1996 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа”. <http://sbornik-zakonov.ru/214889.html>.
65. *Ульянова А.* Спасите наши души. Психологическая помощь детям — вот наш проект № 1. // АиФ, № 10, 2012 г.
66. *Уэст Дэвид.* Континентальная философия. — М., 2015.
67. *Фромм Э.* Бегство от свободы; Человек для себя. — Минск, 1998.
68. *Фромм Э.* Психоанализ и религия. / В кн. Сумерки богов. — М., 1990.
69. <http://kommersant.ru/doc/28897720>.
70. *Хантингтон С.* Кто мы?: Вызовы американской национальной идентичности. — М., 2004.
71. *Цвейг С.* Триумф и трагедия Эразма Роттердамского. 1977.
72. *Цветков Н. Б.* Наркология. 2010, 9, 15 – 16.
73. *Цимбал Е. И.* Правовые аспекты аддиктологии // Руководство по аддиктологии / Под ред. В. Д. Менделевича. — СПб., 2007.
74. *Шевцова Ю. Б.* Наркология. 2016, 5, 71 – 75.
75. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях / Р. И. Теркулов [и др.] // Вопр. наркологии. 2000, 1, 65 – 70.
76. *Ясперс К.* Истоки истории и ее цель // В кн.: Ясперс К. Смысл и назначение истории. — М., 1994.

# Санкт-Петербургская и Московская психиатрические школы: различия и сходство<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко (Москва)

Первоначальное различие физиолого-клинической Санкт-Петербургской психиатрической школы и клиничко-психопатологической Московской школы, т.е. противопоставление акцента на объективную лабораторно-инструментальную методологию или углубленную психопатологическую, сменилось акцентом на различную этиологию, затем расширительной диагностикой шизофрении Московской школы, а в последние годы — размытием как различий так и общей активной гражданской позиции.

**Ключевые слова:** история российской психиатрии, история советской психиатрии, Московская психиатрическая школа, Санкт-петербургская психиатрическая школа.

Историю отечественной психиатрии представляют, прежде всего, две научные школы: Санкт-Петербургская и Московская. То, что их различает, не было неизменным. Грандиозной фигуре Бехтерева, 38 лет (1893 – 1927), возглавлявшего СПб.ш., соответствовала в Москве школа Корсакова (1888 – 1900) — Сербского (1900 – 1912) — Ганнушкина (1917 – 1933) — Розенштейна (1924 – 1934).

Санкт-Петербургская школа Бехтерева выросла на фундаменте, заложенном выдающимися организационными вкладами Балинского, основоположника первой кафедры (1857), первой клиники психиатрии (1867) и окружных психиатрических больниц, и **“физиолого-клиническим”** направлением Мержеевского. Московская школа выросла на традиции Пинелевской реформы в России (1832), проторяемой Саблером и Фрезе, и **клиничко-психопатологическом** направлении. Аналогичное различие составляло начавшееся за 30 лет до этого противостояние клиничко-описательной школы Захарьина и клиничко-физиологической школы Боткина в клинике внутренних болезней. И Боткин, и Балинский тесно сотрудничали с Сеченовым. Аналогичным было различие философских и психологических ориентаций обеих столиц. Москва была “средоточием идеализма” в философии и феноменологии в психологии (Вл. Соловьев, Челпанов, Шпет), а в Санкт-Петербурге господствовали позитивизм, логицизм Александра Введенского, марксизм Плеханова и рефлексология Бехтерева и Павлова, но также интуитивизм Лосского. Следующее поколение психологов уже советской эпохи сохранило это различие. В Москве в лице Выготского, Леонтьева и Зинченко, по достоинству оценившего Шпета, а в Питере — в лице Мясищева, Ананьева и Веккера в тенденции последних к математическому моделированию.

Совершенно различный вечно антиномичный дух Москвы и Петербурга провидчески выразил Андрей Белый в своих эпохальных одноименных романах, в

которых Петербург — воплощение рациональной ясности классической европейской культуры, деградировавшей в трюизм и формализм бюрократического Запада, — антитеза “скифской” Москвы, воплощении темного, неясного, гераклитова мироощущения, которая деградировала в невнятицу духовного регресса, грозящей гибелью: “Москва — только часть черного интернационала” (1933)<sup>2</sup>. Как писал Солон Волков: “в спорах между собой символисты часто обозначали враждующие лагеря как “московский” и “петербургский”, но границы между ними оказывались часто зыбкими, с неожиданными союзниками и перебежчиками. “Москвичи” в целом были более декадентскими и тяготели к чистому эстетизму. Они чуждались отвлеченного теоретизирования “петербуржцев”, выходявших за пределы собственно литературы”.

Наряду с очевидной взаимодополнительностью истоков различия соматологических и психиатрических школ, акцентуации ими разных, но одинаково необходимых сторон клинического исследования, происходила их конвергенция через посредство многочисленных учеников Бехтерева и Ганнушкина. Роль моста между школами сыграли Казань, начиная с Фрезе, и Харьков, а также сама избираемая проблематика, как у Кандинского, Останкова, Аствацатурова в Санкт-Петербурге и у Гиляровского, Гуревича, Шмарьяна в Москве. В психологии объединяющую роль сыграли психоанализ, педология, Лазурский, Рубинштейн и Лурия, в нейрофизиологии Алексей Алексеевич Ухтомский и Николай Александрович Бернштейн, в топической невропатологии Людвиг Пуссеп и Вильгельм Крамер. Но общим для обеих школ было еще и то, как рельефно были представлены лидеры полицейской психиатрии советской эпохи — В. П. Осипов в Санкт-Петербурге и Е. К. Краснушкин в Москве.

Отравление Бехтерева в 1927 г., арест и гибель Бруханского и даже сына Бехтерева в 1937 г., прежде-

<sup>1</sup> Выступление на конференции “Школа В. М. Бехтерева: от истоков до современности”, 18 мая 2017 г.

<sup>2</sup> “Черный интернационал” — международное сообщество профашистских организаций, существующее донныне.

временная смерть в результате травли Выготского и Розенштейна в 1934 г. и смерть Ганнушкина в 1933 г. не уничтожили их идей и их выдающегося примера, а последующие потрясения съезда 1936 г. и Павловской сессии 1951 г. не уничтожили традиционных различий, но изменили их доминанту. С 1960-х годов это было смещение с нейрофизиологической проблематики на этиологическую (инфекционную, соматическую, генетическую), а затем противостояние Санкт-Петербургской школы в 3 раза более расширительной диагностике шизофрении Московской школы. Но даже в эти годы указанное различие было упрощением: в противовес концепции Снежневского в 1968 г. вышел объемистый том, посвященный разным взглядам на шизофрению под ред. проф. Л. Л. Рохлина, а наиболее значимым клиницистом был Эрих Яковлевич Штернберг, ученик Карла Бонгоффера. Первоначальное расхождение Санкт-Петербургской и Московской школ с начала 90-х годов потеряло свою однородность и остроту. В Санкт-Петербурге появились психопатологические (Авербух, Хвилевичкий, Семичов, Ф. Случевский, Нуллер), а в Москве клинично-экспериментальные (Серейский, Равкин, Бассин, Фейгенберг, Вартанян) кафедры и лаборатории. Позиции разветвились по различным проблемам и концепциям. Из них объединяющую роль играли: концепция установки Узнадзе, концепция бессознательного, проективные тесты, социальная реабилитация, экспертиза генерала Григоренко, критика МКБ-10. Во всех из них мне привелось участвовать. Летом 1989 года, спустя три месяца после учреждения Независимой психиатрической ассоциации, мы предложили проф. Кабанову, а затем проф. Личко возглавить Ассоциацию, — хороший пример позиции вне противостояний. В деятельности НПА и сейчас велик вклад Санкт-петербургских коллег.

Итак, позиции Санкт-Петербургской и Московской школ никогда не были оппозиционными, хотя так нередко воспринимались, но все более проясняющимся образом оказывались альтернативными, т.е. другими (иными), которые могут сочетаться за счет разных аспектов, уровней и масштабов рассмотрения, представляя сложную структурную систему, а не смешение, интеграцию, синтез. Характерно гомологическое развитие Мнухинских чтений в Санкт-Петербурге и Сухаревских и Консторумских чтений в Москве, концепции диатеза Циркина и Коцюбинского, клинической семантики проф. Микиртумова и сходных исканий д-ра Воскресенского.

Само понятие “Московская школа” стало означать “школа Снежневского”, хотя таким тождеством никогда не было. Ядром расхождения являлась малопрогредиентная (вялотекущая) шизофрения. Что это: стадия шизофрении или самостоятельная форма, настолько особая, что выделена в МКБ в самостоятельный кластер “шизотипического расстройства”?

Но в судебных заседаниях судебные психиатры упорно называют его шизофренией.

Не случайно на кафедрах философии Московского и Санкт-Петербургского университетов господствуют антипсихиатрические воззрения.

В 1990-х годах Санкт-Петербургское психиатрическое общество и НПА шли параллельным курсом, и в рамках общего протеста “против полной зависимости от министерства” проф. В. А. Точилов предлагал реорганизовать общество психиатров в федерацию обществ, а я — расформирование Центра им. В. П. Сербского на самостоятельные учреждения. Наша Ассоциация даже отказалась от передачи членских взносов своих региональных центров Совету Ассоциации. Несмотря на единство позиций по большинству вопросов, наши организации не смогли наладить сотрудничество. Но эта разобщенность не имела отношения к различию школ, она характеризовала общий фон атомизации всего общества. Эта драматическая ситуация сохраняется.

Но всегда существовало нечто общее, объединяющее и более важное, чем отмеченные различия — это традиция научной добросовестности и активной гражданской позиции Бехтерева и Останкова в Санкт-Петербурге и Корсакова, Сербского и Ганнушкина в Москве. Мы чувствуем себя и являемся наследниками обеих школ. Возникающие различия Санкт-Петербургской и Московской школ в постановке и решении проблем совершенно необходимы: конкуренция альтернативных исследовательских программ — наиболее перспективный путь развития. Это предполагает и критику, и соблюдение элементарных правил дискуссии. Но я не смог опубликовать в Бехтеревском обозрении ответ на критику ни в 1993 г., ни в 2016 г. из-за позиции главного редактора, который и по отношению к драматической судьбе последней работы Бехтерева, изданной под названием “Будущее психиатрии” в 1997 г., спустя 60 лет после уже намеченного издания в 1936 г., проявил в качестве ответственного редактора поразительную небрежность: текст пестрит грубейшими искажениями десятков имен знаменитых зарубежных авторов, вплоть до анекдотических: Хуссейль вместо Гуссерль, Штрумф вместо Штумпф, Шнейвер вместо Шнайдер, Принц Корн вместо Принцхорн и т.п. Конечно, это этическая проблема, но для нашей профессии это ее неотъемлемая часть, роль которой сейчас уже неразличима.

Между тем, именно Бехтерев является впечатляющим примером достойной позиции в отношениях с властью, экспертизы, реально независимой от ожидания властей, интенсивной и разнообразной профессиональной деятельности.

Наиболее выразительным остается поворот самого Бехтерева (1919 г.), как выдающегося исследователя головного мозга, к пониманию психических расстройств как “расстройств личности” без упоминания о головном мозге. Это является универсальной фор-

мулировкой, хотя, конечно, Бехтерев остался при убеждении, что “так называемые психические процессы всегда и везде суть процессы мозга” и что “самые разнообразные симптомы, наблюдаемые в болезнях личности, суть симптомы неврологического характера..., что дает основание признать возможность локализации этих разнообразных проявлений, наблюдаемых в болезнях личности не только в мозговой коре, но и в подкорковых узлах..., т.е. выражением болезненных расстройств всего большого мозга”. Для него, в первую очередь, невролога и невропатолога, причем эпохи расцвета позитивизма, нетерпимого к философии, уже значительный шаг утверждение, что “неврологическая точка зрения не исключает” других. Тем не менее, Бехтерев резко отмежевывается от Ясперса, Шнайдера, Кронфельда и удивляется примиренческой позиции Кляйста. И здесь, как и на III съезде педологов, на котором возобладали рефлексологическое направление, мы видим у него все ту же

изначальную альтернативу физиолого-клинического направления Санкт-Петербургской школы и клинко-психопатологического — Московской, которая, начиная с Бруханского и Розенштейна, по достоинству оценила феноменологическое направление Ясперса, дорого за это поплатившись, как — вскоре — и неврологическое направление за свои позиции.

Хорошо известно, что близость к власти действует развращающим образом, поэтому это было бременем для лучшего, что было в Москве, а теперь стало опасностью для того же в Санкт-Петербурге.

Хочется надеяться, вопреки современному тренду, что большинство коллег преисполнено — что бы вслух они ни говорили — общими чувствами и надеждами, общими профессиональными ценностями. Общая задача — не следовать современному уровню доказательной медицины, а совершенствовать и развивать его в сторону адекватности предмету психопатологии.

48 Ежегодная учебная сессия

**“Здоровье и международная защита прав человека”**

*3 – 21 июля 2017 г. Страсбург. Франция*

[www.iidh.org](http://www.iidh.org)

XVII Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

**ПСИХИАТРИЯ XXI ВЕКА:  
КОНТЕКСТ, ПРОТИВОРЕЧИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

*8 – 12 октября 2017 г., Берлин, ФРГ*

[www.wpaberlin2017.com](http://www.wpaberlin2017.com)



## Что такое идеология персонализированной медицины?

П. Д. Тищенко<sup>1</sup>

Уважаемые дамы и господа, уважаемые коллеги! Отдел Института философии, который я представляю, называется “Сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики”. В секторе работает междисциплинарный коллектив, занимающийся исследованием философских, антропологических, морально-этических и социальных проблем современной биологии и медицины. Хотелось бы отметить, что по первому образованию я — врач-генетик, и после окончания Медико-биологического факультета 2-го московского медицинского института занимался генетикой фенилкетонурии, участвовал в разработке методов тестирования гетерозиготного носительства этой тяжелой психической патологии. Поэтому, в определенном отношении могу к вам обращаться как к коллегам. Философом я стал значительно позже, предварительно поработав десяток лет в редакции Большой медицинской энциклопедии, где имел удовольствие познакомиться с молодым психиатром Ю. С. Савенко, которого профессор Н. Г. Шумский рекомендовал как человека, разбирающегося в современном фрейдизме.

Прежде, чем приступить к теме своего непосредственного сообщения, хотелось бы отреагировать на два аспекта, затронутых Алексеем Яковлевичем (Перехов). Во-первых, он пожурил главного психиатра, который несколько медиализовал популяцию, обозначив среди школьников свыше 70 % детей с психическими отклонениями. Но когда вы это сказали, я посмотрел на бюст П. Б. Ганнушкина, и мне показалось, что он ухмыльнулся. В свое время, работая в медицинской энциклопедии, довелось готовить к изданию статью-персоналию о Ганнушкине. Если мне не изменяет память, то в списке его научных трудов было такое прекрасное сочинение: “О психопатологии так называемых психически здоровых людей”. Он, как известно считал, что психически здоровых людей нет, а разные психопатии предрасполагают людей к тем или иным свершениям. Так что Ганнушкин как раз вовремя вклинился в наш разговор.

И еще небольшая ремарка по поводу того, что вы указали, что в день по телевидению показывают 13 тысяч убийств. Думаю, что эффект демонстрации насилия неоднозначен. С точки зрения известного в

психиатрической среде психолога С. Н. Ениколопова просмотр или прослушивание произведений, демонстрирующих насилие, с одной стороны, повышает уровень насильственных установок у тех, у кого он был снижен, а с другой стороны, снижает у тех, у кого он был повышен. То есть для тех, у кого был повышен, просмотр сцен, содержащих насилие может быть и полезен. Вероятно, нужно как-то разделить комнаты для показов.

Хотел бы также отреагировать на текст приглашения на нашу конференцию, в котором Юрий Сергеевич написал замечательную фразу: “В наше время мощного всемирного тренда в сторону тотальной стандартизации, обусловленной доминированием стоимости услуг, когда в качестве общего знаменателя нам предложено говорить не о больных, а о потребителях психиатрических услуг, а наша профессия низведена до поставщиков этих услуг, важно, как никогда прежде, осмыслить заново в этой новой реальности существо нашей профессии и нашей науки, ее теоретические и философские основания”. Я думаю, что это, конечно, прекрасная установка, и я в своем выступлении постараюсь каким-то образом поддержать ее. Но при этом я хотел бы отметить, что, в принципе, как мне кажется, то, что мы видим как феномен коммерциализации, представляет всеобщий тренд не только в медицине, не только в психиатрии, фактически, во всех областях жизни. Он в каком-то смысле не является субъективной ошибкой современных людей, живущих в этом мире, или каких-то деятелей, каких-то идеологов, каких-то руководителей государств или руководителей здравоохранения. Мне кажется, что его необходимо осмыслить как феномен, который имеет, возможно, не только субъективные моменты, что можно было бы назвать ошибкой, но и объективные, то есть что-то рождается в нашей реальности, о которой Юрий Сергеевич упоминает здесь, современной реальности, что подталкивает основную массу людей, к тому, чтобы относиться к миру потребительски. И я позволю себе предположить, что подталкивает в определенном отношении к такой позиции то, что я условно, метафорически называю “бунтом вещей”.

Мы родились с Юрием Сергеевичем и становились взрослыми, обучались в школе в то время, когда вещи были относительно простыми не просто по уст-

<sup>1</sup> Доктор философских наук. Институт философии РАН.

ройству, но и по тому, что их устройство было для нас раскрыто. Мы более-менее понимали, как устроен телефон, как устроен радиоприемник, своими руками могли собрать элементарный радиоприемник или что-то сделать с телевизором, что-то сделать с любым предметом, который окружал нас. В принципе, мы представляли, как и что устроено, как что работает. Для нас вещи были, я бы сказал, просветлены нашим знанием. И поэтому было ощущение внутреннего контроля и возможности располагать этой вещью по назначению. Буквально последняя такого рода простая вещь, с которой я в жизни сталкивался и активно работал, была машина “Жигули”, “Копейка”, первого выпуска. Это машина, которую я буквально разбираю всю. Она была прозрачна. Современная машина закрыта. Ты только доливаешь тосол и масло, и то в техцентре.

То же самое с телефонным аппаратом. Устройство современного телефона или гаджетов, как сейчас называют, для меня абсолютно таинственно. Я не могу в него внутрь войти, я не знаю, как это устроено. Для меня его функциональность столь же непонятна, как волшебной палочки Гарри Поттера. Я могу отдать команду голосом своему “айфону”, и он будет работать на меня. “Сири — открой почту! — У Вас 23 непочитанных послания. Подготовить к просмотру? — Только те, что пришли сегодня, — Открываю первое...”. Чем “айфон” отличается для меня от волшебной метлы или волшебной палочки? Только этикеткой — метла и палочка приписаны к сказке, а “айфон” можно в супермаркете купить. Но что у них “внутри”, и как они практически действуют никакого представления у подавляющего числа людей, хоть я и “кончал” вуз. То есть вещи, которые окружают нас, вырвались из наших рук, отбились от рук, стали самостоятельными. И в этом мире самостоятельно существующих, таинственных вещей становится все больше, больше и больше. Каким образом человек может не потеряться в нём? Приспособиться? О-своить его? Мы ориентируемся на функции, которые используем минимально, на лейбл, на который реагируем не разумнее павловских собачек, и на цену, которая и есть последнее основание наших *рациональных (!)* действий с этими вещами.

И в науке происходит то же самое. Когда я пришел в 1972 году в Институт медицинской генетики, все лаборатории были оснащены приборами, устройство которых ученые знали, могли сами, или позвав инженера, отладить их работу. Каждая лаборатория выглядела по-своему, так как там руками все собирали. А в современном институте, в том же Медико-генетическом центре, каждая лаборатория совершенно похожа на другую: стоят столы, стоят какие-то белые ящики (приборы), стоят компьютеры, холодильники. И во внутренность этих вещей ученые сами уже войти не могут. Если что-то случается, нужно вызывать “фирмача”, который тоже ничего не разбирает, он просто

блок заменяет, и сам никакой наладкой или ремонтом не занимается.

То есть я хочу сказать, что вещи оплотнились внутри, превратились буквально в магические вещи. И в этом мире первичная ориентация — это ориентация выбора и ориентация потребителя. То есть, если раньше я смотрел на вещи, окружающие меня, как если бы я мог быть их производителем, творцом, то сейчас я могу смотреть на них только как потребляющий покупатель. Это не только из-за того, что что-то во мне не так, хотя иногда мне кажется, что и здесь есть тоже проблема, но из-за того, что вещи стали сложными. Консюмеристское отношение к миру настроено не на творчество, а на выбор из того, что всегда уже поставлено на рынке как товар. Вы помните тот мир, в котором мы раньше жили, там же женщины вязали, шили одежду детям, перешивали, мужчины что-то делали с бытовой техникой, обустраивали жилье, сегодня всего этого нет. Все это ушло. Каждая вещь становится не твоей вещью. И я думаю, что этот момент, который возникает в современной культурной ситуации, объективно принуждает к формированию сознания выбирающего, а не производящего. А ведь это же фундаментальный сдвиг внутри всей культуры, внутри человеческого самосознания — автор “умер”, остался читатель, покупатель, пользователь...

Когда в 60-е годы я входил в философию, обучаясь в не очень легальном кружке проблемам современной философии, для нас само собой разумеющимся выступало представление о человеке, как творческой личности. И поэтому все наши споры с теми же сторонниками Николая Амосова, который говорил о кибернетизации медицины, разума, проходили как раз в этом ключе. Мы все время настаивали: человек — творец. Сегодняшний человек уже так себя не воспринимает.

Я смотрю на новое поколение философов, которые приходят к нам, как они пишут свои статьи, как они пишут свои книги, как они строят свои выступления. Их произведения всё больше напоминают коллаж, в возникновении (монтаже) которого ведущую роль играет не разум пишущего, а браузер использованного поисковика в Интернете. Юрий Сергеевич представил классическую перспективу научного философского дела, основанного на идее произведения как некоторой целостности, связанной с автором неразрывно. Каждое высказывание выношено автором, он в нём как автор воплощён. Современный аспирант, перепархивающий Интернет вдоль и поперёк, конструирует текст, созданный из текстуры других уже существующих текстов. Поэтому, когда его продукт (диссертация) уже готов, то самое трудное сформулировать его новизну, сформулировать тезисы, выносимые на защиту...

То есть мы оказываемся здесь в такой культурной ситуации, которая давит и принуждает к такому отношению, в котором, мне кажется, соизмеримость ве-



щей в мире распадается, и остается самый последний базовый уровень. Вы сказали, что в какой-то ситуации “бихевиористы” становятся правы, а мне кажется, в ситуации социального усложнения, которое ведет к дезинтеграции, этот экономический уровень — как бы не ругать политиканов, которые его насаждают, — но он оказывается последним уровнем связи, где есть какие-то эквиваленты сопоставления и обмена вещей и деятельностей. То есть здесь не вина современного человечества, здесь беда, что оно, столкнувшись со сложностью мира, таким вот путём выходит из положения.

И еще чисто личная ремарка в отношении выступления Юрия Сергеевича. Я думаю, что здесь прозвучало именно классическое, выходящее и укорененное в классической эпохе миропонимание, понимание себя в этом мире, в профессии, в философии, и это очень важно. Но печаль и трагизм заключаются в том, что приходящее новое поколение даже не переживает амнезии, оно просто не входит в тот культурный опыт, который оставляют ему предшествующие поколения. Не входят. Я скажу критично. Например, когда я начинал свои занятия философией, сначала в кружке, потом как аспирант-заочник в Институте философии, я тоже начинал с чистого листа, фактически. У меня была тема “Критика механицизма в биологии”. Но насколько я плохо, как я сейчас понимаю, знал предысторию этих споров по проблемам механицизма. Тем более, что в Советском Союзе эта тема не соотносилась с предысторией немецких и французских дискуссий 30-х – 40-х годов. А там очень много принципиально важных аспектов было осмыслено. Понимаете, это трагизм: сегодняшнее поколение философов и биологов не помнит, что было перед ними. Они не помнят всех обсуждений проблем редукционизма и всего прочего, что для нас естественно. Иногда я даже вспоминаю шутку, это не шутка, это было в реальной жизни. Как-то рассказал дочери, еще маленькой, о динозаврах, и когда пришла бабушка, дочка спросила: “Бабушка, а ты динозавров застала?” Я думаю, что современное поколение примерно так нас всех тоже воспринимает.

А теперь я постараюсь коротко представить тему, которая достаточно созвучна основному тезису Юрия Сергеевича: “Персонализация через объективацию: идеология современной персонализированной медицины”. Как вы знаете, персонализированная медицина — это, как сейчас говорят, новый тренд или бренд, это хороший лейбл, это фишка, как угодно можно назвать, то есть это то, что пытаются продвигать, то, на что ссылаются. Возьмите стратегические положения о развитии медицины в нашей стране, в Соединенных Штатах Америки, Европейском Союзе — несмотря на экономические различия, национальные и культурные особенности — везде реализуются программы развития персонализированной медицины.

При этом, какую основополагающую статью или разработку, или декларацию, или руководство по персонализированной медицине ни возьми, первые строчки все время говорят почти одно и то же: “Как говорил великий Гиппократ, нужно лечить не болезнь, а больного”. Правда следующим же шагом совершается совершенно фантастический для меня скачок: “для того, чтобы лечить больного, мы должны полностью перейти к объективному методу описания болезни”. Перечисляется: геномика, протеомика, метаболомика, пептидомика и еще масса других “омик”. Плюс, конечно же технологии “больших данных”. Первым же шагом то, что раньше, в наши старые добрые времена называлось личностью, выносится за скобки, а дальше это все называется персонализированным подходом, имея в виду такую неполную индивидуализацию, как различение групп пациентов, например, в онкологии — на тех, кто хорошо реагирует на определенную терапию, и тех, для кого подобная терапия неэффективна. Сначала разделили пациентов на две группы по их геному, потом разделяют на четыре, потом на восемь и так, двигаясь мы подойдем к конкретному лекарству для конкретного пациента. Что сделать, конечно, чрезвычайно трудно. Думаю, фармацевтические компании не выдержат на полпути, потому что, если мы посмотрим на проблему создания лекарственных средств для орфанных заболеваний, то есть для очень редких заболеваний, то фармкомпания без дотаций работать в этом поле не будут. Без дотаций никогда и близко к последнему пациенту не подойдут, потому что это слишком дорого и экономически неэффективно. Но идеология персонализированной медицины именно так продвигается на рынок медицинских услуг.

В персонализации через объективацию особую роль играет идея биомаркеров. Биомаркер — это, по определению, объективно зарегистрированный, в лучшем случае, измеренный показатель чего-то: физиологического состояния, патологического состояния, или и того, и другого. Чем привлекательна для идеологов персонализации через объективацию идея биомаркера? Классический симптом или клинический показатель может быть представлен как своеобразный айсберг. У него есть надводная часть — то, что можно как-то померить, объективно зарегистрировать или достаточно объективно описать на языке клинической диагностики, а есть огромная подводная часть, которая связана с особенностями течения заболевания у конкретного пациента, спецификой реакции этой личности на сам факт заболевания, сложной системой взаимодействия со средовыми факторами (семейными, профессиональными и т.д.). Эта подводная часть айсберга клинического показателя (симптома) открыта клиническому мышлению, требует неспешной работы клинического анализа, глубина его понимания зависит от опыта врача и так далее.

Биомаркер “отрезает” у айсберга клинического симптома верхнюю (объективно наблюдаемую) часть, рассматривая объективное данное само по себе как основополагающую форму знания для развития нового персонализирующего подхода. В философии различие между двумя частями айсберга знания формулируется как различие между кодифицированным и некодифицированным знанием. Кодифицированное знание (надводная часть), это то, что можно объективировать и передать другому без изменения смысла и содержания того, что ты хочешь сказать. Некодифицированное знание (подводная часть) — это так называемое личностное знание (М. Полани) — то, что ты можешь передать другому только в личной беседе за счет совместного проговора, длительного обсуждения. При этом происходит слияние смысловых горизонтов, формирование поля совместного понимания.

Идеология биомаркеров отделяет кодифицируемое знание, что является важнейшим условием для следующего шага — агрегации огромных массивов объективных данных как элементов т. наз. “больших данных”. Это знание понятно, прежде всего, вычислительным машинам, с ним можно эффективно работать — просеивать мериды данных в поисках полезных корреляций. И если рассматривать такой подход как одну из возможных методологий, то никакой беды в этом не будет. Все проблемы начинаются тогда, когда объективация рассматривается как единственно истинная и единственно научная методология. Формируется медицина без человека. Медицина, которая видит в человеке машину и, как на станциях автосервиса, оказывает услуги по ее ремонту.

Наша страна, конечно, отстаёт в реализации установок персонализированной медицины от Европы, США, Канады, Австралии, а так же ряда азиатских стран. Но и у нас происходит постепенный перевод историй болезни в электронные формы, которые должны содержать прежде всего объективируемое, кодифицируемое знание пригодное для использование технологий больших данных. В Америке при Президенте Обаме были потрачены миллионы долларов на продвижение этой системы. В 2008 году в США был принят специальный законодательный акт, который потребовал от всех медицинских организаций и индивидуально практикующих врачей переходить на электронные стандартизированные формы историй болезни. А с 2015-го началось штрафование больниц и индивидуальных практиков, которые не перешли на эти формы и использовали свои особые формы регистрации и описания историй болезни. И, наоборот, премии начали выдаваться тем, кто наиболее оптимально стандартизировался.

То есть биомаркер и большие данные — это основа современного подхода. И ведь там какая изюминка? В отличие от клинического мышления, которое имеет установку на понимание причин возникновения чего-то, идеология больших данных ищет корреляции,

статистически значимое совместное появление различных факторов. Нам говорят: “Причины нас не интересуют. Если у нас есть достаточно много данных (средовых, индивидуальных, биохимических, клинических и т.п.), то все это мы с помощью современных программ обработаем и найдем вам хорошие корреляции”. Я читал одну из работ по идеологии больших данных, там приводится такой пример, авторы пишут: “Если наши машины посчитают и скажут, что сочетание апельсинового сока и аспирина является хорошим лечебным средством для какого-то онкологического заболевания, то нам наплевать, по какой причине оно является. Для нас главное, что есть очень хорошая, высокая корреляция между этими факторами”. Я думаю, что такое мышление интересно и может быть полезно в отношении какого-то предварительного анализа: корреляции высокие, значит, возможно, здесь есть причинные связи. Но если нет надёжного установления причинных связей, то полагаю, что медицина должна радикально противиться любым практическим предложениям все свести к результатам анализа больших данных. Как предварительный результат — безусловно полезный подход, а как окончательный — весьма сомнительный.

В качестве примера, в критической литературе по отношению к большим данным приводится такая корреляция как успех применения гормональной заместительной терапии у женщин с менопаузой. Очень модно было так лечить, были хорошие корреляции. Потом оказалось, что если разбить пациенток на две группы — женщин с высоким достатком и женщин с низким достатком, то окажется, что с высоким — это как раз те, кто позволяют себе принимать гормональную заместительную терапию, а с низким — те, кто ее не принимает. Но в группе с высоким достатком оказалось, что у тех, кто не принимает, прогнозы осложнений, сердечно-сосудистых и прочих заболеваний ниже, чем у тех, кто принимает. То есть смысл такой интерпретации для врачей, которые уже стали отказываться от заместительной гормональной терапии, в том, что та группа, которая себе позволяет это, одновременно еще позволяет себе и хорошее лечение, и раннюю диагностику, и прочее, и прочее. И поэтому и заболеваемость, и другие показатели у нее лучше. То же самое с бета-каротином было, который рекомендовался принимать всем от всех болезней. И поступал в виде лекарственного средства, и многие его принимали, но оказалось, что, опять-таки это чистая корреляция, и никакого клинического толка от этого приема нет.

То есть к чему я клоню? К тому, что сама эта идеология персонализации через объективацию, с одной стороны, сулит огромные, нескончаемые блага, а с другой стороны, на поверку, она может нанести так же и немалый вред.

Хотел бы упомянуть описанный мной в одной из статей казус Майкла Снайдера — профессора Гарвар-

да, генетика, руководителя исследовательской группы, занимающейся персонализированной медициной. Он 13 месяцев проводил на себе мониторинг состояния своего генома, протеома, метаболома и ещё массы физиологических показателей. За 13 месяцев получил 40 тысяч показателей, которые характеризовали динамику состояния его здоровья и, как он надеялся, должны были дать предсказания об ожидаемых рисках. Эти 40 тысяч показателей предсказали ему определенную возможность развития диабета второго типа. И еще целую серию маловероятных событий. Ему тогда было около 45 лет, и его превентивная деятельность — это снижение потребления сахара и физические нагрузки. В таком возрасте, я думаю, можно без всяких “омиков”, без 40 тысяч объективных показателей рекомендовать, не глядя, побольше бегать, побольше прыгать и не злоупотреблять сахаром. Гора родила мышь.

Это происходит по той простой причине, что идеология персонализированной медицины, зацикленной на объективных показателях, с первого шага переступает через человека. Как можно для человека предсказать, что с ним будет в отношении заболеваний через 10, 15, 20 лет, когда трудно предсказать, что он с утра сделает? То есть траектория изменения биохимических показателей столь неразрывно связана с образом жизни человека, что абстрагироваться в идеологии персонализации от самой личности оказывается совершенно бесперспективным. Казус Майкла Снайдера показывает мне простую вещь, что на уровне этих объективных данных можно более или менее объективно оценивать объективные обстоятельства, типа податливости того или иного заболевания для такого-то типа терапии. И можно искать маркеры, которые говорят: “Это лекарство лучше для этих людей, а этим вообще не нужно его применять”, — это хороший подход, и он развивается. Но распространить идеологию подобного рода персонализации на жизнь человека в целом, и особенно утверждать, что при таком подходе мы лечим не болезнь, а больного — это глубокое заблуждение.

Как только вместо живого тела, которое неадекватно понимается в виде машины, авторы переходят к ситуации, в которой нужно предсказать что-то далекое, в дело вступает образ жизни, где главную роль играет сам человек. От его образа жизни зависит, реализуется какая-то потенция, заложенная в геноме, или нет. Информация о том, что с малой вероятностью у пациента могут в будущем возникнуть такие-то онкологические заболевания очень полезна. Регулярно проходя профилактическую проверку, нужно специально обращать внимание на эти опасности. Но при этом не упустить и другие риски, которые больше зависят от образа жизни, чем от генома.

Итак, основная мысль моего выступления заключается в том, что современная идеология персонализированной медицины неадекватна по своему основ-

ному содержанию. Если мы хотим действительно здоровья для человека, то без профилактики, без работы с этим человеком с тем, чтобы он поменял свои жизненные установки, чтобы он более бережно относился к своему здоровью, без этого ничего не будет. А это уже достаточно традиционный, достаточно понятный, но неудобный для финансирования объект. Всегда легче профинансировать создание каких-то лекарств или еще чего-то, чем такие тонкие вещи, как культивирование клинического мышления у врачей, как понимание человека, действительно, как личности.

И я закончу свое выступление, немножко отойдя в сторону, но, в то же время, здесь имеется прямая связь со всем вышесказанным. Дело в том, что последние достижения нейронауки, нейровизуализации якобы показывают, что у человека нет свободной воли, что, в принципе, за него все решает мозг. На каком основании экспериментаторы утверждают, что свободной воли нет? Они, первым делом, сводят свободу воли к выбору между двумя действиями, которые даны. Например, выбрать — повернуть ли ладонь руки вверх или вниз. Для меня свобода воли — это создание нового, создание той же экспериментальной ситуации, в которой два действия выложены, но не выбор между ними. Это техническая процедура. Простая операция. Невролог, утверждающий отсутствие свободной воли говорит: “Решает не воля, а мозг. Мы можем с помощью нейровизуализации, регистрации всевозможных активных точек сказать за несколько миллисекунд повернёт ли испытуемый ладонь вверх или вниз — до того, как он осознает свой выбор и даст о нём знать”.

Но я думаю, что этот выпад против свободной воли построен на необходимой в эксперименте, но неадекватной для жизни редукации. Сначала нужно свободу свести к выбору между тем, что положено перед испытуемым в опыте. Опять же, это логика покупателя в супермаркете: моя свобода — это взять с той или этой полочки продукт этой фирмы или той. А свобода — нечто другое. Свобода — это творчество, это изобретения, в том числе и изобретение экспериментального протокола для доказательства отсутствия свободы воли. Конечно, для логики потребительского общества такого рода редукционизм естественен. Свобода — это выбор между данным. Тем более, что опять-таки здесь фундаментальная амнезия или, точнее, игнорирование огромного пласта философских, психологических и научных знаний классической эпохи. Как будто бы не было Зигмунда Фрейда, который и без всяких визуализаций наглядно показал сложности претензий сознания на то, чтобы быть “хозяйном в своём доме”, как будто бы не было никаких других философских и психологических пониманий сложных отношений между сознанием, самосознанием, бессознательным и т.д. Люди вчера проснулись, сегодня научились визуализировать и начинают утверждать. Такова, вероятно, наша судьба, участь мо-

лодых — счастливое незнание предшествующего опыта.

РЕПЛИКА ИЗ ЗАЛА:

— Прокомментируйте в плане Вашего доклада феномен Анжелины Джоли, которая, имея наследственную и доказанную геномную предрасположенность к раку груди, ее удалила. Это будет сейчас иметь большие последствия для огромного количества людей, потому что это модный человек. В рамках того, что Вы говорили, это ошибочный ход?

П. Д. Тищенко: Это второй казус, который рассматривается в моей статье по персонализированной медицине — её можно найти в Интернете. Этот казус очень показателен. Какие угрозы для здоровья и жизни можно предсказать? Что из предсказанного можно предотвратить? Здесь так же нужно иметь в виду предрасположенность американской медицины к решению проблем хирургическим методом. Ещё до всякой генодиагностики, с 1970 года, в Соединенных Штатах Америки онкологическая ассоциация рекомендует двустороннюю мастэктомию при наличии в родословной частых случаев рака груди. То есть без всякой еще молекулярной генетики, этих генов BRCA1 и 2. И поэтому то, что они это активно используют сегодня с генетической диагностикой — это традиция. У нас пока этого не делают или делают чрезвычайно редко. Наши онкологи более консервативны в этом отношении.

Вместе с тем, казус Джоли чрезвычайно интересен. Вы помните знаменитую сказку Андерсена о голем короле. В случае с Джоли мы имеем очень похожую ситуацию. Дело в том, что оказание ей помощи совершается как-бы в двух странно соотносящихся реальностях. С одной стороны, пациентка проходит всевозможные обследования и обнаруживает у себя маркер, свидетельствующий о повышенном риске развития онкологического заболевания, хотя как такового его ещё нет. Есть только повышенный риск.

Она выбирает высокотравматичную хирургическую процедуру двусторонней мастэктомии и удаляет яичники для того, чтобы этот риск снизить, но он, хоть и в уменьшенном виде, но остаётся. На сколько эффективно оказана врачебная помощь? Сама Джоли определить это не сможет, т.к. вероятность для неё есть и заболеть раком и не заболеть. Но и до мастэктомии для неё была вероятность как заболеть, так и не заболеть. Изменилось в результате лишь отношение вероятностей. Но как таковое это различие можно будет заметить не у конкретного пациента, а сравнивая задним числом частоту возникновения рака груди в группе тех, кто сделал мастэктомию и кто её не сделал. Т.е. для конкретного пациента этот эффект не наблюдаем. Здесь опять происходит “персонализация” через растворение личности в статистике. Но давайте не упустим вторую реальность. Риски — это виртуальная реальность, в которой есть статистические показатели, но самого пациента нет. Этот пациент есть, как реальный тогда, когда ему наносится очень существенная травма за счёт двух операций. Естественно, что сразу возникает потребность и в пластических хирургах, и в гормональной заместительной терапии, и, уверен, помощь психиатра тоже будет не лишней. Но все эти “услуги” являются следствием самих врачебных действий. Врач не облегчает страдание, а снижает риски, нанося страдание пациенту. Признайтесь — весьма необычная цель врачевания.

А, с другой стороны, в этом казусе очень интересно то, что написано по поводу предоставления услуг в Америке. И Джоли описывает, как она все это приобретает. Она ходит между большими специалистами и консультируется. У одного, у другого, и третьего, и потом сама выбирает то, что ей нужно. То есть это буквально ощущение, что она пришла в супермаркет медицинских услуг. И она покупает услуги, ориентируясь на этикетки за хорошую цену. А за ней уже идет большой поток женщин, которые делают, как она.

**РЕКОМЕНДУЕМ!**

*Эжен Минковский*

**Шизофрения.  
Психопатология шизоидов и шизофреников**

**М., 2017**



## Психическое расстройство у ВИЧ-инфицированной пациентки

Разбор ведет В. Б. Яровицкий<sup>1</sup>,  
врач-докладчик Э. Ю. Холодов<sup>2</sup>, со-докладчик И. В. Павлова<sup>3</sup>  
(16 марта 2017 г.)

### Врач-докладчик.

#### Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика между шизофренией параноидной формы (F20.0), шизоаффективного варианта приступообразной формы шизофрении (F25) и шизофреноподобного расстройства органического генеза (F06.2) у пациентки, страдающей ВИЧ-инфекцией.

2. Выделение и квалификация основного психопатологического синдрома (синдромов) в клинической картине текущего состояния пациентки.

3. Оценка состояния иммунного статуса и степени негативного влияния на ЦНС и общее функционирование пациентки вируса иммунодефицита человека с учетом полученных клинико-лабораторных данных.

4. Выбор стратегий и тактик психотерапии, антиретровирусной терапии и биопсихосоциальной реабилитации пациентки.

Пациентка Екатерина Геннадьевна, 1991 г.рожд. (26 лет), жительница Москвы. Наследственность отягощена хроническим психическим заболеванием отца, который неоднократно госпитализировался в ПБ, наблюдался у психиатра.

Родилась в Москве старшим ребенком в семье из 3-х детей. Отец ранее работал художником, страдал психическим заболеванием, наблюдался у психиатров, в настоящее время проживает в другой семье, инвалид по психическому заболеванию, продолжает амбулаторно наблюдаться у психиатров. Матери 43 года, работала продавцом, алкоголем не злоупотребляет, страдает рассеянным склерозом, в настоящее время нетрудоспособна. Младшему сводному брату 8 лет, живет с семьей отца. Отмечаются элементы аутичности, отставания в психофизическом развитии. Младшей единокровной сестре 7 лет, развивается в соответствии с возрастом.

Пациентка родилась в срок, доношенной от нормально протекающей беременности, физиологических родов. Родилась с врожденной почечной патологией, из-за этого в детстве была слабым, болезненным ребенком. Росла и развивалась нормально. По состоянию здоровья детский сад не посещала. В школу пошла с 7 лет. Успевала плохо, не справлялась со школьной программой. В школьные годы была тихим, пугливым, нерешительным и необщительным ребенком. Среди сверстников авторитетом не пользовалась, постоянно терпела гонения и насмешки со стороны сверстников. Практически не имела друзей и подруг. Спортом не занималась в связи с хроническим пиелонефритом. Увлекалась рисованием, однако, существенных успехов не достигла. С трудом окончила 9 классов общеобразовательной школы.

В последний год учебы стала сильно тяготиться тем, что не имеет друзей, постоянно высмеивается сверстниками. Стала активно искать какого-либо общения. Доходило до того, что стала отдавать все свои карманные деньги только за то, чтобы ее “не прогоняли из компании, общались с ней”. Очень быстро связалась с асоциальной компанией подростков. Чтобы “втереться им в доверие” без какого-либо сомнения стала курить, употреблять алкоголь, пробовать наркотики. Первый опыт употребления наркотиков-метамфетамин (“винт”) в/в в возрасте 14 лет. С этого времени постоянно была в компании асоциальных подростков, активно употребляла наркотики, в основном амфетамины или глазные капли тропикамид. Сформировалась зависимость, испытывала абстиненцию.

Участвовала в магазинных кражах, неоднократно были приводы в полицию, состояла на учете у инспектора по делам несовершеннолетних. Пять раз была судима за кражи и грабеж. Накладывалась условная судимость. Неоднократно находилась на лечении в различных наркологических центрах (в Белгороде, Орле), в НБ № 17. После непродолжительных ремиссий вновь возвращалась к употреблению наркотиков. Самая продолжительная ремиссия — 2 года (с 17 до 19-летнего возраста). В течение года училась в колледже, но была отчислена за академическую неуспеваемость. Периодически трудоустраивалась на раз-

<sup>1</sup> Доцент кафедры психиатрии Ставропольского государственного медицинского университета.

<sup>2</sup> Зав. отделением № 5 клинической психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

<sup>3</sup> Врач-инфекционист МГЦ СПИД.

личные неквалифицированные работы (продавцом в магазине, посудомойкой, курьером). Как правило, на одном месте больше 2–3 дней не задерживалась из-за нарушения дисциплины, конфликтов с начальством, прогулами. С 19-летнего возраста и по настоящее время практически постоянно употребляет тропикамид и бутерофанол в/в, а при появлении денег устраивает амфетаминовые марафоны”. ЧМТ, судорожные припадки отрицает. Около 2-х лет назад перенесла ветряную оспу с длительным фибриллитетом, выраженной интоксикацией.

В настоящее время проживает в отдельной 2-комнатной квартире с матерью, отчимом, младшей сестрой и бабушкой по линии матери. Выходные дни проводит исключительно со своей бабушкой в ее квартире. Основное участие в судьбе пациентки принимает бабушка, которая ее постоянно опекает и патронирует.

В 10-летнем возрасте, когда находилась на лечении в детской больнице по поводу пиелонефрита, впервые возник “голос” внутри головы, который пациентка, с ее слов, “слышала не ушами, а прямо мозгом”, запрещающий ей украсть заколку для волос у другой девочки. Какой-либо запоминающейся эмоциональной реакции на появление “голоса” внутри головы не испытала. В возрасте 15 лет вновь возникли те же самые переживания в виде “голоса”, который запрещал брать сигарету. С 15-летнего возраста наблюдается в ПНД в связи с поведенческими расстройствами, асоциальным поведением, наркотизацией. В возрасте 18–19 лет, когда находилась в состоянии продолжительной наркологической ремиссии, “голоса” внутри головы стали звучать чаще, как правило возникали внезапно, носили интенсивный, но крайне кратковременный характер, “поучали, читали мораль”. После возвращения к приему наркотиков, в возрасте 19 лет, будучи на постоянном приеме тропикамида и нечастых “винтовых” эксцессов, стала слышать “голоса” внутри головы (опять же, по описанию больной — “слышала прямо в мозгу”), которые сообщали, что у нее есть “мощный покровитель”, “нужно отгадывать загадки”, “пора сниматься в сериалах и на радио”, что “вся страна за тебя болеет, т.к. ты сейчас на съёмочной площадке”. В возрасте 20 лет, через несколько часов после проведения аборта с общим наркозом (при этом была на пике “винтового марафона”) стала возбужденной, спутанной. Как озарение возникла уверенность, что “за ней следят ФСБ, спецслужбы”. Появилось уверенность, что “избрана Богом”, себя называла “Евой”. Слышала “хор голосов, звуки радио”. Была напугана. Обнажалась донага, выходила голой на улицу, звала “ангелов”, заговаривала с ними. Пустой бутылкой выбила себе зубы, билась головой о стену, под воздействием “голосов” пыталась иглой от шприца выколоть себе глаза.

Была впервые госпитализирована в ПБ № 13 (конец 2013 г.). Находилась на лечении в течение 3-х месяцев. Психотическая симптоматика имела затяжной,

длительный характер, практически не купировалась нейролептиками. С улучшением самочувствия, но сохраняющимися неинтенсивными “голосами” была выписана из больницы. С 2013 г. по 2015 г. неоднократно (более 10 раз) с острой психотической симптоматикой госпитализировалась в ПБ № 13 с диагнозом: “Шизофрения параноидная”. В феврале 2016 г. оформлена 2 гр. инвалидности. В выписных эпикризах из ПБ № 13 отмечена плохая переносимость нейролептиков с быстрым развитием ЭПС, угнетением сомато-вегетативных функций. Назначались оланзапин до 20 мг/сут, седалит до 900 мг/сут, соли вальпроевой кислоты — с положительным эффектом. При госпитализациях трижды самовольно покидала больницу — совершала побег! После выписок дома долго не удерживается, категорически отказывается принимать препараты, посещать ПНД, сразу же начинает бродяжничать, убежать из дома, употреблять тропикамид и доступные наркотики в/в.

Практически всегда во время обострений пытается снять одежду и выйти на улицу полностью голой. При этом, со слов, испытывает вербальные галлюцинации практически постоянно, меняется лишь их интенсивность и непосредственное влияние на поведение. Очень часто “голоса” рассуждают на религиозные Евангельские темы, “темы грехопадения”, “борьбы Ангелов с Демонами”. Часто считает себя “избранной Богом, воплощением Евы, которой не нужно бояться наготы и являть себя в своем первозданном виде”.

В декабре 2016 г. была задержана сотрудниками полиции с пакетом “спайса”. Возбуждено уголовное дело. В настоящее время под следствием. Ожидает СПЭК. Инвалид 2 гр. до февраля 2017 г. В настоящее время паспорт больной утерян.

Впервые была госпитализирована в ПКБ № 4 в ноябре 2016 г. (после обнаружения ВИЧ-инфекции). Госпитализирована по направлению дежурного психиатра в связи с нелепым, агрессивным поведением: уходила из дома, бродяжничала, ходила по улице полностью обнаженной, испытывала “голоса” внутри головы. Находилась на лечении с 11.11.16 г. по 15.11.16 г. Получала клопиксол 15 мг/сут, тиаприд 600 мг/сут. Была выписана с улучшением состояния. После выписки отказалась от посещения ПНД, сразу же стала уходить из дома, употреблять наркотики. В последние дни была нелепой, подозрительной, перестала разговаривать с окружающими, следить за гигиеной, смотрела на всех со злобой. Считала, что ей надо “восстановить события всей своей прошлой жизни, т.к., когда колюсь наркотиками, собираю 666 тысяч невинных душ через кровь и мучаю их”. Слышала “голоса”, которые говорили, что “бабушка убьет, т.к. через кровь после инъекции тропикамида бабушка стала тоже слышать все ее голоса”. По инициативе бабушки была осмотрена дежурным психиатром на дому. При осмотре психический статус: “Напряжена, подозрительна, нелепа. Лежит в кровати, накрывшись

одеялом. Негативистична. На обращенную речь не реагирует. Продуктивному контакту недоступна, стереотипно повторяет: «Дайте мне помыться». В связи с инфицированной раной правой кисти была госпитализирована в ПСО ГКБ № 67, где находилась с 14.01.17 г. по 17.01.17 г. В стационаре была нелепой, держалась без дистанции, порывалась куда-то идти, совершала неожиданные поступки. После консультации хирурга и исключения показаний для стационарного лечения 18.01.17 г. переведена в ПКБ № 4, недобровольно.

*Текущая госпитализация в ПКБ № 4.*

Продолжительное время отказывалась от беседы с врачом, требовала, чтобы «врач провел освидетельствование у постели», утверждала, что «находится в коме, не может встать». После длительных уговоров встала, бодрым шагом пришла в ординаторскую в сопровождении медсестры. Сознание ясное, ориентирована верно в месте, времени и собственной личности. Угрюма, мрачна, дисфорична. Беседу сразу же начинает словами: «Не надо меня спрашивать про мой адрес и телефон, ты, санитар, живо ответил на все мои вопросы!». Держится вызывающе, высокомерно, без чувства такта и дистанции. В суждениях поверхностна, инфантильна, непоследовательна. Сведения о себе сообщает противоречивые, часто недостоверные, возможно, заведомо лживые. Эмоциональные реакции не всегда соответствуют теме беседы. На вопросы отвечает контрвопросами, быстро озлобляется, угрюмо смотрит на врача, стискивает кулаки. С угрозой спрашивает: «На каком основании у меня брали кровь из вены?!». Отказывается от продолжения беседы. Резко вскочила, выбежала из кабинета. Критики к своему состоянию нет.

*Обследования*

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови (белок, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, глюкоза).
- кровь на иммунный статус, ВН
- кровь на RW, HBS-Ag, a-HCV
- ЭКГ
- ФОГК
- консультации терапевта, невролога, гинеколога, хирурга (инфицированная рана правой кисти), инфекциониста (ВИЧ-инфекция, ХВГС)
- контроль АД, т№ 3

*Лечение*

1. tab. risperidoni 0.002-0-0.004 (терапия описанных идеаторных расстройств)
2. sol. levomepromazini 0.05в/м-0.025в/м-0.05в/м (купирование психомоторного возбуждения)
3. sol. cordiamini 2.0 п/к \* 3 р/д (профилактика лекарственной гипотонии)
4. ежедневная перевязка раны правой кисти с мазью левомеколя.

Решением ВК от 18.01.17 г. 09-15 была оформлена недобровольная госпитализация (решение Преображенского районного суда г. Москвы от 20.01.17 г. получено).

Назначено лечение и план обследования:

*Наблюдение строгое (неожиданные поступки). Стол ОВД.*

*План обследования и лечения*

Первые 2 дня пребывания в стационаре, несмотря на удовлетворительный седативный эффект от назначенной терапии, оставалась угрюмой, раздражительной, эмоционально несдержанной. При попытках поговорить быстро озлоблялась, начинала нецензурно браниться, угрожать расправой. На 3-й день стала более упорядоченной в поведении и высказываниях. Чаше выходила из палаты, вступала в беседу с другими пациентками и медперсоналом, стала доступной относительно упорядоченному контакту с врачом. Рассказала, что постоянно слышит «голоса» внутри головы, которые, «если становятся очень навязчивыми и громкими, выводят меня из себя, начинаю делать то, что они говорят». Утверждала, что в настоящее время «голоса» стали тише, «их можно терпеть, заниматься своими делами». К наличию вербальных галлюцинаций относилась с удовлетворительной критикой, объясняла их «галлюцинаторно-параноидным синдромом» (со слов пациентки). От приема лекарств не отказывалась, поведение укладывалось в рамки режима отделения.

*Динамика состояния*

С 21.01.17 г. (4-й день) назначено усиленное психиатрическое наблюдение, а с 26.01.17 г. (9-й день) — общее. В отделении подвижна, общительна. Упорядочена в поведении и высказываниях. Следит за внешним видом, опрятна, аккуратна. Охотно общается с другими сохранными пациентками своего возраста. Назначенную терапию переносит без нежелательных явлений. Отрицает наличие обманов восприятия, структурированных бредовых переживаний не обнаруживает. К перенесенному психозу относится с удовлетворительной критикой. Вместе с тем, признается, что «не доверяет себе до конца», боится, что «выйдя из больницы, сразу же пойду искать тропикамид и кристалл». По просьбе бабушки и ее письменному заявлению инициирован процесс восстановления паспорта и продления группы инвалидности.

В настоящее время получает рисперидон 6 мг/сут, апразолам 4 мг/сут.

**Консультации специалистов:**

**НЕВРОЛОГ от 28.01.17 г.:** Энцефалопатия сложного генеза (токсического, ВИЧ-инфекция), атактический синдром. Получала мексиприми бинавит.

**ТЕРАПЕВТ:** ВИЧ-инфекция. Хронический вирусный гепатит «С». Инфекция уrogenитальных путей.

**ГИНЕКОЛОГ:** Трихомонадный кольпит. Получала лечение по схеме метронидазолом, доксицикли-

ном, флюконазолом, тержианом. Эффективность лечения подтверждена контрольным мазком.

**ОТОЛАРИНГОЛОГ и ИНФЕКЦИОНИСТ от 02.02.17 г.:** Лакунарная ангина средней тяжести на фоне хронического тонзиллита. Получала цефтриаксон 2 гр/сут № 10.

**Результаты ЭЭГ:** Умеренные общемозговые изменения биоэлектрической активности дисрегуляторно-органического характера с признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур, явлениями негрубого диффузного преходящего снижения функциональной активности коры (в тета-полосе), перемежающимися диффузными ирритативными нарушениями — различными по продолжительности диффузными пробегами и вспышками билатерально синхронной заостренной тета-альфа активности.

На этом фоне по заднелобно-центральной и передней височной коре то слева, то справа регистрируются нерегулярные одиночные острые волны, сочетания с более медленной волной.

Изменения усиливаются до латерализованных и диффузных разрядов острых волн, комплексов острая волна-медленная волна.

Эпизодически острые волны на лобно-височных отведениях регистрируются в противофазу, что указывает на медиобазальное расположение источника.

Фотопароксизмальных нарушений нет. Усвоение ритма РФС — 8 Гц.

*Результаты экспериментально-психологического исследования от 15.03.17 г. (медицинский психолог С. А. Казьмин).*

На протяжении лечения в психиатрическом стационаре с больной, по её словам, неоднократно проводилась патопсихологическая диагностика, что нужно учитывать при интерпретации полученных данных. Нарушения эмоциональной сферы имеют сложную структуру. Отмечается сочетание симптомов аффективных расстройств и патологических изменений эмоционально-личностной сферы. Нарушения эмоционального состояния проявляются в виде гипомании с повышенным фоном настроения, многоречивостью, непоследовательностью высказываний, двигательным беспокойством, отвлекаемостью, нарушением дистанции общения, не критичностью к своим действиям. Это проявляется на фоне патологических изменений эмоционально-личностной сферы, характерных для больных с химическими зависимостями. Проявляется патологическая незрелость, инфантильность личностной сферы.

Эмоциональные реакции пациентки поверхностные, примитивные, вместе с этим, огрубленные, с отсутствием эмоциональной синтонности. Поведение непосредственное, ситуационно обусловленное, без учёта последствий своих действий. Нарушена рефлексивная критичность и самоконтроль. Самооценка неустойчивая и неравномерная. Отмечаются признаки личностной деградации с нарушением структуры

иерархии мотивов. Направленность поведения имеет асоциальный характер, незначимыми являются социальные ценности, отсутствуют следование этическим нормам. Субъективные интересы пациентки связаны только с употреблением наркотических веществ, этим же определяется круг общения. Пациентка легко подпадает под чужое влияние, у неё отсутствуют устойчивые интересы, нет длительных эмоциональных привязанностей.

Выраженная социальная дезадаптация, длительное употребление наркотиков и наличие тяжелых соматических заболеваний не вызывают у пациентки адекватных эмоциональных реакций, обо всем этом она говорит поверхностно, непосредственно, беззаботно.

Вместе с этим отмечается наличие психопатологической симптоматики в виде слуховых обманов восприятия и соответствующих их содержанию бредовых идеи религиозного содержания. Пациентка подробно рассказывает об употреблении наркотиков, при этом менее доступна относительно содержания патологических переживаний (“внутреннего мира”, как это называет пациентка). Проявляет подозрительность по отношению к вопросам психолога, спрашивает, не является ли он “дьяволом”, боится, что ответы повредят ей.

Отмечаются нарушения самосознания: пациентка говорит, что задумывается над тем, кем она является (“Киприяном, Устиной, Евой, Адамом”). Сейчас себя называет “Иудой”, говорит о том, что является “грешницей”, ощущает себя “павшим человеком”, из-за наркотиков “никогда не войдёт в царство небесное”. Считает, что употребление наркотиков, это “совершенное жертвоприношение дьяволу”. Говорит о наличии двух сил (“божественной” и “дьявольской”), которые влияют на неё.

В результате диагностики состояния познавательной сферы не выявлено явных симптомов интеллектуально-мнестических расстройств. Не отмечается признаков снижения уровня обобщений: *рассуждения имеют обобщенный характер, не нарушены аналитико-синтетические процессы, доступна реализация основных операций словесно-логического мышления.* В процессе осмысливания экспериментальных методики пациентке доступны абстрагирование, понимание скрытого смысла, выделение главных признаков сходства и различия понятий. Отмечается легко выраженное снижение продуктивности мнестических процессов в виде неравномерности показателей механической и опосредованной памяти. При заучивании серии бессвязных слов пациентка непосредственно воспроизводит 7, 8, 10, 10, 10, ретенция через 1,5 часа составляет 6 из 10 слов-стимулов. Объём опосредованного, произвольного запоминания (по результатам выполнения методики “пиктограмма”) составляет 13 из 14 слов-стимулов при некотором нарушении точности запоминания.



При этом доминируют симптомы патологии мышления, которые имеют сложную, неоднородную структуру. *На первый план выступают динамические нарушения мыслительных процессов в виде лабильности мышления.* Выражены нецеленаправленность мышления, непоследовательность рассуждений, ускорение темпа рассуждений и ассоциативного процесса, множественность и растекаемость ассоциаций, невозможность оттормаживания субъективных ассоциаций. Отмечается чередование логических связей и случайных решений. Пациенткой отмечаются субъективные трудности сосредоточения, наличие “большого потока мыслей” (“бегают от одной мысли к другой”), “множественности вариантов” ответов, одновременное наличие речи и мыслей. Кроме того, во время беседы отмечаются эпизоды, когда больная внезапно замирает и замолкает, перестает отвечать на вопросы, после чего не может вспомнить содержание заданного.

Выявленные нарушения соответствует наличию динамических расстройств психической деятельности в целом, в виде ускорения темпа познавательных процессов, повышенной отвлекаемости, колебаний внимания, трудностей распределения внимания. *Менее выраженными*, но отчетливыми являются *признаки своеобразия мышления*: это неадекватность ассоциативных связей, паралогичность рассуждений, наличие религиозной символики в рассуждениях. Нарушена критичность к ошибочным рассуждениям. В спонтанной речевой продукции отмечается резонёрство религиозного содержания.

**Таким образом, исследование выявляет сложную структуру психических расстройств: сочетание аффективных нарушений, патологических изменений эмоционально-личностной сферы и нарушений самосознания. В когнитивной сфере на фоне сохранности интеллектуально-мнестических процессов выявлено доминирование патологии мышления в виде сочетания динамических расстройств и признаков своеобразия мыслительных процессов.**

**Врач-содокладчик.**

На учете в МГЦ СПИД с 21.10.2016 г.

Антитела к ВИЧ выявлены в октябре 2016 г в ПБ № 13.

Путь инфицирования — предположительно парентеральный.

Из анамнеза: Употребление ПАВ — последняя инъекция — сентябрь 2016. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ, детские инфекции, хронический пиелонефрит; ХВГС с 2008 года.

С 2014 года состоит на учете в ПНД (DS: Шизофрения), назначенные препараты не принимает.

При постановке на учет в МГЦ СПИД: жалобы на сухость кожи, увеличение л\узлов шеи.

*Инфекционно-иммунологический анамнез.*

Объективно:

- Кожа и видимые слизистые физиологического цвета, чистые.

- Периферические лимфоузлы увеличены, заднешейные до 1,5 см, тонзиллярные до 1,0 см, подмышечные и паховые до 0,5 см, при пальпации безболезненные.

- Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18 в мин.

- Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС=PS=74 уд\мин, АД 120\80 мм рт.ст.

- Живот мягкий, безболезненный.

- Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

**Выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 2Б, острая стадия без вторичных заболеваний. Хронический пиелонефрит вне обострения. ХВГС. Опиоидная зависимость. Шизофрения.**

Рекомендовано дообследование. 25.10.2016 явилась на прием для сдачи анализов. Далее на прием к врачу не являлась.

**Осмотрена в ПБ № 4.**

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет.

Объективно:

- Кожа и видимые слизистые физиологического цвета, чистые.

- Периферические лимфоузлы не увеличены.

- Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин.

- Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС=PS=74 уд\мин, АД 110\70 мм рт.ст.

- Живот мягкий, безболезненный.

- Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

**Выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 3, субклиническая. ХВГС. Опиоидная зависимость, воздержание. Шизофрения.**

**План обследования:**

1. Иммунологическое исследование, определение концентрации РНК ВИЧ в сыворотке крови.
2. Общий и биохимический анализ крови.
3. Серологический анализ, маркеры вирусных гепатитов.
4. Консультация невролога, терапевта, окулиста, психолога, гинеколога.
5. Флюорография ОГК.
6. Диаскин-тест.
7. УЗИ ОБП и почек.

*Инфекционно-иммунологический статус.*

Дата проведения	CD4 +кл/мкл	CD4 +%	CD8 +кл/мкл	CD8 +%	CD4/CD8	ПЦР H1V1 РНК
25.10.16	740	27	1538	55	0,49	120.058
18.01.14 (ПБ № 4)	772	33	1110	47	0,70	305.768

**Динамика лабораторных показателей:**

Учитывая увеличение вирусной нагрузки (ВН) в крови в динамике и высокие ее показатели, большую вероятность высокой ВН в СМЖ, пациентке показано назначение АРТ. Основным критерием выбора препаратов для данной категории пациентов является способность препаратов хорошо проникать через гематоэнцефалический барьер. Чтобы схема была эффективной, суммарный балл схемы (сумма баллов по интенсивности проникновения через гематоэнцефалический барьер каждого препарата) должен быть больше или равен 7. Также в данном случае при выборе препаратов АРТ критерием выбора будет являться и совместимость с препаратами, назначенными психиатром.

С 31.01.2017 г. в схему лечения добавлена АРВТ:

Tab. Efavirenz 0-0-0.6, tab. lamivudini 0.15-0-0.15, tab, zidovudini 0.3-0-0.3.

Гораздо выше среднего 4	Выше среднего 3	Среднее 2	Ниже среднего 1	
НИОТ	<b>Зидовудин</b>	Абакавир Эмтрицитабин	Диданозин <b>Ламивудин</b> Ставудин	Тенофовир Зальцитабин
ННИОТ	Невирапин	<b>Эфавиренз</b> Делавердин	Этравирин,	
ИП	Индинавир/р	Дарунавир/р Фосампрна- вир/р Лопинавир/р Индинавир	Атазанавир Атазана- вир/р Фосампри- навир	Нелфинавир Ритонавир Саквинавир Саквинавир/р Типранавир/р
Ингибиторы слияния/фузии	Маравирока	Энфувир- тид/р.,		
Ингибиторы интегразы	Ралтегра- вир			

*АРТ препараты и пенетрация в ЦНС — 2010 г CRON.*

*Динамика лабораторных показателей.*

Дата исследования	CD4 +кл/мкл	CD4 +%	CD8 +кл/мкл	CD8 +%	CD4/CD8	ПЦР HIV1 РНК Копии/мл
25.10.16	740	27	1538	55	0,49	120.058
18.01.14 (ПБ № 4)	772	33	1110	47	0,70	305.768
01.03.17 (ПБ № 4)	800	40	1000	45	0,80	117

ВИЧ-инфекция играет далеко не последнюю роль в клинической картине таких пациентов. Зачастую представляет сложность в диф. диагностика с энцефалитом, менингитом, токсоплазмозом и ВИЧ-энцефалопатией. ВИЧ-инфекция представлена экзогенно-органическим расстройством с вовлечением в патологический процесс структур центральной нервной системы на ранних стадиях с постепенным развитием психоорганического синдрома. Если же оценивать влияние ВИЧ-инфекции на течение заболевания и на мнестико-интеллектуальные функции нашей па-

циентки, по нашим данным получается, что СПИД-дементного комплекса, который развивается при очень низком содержании cd4 Т-лимфоцитов, у данной пациентки нет. Известно, что чем выше содержание cd4, тем должна быть выше выраженность продуктивной и негативной шизофренической симптоматики.

По мере снижения титра cd4, то есть по мере нарастания прогрессирования ВИЧ-инфекции, выраженность продуктивной симптоматики снижается. Для шизофрении характерно повышение именно иммунологической активности клеток cd4 Т-лимфоцитов, а при ВИЧ — снижение. То есть получается, что шизофрения замедляет, оказывает, как бы протективное действие на развитие ВИЧ-инфекции, а ВИЧ-инфекция смазывает картину шизофрении, замедляет прогрессивность шизофренического процесса.

Учитывая сложность дифдиагностики, вполне обоснованным представляется совместное ведение пациентов с психическими нарушениями врачами-психиатрами, наркологами, клиническими психологами, инфекционистами на всех этапах лечения больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

**БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ**

**Ведущий:** Проходите сюда. — *Здравствуйте!* — Здравствуйте. Присаживайтесь. Екатерина Геннадьевна? — *Да.* — Меня зовут Владимир Борисович. — *Очень приятно.* — Я врач, и здесь все присутствующие — врачи. — Вы согласны с нами побеседовать, чтобы уточнить, чем мы Вам можем помочь? — *Давайте попробуем.* — Давайте попробуем. Скажите, пожалуйста, Вас сейчас что-то беспокоит? Здоровье? Сейчас что Вас беспокоит? — *Прям вот именно сегодня — ничего.* — А вообще поступление в больницу, с чем связано? — *Ну, с какими-то голосами, с какими-то нервными переживаниями, с какими-то галлюцинациями такими.* — Давайте уточним. То есть Вы слышите какие-то голоса, да? — *Да.* — Вы эти голоса давно слышите? — *Нет.* — Постоянно? — *Нет.* — Какие-то промежутки есть, да? — *Ну, вот в детстве были очень большие.* — В детстве — это когда? — *Это, ну, где-то в возрасте 8 лет, потом 9 лет, потом...* — То есть Вы их начали слышать примерно с восьмилетнего возраста, да? — *Да, да.* — И потом продолжали слышать на протяжении всей жизни, до настоящего момента, с небольшими промежутками? Так? — *Нет, ну, в детстве с большими промежутками, а потом с небольшими.* — В детстве... А когда они стали постоянно? — *После нервного потрясения.* — Какого? — *Сделала аборт.* — Это в каком возрасте? — *22 года.* — А до двадцатидвухлетнего возраста, их вообще не было почти, да? — *Были галлюцинации небольшие.* — Какие? — *Ну, например, когда я встретила друга, и он так по плечу... Я шла, его встретила, он меня тряс по плечу, я говорю: “Иванов, да ты чего?”, я смотрю — это не он.* — А кто это был? — *Другой человек, незнакомый мне.* — А такие моменты

бывали еще и раньше, чтобы вот знакомый человек вдруг становился незнакомым? Были такие моменты, чтобы бабушка или еще кто-то из близких...? — *Нет, такого не было. Было с другом только.* — Это было один раз? — *Два. Один раз еще с другом Юрой такое было.* — С другим. То есть иногда бывает, что вдруг Вы смотрите, и этот человек становится другой, как бы не он? То есть... — *Нет, ну, это реально. Вот если как сейчас с Вами, то не это...* — То есть Вы видите уже вместо меня, допустим, другого человека, а потом опять? — *Да, да.* — А как Вы это объясните? — *Не знаю.* — Ну, это связано с каким-то волшебством, воздействием? Или человек действительно меняется? — *Нет, ну, человек действительно вот так вот по-меняться не может, то, что из одного в другого, по своему развитию. А вот то, что это какое-то, возможно, волшебство или воздействие... Ну, волшебство — это, как правило, какое-то доброе понятие. Волшебство — это что-то хорошее, не знаю.* — Есть волшебники злые. Нет? — *Это уже маги, чародеи злые.* — То есть Вы чувствуете иногда какое-то волшебство, колдовство вокруг себя? — *Бывает.* — Это с какого возраста? — *Ну, вот первый раз я услышала голос, который мне сказал: “Не воруй”.* — Это в детстве, да? — *Да.* — Это в 8 лет примерно. — *В 8 лет где-то.* — А потом? — *Потом уже где-то ближе к пятнадцати-шестнадцати годам голос мне сказал не курить сигареты.* — Мы потом этот момент уточним. А вот волшебство или колдовство, или какое-то воздействие на себя чувствовали, что какие-то чары, может быть? Вот то, о чем мы сейчас говорим. — *Ну, вот приведу пример. Допустим, вот недавно я лежала в психпалате 67 перед тем, как меня перевели сюда, со мной лежала женщина по фамилии Журавлева. Она меня зовет к себе, дает леденцы, конфеты и говорит: “Это для детей. Передай сегодня детям”. Я говорю: “Каким детям?” Она говорит: “Сама узнаешь”. И буквально через полтора часа привезли девочку из интерната. Совпадение, или что это? — Ну, а Вы как считаете? — Ну, не знаю. Она не могла об этом знать, она такая же, как и я.* — То есть какие-то появляются случаи, которые трудно объяснить. — *Да.* — Скажите, а бывали случаи более такие значимые в плане воздействия? Вот Вы, например, чувствуете, что как будто бы Ваши мысли узнают. Вот Вы начинаете думать... — *Да, было такое. У меня было, я ехала в метро, слушала музыку — у меня очень много раз такое было — и у меня такое ощущение было, как будто окружающие слушают то, о чем слушаю я, и что я в этот момент думаю. Я выбирала специально музыку, чтобы окружающие могли ее послушать, а слушала я в наушниках.* — Но это было просто ощущение, которое потом прошло, или это было убеждение? — *Это было убеждение, наверное.* — Убеждение. А было ли ощущение, что кто-то как будто специально из Вашей головы Ваши мысли узнает или Ваши чувства узнает? То есть какое-то воздействие на Ваши мысли, голову тем же самым колдовством или волшебством. Такие ощущения Вам

знакомы? — *Колдовством или волшебством?* — Ну, да, чтобы действовали на Вашу психику, мысли, желания, эмоции, то ли их узнавали, то ли ими управляли, то ли вставляли свои. Что-то похожее было? — *Ну, прямо вот так, то нет, наверное. Ну, бывали случаи, когда проклинали, там говорили какие-то гадости в мой адрес. Такое было.* — Но это говорили не в лицо, а где-то Вы слышали? Это не голоса. — *Нет, это говорили в лицо. Это говорили в лицо.* — То есть какие-то люди, враждебно настроенные к Вам, были, да? — *Да, да.* — А эти люди, враждебно настроенные, они из окружения близкого или незнакомые совершенно? — *Незнакомые.* — То есть на улице кто-то Вам говорит... — *Да.* — А говорит прямо или все-таки мысленно? — *Нет...* — Вы слышите или чувствуете? — *Говорит прямо, а мысли у меня, голоса, они другого характера.* — То есть тоже есть, но другого характера? — *Да, да. Они не то, что утверждают, меня убеждают в том, что я должна совершить тот или иной поступок.* — То есть не другого характера, а другого содержания. — *Да, содержания.* — А также тоже идут и осуждения, да, от людей? То есть какие-то голоса Вы слышите непосредственно. — *Нет, то уже было не от людей.* — А от кого слышите? — *Это голоса были, я не знаю, от кого, которые мне сказали. “Веди... начни вести нормальный образ жизни, бросай все, переезжай к маме, устраивайся на работу”, — сказали мне голоса, это были ничьи голоса такие. По сути, я думала, что умерла, то ли еще кто-то, я не знаю.* — Ну, откуда они брались, эти голоса? — *Ну, просто я сидела дома, и мне казалось, что они со мной общаются. Я с ними общалась.* — А голос, голоса откуда шли? Со стороны, сверху, снизу? Или Вы слышали как-то иначе? Вот Вы меня сейчас слышите так, как... — *Ну, я Вас слышу ушами.* — Ушами. А там? — *Вот по прямой, по прямой линии.* — Да. А там по-другому? — *А там по-другому, да.* — То есть не ушами? — *Нет.* — А чем? — *Ну, головой.* — Головой. — *Да.* — А какие голоса? Это голоса, то есть не видения, да? То есть Вы как-то разделяете их. — *Да.* — А каких голосов было больше в течение всего времени? Те, которые Вы слышали, как ушами, но никого не видно, или те, которые Вы слышали в голове, головой, мыслями? — *Больше головой, мысли у меня были... Вот ушами я слышала английское пение, раз еще было такое.* — А откуда оно, откуда оно шло? — *Откуда-то, я не знаю, откуда-то... Вот я услышала... — Со стороны? — Сейчас, подождите... Я тут стояла. Правым ухом, правым ухом.* — Ага. Катя, тогда спрошу еще у Вас такой вопрос. То есть бывает иногда состояние, когда вокруг обстановка необычна, да? Вот Вы слышали английское пение. — *Да, да.* — А было так, что райские там птицы или какие-то еще необычные голоса, которые характеризуют не наше окружение, не там, где Вы находитесь, а что-то выше? Ну, скажем, что-то, связанное с Богом, с религией, с раем, с адом — что ближе. — *Ну, с адом было.* — Было? А это голоса чьи? — *Ну, я так понимаю, что это голоса бесовские были, которые мне говорили,*



что наркоманить нельзя. — То есть внешне говорили, мысленно, да? — *Я вот сегодня читала “Откровение”, допустим, и там говорится, что есть зверь в виде дракона, у которого десять рогов, на нем...* — Я как-то не улавливаю, слишком много информации. Мы стараемся ее как-то сузить, а сейчас много. — *В общем, я сегодня читала “Откровение”, то, что есть дьявол и есть его сообщник, сообщество, которым он дает власть над людьми, и, возможно, это был кто-то из них.* — Но я хочу все-таки уточнить последовательно. Было ощущение, что вокруг обстановка была другая? — *Да.* — Как будто это другая планета, или ад, или рай, или что-то не там, где Вы находитесь, не комната, а вот, Вы говорите, английское пение, что-то божественное. — *Нет, я находилась в комнате, вот это я понимала отчетливо.* — Это Вы понимаете. А было ощущение, что что-то видели или чувствовали иноземное? — *Ну, вот колесницы я видела.* — Колесницы. — *Да.* — Какие колесницы? — *Ну, такие вот, допустим, когда вот в колесницах такое вот... Нарисовать не могу... Ну, вот у кого вот баранка такая круглая, с такими?.. Штурвал.* — Ну, у водителей? — *Не у водителя, а у водителя парохода или вот корабля, вот такая вот, с такими этими...* — Штурвал, да? — *Да, штурвал.* — А море было вокруг? Море или что-то... — *Нет, это было колесо. Это было колесо от колесницы, просто с такими вот палочками.* — То есть у Вас масса каких-то сложных ощущений — и английское пение, и бесы, и дьявол... — *Да.* — ... и вот какие-то фрагменты необычных восприятий, то ли колесо, то ли еще что-то вот такое сложное. — *Да.* — Ну, еще я один момент хочу уточнить. А было ощущение, что вокруг Вами восхищаются, что Вы чувствуете себя королевой или как будто бы какой-то принцессой? — *Было.* — Вот расскажите, как Вы это чувствовали. — *Ну, ничего не было, просто благородное ощущение такое. Ну, как?* — Нет, не только сегодня. — *Подъем вот с утра был.* — Нет, подъем настроения... А вот ощущение, что Вами все восхищаются, все преклоняются, что Вы как королева, что вокруг все ведут каждый себя, как будто Вы командуете миром или еще что-то? — *Нет, ну, такого не было. Просто опять же, все люди, как бы они взаимосвязаны между собой, и у каждого свои мысли. Вот мы общаемся — у Вас мысли обо мне возникают, у меня мысли о Вас возникают. Это все зависит от того, у кого какая сила воли, у кого какой мыслительный процесс, кто кого словит в этом разговоре.* — Ну, в общем-то, да, но я спрашиваю про Ваши необычные ощущения. И еще тогда момент. Скажите, вот Вы говорили, там дьявол, бесы... А было ощущение, что мир разделился как бы на две половины, добра и зла? — *Было. Когда, у меня было ощущение, что меня везут в ад.* — А почему такое было ощущение? — *Не знаю, мне казалось, что меня везут в ад.* — А почему казалось? Что было похоже на ад? Может быть, сетки, может быть, как-то вот... — *Черная дорога, серая, угрюмая обстановка, черно-белые цвета, и вот...* — Екатерина, я хочу уточнить, это

просто ощущение, что похоже, что показалось? Или прямо было ощущение, что везут в ад, что это действие совершается? — *Это было сомнительное ощущение такой имитации.* — А долго оно длилось? — *Пока я ехала.* — То есть пока ехала, ощущение было непонятное, что почти как в ад? — *Да.* — И в тот момент Вы не сомневались, что это ад может быть. — *Ну, бывает и такое, но навряд ли. Навряд ли.* — А те, которые добро оказывают, те, которые ангелы или еще какие-то силы добрые, они тоже есть? — *Да, конечно.* — А как Вы их чувствуете? — *Ну, они мне говорят какие-то хорошие вещи. Я их просто отделила.* — И тоже так мысленно, да? — *Иногда мысленно, иногда я просто вот визуальную картину себе представляю, то есть я вот вижу, как бы как будто. То есть не вот таким вот, как я Вас вижу, естественным путем.* — А представляете или показывают картинку? — *Ну, было такое, что показывают.* — Показывают. А как это Вы видели? — *Ну, это я помню. Я находилась в 13-й больнице.* — Не во сне, да? Вот это было, прям как будто бы происходит с Вами. В голове? — *Для меня это несвойственно, это не из моей головы.* — А эту картинку кто-то показал? — *Я не знаю, кто ее показал.* — А как она возникла? Она возникла как картина или возникла, как будто бы Вы там находитесь? — *Нет, как картина.* — Как картина, да? И еще несколько моментов. И еще у меня к Вам вопросы. Скажите, пожалуйста, а бывает такое, что Вы не можете двинуть ни рукой, ни ногой? Вот как будто бы заторможена, скована? — *Нет, до такого тяжелого я не доходила состояния.* — А без лекарств не было такого? Вот когда дома была, лежала и не могла подвигаться. — *У меня было такое, что я не пила таблетки, но потом перестала пить... А нет, наоборот, я пила. И вот у меня было такое, то, что почему-то глаза выбивало, глаза закатывались наверх, руки дрожали.* — Я про другое. А было ощущение, что как будто бы двинуться не можете, что вот застыла — ни говорить, ни пить, ни есть, ни думать. Вот как будто бы... — *В нирвану, что ли, впадала, да?* — Ну, почти. — *Ну, что-то наподобие, может быть, и было.* — Тоже такие состояния знакомы. — *Да.* — И еще тогда вопрос у меня. Скажите, пожалуйста, а как Ваше настроение? Как Вы оцениваете Ваше настроение? У Вас настроение хорошее или плохое? (При этом ведущий приподнимает руку пациентки и рука остается в приданном положении на несколько секунд. Затем ведущий несколько раз хлопает в ладоши, и пациентка повторяет эти движения. Потом ведущий опять приподнимает руку пациентки и оставляет в этом положении). — *(Пациентка смеется.) А с рукой мне что делать?* — А я Вам ничего не говорил. — *А я повторяю.* — А зачем? — *Чтобы это, мыслей не было в голове.* — Вот вроде бы вначале мы так сильно с Вами не веселились, говорили о не очень веселых вещах, а Катя-то развеселилась, да? Ну, хорошо. — *Вы сейчас пальчик покажете, нет?* — Нет, ну, я пальчик не покажу. Скажите, вот тогда давайте мы поговорим о настроении. Оно у Вас всегда такое изменчивое? Или бывает



все-таки, когда тоска, грусть? Как-то настроение меняется в течение этого периода? Мы пока прошлое не берем. — Ну, как сказать? Ну, бывает, меняется. — Как-то без причины. Вот, допустим, душа болит, жить не хочется, все вокруг мрачно, вот ощущение вины, что вот... — Нет, бывает ощущение вины, но такое мрачное ощущение, то, что не то что не хочется жить, а тоска какая-то, точнее, грусть и печаль. — А когда это у Вас бывает, и как долго это бывает? — Ну, как правило, это недолго. — Недолго бывает, да? Но обусловлено какими-то причинами? — Ну, я думаю, да. Я начинаю вспоминать свою прошлую жизнь, я начинаю думать о своей настоящей жизни, я начинаю задумываться о своей будущей жизни и понимаю то, что все это как-то мрачно. — То есть Вы так считаете, что у Вас жизнь не сложилась? Не так, как хотелось бы. — Ну, она мрачно складывается. — А почему тогда веселое настроение? — Не знаю. А чего, мне плакать? — Скажите, а наркотики? Вот у Вас большой период употребления наркотиков. — Да. — Как это получилось? Вот Вы вначале была такая очень скромная, стеснительная, ну, во всяком случае, из доклада Вашего доктора я услышал, а потом, как Вы попали в эту компанию асоциальную? — Ну, я постоянно радовалась, что я не пью алкоголь. У меня папа не пьет — вообще, абсолютно не пьет, там ни под каким предлогом. — Художник папа, да? — Да. Вот мой папик по образованию повар, а по профессии участвует в отборах работ, вот, и он не пьет. Я тоже не пила. А тут в одной из компаний мы с моим папиком сели, и пришел Паша с Димой, два мальчика, взяли денег в долг. У нас как раз были деньги. Я им даю деньги, они приходят и говорят: “Мы у тебя в долг брали. Хочешь?” Я говорю: “Ну, как? Не то, что хочу или не хочу, — я не знаю”. — Ну, в общем, так получилось, да? — И вот мы вдвоем думаем, с парнем сидим, а мы вдвоем думаем, делать нам это или не делать. Решили попробовать такой вариант. — А потом как Вы? Появилось желание? Или опять-таки вот какие-то случайные моменты — кто-то пришел, кто-то угостил? — Мне сказали: “Хочешь? Я тебе верну 600 рублей долг”. — Ну, то есть опять вот такие моменты, да? — Да. — А потом у Вас были и судебные дела, да? — Да. — А воровали Вы зачем? — Я не знаю. Ну, брюки я ukrала, потому что у меня друг ukrал брюки, мне тоже захотелось чего-нибудь свистнуть. Думаю: чего? Он свистнул, и я чего-нибудь свистну. Потом... — Но Вы понимали, что это ответственность уголовная? — А, как-то не задумывалась. — Не задумывались, да? — Это было еще до 18 лет, и мне как-то было по барабану. Я не думала о том, что суд, не суд. — Скажите, а сейчас у Вас есть ощущение, что кто-то следит, наблюдает, кто-то хочет Вам что-то плохое сделать? — Неа. — Я еще хочу спросить, а были моменты?... Ну, про наркотики, ладно. Сейчас вот тяги нет никакой, да? Или есть? — Ну, вот у меня была возможность связаться с девушкой, которая мне предложила употребить наркотиков. Вот Эдуард Юрьевич ее знает. Шумарская Олеся, ко-

торая лежала у нас в отделении. Она мне предложила: “Давай встретимся, купим наркотиков”. Я отказалась. — Ну, я смотрю, Вы легковесно к этому относитесь, да? — Я отказалась, я отказалась. — А у Вас не было такого элемента — ломка? — У меня ломки не было. — Не было никогда ломки? — Нет. — А Вы знаете, что это такое? — Ну, когда руки дрожат, когда в голове... — А почему не было? — Потому что не я употребляла наркотических препаратов, которые связаны с ломкой. — А какой-то кайф Вы получали, вот какое-то удовольствие получали? Или все больше как-то тут условно — угостили, дали, должна, взяла? — Ну, какое удовольствие? Удовольствие — ходить 8 часов. Потом тебе хочется, пройдет, наорать на этого человека. Такие заморочки. — (Ведущий делает круговые движения рукой, хлопает в ладоши, пациентка повторяет) Зачем повторять? Мы уже это обсуждали. — Да блин! Ну зачем Вы все это делаете? (Смеется.) — Я Вам ничего не делаю. Это я себе делаю. Катя, скажите, пожалуйста, какие у Вас планы на будущее? — (Смеется.) — Кто это Вас так развеселил-то? Какие планы на будущее? Что Вы хотите делать? Я так понял, что Вы не учитесь, не работаете. — Я хочу пойти работать курьером. Ну, вот я работала курьером, курьерская служба, и машины, и документация, и меня отправляли один раз на разведку на Кожуховскую. Там огромный стенд был сделан. — Нет, это все понятно. — Можно пойти туда и устроиться логистом. — Ну, не будем сейчас расплываться. Я хотел уточнить, вот Вы не работали? — Я работала, работала. — Чуть-чуть. — Ну, немножко, полтора года. — А почему не остались? А почему не получалось больше? — Ну, может быть, наркотики мешали, может быть, просто я пыталась устроить свою личную жизнь. — А вообще Вы себя больной считаете или нет? Есть у Вас болезнь? Вы уже много раз в психиатрической больнице, но последний раз как бы без Вашего согласия, насколько понял. Надо Вам ложиться? Нужна Вам помощь, я имею в виду, в больницу ложиться? Лечить Вас надо? Болезнь есть психическая или нет? — Ну, я ее особо не наблюдаю. По крайней мере, если я наблюдаю за собой какие-то подозрительные моменты, которые меня пугают, они меня пугают, да, и в больнице мне во многом помогают, потому что здесь я как бы нахожусь под присмотром, я понимаю, что... — Но все-таки болезнь есть или нет? Что Вас пугает в плане своего состояния? — Меня пугает то, что я могу пойти в какой-нибудь разнос, совершить какой-нибудь поступок, что-нибудь не то сделать. — А Вы это сами делаете или как-то иначе? Почему Вы это делаете, если Вы этого не хотите? — Ну, я фиксирую. — А вот эти вот голоса, которые бывают, они чаще какого содержания? Вот мы не договорили об этом. То есть разного, да? — Да. — Советы, и советы дают, и хвалят, и ругают. А дают какие-то команды? — Ну, покончить жизнь самоубийством говорили явно. Такое было, команда. — Но все-таки болезнь Ваша, в чем заключается? — М-м... Вот этого я не... — Трудно ска-

зять, да? — *Наверное, то, что я вижу и замечаю то, что не замечают окружающие, отношусь к этому, наверное, как-то по-другому. То есть моя болезнь заключается в том, что я отношусь к некоторым вещам не как, к этому относятся другие люди.* — Ну, в общем, сложно, но понятно. Катя, и еще у меня несколько вопросов. Скажите, а были моменты, когда Вы обнаженная где-то ходили. — *Да, было.* — Вот с чем это связано? Почему это получилось? — *Это захотелось самовыразиться, потому что Ева была падшей девушкой. Я была падшей Евой.* — То есть Вы специально как-то раздевались и ходили? — *Ну, у меня вот как вот горло, такая рука вот сжимает горло, вот появляется мысль.* — Ваша рука или чужая? — *Не знаю, чья, потому что у меня вот мыслей нету.* — Ну, вот Вы раздевались сами или?.. — *Вот в прошлый раз, да? Например, мысль, вот у меня есть мысль. А откуда у меня мысль? Чья она, моя или не моя?* — Вы не отличите? — *Да.* — Где? — *Аптека.* — Ассоциация такая, да? — *Я не знаю, ассоциация или голос.* — (Ведущий рассматривает рисунок на тыльной стороне запястья левой руки пациентки) Там зверь нарисован, да? — *Нет, там зверь не нарисован вообще.* — А откуда у Вас именно зверь тогда здесь? — *Ну, потому что, что аптека — это как бы ... такое дьявольское место, где происходит хула некая над человеческим организмом.* — Но ведь аптеки нужны для помощи людям, и они хорошие. — *Ну, опять же, бывают. Те аптеки, в которые ходила я, они явно не такого плана.* — То есть Вы какие-то места чувствуете, которые на Вас действуют отрицательно? — *Да.* — Энергию как-то качают и передают? — *Да. Ну, типа того.* — То есть все-таки какое-то воздействие идет. Скажите, а воздействие идет — только вот, мы говорили, голоса, мысли? А было так, что руками управляют, ногами управляют, заставляют куда-то идти, что-то делать? Не сама, а как будто бы робот, как будто бы кукла. Не можете понять, да, то, что я спросил? — *Такого я не помню.* — То есть не было такого воздействия, чтобы Вашим телом управляли или внутренними органами, там сердцем, еще чем-то, дыханием, эмоциями? — *Эмоции — это эмоции окружающих, я сама.* — Скажите, а у Вас были состояния такие, которые Вам, ну, непонятны, не помните? Допустим, пошла в сторону магазина, а оказалась на площади, что-то сделала, Вам говорят, а Вы не помните. — *Такое бывает.* — Ну, расскажите о таких моментах. — *Что я могу взять ножницы и через 3 секунды забыть, куда я их положила.* — Это другое, это другое. А так, чтоб что-то делала, а потом не помнить? Вдруг ты оказалась в другом конце города, как туда попала — не помнишь, как — ехала или шла, или еще каким-то образом. — *Ну, под наркотиками было.* — Под наркотиками, да? — *Да.* — Устала? — *Нет.* — Скажите, а сейчас настроение хорошее или плохое? — *Нормальное.* — Уже нормализовалось? — *(Смеется.) Вы сейчас еще раз вот так вот руками сделаете, мне вообще будет...* — Ну, а если сделаю? — *Ну, все, я рада.* — И планы какие? — *Устроиться на работу,*

*накопить маме на машину, может быть, заняться пилингом в домашних условиях, приводить клиентов.* — А семью создать? — *А семью создать не получится — у меня ВИЧ-инфекция.* — А Вы знаете об этом, да? — *Она у меня полгода.* — Я специально не касался этого вопроса, потому что вопрос деликатный, но тем не менее. Вот когда Вы узнали об этом, Вы как отреагировали? Вот Вы услышали... Вам как сказали, во-первых? — *Ну, меня расслабили. Мне сказали то, что вот есть такой...* — Врачи сказали? — *Да, врач сказал, что есть такой Осзи Осборн, который там колет всю свою жизнь одним шприцом. Они все болеют ВИЧ-инфекцией уже 30 – 40 лет, и что “ничего страшного, все будет нормально. Заведи себе молодого человека, мы тебе сделаем проверку, и так далее, и тому подобное, и будем вас контролировать, будете вместе принимать терапию”.* Я говорю: “Это как вообще, нормально, что я буду кого-то заражать ходить, да, и потом мы будем здесь принимать терапию?” — Опять мы о другом. Я спрашиваю вашу реакцию. — *Ну, моя реакция была вот такая. Я описываю реакцию, что я высказывала врачу.* — А потом было вот какое-то чувство, ну, тяжелое? Вы, наверное, разные слышали прогнозы этого заболевания. Другими словами, потрясло Вас это, переживаете Вы об этом, или, ну, болезнь — болезнь, ничего страшного, будем лечиться, и все? — *Ну, переживаю, но это очень глубоко пока что. То есть пока это, ну, как бы не проявляется вне.* — То есть глубоко в сознании, что Вы это сами не чувствуете? — *Я действительно глубоко за все переживаю, пока вот внешне это никак не проявляется. Я понимаю, что мне не спать с мальчиками, я понимаю, что мне там не завести детей. То есть мне надо будет либо завести специально молодого человека, чтобы его привести сюда и добиться, чтобы был постоянный мониторинг.* — А как Вы это сделаете? — *Ну, я вот хочу найти того, кому я могу сказать об этом. Как бы вот у меня был молодой человек, он говорит: “Хорошо, я буду с тобой до конца твоей жизни. Надо сходить в больницу, значит, сходим в больницу. Пускай так будет”.* — Ладно. А вот у Вас веревочка — это от чего? — *А это мне сестра подарила на 8 Марта.* — Но она какой-то знак ведь, да? — *Да.* — А что это значит? — *Это значит, что я люблю свою сестру.* — А вот эти у Вас микозы? — *Это абсцесс, абсцесс.* — Ага. А вот там? — *Ожог.* — А почему ожог? Вы не чувствовали, что ли? Как это получилось? — *Наркотический ожог. Много уколов. Это вот маленькие дырочки, и поэтому...* — А-а... Я просто к тому, что не было все-таки состояний, чтобы теряла сознание, падала на ровном месте? — *У меня был один раз случай, когда я вот разделась в очередной раз и пошла по улице. Было в Вишняках...* — И Вам было не стыдно и не страшно, и ничего? — *Нет. Было в Вишняках дело. Меня проводили до 15-й больницы, там мне сделали укольчик, я отлежалась, мне дали одежду, какую-то робу, и я в этой робе в прозрачной в такой, я в ней сбегала и каким-то образом я оказалась в Балашихе.*

Каким — я не помню. — Мы опять о другом. — *А вот это я просто вспомнила.* — А, то есть каким-то образом оказалась в Балашихе. — *Да.* — А как — не помните. — *Нет.* — Я об этом спрашивал, Вы не говорили. — *Ну, я просто не помнила. Я сейчас вспомнила — говорю. Это мне мама, по крайней мере, так рассказывала.* — Пожалуйста, какие вопросы к Екатерине Геннадьевне? Есть вопросы?

— Руководитель 7-го психоневрологического диспансера. Я хочу уточнить вот что: а как у Вас с настроением? — *Ну, когда как. То есть я, в принципе, всегда была на позитиве.* — Вот сейчас у Вас приподнятое нормальное настроение? Приподнятое? — *Ну, да, то есть я вот как улыбалась, так я вот все время улыбаюсь.* — А периоды спадов у Вас были? — *Ну, вот были периоды, когда вот начинались вот те самые голоса, когда я ходила вот такая, перекошенная.* — А сколько времени длилось это примерно? — *Ну, где-то, может быть, когда минут 40, когда несколько недель, когда месяц.* — А потом сразу наступало такое хорошее настроение? — *Да.* — А чего больше было — хорошего настроения или спадов? — *Не могу сказать. Последние 4 года, наверное, и то, и то у меня как-то вот с перерывами. А до этого, конечно, было только хорошее настроение.* — Только хорошее. Скажите, пожалуйста, а содержание голосов меняется в зависимости от Вашего настроения? — *Не знаю.* — Ну, хорошее, то есть иногда они говорят приятные вам вещи, а иногда неприятные. Вы это отслеживали? — *Нет, это никак не меняется. Допустим, то же самое вот у меня хорошее настроение, я в хорошем настроении иду выкурить сигарету, у меня все замечательно и круто, и тут мне резко: “Ты сделала не то, ты сделала неправильно”.*

— Меня зовут Александр Эдуардович. Скажите, пожалуйста, вот Вы голоса какие-то начали слышать в детстве. — *Да.* — Можно сказать, что эти голоса идут через всю вашу жизнь? Или они совсем поменялись, стали другими? — *Ну, они отчасти поменялись.* — Отчасти поменялись. — *Да.* — Но на протяжении длительного периода можно сказать, что это одни и те же голоса, скажем, там бесы и какие-то светлые силы? — *Нет, то, что это бесы и светлые силы, это я и так знаю, потому что они, ну, вот постоянно, то есть либо те, либо те со мной разговаривают, но то, что они говорили: “Не пей, не кури”, — и так далее, и тому подобное, то здесь они меня укоряют за мои поступки. И иной раз бывает, что говорят наоборот сделать что-то то, что я не хочу делать. Например, у меня не было такой мысли, и вот она появилась.* — Но я говорю вот о чем. Если голос обычный, да, допустим, голос в телефоне, Вы всегда его можете распознать, какому человеку он принадлежит, если человек уже звонил. — *Да, да, да. Я вообще не понимаю, чей это голос.* — Не понимаете. — *Он не мужской и не женский, он беззвучный.* — Но это всегда он один и тот же или это разные голоса, Вы различаете их? — *Я понимаю по тому, о чем они говорят.* — По содержанию. — *Да, по содержанию.* — И такой у меня во-

прос. Вот Вы принимаете наркотики, Вы слышите голоса. Вот как бы Вы сказали по времени это связано, да? Допустим, когда Вы слышите много голосов, Вы не принимаете наркотики в этот период или принимаете чаще? Как чаще? Как это связано между собой? — *Ну, вот у меня был подсадной, пил наркотики. Я слышала голоса, которые мне говорили: “Трудись, старайся там, то-то, се-то. Не звони Сереже Волкову, потому что у него есть жена, ему нельзя звонить”.* (Смеется.) *Вот, то есть такие голоса.* — То есть чаще голоса, когда Вы не принимаете наркотики? — *И когда принимаю — тоже.* — И никакого нет значения, да, никакой нет связи? — Спасибо.

— Катя, скажите, пожалуйста, а психоактивные вещества какие, кроме амфетамина? Пальцы, драпы Вы использовали при этом? — *Палец я пробовала курить один раз. У меня были сильные конвульсии. Никаких галлюцинаций у меня не было, были сильные конвульсии.* — И все, у Вас не было желания или не было возможности? — *Не было ни желания, ни возможности, ничего. Я не хочу с этим связываться.* — Вы для себя решили сами. — *Да, да.*

— Катя, а после вот этих галлюцинаций, после вот этих голосов, как у Вас с ними? — *Тормозит, и меня отпускает, вот так вот. (...).*

— А скажите, пожалуйста, вот Вы часто убегаете из дома, и расскажите, с чем это связано, только ли влечением к наркотикам, да, чтобы их найти, или может быть, из дома Вам хочется убежать, Вам просто дома, например, не нравится? — *Из дома хочется убежать. Я не могу долго находиться в одном месте, мне хочется куда-то пойти, что-то сделать.* — А дома нечего делать? — *Нет, ну, дома можно убраться, можно что-нибудь приготовить, но мне хочется почему-то куда-то пойти и сделать что-то другое.* — А не связано ли это с Вашими взаимоотношениями с родственниками, например, с бабушкой? — *Ну, в принципе, нет, мы ругаемся, но я понимаю, что она все равно постоянно меня поддерживает, постоянно со мной таскается туда-сюда там по разным заведениям, она мне помогает, поддерживает меня. Даже несмотря на то, что меня отправляют сюда, и мы часто из-за этого ссоримся, все равно.* — Ну, то есть Вам нравится быть дома с бабушкой и хочется продолжать там быть, жить у нее? — *Ну, мне не нравится то, что она играет, допустим, в этом. Подсела на компьютер. Мне это не нравится.* — Вам он просто нужнее. — *Да.* — Хорошо, спасибо.

#### Ведущий:

— Еще вопросы есть? Катя, у меня еще вопрос возник. Скажите, а вот сейчас Вы слышите эти голоса? — *Пока нет.* — Ну, вот я имею в виду не прямо сейчас, а вчера, позавчера, вот в эти дни? Что-то бывает, что возникают такие? — *Ну, вчера, когда я общалась с психологом, мне сказали: “Не говори, не думай”.* — Все-таки голоса все время есть, бывают? — *Этот голос сказал просто: “Не думай об этом. Не говори”.* — А кто это такие вообще? — *Мне кажется, вот это — это была моя интуиция, просто которая говорила:*



“Не говори, нельзя”. — Это внутренний голос был, да? Ну, вот для себя, то есть Вы не управляете этим голосом? — Ну, да. — Ладно, спасибо. Еще вопросы?

— Но это просто мысли или голоса? — Когда как. — А когда как? — Когда это поток мысли, когда это что-то, что я не понимаю, откуда это берется. — Но разница есть, то есть когда это голоса, а когда это вот поток Ваших мыслей? — Ну, разницу я ощущаю, наверное, да, потому что поток мыслей, он... Вот сейчас идет вот мысль — я просто говорю. А бывает такое, что я молчу, и у меня в голове куча всего, и эта куча всего, помимо всего прочего, я думаю, думаю, думаю, и тут — бац! — какое-то слово прокручивают в голове, о котором я вообще не думала и которое не знала. Я просто говорю, и тут: “Дурачок”. Вот если выскакивает слово, откуда это слово взялось? А вот со стороны. А вот со стороны. Не знаю, я об этом не думала, на эту тему не рассуждала. Вот как-то так.

Ю. С. Савенко:

— Вот скажите, Вы назвали сейчас свои цели и сказали, что одной целью купить... — Машину. — Машину маме. — Да. — А почему маме? — А потому что мама, когда покупала квартиру, она ее оформила в равных долях — половина моя, половина ее, и она платит за кредит сейчас за нас обоих. — А Вы вообще как относитесь к своей маме, к папе? — Я их люблю. — Любите? — Да. — И ругаться любите? Или по-настоящему любите? — Ну, наверное, на дистанции всех люблю, потому что, если бы я их любила очень сильно, я бы, наверное, уже давным-давно бросила наркотики, как-то себя пересилила. Но, в принципе, я к этому и стремлюсь. Вот я сейчас с твердой верой, что у меня начинается новая жизнь, чего больше в моей жизни не будет, хочу также избавиться от сигарет, потому что сигареты — это тот же самый наркотик. И вообще отличить наркомана от алкоголика или от курильщика — это абсолютно глупо, потому что у всех поступки разные, конечно, там, может быть, алкоголик не пойдет воровать, убивать, там наркоман не пойдет, а курильщик не пойдет в Белый дом, я не знаю, там какие-то вот разные такие вещи. — В Белый дом? — Ну, куда-нибудь туда, избираются куда, не пойдет, вот. А при этом... Ну, не знаю, я забыла, чего хотела сказать. (Смеется.) — Выскользнула логика. — Да. (Смеется.) — Еще один вопрос. Вот эти голоса, которые Вы слышали, а только Вы их слышали или их еще кто-то слышал? Другие люди слышат, или только Вы? — Ну, не знаю. Те, кто читал “Откровения”, мне кажется, слышал до меня. — Они только Вам предназначались или и для других людей тоже? — Я думаю, и для других людей тоже, бесспорно. — Для других. — Ну, конечно.

**Ведущий:**

— А Вы только что говорили, что Вы слышите и чувствуете то, что другие не чувствуют, и в этом болезнь. — Да, но, опять же, это говорится не только для меня, это могут послушать также и другие люди. — Подслушать? — Не подслушать, а послу-

шать с моих слов. С моих слов, со слов каких-то в книгах, со слов других. Это предназначается для многих, просто к моей голове это подсоединено. — Хорошо. Еще, пожалуйста, вопросы. Есть вопросы еще?

Вопрос из зала (не представились).

— Вот как-то не прозвучало вообще. А как Вы спите? Как у Вас со сном? — Кошмары снятся. — Они постоянные? — Нет. — А когда они снятся? — Ну, в последний день меня миновало, а за неделю до этого мне снился “Кошмар на улице Вязов”. — И что, прямо фильм или как? — Ну, не прямо из фильма, а что меня вот этими своими когтями, в принципе, развязывает, это было. У меня ощущение, когда мне во сне снится, что я употребляю наркотики, а просыпаюсь, и у меня такое ощущение, как будто я их употребила. И мне становится очень нехорошо от этого. — А бывает ощущение, что фильм? — А? (Смеется.) Как? — Кстати, бывает ощущение, что фильм показывают? — Показывают? Ну, вот у меня в детстве был колобок такой, которому я заказывала сны. — И он показывал. — И он показывал, да. — А в детстве — это сколько лет было? — Я не помню. Я еще маленькая была. Это было еще до того, как я посмотрела Фредди Крюгера, а его посмотрела лет в 8, наверное. — Понятно.

**Ведущий:**

— Я так понимаю, что вопросы закончились, да? Тогда: Всего хорошего, Катя. Послушаем мнение лечащего врача.

**Врач-докладчик.**

— Итак, рассматривается случай психического заболевания у ВИЧ-инфицированной пациентки, длительное время употребляющей наркотические психостимуляторы и суррогатные наркотики. Клиническая картина психического заболевания, которое мы наблюдаем, проявляется, прежде всего, в вербальном псевдогаллюцинозе, который имеет стойкий, затяжной характер, в прочувствованном полисемантическом бреде с элементами мегаломании и интерметаморфозы злого могущества, наличием элементов психического автоматизма и высокой амплитудой эмоциональных колебаний в остром психотическом состоянии. При этом бредовые переживания, эмоциональные расстройства и автоматизм приобретают свою максимальную актуальности при нарастании интенсивности вербальных галлюцинаций и довольно-таки быстро дезактуализируются от времени затихания голосов. Такая симптоматика позволяет квалифицировать все это как синдром Кандинского — Клерамбо и предположить наличие у пациентки эндогенного процессуального прогрессивного заболевания. В пользу данного допущения можно отнести наследственную психопатологическую отягощенность — отец болен психическим заболеванием, инвалид II группы, и возникновение элементов прогрессивирования симптоматики, то есть голосов, в раннем подростковом возрасте, их актуализация даже и без приема наркотиков, состояния разделительные, наркологические, переходящие в хронический характер вербаль-



ных псевдогаллюцинаций, о которых она нам рассказывала. Вместе с тем, рассматривая преморбидные предпосылки развития заболевания, мы не отслеживаем всех нарушений развития личности, свойственных непосредственно процессуальным заболеваниям. Это не пограничные, не шизоидные, и даже не хотя бы обсессивно-компульсивные типы. Пациентка развивалась как тревожная, зависимая личность, с высокой нереализованной потребностью в признании и самореализации, что, собственно говоря, и явилось причиной алко- и наркотизации, а в дальнейшем девиантного и дерзкого поведения. При этом надо учитывать крайне ранний опыт употребления тяжелых наркотических амфетаминов. В 14 лет она первый раз попробовала “винт” и с этого времени постоянно употребляет наркотики, и суррогатные, с выраженным нейротоксическим действием, когда формирование личности, то есть в настоящем возрасте, да и всей центральной нервной системы еще не было завершено. С четырнадцатилетнего возраста и до настоящего времени, то есть 12 лет подряд, практически постоянно наркотики — психостимуляторы, амфетамины, их суррогаты, с единственным значимым светлым промежутком 2 года — с 17 до девятнадцатилетнего возраста. Все остальные промежутки были крайне непродолжительными, 1–2 недели максимум. В наркологической и психиатрической практике описаны амфетаминовые психозы, которым свойственны полиморфизм, проявление галлюциноза как зрительного, так и вербального, и не только острого, но и хронического, с острым чувствованием, психическими автоматизмами, маниакально-депрессивными расстройствами. В пользу органического, в данном случае интоксикационного генеза психических расстройств также говорит удовлетворительная сохранность психической оценки пациенткой своих болезненных переживаний после выхода из острого психотического состояния, минимальные проявления негативных эмоционально-волевых расстройств, свойственных эндогенному процессуальному прогрессивному заболеванию. Несмотря на четко не выраженные психотические расстройства, которые наблюдаются вне наркотизации, самые выраженные по своей охваченности болезненные переживания, максимально отражающиеся на поведении и общем состоянии пациентки, наблюдаются в периоды все-таки метамфетаминовых эксцессов или сразу же вслед за ними. ВИЧ-инфицирование и необычно быстрое развитие иммунного статуса вирусной интоксикации, в течение одного года — вот в 2016 году обнаружили, и она поступила к нам с величайшей вирусной нагрузкой. По выводам ряда исследований предполагается изменение клинической картины психических расстройств в виде стертости и размытости остроты психопродукции и максимально выраженной дефицитарной симптоматики, что у данной пациентки не наблюдается. По результатам проведенного — и это очень важно — экспериментально-психологического исследования выявлены симптомы аффективных рас-

стройств, как изменение эмоционально-личностных сфер, характерные для пациентов, клинически независимых. Не обнаружено явных симптомов интеллектуально-мнестического снижения, что говорит о хорошем реабилитационном потенциале. При исследовании процессов обобщения в ходе анализа выявлены преимущественно именно динамические расстройства мышления, то есть изменение темпа мыслительной деятельности, множественность ассоциаций, лабильности, тогда как нарушения мотивационной составляющей мышления, то есть по содержанию, гораздо менее выражены и отходят на второй план. Известно, что при анализе мыслительной деятельности при процессуальных прогрессивных заболеваниях выявляются прежде всего грубые нарушения именно в мотивационной составляющей анализа, то есть клинический патопсихологический симптомокомплекс, а динамические расстройства, которые преобладают у нашей пациентки, при шизофрении имеют второстепенное значение. И учитывая вышеизложенное, наша точка зрения, наша позиция: целесообразно остановиться на клиническом диагнозе **“органическое шизофреноподобное расстройство в связи со смешанными заболеваниями интоксикационного генеза и ВИЧ-инфекции”**, и сопутствующий наркологический диагноз **зависимости от ПАВ-психостимуляторов II степени. ВИЧ-инфекция в стадии 3-я клиническая.**

#### Ведущий:

— Спасибо большое. Есть вопросы к лечащему врачу по выступлению, по формулировке диагноза? Пожалуйста.

— А как в это укладываются галлюцинации в восьмилетнем возрасте? — *Галлюцинации в восьмилетнем возрасте, как это прозвучало здесь сегодня, вчера еще это звучало в десятилетнем возрасте. Сегодня она говорила о том, что эти галлюцинации были в восьми — десятилетнем возрасте. Это был единичный эпизод, когда пациентка хотела украсть заколку у своей подруги в больнице, и услышала, как она говорит, голос, который запрещал ей это делать. Второй эпизод, который она четко описывает, опять же в детско-подростковом возрасте, относится уже к возрасту 15 лет, и заметьте, это уже было через год после того, как она стала активно употреблять метамфетамин. В пятнадцатилетнем возрасте, когда она снова — она сегодня это рассказывала — она захотела закурить, но голос ей сказал: “Не стоит этого делать”. Это уже было после того, как она целый год, незрелая четырнадцатилетняя девочка, употребляла тяжелый “винт” амфетаминовой природы.*

— Будьте добры, когда впервые в наркологическом стационаре пациентке был поставлен диагноз зависимости? Вот я вижу зафиксированный диагноз в наркологическом стационаре. То есть не в психиатрическом, а в наркологическом. Я думаю, она была в 13-й больнице. Когда все выявилось, когда был поставлен диагноз наркологической зависимости от

психотропных веществ? — *Не могу ответить. У нас просто нет каких бы то ни было действительно клинических и достоверных анамнестических сведений. Есть у наших коллег из наркологических стационаров, но они нам их не предоставили. Мы даже не до конца получили основные сведения от непосредственных коллег из 13-й психиатрической больницы, поэтому я не могу ответить.* — А в наркологической больнице она была только в 17-й или в 19-й? — *Она рассказывает, что несколько раз лежала в 17-й больнице, что она уезжала в специализированные центры в Орел, в Белгород, там проводила довольно-таки много времени. Она говорит: “Меня бабушка все время таскала по этим центрам”.* — То есть точное начало наркотизации, получается, только с ее слов? — *С ее слов, она впервые попробовала “винт” в 14 лет.* — Это понятно. Я имею в виду, документации нет, когда впервые это было сделано. То есть документации по этому поводу нет. — *Да, это не было задокументировано.*

— Как соединить заболевания хронического спектра с результатом психологической диагностики в связи с обнаружением вами нарушений внимания и так далее? Как вы объясните этот феномен? — *Прозвучало то, что у нее довольно-таки сохранены когнитивные функции. Там написано: “Значимых, явных интеллектуально-мнестических расстройств у пациентки не выявлено”.* — А диагноз — органическое расстройство. — *А диагноз — органическое. Могу примерно предполагать, что пациентка все-таки молодого возраста, и реабилитационный потенциал у нее в настоящее время еще достаточно высок.* — Память у нее не снижена. — *У нее кривая памяти — 7, 8, 10, 10, 10.*

— Да, еще один вопрос. Бесспорно, инфантильность свойственна началу процесса при органическом расстройстве. Но почему она застряла в том возрасте, к которому относится появление галлюцинаций? Галлюцинации с ее слов мы отвергаем, а наркотизации с ее слов мы доверяем. Но главный вопрос был, куда инфантильность укладывается? — *Инфантильность укладывается в то, что она развивалась как зависимая личность, как тревожная личность, но никак не шизоидная, никак не пограничная.* — Вот инфантильная, наивная, она собирается маме на машину зарабатывать. Очень странная история. — *Девочка с детства была белой вороной, аутисайдером, терпела насмешки. Платила деньги только для того, чтобы... Зависимые личности чаще всего, правильно, и начинают употреблять наркотики, алкоголь и связываются с асоциальными компаниями, и в итоге получается девиантное поведение.*

— Скажите, пожалуйста, а вот у меня еще вопрос — здесь, по-моему, налицо расширение симптоматики, что для органики, в общем-то, тоже не характерно, и, судя по анамнезу, там в какой-то момент прозвучало, что в отделении у нее даже были моменты онейроида. — *Не было такого.* — Ну, вот мне показалось, что-то было там из анамнеза, как она себя вела в отде-

лении. Ну, может быть, я не совсем правильно понял, но, тем не менее, расширение симптоматики тоже есть.

**Ведущий:**

— Спасибо. Кто хочет выступить? Кто хочет выступить либо в дискуссионном плане, свой диагноз предложить, либо подтвердить, который нам предложили врачи, лечащий врач? Пожалуйста, кто хочет выступить по поводу данной больной? Извините, и у меня к Вам еще вопрос. Вот сейчас, на данный момент оценка психического статуса — какой синдром?

**Врач-докладчик:** Параноидный. Маниакально-параноидный.

**Ведущий:**

— Хорошо. Пожалуйста, кто хочет выступить? Есть желающие? Ну, давайте, очень интересно.

**Зам. главного врача В. Н. Гладышев.** Хочу выступить, чтобы заострить дискуссию. В плане чего “органическая”, коллеги? Почему именно диагноз органический? Ну, потому что это не шизофрения, скажем так. Мы не можем поставить диагноз шизофрении и потому, что по всем формальным признакам у этой девочки, у этой молодой девушки нет шансов для того, чтобы мы ей поставили диагноз шизофрении. У нее есть массивная наркотизация в течение многих-многих лет, и поэтому мы не можем по существующей системе, по существующей классификации сказать, что пациентка страдает шизофренией. Какой синдром? Ну, вот действительно, Эдуард Юрьевич в своем разборе, указал, что имеется бредовая структура, но она очень сильно привязана к галлюцинаторной, просто прямая корреляция. Я бы, в силу опять-таки дискуссии, сказал бы более жестко — у нее синдром галлюцинаторный. По большому счету, у нее синдром галлюцинаторный, а бредовая ее структура, она обусловлена напрямую теми галлюцинациями, которые есть. Вот как раз в отношении расширения ее симптоматики. Ну, она у нее разнообразна. Я могу, так сказать, здесь согласиться с тем, что она разнообразная, с тем, что она полиморфная, скажем так, но говорить о расширении, о том, что у нее наступают периоды параноидизации, на мой взгляд, неправильно. Вся ее болезнь, вся ее структура, структура ее синдрома заключается как раз в галлюцинациях, которые в той или иной степени зависят от приема наркотических веществ. Что еще? Действительно, ее сведения, которыми мы располагаем, очень противоречивы, они порой взаимно исключают друг друга, и я думаю, что Эдуард Юрьевич, когда составлял свой доклад, был несколько в затруднительном положении. Нужно было, с одной стороны, подробно все оценить, а с другой стороны, сделать так, чтобы не получилась каша. Все объять невозможно. Поэтому, действительно, я поддерживаю, что была выбрана некая... ну, некоторый путь такой определенный в докладе, в докладе данной больной и ее симптоматики.

Наконец, скажем, какой синдром. Шизоидный? Может быть, так сказать?

— Амфетаминовый психоз? Вот амфетаминовые психозы, они же есть по структуре шизоформные, вы понимаете, и нам известны вот эти группы в соцсетях амфетаминовых психозов, что они между собой общаются вот примерно так и говорят: “Слушайте, меня уже вот это преследование, оно меня замучило, ты понимаешь? В метро меня преследуют все”. И он ему пишет: “Да, да...”, типа: “Ты сколько уже употребляешь?” — “Да я вот столько употребляю”. Понимаете, это все. Это шизофренический аутизм, это такая закрытость, это такая внутренняя переработка, это такой дефект... Да нет, все-таки основа, вот есть основа, а основа ее — сильная наркотизация, которая изломала, искорежила эту личность. Ну, ее нет, прежней личности, понимаете? Это личность, искореженная, к сожалению, массивной наркотизацией и глубоким изменением ее иммунного статуса вследствие ВИЧ-инфекции.

#### Ведущий:

— Спасибо большое вам. Еще, пожалуйста, есть у кого-нибудь комментарий? Разрешите тогда мне подытожить. Я не хотел бы, чтобы это был итог какой-то, и чтобы это было мнение, которое бы завершало все, потому что я не считаю, что я лучше Вас и больше Вас знаю, просто волей случая я оказался здесь в плане ведущего. Итак, я выскажу свое мнение, безусловно, учитывая и Ваше.

Прежде всего, я хочу поблагодарить организацию всего этого мероприятия, лечащего врача, врача-инфекциониста, которые подобрали больную, которые очень скрупулезно и достаточно подробно доложили ее историю болезни. И, в общем-то, конечно, проблема, которая была поставлена, она очень большая, очень сложная и, наверное, пока нерешаемая, я имею в виду проблему коморбидности заболеваний или, как говорят, сочетанности заболеваний, эта проблема достаточно актуально звучит. В частности, есть такой Борис Николаевич Пивень, который ратует за то, чтобы создать даже в МКБ 11 какую-то нишу именно для сочетанных заболеваний, который в “Независимом психиатрическом журнале”, провел очень интересный анализ по сочетанности заболеваний и показал на примере таких же клинических разборов, что 70% клинических разборов именно ставят такие вопросы: либо то, либо то, либо сочетание. Это, в общем-то, понятно, потому что, во-первых, сложные случаи выносятся на разборы, во-вторых, всегда идет дифференциальная диагностика, это уже вопросы, что больше, что превалирует. И в этом плане здесь очень наглядна эта проблема, потому что три диагностических компонента, очень важных в плане возможности заболевания даже самостоятельного: это наркотизация, это ВИЧ-инфекция с последующим СПИДом и шизофрения, они могут сочетаться, и что превалирует больше, и что на что влияет.

Мне кажется, что в таких случаях мы должны следовать классики, а именно, исходить из психического

статуса. Именно оценка психического статуса дает возможность затем ретроспективно, по анамнезу проследить обратно, проследить ход развития заболевания. Потому что психический статус — это та картина, которая сложилась как раз в результате, допустим, взаимодействия этих заболеваний. Что мы видим сейчас? Я, к сожалению, не совсем согласен с коллегами, непонятно, почему нельзя ставить шизофрению, если больная употребляла наркотики? Не очень ясна классификация шизофреноподобной органики, и в плане симптомов, мне кажется, немножко мы ее пожалели, говоря только о синдроме психического автоматизма Кандинского — Клерамбо, и все. Я сейчас вижу, это мое субъективное мнение, я его никому не навязываю, больную шизофренией, очень измененную. Если сказать не клиническим языком, то почти разваленную, разрушенную личность болезнью. У нее эмоции, мышление и поведение абсолютно не соответствуют ни ей самой, ни нашей обстановке, они не соответствуют какой-то внутренней психологической картине. И тут, даже пытаюсь выяснять какие-то аффективные расстройства, мы заходим в тупик, потому что они какие-то аморфные, и она это все изложить не может. Что бы мы ни спрашивали, мое ощущение, что мы говорим на разных языках. Она растекается, она расплывается, она вроде бы отвечает на вопрос, но этот вопрос уходит куда-то в никуда. И есть такой симптом, описание психиатром ощущения шизофрении. Симптом, описанный Рюмке, голландским психиатром немецкого происхождения, — чувство шизофрении, которое возникает у опытного врача, впервые увидевшего больного шизофренией, и потом в какой-то момент он чувствует, что да, это больной шизофренией. За счет чего? За счет изменения мышления, эмоций по эндогенному типу и, соответственно, всего малопродуктивного контакта. Что мы сейчас видим? Что она не гипоманиакальна, а дурашлива, потому что гипоманиакальный аффект неустойчив, депрессивного аффекта тоже нет. Эмоции у нее, с одной стороны, вроде какие-то есть, то смеется, то нет, но они неживые, они разваленные, они не сосуществуют ни с ситуацией, ни с ее внутренним миром, ни с тем, что сейчас здесь происходит. Это один момент.

Мышление тоже, я уже говорил, и психолог в своем исследовании, кстати очень грамотном, показал, что оно аморфное, рассогласованное и неструктурированно по смыслу. В то же время мышление совсем уж разваленным не является, то есть она отвечает на вопросы, она что-то понимает, но она нелепа, она вычурна, и она необычна. Я бы квалифицировал этот синдром, как шизофренический дефект. То есть она чудаковатая, нелепая дурашливая, нелепость, рассогласование мышления, эмоций, поведения, отсутствие всякой цельности. Тут говорили о наркотиках, которые разрушили личность, так это оба процесса могут разрушить личность, я к этому еще подойду. В общем, я оцениваю статус данной больной, опять-та-



ки, не претендуя на истину в последней инстанции, как шизофренический, измененной личности по эндогенному типу.

Теперь, я тут высказал реплику насчет Кандинского — Клерамбо в плане того, что маловато. Мне кажется, что тут были более тяжелые расстройства, хотя насчет Кандинского я ни в коем случае ничего не отрицаю, но мы видели, действительно, кататонические расстройства, когда она была нереалистична, куда-то уходила, на вопросы не отвечала, была заторможена. Там, видимо, были онейроидные расстройства, которые я все-таки, как мне кажется, выявил. Там были кататонические расстройства а вербальные псевдогаллюцинации не исчерпывали психопатологию, но поведение-то характеризовало кататоническое возбуждение. И здесь, когда она повторяла за мной движения руками я не знаю, как вы это расцениваете, а я расцениваю как эхопраксию, четкой восковой гибкости не было, а эхопраксия была. То есть элементы кататонического синдрома, но с каким-то сохранением своего не лица, а, так скажем, отражения. Достаточно наглядна эхопраксия, ее никуда не денешь, ну, и с учетом всего остального. Таким образом, в психическом статусе осколки почти всех эндогенных синдромов, формирующим сейчас своеобразный шизофренический дефект на основе шизофренического развала личности. Но в течение заболевания было все: была кататония, был онейроид, и был, конечно, галлюцинозно-параноидный синдром, как вариант синдрома Кандинского — Клерамбо. А в фабуле бреда мы еще выделили так называемый манихейский бред, когда добро борется со злом.

Теперь самый сложный вопрос, как это все получилось. Теперь мы от статуса идем к анамнезу. Конечно, здесь уже говорили, я только могу присоединиться, безусловно, очень неблагоприятная наследственность, то есть и папа, и брат, и еще что-то, достаточно много больных людей именно эндогенного регистра. Дальше, она развивается непонятно, девочка какая-то, то ли слегка стеснительна, трудно контактирует, социально отгорожена, действительно, какие-то попытки нелепые, необычные войти в социум за 100 рублей. А потом начинаются голоса и наркотики. Известно, что нарушение поведения сопровождается с включением в асоциальную группу, и включение в асоциальную группу идет не потому, что потребность такая, а потому что человек безволен, он куда-то попадает случайно, в какую-то среду, и совершенно неструктурирован. Я думаю, что речь шла о начале шизофрении психопатоподобной, гебоидной, с нарушением поведения, с употреблением наркотиков, которые, возможно, наложили свою патопластику на течение процесса, который стал злокачественным. Несмотря на эти острые психотические эпизоды, я

еще раз перечислю, онейроид и кататония, бредовая трактовка очень не расширена, сейчас во всяком случае, из-за разорванного, рассоединенного мышления, расплывчатого, но там был и бред, и ложное узнавание Кабгра. Потом это все нивелировалось. Как, она вообще об этом почти не говорит. Какого-то трепета перед наркотиками, влечения к наркотикам, сожаления, что их нет и так далее, у нее тоже нет. Поэтому изменения личности по наркотическому типу я не вижу. Я могу только сказать, что, возможно, слишком злокачественный процесс, может быть, патопластика потребления таких серьезных психоактивных веществ, конечно, наложила свой отпечаток.

Теперь, насчет органики. Вы знаете, очень часто мы идем на поводу анамнеза. Травма в анамнезе, значит, посттравматическое расстройство. Я имею в виду, не стрессовое, а черепно-мозговое, еще что. Наркотики, значит, наркоман. На самом деле, я еще раз говорю, что здесь органического я лично ничего не вижу. Почему? А потому что в психическом статусе есть все шизофреническое, и поэтому нет ничего органического.

Диагноз — шизофрения. Течение я думаю, что непрерывно-прогредиентное, если по Крепелину, то кататоническая форма, а сейчас сформирован шизофренический дефект с осколками продуктивных симптомов, которые я уже перечислял. Но четких органических симптомов в статусе я не вижу.

Извините за некоторую сумбуренность, но я хотел сказать то, что сказал.

**Зам. главного врача В. Н. Гладышев.** Я думаю, что, конечно, проблематизация всех случаев важна, поэтому будем наблюдать. Я благодарю врача-докладчика и содокладчика, нашего председательствующего сегодня. Было очень интересно.

Конечно, это лишний раз подчеркивает, что, действительно, данная проблема очень остра и важна, и мы сталкиваемся с ней постоянно. У нас есть отделение, где у нас ВИЧ-инфицированные психические больные люди, и мы видим, насколько меняется клиническая картина, эндогенная клиническая картина при наличии наркотизации и ВИЧ-процессов.

Вопрос ведущему: *у меня только один вопрос. Когда она говорила, рассказывала про онейроид, она не сказала, что она только что это придумала, что не было никакого анероида?* — Вы знаете, вряд ли она что-то могла придумать. Будем исходить из того, что это трудно доказать. Но мы, опять-таки, исходим из цельности психопатологических синдромов. Онейроид завершает кататонию. Кататония была, кататоническое возбуждение было. Она просто дурашлива, и создается ощущение, то ли сочиняет, то ли нет. Но я не думаю, что она это сочинила.



## О нелегитимности заочной судебно-психиатрической экспертизы

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос о законности проведения заочной судебно-психиатрической экспертизы в отношении живых лиц. Анализируются законодательство, экспертная и судебная практика. Обращается внимание на юридическую несостоятельность формулировок действующего Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы (утв. приказом Минздрава России от 12 января 2017 г. № 3н) в отношении возможности проведения заочной экспертизы и ее места в классификации видов СПЭ. Указывается, что допустимость проведения заочных СПЭ служит условием для злоупотреблений и судебных ошибок.

**Ключевые слова:** виды судебно-психиатрической экспертизы; заочная судебная экспертиза

Виды судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) определены законом. СПЭ может быть амбулаторной и стационарной; однородной и комплексной; первичной, повторной и дополнительной; комиссионной и проведенной экспертом единолично; в суде и в кабинете следователя, дознавателя (консультация). Различают СПЭ в отношении живых лиц и посмертную экспертизу.

Понятие “заочная судебная экспертиза” в процессуальном законодательстве отсутствует<sup>1</sup>. Не предусматривает заочной формы такой экспертизы и Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебной экспертной деятельности в Российской Федерации” (далее — Закон № 73-ФЗ), определяющий в главе IV особенности производства судебной экспертизы в отношении живых лиц.

Упоминание о заочной СПЭ содержалось в п. 5, 28 и 30 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР (утв. Минздравом СССР 27 октября 1970 г.). В ней указывалось, что заочная экспертиза проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертный не может быть доставлен для личного освидетельствования, в частности когда находится вне пределов СССР. При этом посмертные СПЭ данная Инструкция выделяла в отдельный вид. Они, как тогда, так и сейчас проводятся на основе изучения представленных материалов дела и меддокументации (если она имеется). Инструкция просущество-

вовала вплоть до 2005 г., несмотря на имевшиеся в ней несоответствия Закону № 73-ФЗ, и была признана не действующей на территории РФ приказом Минздравсоцразвития России от 27 июля 2005 г. № 473.

Сменившая ее Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 30 мая 2005 г. № 370), разработанная в целях реализации Закона № 73-ФЗ, упоминание о заочных экспертизах исключила.

Нынешний Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы (утв. приказом Минздрава России от 12 января 2017 г. № 3н) реанимировал это понятие. Документ был разработан в соответствии с ч. 2 ст. 62 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ), наделившей министерство функцией по установлению порядка проведения СПЭ. Появление в ведомственном нормативном акте словосочетания “заочная СПЭ” нарушает положения УПК РФ, ГПК РФ, КАС РФ и Закона № 73-ФЗ, а также ч. 1 ст. 62 Закона № 323-ФЗ, согласно которой СПЭ проводится в соответствии с законодательством о государственной судебно-экспертной деятельности, в котором, как уже говорилось, заочные экспертизы не предусмотрены.

Согласно подп. “б” п. 5 Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы производство СПЭ осуществляется в виде комплексной амбулаторной СПЭ (живых лиц и **заочной**, в т.ч. посмертной, по медицинским документам и иным материалам), включая психолого-психиатрическую и сексолого-психиатрическую. Это единственное упоминание

<sup>1</sup> Заочная несудебная экспертиза может проводиться в рамках медико-социальной (по решению бюро МСЭ), а также военно-врачебной экспертизы (с согласия лица или его законного представителя). Порядок проведения такой экспертизы определен соответствующим отраслевым законодательством.

о заочной экспертизе в данном документе. Однородная амбулаторная СПЭ выделена отдельным подпунктом (подп. “а” п. 5).

В это трудно поверить, но из документа следует, что заочная СПЭ:

- 1) отнесена к амбулаторному виду экспертизы<sup>2</sup>;
- 2) возможна только при проведении комплексной амбулаторной СПЭ и не допускается при однородной экспертизе;
- 3) не проводится в отношении живых лиц;
- 4) не является посмертной экспертизой, хотя последняя является ее подвидом;
- 5) проводится не по материалам дела, а по меддокументам и “иным” материалам.

Данная конструкция несостоятельна с позиции не только закона, но и логики. Заочная СПЭ (как и посмертная) не может рассматриваться в качестве амбулаторной экспертизы (т.е. производящейся при личном присутствии подэкспертного), хотя ее время от времени и поручают экспертам, работающим в подразделении, где проводятся амбулаторные СПЭ<sup>3</sup>. Еще более нелепым представляется привязка заочных экспертиз исключительно к комплексным СПЭ. В документе нет ясности в вопросе о том, в отношении кого же возможна такая экспертиза (если живые лица и умершие выделены отдельно), а также в каких случаях, при соблюдении каких правил допустимо ее проведение<sup>4</sup>.

Как же обстоит дело на практике? Как часто проводятся заочные экспертизы и по каким категориям дел? Обратимся к экспертной статистике.

Согласно мониторингу деятельности судебно-психиатрической экспертной службы<sup>5</sup> в целом по России ежегодно порядка 5 тыс. СПЭ проводится заочно без освидетельствования лица, что составляет в среднем 2 % от общего числа СПЭ (см. табл. 1). Наи-

Таблица 1. Динамика числа заочных и посмертных СПЭ (в целом по России)<sup>6</sup>

Год	Число заочных СПЭ	Число посмертных СПЭ
1990	1415	до 2003 г. посмертные СПЭ не выделялись
1991	1290	
1992	1573	
1993	1874	
1994	2487	
1995	3135	
1996	2709	
1997	3198	
1998	3885	
1999	4181	
2000	4737	
2001	5020	
2002	6559	
2003	4730	1553
2004	5206	2881
2005	5311	2670
2006	5686	2742
2007	5673	3039
2008	5363	3393
2009	4927	3001
2010	5226	3185
2011	5009	3181
2012	4248	3191
2013	4585	3284
2014	4564	3559
2015	5000	3699

большее количество заочных СПЭ зафиксировано в 2006 г. (5686). Для сравнения: в 1970-е годы число заочных СПЭ не превышало 800 в год.

В 2015 г. из 5 тыс. заочных СПЭ только 135 являлись комплексными. Из них 69 экспертиз были проведены по уголовным делам (25 в отношении обвиняемых и 44 в отношении свидетелей и потерпевших) и 66 — по гражданским делам (из них 27 касались семейных споров). В 2014 г. из 170 заочных комплексных СПЭ 45 проводились в отношении обвиняемых, 18 — свидетелей и потерпевших; 107 — лиц по гражданским делам (из них 7 касались семейных споров).

Отрадно, что в ряде регионов страны заочные СПЭ, судя по данным мониторинга, вообще не проводятся. Это республики Ингушетия, Марий Эл, Мордовия, Тыва, а также Ставропольский край. Однако есть регионы, в которых этот показатель намного превышает среднестатистический. Среди них Пермский край, где удельный вес заочных СПЭ в 2015 г. соста-

<sup>2</sup> В Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР 1970 г. заочная СПЭ к амбулаторной СПЭ не относилась.

<sup>3</sup> См. ныне утратившее силу Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии (утв. Минздравом СССР 5 декабря 1985 г. № 06-14/30). В п. 10 документа говорилось, что амбулаторными судебно-психиатрическими экспертными комиссиями производятся амбулаторная СПЭ в медучреждении и СИЗО, а также заочная и посмертная экспертизы.

<sup>4</sup> Трудно в этой связи согласиться с мнением А. В. Яковлева — главврача ОКПБ им. Н. Н. Баженова, который считает, что новый порядок проведения СПЭ содержит четкое правовое разделение по различным видам исследований и не содержит противоречий с нормами УПК и ГПК РФ (электронный ресурс: <http://www.uzrf.ru/news/2017-03-21-prikaz-pozvolit-povisit-kachestvo-ekspertizi/>).

<sup>5</sup> Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 году: Аналитический обзор / Под ред. Е. В. Макушкина. — М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В. П. Сербского” Минздрава России, 2016. — Вып. 24. — С. 12, 13, 83, 87, 93.

<sup>6</sup> Использованы данные ежегодных аналитических обзоров Центра им. В. П. Сербского.

вил 14,8 %, Томская и Свердловская области (соответственно 11,4 % и 7,2 %).

После того, как с 2003 г. посмертные СПЭ стали выделяться отдельно, оказалось, что они вовсе не составляют основную часть заочных СПЭ. Наоборот, их число было втрое ниже числа заочных СПЭ. В 2005 – 2006 г. их соотношение составило 1:2. К настоящему моменту это соотношение уменьшилось, хотя и продолжает оставаться весьма значительным.

В каждом без исключения ежегодном аналитическом обзоре, публикуемом Центром им. В. П. Сербского, неизменно указывается, что *“заочные экспертизы проводятся по материалам дела без освидетельствования подэкспертного, допускаются лишь в исключительных случаях, ибо чреваты правовыми последствиями. Учитывая это, их количество должно быть сведено к минимуму”*. Непомерно высокие показатели удельного веса заочных экспертиз в ряде регионов, по мнению авторов обзоров, *“позволяют сомневаться в обоснованности и целесообразности назначения судебно-следственными работниками такого рода освидетельствований в этих территориях”*. В аналитическом обзоре за 2015 г. впервые отмечено, что **“подавляющее большинство заочных освидетельствований (95,6 % в 2014 г. и 92,4 % в 2015 г.) проводится по гражданским делам лицам, находящимся в домах инвалидов”**.

Хотя, как указано в обзорах, заочные СПЭ проводятся без освидетельствования, при выражении сомнений в обоснованности их назначения в отдельных регионах авторы умудряются назвать их освидетельствованиями. При этом стыдливо ссылаясь на “правовые последствия” проведения заочных экспертиз (подразумевая, видимо, нелегитимность заочной СПЭ как таковой), сотрудники Центра, десятилетиями анализирующие отчеты экспертных комиссий в целях организационно-методического обеспечения их деятельности, уклоняются от раскрытия этих самых “исключительных” случаев, при которых заочные СПЭ, по их мнению, допустимы, а также “чреватых последствий” такой работы для самих судебных экспертов.

Безусловно, тщательного изучения требует поставленная по поток практика производства заочных СПЭ в отношении получателей социальных услуг организаций стационарного социального обслуживания (в обзоре они некорректно названы “лицами, находящимися в домах инвалидов”). Вероятнее всего, они проводятся в рамках дел о признании таких граждан недееспособными. Маловероятно, что заочной СПЭ эти граждане подвергаются в связи с установлением в суде их дееспособности или способности к воспитанию детей. В связи с этим абсолютно непонятно, чем вызвана необходимость назначения этим гражданам экспертизы без освидетельствования, ведь их местонахождение неизменно, а активное уклонение от проведения СПЭ вряд ли возможно.

Допустимость проведения заочных СПЭ — это условие, способствующее различным злоупотреблениям, и в конечном итоге к судебным ошибкам и нарушениям прав граждан. Заочная СПЭ влечет за собой и заочное рассмотрение дела в суде.

Так, изучение судебной практики признания граждан недееспособными, в частности, в Борисовском и Алексеевском районах Белгородской области за период с 2000 по 2005 г., показало, что почти по всем рассмотренным судами 443 делам признание граждан недееспособными было осуществлено без вызова их в суд. Более того, эти граждане, зачастую, не вызывались и для производства СПЭ. Эксперты делали выводы по кратким выпискам из историй болезни, часто представленным в виде незаверенных ксерокопий. Из большинства экспертных заключений, не соответствовавших требованиям закона, было невозможно установить истинную картину болезни. В ходе проверки, в т.ч. в органах опеки и попечительства, подтвердились факты массового признания одиноких и пожилых граждан недееспособными и утраты ими своих квартир. Прокуратура внесла надзорные представления для отмены решений суда о признании граждан недееспособными<sup>7</sup>.

Как показывает анализ судебной практики, многие судьи, назначая СПЭ в отношении умершего лица, именуют ее заочной<sup>8</sup> либо используют сразу оба термина, назначая “посмертную (заочную) судебно-психиатрическую экспертизу”<sup>9</sup>. Отказывая в удовлетворении апелляционных жалоб, судьи не находят оснований сомневаться в полноте и объективности “амбулаторных заочных комплексных судебных психолого-психиатрических освидетельствований” без участия подэкспертного. Они ссылаются на ученую степень, стаж работы экспертов, предупреждение их об ответственности за дачу заведомо ложного заключения<sup>10</sup>. При этом аргументация, почему СПЭ проводилась без участия подэкспертного, отсутствует.

По нашему мнению, несмотря на наличие документов, с очевидностью свидетельствующих о наличии у лица психического расстройства, а также убедительных фактов, подтверждающих его неспособность понимать значение своих действий и руководить ими,

<sup>7</sup> Российская газета, 2009, 18 сентября.

<sup>8</sup> См., например, апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Башкортостан от 15 марта 2016 г. по делу № 33-19763/2015, назначившей повторную комплексную судебную психолого-психиатрическую заочную экспертизу в отношении умершей Ш., поручив ее проведение Центру им. В. П. Сербского.

<sup>9</sup> Такую формулировку использует Пресненский районный суд Москвы (см. определение Мосгорсуда от 15 апреля 2016 г. № 4г/4-2140/16).

<sup>10</sup> См. апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Забайкальского краевого суда от 8 июня 2016 г. по делу № 33-2376/2016.

эксперты не должны пренебрегать исследованием непосредственно самой личности гражданина. Ретро-спективные СПЭ в отсутствие подэкспертного возможны только при посмертных экспертизах, в частности по делам о признании недействительной сделки, совершенной данным гражданином (ст. 177 ГК РФ).

Это относится и к экспертизе по уголовным делам. Так, проведение СПЭ в отношении свидетеля преступления возможно только с его письменного согласия (ч. 4 ст. 195 УПК РФ). Данные экспертной статистики о проведенных в отношении свидетелей заочных СПЭ прямо указывают на их нелегитимность. Следует также учитывать, что судебная экспертиза может производиться и до возбуждения уголовного дела (в рамках проверки сообщения о преступлении). В этой связи Генпрокуратура России не видит препятствий для назначения СПЭ в отношении заявителя (потенциального потерпевшего) либо очевидца (потенци-

ального свидетеля) при наличии сомнений в их способности по своему психическому состоянию к правильному восприятию событий и их отражению. С позиций прокуратуры заключение СПЭ может служить важной гарантией обоснованности разрешения сообщения о преступлении в порядке ст. 145 УПК РФ<sup>11</sup>. В правовом отношении такая установка чрезвычайно уязвима.

Произвольность назначения и проведения заочной СПЭ вследствие ее правовой неопределенности, возможность безнаказанно обойти закон, пользуясь отсутствием надлежащего контроля за деятельностью судебно-психиатрической экспертной службы, а также несостоятельное нормотворчество Минздрава России представляют реальную угрозу законности. Эти проблемы должны стать предметом обсуждения в профессиональных сообществах юристов и психиатров.

<sup>11</sup> См. п. 1.4 Указания Генпрокуратуры России от 1 февраля 2016 г. № 67/36 “Об усилении прокурорского надзора за исполнением требований законов при назначении и производстве судебно-психиатрической экспертизы”.

## 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](mailto:info@npar.ru)

или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,  
*Аргуновой Юлии Николаевне*



# ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

## Об ответственности экспертов

Вашему вниманию и оценке представляется случай грубого нарушения ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Цена этих нарушений может составить для испытуемой от 8 до 20 лет лишения свободы.

Речь идет о заключении судебно-психиатрической комиссии экспертов ФГБУ “ФМИЦПН им. В. П. Сербского” (далее Центр им. В. П. Сербского) от 03 ноября 2016 г. № 1114 экспертизы С., 1953 года рождения, подозреваемой в нарушении неприкосновенности жилища и в разбойном нападении 02.03.2016 г. Члены комиссии: проф. В. В. Горинова, проф. Н. К. Харитонов, психолог О. В. Мамонова, врач-докладчик Н. И. Аносова.

Свою оценку данного случая я привел в консультативном заключении от 20.06.2016 г. (представлено в материалах дела). Оно составлено на основании добровольного обращения С. за консультативной помощью и адвокатского запроса О., поставившей на разрешение следующие вопросы:

1. Страдала ли ранее и страдает ли в настоящее время С. какими-либо психическими заболеваниями?

2. Имелись ли у С. психические расстройства в момент совершения преступного деяния 02.03.2016 г., в котором она в настоящее время подозревается? Если имелись, то как они могут быть квалифицированы?

3. Если имелись психические расстройства у С. в момент совершения преступного деяния 02.03.2016 г., то как они могли повлиять на ее поведение, и могла ли она руководить своими действиями и понимать их значение?

4. Согласны ли вы с выводами, содержащимися в заключении экспертной комиссии, проводившей С. 05.04.2016 г. амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу № 730/1?

Консультативное заключение составлено на основании результата обследования С. клиническими методами (беседы и наблюдения); анализа копии протокола допроса С. в присутствии адвоката О. от 08.04.16 г., объяснения ее мужа С., объяснения ее дочери А., объяснения ее сына С, объяснения знакомого З., копии заключения комиссии экспертов от 05 апреля 2016 г. № 03/3-01 730/1 Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Алтайская краевая клиническая больница имени Эрдмана Юрия Карловича” на С., многочисленных копий медицинских документов, касающихся состояния здоровья С.

Психический статус С. В ответ на представление консультанта подтвердила свое согласие на обследование. Несколько напряжена, но уже в начале беседы успокаивается. Движения немного замедлены. На вопросы отвечает по существу, лаконично, в части случаев с некоторой детализацией. Ориентировка всех видов сохранена. Заметных нарушений когнитивных функций не устанавливается. Настроение несколько снижено. В процессе беседы отмечается заметная астенизация, некоторые нарушения памяти, как на прошлые, так и на текущие, относящиеся к ее жизни события. Активно предьявляет жалобы на вспышки гнева, имеющие отчасти немотивированный характер, нарушения сна. При активном расспросе у нее выявляются головные боли, плохая переносимость душных помещений, временами возникающая беспричинная тревожность, повышенная реакция на разного рода звуки, например, работающего телевизора. Выявляются сезонные колебания самочувствия — ухудшение в осенние месяцы. Особое ее беспокойство вызывают выпавшие из памяти события, случившиеся с ней 02.03.2016, которые с осознанием произошедшего характеризует как “волосы встали дыбом!”, “что натворила!”, “был настоящий шок!” (детальный анализ данных состояний приводим ниже). Кроме того, при активном расспросе также выявляются неоднократно возникавшие прежде “провалы памяти” на разного рода события, на оценке которых также остановимся ниже.

Соматический статус. Страдает целым рядом соматических заболеваний, перечень и выраженность которых приводятся в медицинской документации. В их числе, что важно для анализа нашего случая, назовем гипертоническую болезнь: “Гипертоническая болезнь III ст., очень высокий риск” (выписка из клинической истории болезни № 15034 Городской больницы № 5 пациента С.). “Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст., риск 3” (выписка из истории болезни № 15/015/16436 Краевой клинической больницы С.). Отмечает, что после 02.03.2016 года потеряла в весе 20 кг, в то время как до этого весила 135 кг, хотя по внешнему виду никаких признаков существенного снижения веса не отмечается.

Анамнез (история) жизни. На протяжении жизни каких-либо значительных событий, с которыми могло бы быть связано произошедшее с ней 02.03.2016 г. не отмечает. Закончила школу, затем медицинское училище и медицинский институт. По его окончании ра-

ботала травматологом, врачом станции переливания крови. В течение около 11 лет до 2000 г. работала врачом-рентгенологом. В 2000 г. вышла на пенсию “по истечению срока вредности”. В течение последующих двух лет не работала, а затем стала в частном порядке заниматься аптечным делом. Шесть лет назад оставила его в связи с болезненным состоянием. За мужем с 1979 года. Имеет двух взрослых детей. Дети проживают отдельно.

Анамнез (история) болезни. Каких-либо серьезных детских заболеваний не знает. В возрасте лет трех на голову падало зеркало, отчего остался шрам. Были ли при этом признаки черепно-мозговой травмы, не помнит. У матери больной “имелось старческое слабоумие (деменция), в связи с чем случались приступы потери памяти и ориентации”. В возрасте 44 – 45 лет начался “ранний климакс”. С 2004 г. периодически возникают кризы, протекающие с чувством страха, страха смерти. “С 2009 г. по настоящее время пережила несколько сильных стрессовых ситуаций, связанных с близкими людьми, которые существенно повлияли на ухудшение моего здоровья”. Начало болезненного состояния соотносит с началом климакса. Постепенно стали развиваться и прогрессировать разные соматические заболевания, в числе которых гипертоническая болезнь, сахарный диабет, остеохондроз, гипофункция щитовидной железы, дисциркуляторная энцефалопатия, сопровождавшиеся астенодепрессивным синдромом, астеновегетативным синдромом, в связи с чем неоднократно госпитализировалась в больничные стационары разного профиля.

Из объяснения мужа. «Последние два – три года жена стала вести себя как-то странно. Это проявлялось в том, что она забывала какие-то события, а затем в разговоре обвиняла меня и детей в том, что мы говорили ей о произошедшем, а она утверждала, что этого не было. Она говорила мне, что у нее тяжелый климакс, что ей очень плохо, что у нее перепады настроения... Ей стало трудно ходить, она резко располнела».

Из объяснения дочери. «В последнее время, примерно на протяжении двух-трех лет я стала замечать странности в поведении мамы, которые выражались в изменении ее характера (она стала замкнутой, плаксивой, молчаливой, стала придирчивой к близким и т.д.), у нее несколько раз случались кратковременные “провалы” в памяти, например, однажды мама поставила варить суп для собаки и ушла из дому на долгое время, у нас чуть не случился пожар в доме. То же самое произошло, когда она поставила варить сгущенку. Часто забывает выключать электроприборы и т.д. На мои вопросы, что она делала и почему она так сделала, она удивлялась и говорила, что этого не было вообще, либо она не помнит такого ее действия. Она обвиняла меня или отца, что мы это придумали. Однажды, примерно год назад, мама поехала в магазин на автомобиле, но оказалась в другом месте. После слу-

чившегося она мне рассказала, что не помнит, как оказалась в этом месте и что было с ней на протяжении одного-двух часов, она мне рассказала, что когда очнулась, она сидела в автомобиле, который стоял, то есть не двигался, она не поняла, где находится. После того, как она пришла в себя, она осмотрелась и поняла, что находится у магазина “Ашан”, хотя собиралась ехать совсем в другое место».

Из объяснения сына. «В последнее время, примерно на протяжении двух-трех лет я стал замечать странности в поведении мамы, которые выражались в изменении ее характера (она стала замкнутой, плаксивой, молчаливой, стала придирчивой к близким и т.д.), у нее несколько раз случались кратковременные “провалы” в памяти, например, однажды, это было два – три года назад, мама была у меня на работе, был жаркий день, она жаловалась на головную боль и высокое давление, я отвел ее в соседний кабинет, чтобы она полежала. Она приняла какие-то лекарства, которые у нее всегда были с собой, т.к. она боялась гипертонического криза. Через какое-то время я зашел и спросил, как она себя чувствует. Она удивленно спросила у меня, кто я такой, она меня сначала не узнала. А также спросила, где она находится и как она сюда попала, с какой целью... Я ей советовал полечиться у психиатров, но она не считала себя психически ненормальной. Я слышал разговоры родственников, которые обсуждали подобные “провалы в памяти” моей матери».

Из объяснения знакомого З. «С. я знаю с 1998 г., отношения у нас дружеские, дружим семьями. ... Мы часто виделись с С., но последние два-три года стали видеться реже. Мы перестали часто ходить к ним в гости, т.к. С. стала вести себя как-то неадекватно. Это проявлялось в том, что она забывала какие-то события, а затем в разговоре обвиняла нас в том, что мы говорили ей о произошедшем, а она утверждала, что этого не было. Например, она спросила, поедем ли на отдых на соленое озеро, т.к. в прошлом году не ездили. Мы же ей в ответ сказали, что ездили семьями вместе в прошлом году на озеро в с. Гуселетово — они (С.) и мы (З.). С. с нами спорила очень долго, доказывая, что этого события не было вовсе. Мы, чтобы ее не волновать, перестали утверждать очевидное, мы очень удивлялись, что ее память имела очевидные “провалы”. Это было в 2015 г. летом. Еще помню один случай осенью 2015 г. Мы с С., ее мужем, собирались на рыбалку в ее присутствии. Она участвовала в наших сборах от начала до нашего отъезда. Все это происходило у них в доме. Спустя примерно четыре часа после нашего отъезда С. позвонила мне, т.к. не смогла дозвониться мужу и спросила, где муж, не находится ли он со мною. Я крайне удивился и сказал, что он со мной, что мы на рыбалке и уехали при ней, почему она об этом спрашивает. Она также удивленно ответила, что не было такого, чтобы мы собирались при ней и уехали на рыбалку. Она мне не повери-

ла и сказала, что я ее обманываю. Таких случаев провалов памяти у С. за последние два-три года, которым я был свидетелем, было несколько... Последнее время я стал замечать, что С. изменилась по характеру, стала замкнутая, подозрительная, недоверчивая, плаксивая».

Обратимся к событиям 02.03 – 03.03.2016, так как именно они послужили причиной судебно-психиатрической оценки психического состояния С. Последнее из тех событий, что помнит С., это прием лекарств около 20 часов, звонок мужу и приготовление ко сну. Затем она услышала несколько раз какой-то голос: “Юра (муж — Б. П.) с женщиной в Бобровке” (затрудняется более подробно описать его). “Дальше как провал, я ничего не помню”. “Далее помню перед собой мужчину, который нанес мне удар ногой в область головы”. ... “Увидела себя сидящей на полу”. “Я не могла понять, где я нахожусь, и почему он меня бьет. Я плакала, звала мужа по имени, и просила сказать, где я”. ... “Также могу пояснить, что как я добралась от своего дома, до дома, где меня задержали сотрудники полиции, я не помню, в том числе как ехала на автомобиле и где его припарковала”.

Из объяснения сына: «Наутро 03.02 после того как мы забрали маму из полиции, она нам рассказала, что накануне вечером она легла спать, затем то ли ей приснилось, то ли она слышала какой-то голос, который сказал, что папа находится в Бобровке с женщиной. Как она уехала и куда она уехала, она не помнит, где оставила автомобиль не знает, как оказалась на территории чужого дома также не помнит. Мама рассказала, что очнулась, когда ей наносил удары молодой человек, она при этом кричала: “Где мой Юра?”, а какая-то женщина кричала “Алексей”. После того, как маму перестал бить мужчина, она просила помочь ей подняться, но ей это сделать не позволили. Она просила сказать, где она находится. А мужчина говорил ей: “Кто тебя послал, кто тебя нанял?».

Из объяснения дочери: «В семь часов утра мне позвонил отец и сказал, что мама задержана на чужой территории в п. Солнечном и находится в полиции г. Новоалтайска. После того, как ее отпустили из полиции, она мне сказала, что 02.03.2016 г. примерно в 20 часов она легла спать, затем то ли ей приснилось, то ли она слышала какой-то голос, который сказал, что папа находится на даче в Бобровке с женщиной. Как она уехала и куда она уехала, она не помнит, где оставила автомобиль не знает, как оказалась на территории чужого дома также не помнит. Мама рассказала, что очнулась, когда ей наносил удары молодой человек. ... Она просила сказать, где она находится».

После случившегося заметно ухудшилось психическое состояние, в связи с чем обращалась за психиатрической помощью в Алтайскую краевую клиническую психиатрическую больницу. Лечилась амбулаторно, в дневном и круглосуточном стационарах с диагнозами: “Смешанная тревожно-депрессив-

ная реакция, обусловленная расстройством адаптации”, “Органическое эмоционально лабильное астеническое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.61)”. “Восстановительный период после закрытой черепно-мозговой травмы”.

**КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** На основании изложенного можно прийти к заключению о том, что С. страдала и страдает психическим заболеванием в виде органического заболевания головного мозга, вызванного комплексом соматических заболеваний, среди которых гипертоническая болезнь, сахарный диабет, распространенный остеохондроз, гипофункция щитовидной железы (F06).

Имеющееся у нее органическое заболевание головного мозга можно разделить на три взаимосвязанных психопатологических состояния. Это: 1) хронические психические расстройства, 2) пробелы памяти на предшествовавшие события, в которых принимала активное участие, 3) приступы с выключением сознания.

Хронические психические расстройства проявляются психоорганическим синдромом. Данный синдром является стержневым в клинической картине органических заболеваний головного мозга. Его проявления звучат в жалобах С., выявляются при клинической беседе и отмечаются в объяснениях ее близких. Среди них — снижение памяти, раздражительность и гневливость, плохая переносимость акустических нагрузок, головные боли, повышенная утомляемость, плохая переносимость душных помещений, изменение личностных особенностей по органическому типу. Выявляется сезонность ухудшений самочувствия — это осеннее время. С учетом выраженности симптоматики, можно констатировать II его стадию. Об органическом заболевании головного мозга свидетельствуют также имеющиеся в медицинской документации заключения неврологов, картина глазного дна, МРТ головного мозга. Отдельные проявления органического заболевания головного мозга (признаки астении и снижение памяти) находим и в результатах патопсихологического исследования, отраженных в экспертном заключении. Органический характер ее заболевания назван (F06.61), как уже отмечалось выше, и в справке дневного стационара Алтайской краевой клинической психиатрической больницы.

Пробелы памяти на предшествовавшие события, в которых принимала активное участие. Это крайне редкий вид психических расстройств, возникающих при органических поражениях головного мозга. Суть данных расстройств заключается в том, что человек, накануне совершивший какие-либо даже очень сложные действия, спустя некоторое время полностью забывает о них. Они хорошо отражены в приведенных выше объяснениях дочери, сына и З. Подчеркнем, что они крайне редко встречаются в психиатрической литературе, и лишь некоторыми авторами описываются

под названием “транзиторная глобальная амнезия” (В. А. Жмуров. Психопатология.: М., 2002. — С. 88). Поясним, что данные расстройства в нашем случае не играли какой-либо заметной роли в поведении С. 02.03.2016 г.

Приступы с выключением сознания. В нашем случае речь идет о сумеречном состоянии сознания. Это хорошо известные в психиатрии расстройства. Их описание дается практически во всех учебниках и руководствах по психиатрии. Они встречаются по результатам наших исследований примерно у 7 % больных органическими заболеваниями головного мозга. “Сумеречные состояния характеризуются внезапным возникновением и внезапным разрешением состояния, глубокой дезориентировкой в окружающем, резко выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, острым образным бредом, аффектом тоски, страха и злобы. После завершения периода помрачения сознания у больных возникает тотальная амнезия ...” (Психиатрия: национальное руководство. М., 2009. — С. 327). Именно подобное по ряду параметров состояние и имелось у С. в значимый для нашего исследования период времени 02.03.2016 г. Его начало — приготовление ко сну, “голос” либо “голоса” примерно в 20 часов. А “пришла в себя”, “очнулась” часа через два. Первое, что ощутила — удар по голове. Не могла понять, где находится. Оказалось, что это чужой дом, и находится он в п. Солнечный, а не в с. Бобровка, куда предположительно могла бы поехать под влиянием “голоса” на дачу, которую продала лет 10 назад. Дом, в котором оказалась, принадлежал незнакомым ей людям. При активном расспросе не могла вспомнить даже отдельных деталей своего поведения в тот отрезок времени. Хотя, судя по имеющимся в материалах дела сведениям, совершила ряд сложных действий — оделась, вышла из дома, взяла машину, управляла ей, приехала в п. Солнечный, хотя такого плана не было, оказалась в чужом доме у незнакомых людей, проявила в отношении его хозяйки агрессию. Подобный приступ отмечался у С. и прежде, что следует из приведенного выше объяснения ее дочери. Скорее всего, рассматриваемые приступы имеют четкую связь с повышением артериального давления, гипертоническими кризами.

Таким образом, у С. в момент совершения преступного деяния 02.03.2016 г., в котором она в настоящее время подозревается, имелось органическое заболевание головного мозга в виде психоорганического синдрома, на фоне которого и по причине которого развился приступ сумеречного состояния сознания. Последнее по МКБ-10 (Международная классификация болезней...) относится к G40.2 (приступы с изменением сознания, часто с эпилептическим автоматизмом).

Сумеречные состояния сознания являются психическими формами психической патологии, так как полностью дезинтегрируют на время их наличия пси-

хическую деятельность человека. По этой причине можно утверждать, что именно сумеречное состояние сознания в момент совершения преступного деяния С., в котором она в настоящее время подозревается, определяло ее поведение и исключало ее возможность руководить своими действиями и понимать их значение.

Я не могу согласиться с выводами, содержащимися в заключении экспертной комиссии, проводившей С. 05.04.2016 амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу № 730/1, так как они практически по всем основным позициям не выдерживают критики. Главная из них — эксперты не установили наличия у испытуемой в момент совершения ею деликта сумеречного состояния сознания, а напротив, утверждают, что у нее не было временного психического расстройства. При этом они расписывают ее поведение, как поведение здорового человека, целенаправленно идущего на преступление, а факты, даже приведенные ими в заключении, которые не соответствуют их гипотезе, никак не интерпретируются. К примеру, не подвергнуты оценке такие пояснения испытуемой: “По исследуемой ситуации пояснения дала отрывочные, указав, что помнит только как ложилась спать, а оказалась на улице где-то (пошла на преступление! — Б. П.) ... я сделала какие-то действия, которые мне не свойственны, в дом не проникла, мужчина бил меня на улице, до этого не помню”.

Считаю необходимым отметить, что мои оценки по основным параметрам согласуются с заключением стационарной экспертизы от 03.08.16 г. в отношении С. в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю. К. Эрдмана, где был установлен диагноз: “Органическое астеническое расстройство сосудистого генеза” (F06.61), в момент общественно опасного деяния у С. развилось “пароксизмальное сумеречное расстройство сознания с параноидным синдромом (G.40.2)” и было дано экспертное заключение о невозможности С. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. К отмеченному добавлю, что С. в сентябре 2016 г. была консультирована психиатром Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн, который установил диагноз: “Органическое эмоционально лабильное расстройство ... с транзиторными помрачениями сознания по типу сумеречных...”.

В результате изучения ксерокопии заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов Центра им. В. П. Сербского от 03 ноября 2016 г. № 1114 на С. я не могу согласиться с основными выводами данной экспертизы, так как она не соответствует требованиям Федерального закона от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, его 4 статье, об объективности, всесторонности и полноте исследований с



учетом современных достижений науки и техники, а также не соответствует Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, Приложение 2, утвержденной Приказом Минздрава России от 12.08.2003 № . 401.

Вопреки требованиям п. 2.2.5. Инструкции “... определяющим является принцип равноправия диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции...”, в нашем случае эксперты всю аргументацию направили на утверждение одной концепции — отрицания у С. в период инкриминируемых ей деяний болезненного состояния психики, которое лишало бы ее способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При этом в качестве одного из главных аргументов они указывают на то, что действия испытуемой “носили четкий, последовательный, целенаправленный характер (она выполнила ряд сложноорганизованных действий: одела головной убор, верхнюю одежду..., преодолела большое расстояние на автомобиле...)” Да, эти “сложноорганизованные” действия были, судя по всему, у С., но имели они автоматизированный, не имеющий истинной целенаправленности характер, что, как хорошо известно в психиатрии, является одним из проявлений сумеречных состояний сознания.

В рассматриваемом заключении не нашли объяснения те обстоятельства, что у С., как это следует из показаний ряда свидетелей, и прежде случались приступы с нарушением сознания, сходные с тем, что развился у нее 02.03.2016 г. А их учет позволяет сформулировать иную, чем у экспертов, концепцию ее состояния. Последняя заключается в том, что у С. имеется органическое заболевание головного мозга с периодически развивающимися сумеречными (эпилептическими) состояниями сознания, один из приступов которого и явился причиной ее противоправного поведения.

Мое утверждение подкреплено чрезвычайно важной аргументацией — данными ЭЭГ С., приведенными самими экспертами в исследовательской части заключения: “На ЭЭГ выявляются выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга ... с появлением биопотенциалов эпилептиформного характера, указывающих на снижение порога судорожной готовности, нерезкий акцент эпилептиформных знаков выявляется в затылочно-височном отделе левого полушария” (стр. 26). Однако эти данные не учтены в выводах экспертов, а представлены лишь в виде ничего не значащего упоминания: “.. на фоне ... нарушений биоэлектрической активности головного мозга...” (стр. 40).

Экспертами не учтено, что ряд сведений, легших в основу их заключения, получены от испытуемой в остром периоде черепно-мозговой травмы, в связи с чем не могут быть признаны существенными. Так, эксперты утверждают, что С. “... давала последовательные показания 03.03.16 г.”. Или: “подробные объяснения от 03.03. 16 г. ... предъявляются ею в защитных целях” (стр. 41). Сравним: “03.03.16 г. в 14.35 в отдел полиции выезжала бригада врачей к С. Был установлен диагноз: “ЗЧМТ, СГМ?” (стр. 17). “Состояние спутанности сознания на фоне ОЗЧМ от 02.03.16 г.” (стр. 18). “Восстановительный период после ЗЧМТ от 02.03.16 г.” (стр. 18).

В рассматриваемом заключении Центра не был проанализирован целый ряд описаний и оценок своего состояния, данных испытуемой, которые могут в совокупности противоречить версии экспертов о том, что “С. могла в указанный период осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими”. В том числе: “... я ничего не помню, куда приехала и что приехала. Я специально никуда не ехала” (стр. 12), “Никакой цели прихода не было. Не помню ничего” (стр. 13), “... сказала, что у нее случилось какое-то затмение” (стр. 17), “... не понимала как могло с ней такое случиться, был страх и пелена перед глазами” (стр. 18), “... у нее ранее были приступы страха и потери памяти с дезориентировкой, когда она уезжала в неизвестном направлении” (стр. 20), “Знает о событиях того дня со слов” (стр. 22). “Почувствовала удар по голове, очнувшись, не могла понять где находится, видела незнакомых людей...” (стр. 23), “...не может объяснить себе, как такое могло произойти” (стр. 29), “... потом провал, очнулась от сильной боли” (стр. 30), “...затем как провал... как в темноту..., как ощущение бездны, страшное, черное все... пришла в себя от дикой боли” (стр. 35).

Важно отметить, что в рассматриваемом заключении не приведено сколько-нибудь убедительных доводов, которые бы опровергали иную, чем экспертов Центра им. В. П. Сербского версию о состоянии С. в момент совершения ей “разбойного нападения”. Это и заключение экспертов Алтайской краевой клинической психиатрической больницы, и диагноз психиатра Алтайского краевого госпиталя ветеранов войн, на что мы уже ссылались выше.

Согласно п. 2.3.11 Инструкции № 100/у-03, “Описание *динамического наблюдения* при производстве стационарной СПЭ ... должно отражать поведение подэкспертного в период всего наблюдения (особенности контакта, степень его дифференцированности, характер времяпрепровождения, наличие пароксизмальных состояний и др.)”. Тем не менее, эксперты ограничились малоинформативной, менее чем в две строки текста заключения, констатацией поведения за более чем месячный период пребывания С. на экспертном испытании, вообще ставящей вопрос о целе-

сообразности проведения ей стационарной экспертизы: “В отделении вела себя корректно, была вежлива с врачами и медперсоналом, режим отделения не нарушала”. (Это при всем том, что наблюдение является одним из основных методов исследования в психиатрии — Б. П.). Для сравнения не могу не отметить, что эксперты в исследовательской части заключения на 3,5 стр. перечисляли разнообразную медицинскую информацию, относящуюся к подэкспертной в разные годы, но в большей части не имеющую отношения к анализируемому случаю. В контексте изложенного также не понятно, для чего эксперты заметный объем заключения отвели перечислению долгов испытуемой.

Отдельно не могу не отметить, что эксперты довольно вольно цитировали и пересказывали мои суж-

дения, относящиеся к моей беседе с С. и содержащиеся в консультативном заключении, что не могло отчасти не исказить их смысла.

И последнее. Хотелось бы понять, как себе представляют эксперты Центра им. В. П. Сербского, что женщина в почтенном возрасте, весом 135 кг, отягощенная обширной соматической патологией, имеющая высокий социальный статус, могла **целенаправленно** пойти на разбойное нападение, преодолев для этого 2 – 2,5 метровый забор, оказаться в совершенно незнакомом месте и напасть на незнакомую женщину, и в чем они видят эту “целенаправленность”?

*Проф. Б. Н. Пивень*

**РЕКОМЕНДУЕМ!**

*Эвандро Агацци*

**Научная объективность и ее контексты**

**М., 2017**

**РЕКОМЕНДУЕМ!**

**Клинические разборы в психиатрической практике II**

*Под редакцией А. Г. Гофмана, Ю. С. Савенко*

**М., 2017**

## К вопросу онтогенеза бредового нарратива

Иосиф Зислин (Иерусалим)

В статье рассмотрены лингвистические и культурные аспекты возникновения бреда. На примере анализа возраста возникновения бреда и условий его распада при деменции и умственной недостаточности предложены следующие механизмы, необходимые для возникновения бредового нарратива: 1. Формирование эгоцентрической речи и переход ее во внутреннюю. 2. Способность формулировать культурно-контекстный нарратив и 3. Формирование индивидуальной базы сюжетов. Опираясь на эти положения, приводится новое определение бреда

**Ключевые слова:** бред, нарратив, внутренняя речь, сюжет.

*Создавая сюжетные тексты, человек научился различать сюжеты в жизни и таким образом истолковывать себе эту жизнь.*

*Ю. Лотман*

Если шизофрения, согласно гипотезе британского психиатра Тимоти Кроу, есть плата Homo Sapiens за пользование языком [54], то бред можно назвать платой человека за пользование культурой. Действительно, одного лишь владения языком для создания бреда недостаточно (именно этим можно объяснить то, что у детей до семи лет, уже вполне владеющих языком, бреда мы не наблюдаем).

Встроенность бреда в культуру, зависимость его от культурных контекстов может быть рассмотрена, учитывая такие аспекты, как соотношения языка и мышления, происхождение языка и генезис внутренней речи. При таком подходе когнитивно-культуральные концепты, “языковая картина мира”, “языковая личность”, “константы культуры”, “ядерные сюжеты”, “фабула”, “сюжет” и многие другие начинают приобретать новое звучание и развитие, и собственно психиатрические данные, учитывающие эти культурально-лингвистические аспекты, получают новый смысл и работают не только в клинике, но и становятся значимыми для обогащения антропологической психиатрии и возвращают психиатрии ее философское звучание.

Нетрудно заметить, что литература, посвященная феномену бреда, практически необозрима. Но культуральные / антропологические аспекты бреда рассматриваются в основном через призму дифференциации содержательного компонента в разных этнических обществах [90, 91, 93].

Стоит отметить одну интересную (в контексте нашей работы) особенность: если число работ, исследующих лингвистику бреда, невелико [см., например 63], то работ, посвященных анализу бреда как текста / нарратива, еще меньше. При этом в неявном виде (и

даже порой для себя) врачи используют лингвистические понятия и категории, относящиеся к области нарративного / текстового анализа при описании многих психопатологических симптомов. Даже оперируя такими клинически значимыми понятиями, как “разорванность мышления” или “несформированный”, “остаточный бред”, врач базируется на чисто текстовых признаках, но делает это имплицитно и, соответственно, не анализирует текст бреда как таковой. Это текст, производимый больным, для врача теряет свою “текстовость”, оставаясь лишь симптомом. Такой перевод текста в симптом принципиально важен для диагностики, но выносит за скобки его непсихиатрические, немедицинские характеристики.

Тем не менее, текстовая природа бреда лежит уж совсем на поверхности. (Может быть, поэтому она так плохо заметна?)

На сегодняшний день нет ответа даже на некоторые базовые вопросы, касающиеся бреда. Другие вопросы даже не заданы.

Почему у одних больных с одинаковым диагнозом бред возникает, а у других нет? Почему бред возникает именно на этом этапе болезни, а не на другом? Какова связь между бредом и языком как частью когнитивной системы? Какова связь бреда с этапами развития языка, и существует ли она? Каковы достаточные и необходимые условия (клинического и когнитивного плана) для генерации бреда? Почему все современные определения бреда неудовлетворительны? Чем определяется выбор темы / сюжета бреда? И почему в некоторых случаях сюжет может быть патогномичным (парафренный мегаломанический бред при сифилисе головного мозга или бред малого размаха в пожилом возрасте), а в другом — нет?

В контексте нашего подхода, прежде всего, следует подчеркнуть, что в отличие от многих других исследователей бреда мы исходим из следующих положений:

Лингвистические стороны бреда и бредообразования должны и могут быть рассмотрены с учетом достижения современной филологии, в частности нарратологии. Исследования языковой составляющей центральных психопатологических симптомов могут пролить свет на их генез.

1.1. Многие психопатологические симптомы и синдромы, такие, например, как бред, вербальные галлюцинации, симуляция и др. могут быть рассмотрены с точки зрения их нарративной составляющей. Принимая это положение, мы ни в коем случае не пытаемся свести всю проблематику происхождения и описания таких психопатологических феноменов только к проблеме текста.

2. Нельзя смешивать бред как процесс-бредообразование и бред как результат, продукт такого процесса. В чем здесь проблема?

2.1. Бредопорождение как любое текстопорождение можно рассматривать на разных уровнях — прежде всего опираясь на классические данные нейролингвистики [1] как процесс речепорождения. При этом можно исходить из того, что основные этапы такого речепорождения на нейрокognитивном уровне сохраняются при психотическом состоянии, но нарушаются при распаде речи<sup>1</sup>.

2.2. Следующий уровень — уровень уже созданного **нарратива**, т.е. рассказ, где можно, согласно В. Шмид [43] выделить:

- а) событие;
- б) историю (“смыслорождающего отбора ситуации”
- в) наррацию — “композицию, организующую элементы событий в искусственном порядке;
- г) презентацию наррации, где “нарративный текст .. является доступным эмпирическому наблюдению” [43, С. 158].

Ранее [97] мы говорили о том, что элементы психотической речи могут быть рассмотрены с точки зрения теории речевых актов. Принимая такую позицию, мы рассматривали психотические нарративы не с точки зрения истинности — ложности, а только с точки зрения успешности — неуспешности. Причем все тексты психотического пациента, вероятно, маркируются им как максимально успешные (т.е. имеющие максимально иллюкутивную силу).

Если теперь мы обратимся к взглядам нарративных когнитивистов, то обнаружим определенные и интересные совпадения:

“.. И хорошая история, и хорошо сформулированные логические выражения являются естественными

<sup>1</sup> Так ли это, на самом деле не совсем понятно и требует отдельного исследования.

типами рассуждения, могут быть использованы для убеждения. Однако то, в чем они убеждают, имеет фундаментальные различия: логические аргументы убеждают в истинности, а *истории — в их жизненном правдоподобии* (курсив автора)” [5, С. 11].

Сопоставляя эти два этих положения, можно представить следующую схему: на уровне отдельного высказывания психотик **для себя** будет маркировать эти положения как обладающие максимальной иллюкутивной силой (это то, что дает иллюкутивность), а уже на уровне **восприятия патологического** нарратива именно фактор жизненного правдоподобия становится важной определяющей чертой бреда.

2.3. Третий уровень — уровень маркирования текста именно как текста “бреда”, т.е. момент, когда тексту присваивается симптоматический ярлык и соответственно весь текст рассматривается только под углом болезни. На этом этапе элемент врачебного восприятия выходит на первый план и, как нам кажется, языковая, текстовая, сюжетная составляющие, присутствующие у врача в неявном, имплицитном виде, играют важную роль. (Именно поэтому врач маркирует бред, базируясь на сюжетном подходе.) [15].

3. Есть разница между бредом и рассказом о бреде. По аналогии со сном и рассказом о сне [см., например, 102]. В клинике это можно наблюдать как минимум в двух разных аспектах:

3.1. На выходе из психоза, когда пациент сам рассказывает содержание собственного бреда, но дистанцировавшись от него. Тогда именно сюжетная канва воспоминания о бреде сохраняется, а детализация уходит<sup>2</sup>.

3.2. При симуляции / сюрсимуляции бреда. То есть в ситуации, когда исходно есть элемент *текстопорождения*, но нет элемента *бредопорождения*. В обоих случаях мы увидим сохраненную сюжетную канву, но внутренняя организация нарратива будет разная.

4. Бред может быть рассмотрен как нарратив, т.е. построенная вербализованная история со своим сюжетом.

Нами ранее уже предлагались и описывались некоторые особенности нарративов бредов, в частности: “.. Продуцирование бреда носит непосредственный характер. Текст бреда не подготовлен большим заранее, не отрефлексирован. Больной, представляющий себя Мессией, не производит рассказ “о” мессии — как в библейских или наивных эсхатологических текстах, он воплощает в момент бредопорождения это лицо и говорит “за” мессию, от его (своего) имени. Бред рождается и произносится в реальном времени,

<sup>2</sup> Частично это может быть связано с тем, что пациент просто не хочет вспоминать свои болезненные переживания. Однако нужно учитывать, что может происходить и амнезия острого состояния.



здесь и сейчас, следовательно, способен дать наилучшую интроспекцию в строение и когнитивные процессы болезненного сознания” [19].

б. Рассматривая бред с точки зрения нарративно-го подхода, мы можем говорить о генезисе нарратива, а содержание бреда попытаться связать с его происхождением в филогенезе и онтогенезе. Соответственно, признавая и принимая нарративность бреда, — попробовать применить к его анализу методы нарратологии, разработанной на сегодняшний день. По всей видимости, и об этом мы говорим ниже, применение критериев нарративности позволит уточнить дифференциальные признаки бреда.

Признавая за бредом статус нарратива, необходимо обратиться к немногочисленным исследованиям на эту тему.

Термины “нарративная психиатрия”, “нарративный поворот” прижились в англоязычной психиатрии и гораздо менее — в русскоязычной [3, 51, 60, 64, 72, 75]. Но при рассмотрении работ данного направления создается впечатление, что термин “нарративная психиатрия” подразумевает просто то, что с больным надо разговаривать и слушать его. «.. Один историк, занимающийся историей психиатрии, заметил, что американская психиатрия последних трех столетий может быть объединена основной жалобой пациентов: “Никто не желает слушать мою историю»» [4].

С этим трудно не согласиться. Но вряд ли нарративность только этим и ограничивается.

С другой стороны, в работах, посвященных нарративным нарушениям при шизофрении [46, 73, 74, 75, 78, 85, 86], нарративность именно бреда практически не затрагивается. А в тех немногих доступных нам исследованиях, где рассматриваются нарративные характеристики бреда [101], упор в основном делается на нарушениях, присущих нарративному уровню языка: “.. The following pathological phenomena were identified within narrative sequences: 1. delusional sequences, internally related; 2. delusional sequences, internally disintegrated. We discern the specificity of schizophrenic disorders also in the case of narrative scenes, which manifest the following pathological phenomena... A narrative scene is organized in a delusional way; consequently, it is pragmatically incoherent. The scene consists of delusional narrative sequences, internally related, sometimes already with features of disintegration... We often find delusional narrative pictures and pictures with disturbed thematic-rhematic coherence... 4. A narrative scene is disintegrated. It is formed mainly by delusional sequences with features of disintegration, made up of pictures with combined disorders... Increased language pathology occurs, chiefly manifested by disturbances of linear connotation ..” [101].

Ранее нами было предложено следующее определение бреда: “Бред — это совокупность произведенных психотическим больным связанных текстов, в

которых больной наделяет “особыми качествами” либо себя самого, либо кого-то или что-то из окружающего мира. При выполнении этих условий, как мы предполагаем, бредовый текст может быть однозначно отнесен к одной из двух выделенных групп: “я” = агенс или “я” = пациенс, что и обусловит его ядро” [14].

Уточняя это определение, можно заметить, что, на первый взгляд, никаких доказательств связи между языком и бредом не требуется. “Без языка нет и бреда”, или “нет невербального бреда”. Но так ли это? И все ли здесь однозначно?

По нашему мнению, если мы действительно хотим понять генезис бреда, необходимо рассматривать бред в его фило- и онтогенезе, а не только в его типологии или только внутри динамики болезни<sup>3</sup>.

В контексте такой постановки вопроса стоит заметить, что исследования связи эволюции языка и шизофрении довольно широко проводились в последние тридцать лет, но бредовую симптоматику и они не затрагивали или затрагивали лишь вскользь [см., например, 54, 55, 58].

Говоря об онтогенезе, мы должны иметь в виду бред не только на этапах его развития, но и этапах распада. Надо попытаться проанализировать время / возраст возникновения и время / возраст исчезновения бреда, точнее — тех базовых языковых механизмов, которые составляют фундамент бредообразования.

Интересно отметить, что четкие данные о возрасте возникновения бреда в литературе практически отсутствуют<sup>4</sup>. Существуют разные, обычно размытые, указания возраста [18, 36, 16, 22, 24, 31, 38, 39, 42, 52, 70, 71, 84]<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Напрашивается аналогия с положением, выдвинутым Ю. Лотманом по поводу сюжета: “.. Вопрос о происхождении сюжета может ставиться как историческая и как типологическая проблема (курсив автора)” [20].

<sup>4</sup> Нам не удалось найти в литературе четких объяснений этого феномена.

<sup>5</sup> “.. Возможность появления бреда у детей одними психиатрами утверждается положительно, другими отрицается. Так, Н. Maudsley (1871) писал, что фантастические представления, аналогичные бреду, могут наблюдаться у детей уже в возрасте пяти-шести лет. Отечественные психиатры поддерживают эту точку зрения. Напротив, французские психиатры считают, что до возраста двенадцати-тринадцати лет говорить о наличии бреда не следует. Детский мозг еще слишком незрел, чтобы появилась возможность продуцировать бредовые идеи” [24].

“.. The remote possibility of delusions was questioned: as children do not have a totally developed egoic structure, it was believed that they were unable to have delusions. Moreover, how could it be possible to distinguish psychotic symptoms from the fantasy world that is part of a child is normal development?” [92].

В руководстве по детской психиатрии сказано, что до школьного возраста бред не диагностируется вследствие недоразвитости экспрессивной речи [82]. В исследовании Kolvin [71], одном из немногих, где приведены четкие сравнительные данные о двух группах детей, больных шизофренией (заболевших до трех лет и после пяти лет), подчеркивается, что в группе детей, заболевших до трех лет, бредовых нарушений, не наблюдалось вовсе.

Почему? Такая размытость в определении возраста выглядит довольно странной и труднообъяснимой.

Для построения идеальной (но явно гипотетической модели) нужно проследить развитие ребенка (с максимально отягощенной по шизофрении наследственностью) на всех этапах его языкового развития, по возможности уделяя внимание даже мельчайшим деталям, и четко зафиксировать момент вспышки психоза. Необходимо наблюдать пациента на протяжении всей его жизни, дожидаясь начала деменции, и зафиксировать момент исчезновения бреда. Но поскольку такой тип исследования нереален, попробуем построить модели, опираясь не на лонгитудинальное исследование, а на сопоставление возрастных срезов на примере множества клинических случаев.

Скорее всего минимальный возраст бредообразования мы сможем установить довольно точно, поскольку этапы онтогенеза речи достаточно четко структурированы во времени. А вот возраст распада способности к бредообразованию (а не уже существующего бреда) будет размыт, поскольку он зависит от гораздо более широкого набора факторов биологического и культурного порядка.

На этапе диссолюции мы сумеем проследить нейрокогнитивные корреляты языковых потерь и выяснить, на какой стадии происходит потеря способности к бредообразованию и какие именно механизмы были повреждены.

И здесь нам придется обратиться к психолингвистике, а именно к вопросу онтогенеза эгоцентрической речи [6, 9, 21] и генезису нарратива [21, 45, 62, 66, 77]. По нашему мнению, именно эти факторы определяют потенциальную возможность генерирования бреда при определенном болезненном состоянии сознания.

Возраст шесть-семь лет является нижним возрастом возникновения бреда — это клинический факт. Но почему именно тогда происходит “прорыв” бреда?

Мы считаем, что к этому времени происходит созревание и окончательное формирование трех основных языковых механизмов:

**1. Созревание эгоцентрической речи и переход ее во внутреннюю.** Л. Выготский отмечал: “Внутренняя речь, т.е. речь, с помощью которой человек мыслит, возникает позднее, и есть основание полагать, что процесс ее образования совершается только в школьном возрасте” [10].

Следовательно, нет зрелого мышления без сформированной внутренней речи. Но и бреда как нарушения мышления не может быть без мышления достаточно зрелого уровня.

На этапе, предшествующем созреванию внутренней речи, “.. ребенок, уже обладающий внешней речью в ситуации диалога, оказывается еще неспособным к развернутой монологической речи. Это в значительной степени связано с тем, что *внутренняя речь ребенка со всеми ее предикативными функциями еще и недостаточно сформирована*” (курсив автора) [21].

Об этом же говорили исследователи, изучавшие онтогенез детской речи: “В связи с тем, что у ребенка в возрасте 6–7 лет появляются новые умения и навыки, такие как монологическая и диалогическая речь, умение выражать свои мысли письменно, в его обиходе появляются и новые жанры: записка, дневник, анкеты” [23].

Бред и является именно такой монологической речью. Он не требует собеседника. Он самодостаточен. И здесь мы согласны с Pazzagli [81], утверждавшим, что “delusions and narrations have very different communicative characteristics. Delusion, when reported, places itself outside of a shared communication, of an interactive field; it is presented as an absolute, non-modifiable, saturated truth that can only be believed or refuted”. Бред не требует диалога.

В литературе вопрос о внутренней речи в рамках шизофренического нарушения рассматривался и продолжает рассматриваться в основном в плане генезиса вербальных галлюцинаций [см., например, 47, 50, 53, 69, 75, 79 и др.], и это понятно<sup>6</sup>. Аналогия такого рода лежит на поверхности, и внешних совпадений прослеживается немало<sup>7</sup>. Внутренняя речь и вербальные галлюцинации схожи своей незвуковостью. И внутренняя речь, и вербальный галлюциноз не могут быть проанализированы напрямую. Мы можем судить об их наличии или по поведенческим симптомам или по рассказу пациента о том, что и как он слышал или думал.

<sup>6</sup> Опубликовано немало исследований о нарушениях внутренней речи при афазии и при некоторых других невропсихиатрических синдромах, например, при синдроме Gilles de la Tourette’s [см. напр. 99] и даже при глоссолалии [89], но мы рассматриваем их вскользь, только в контексте бредовых нарушений. Одно замечание можно сделать — любое необычное речевое высказывание исследователи пытались связать с проявлениями внутренней речи.

<sup>7</sup> См., например: “. A prima facie case for the involvement of inner speech in auditory verbal hallucinations concerns a basic commonality between the two kinds of experience, namely that both involve some form of internal verbal mentation, or ‘voice in the head.’ Furthermore, like inner speech, auditory verbal hallucinations are often relevant to the voice-hearer’s ongoing activities, and may attempt to comment on or regulate behavior” [68].

Крайняя точка зрения выражена довольно лаконично — вербальный галлюциноз есть болезнь внутренней речи: “.. Many authors have proposed that the cognitive deficit involved in AVHs (auditory verbal hallucinations) is a disorder of inner speech (курсив автора)” [68]. Но на этом сходство внутренней речи и вербального галлюциноза заканчивается. Принципиальные же характеристики внутренней речи, такие как свернутость, предикативность, преобладание смысла над значением, в вербальном галлюцинозе отсутствуют. “.. Внутренняя речь есть максимально свернутая, сокращенная, стенографическая речь .. Внутренняя речь по своему синтаксическому строению почти исключительно предикативна. Подобно тому как в устной речи наш синтаксис становится предикативным в тех случаях, когда подлежащее и относящиеся к нему части предложения являются известными собеседникам, внутренняя речь, при которой подлежащее, ситуация разговора всегда известна самому мыслящему человеку, состоит почти из одних сказуемых. Самим себе мы никогда не должны сообщать, о чем идет речь” [8].

Необходимо подчеркнуть, что истинная связь между формированием механизмов внутренней речи и порождением бреда остается не до конца понятной. Для прояснения ее потребуются еще немалые усилия. Одно можно подчеркнуть: внутренняя речь является структурой многоуровневой. Слова Л. Выготского о свернутости, предикативности и преобладании смыслов относятся к самым глубинным слоям внутренней речи. Исследователи же вербального галлюциноза в основном имеют в виду “проговаривание про себя” (silent articulation), а это совершенно другой уровень речепорождения. Именно таким расхождением можно объяснить немалые методологические расхождения при сравнении использования понятия “внутренняя речь”.

Мысль Выготского о том, что “один и тот же пункт в развитии мышления ребенка, обозначаемый .. как эгоцентрическая речь ребенка, представляется с точки зрения этих схем лежащим на двух совершенно различных трактах детского развития. Для Пиаже это переходная ступень от аутизма к логике, от интимно-индивидуального к социальному, для нас это переходная форма от внешней речи к внутренней, от социальной речи к индивидуальной, в том числе и к аутистическому речевому мышлению” [9] дает определенный ключ, но одновременно представляют ловушку для психиатров. Ловушка эта возникает из наложения терминологий. Аутистическое речевое мышление совсем не равно аутизму как одному из кардинальных признаков шизофрении, а является только одной из форм мышления речевого и генетически не связано с аутизмом, соответственно, и с шизофренией.

Мостиком между сформированной внутренней речью может являться следующее предположение. Окончательное формирование внутренней речи является начальной точкой перехода от “мышления в ком-

плексах” к понятийному мышлению и как следствие — формирование субъективной семантики, вернее начало формирования, которое завершится только к завершению пубертата структуры<sup>8</sup>. А бред в своих самых базовых проявлениях является именно сломом базовых личностных смыслов.

Принимая как рабочее определение бреда, данное С. Циркиным: “.. Бред — это новое понимание *жизнеопределяющего смысла* (курсив автора) своей собственной индивидуальной ситуации неадекватно сохранившемуся опыту и прежним личностным характеристикам” [41], — можно предположить, что бредовая структура сформируется только тогда, когда будет положено начало формированию “внутренней семантики”, которая в свою очередь формируется через формирование внутренней речи.

Открытым остается вопрос о возможности исследования прямых коррелятов (например, нейрофизиологических) параметров внутренней речи и бреда [см., например, 68], и проблема здесь в нахождении таких соотношений именно для феномена бреда, поскольку при таком подходе встает вопрос о единстве и гомогенности самого понятия “бред”<sup>9</sup>.

В данной работе мы не анализируем механизм нарушения мониторинга внутренней речи, а говорим лишь об аспекте *созревания* внутренней речи как предпосылки бредопорождения<sup>10</sup>.

**2. Формирование индивидуальной базы сюжетов.** Нет и не может быть бессюжетного *сформированного бреда*, бреда, где нет истории (в этом, по-видимому, заключается одно из важных отличий бреда от галлюцинаций).

<sup>8</sup> Не случайно возраст завершения пубертата (формирование личности, т.е. завершение формирования базовых смыслов личности) очень часто и есть возраст начала шизофрении.

“.. Расщепление той психологической системы, которая лежит в основе мышления в понятиях, составляет столь же основную черту шизофренической психики, как образование этой функции в юношеском возрасте” [7].

<sup>9</sup> Позволим себе два замечания — если это действительно так, логично было бы ожидать, что на стадии становления внутренней речи, т.е. именно там, где ее осознание и мониторирующее еще не созрело окончательно, количество вербальных галлюцинаций максимально. Но этого совершенно не наблюдается. И второе, если говорить о связи вербальных галлюцинаций и внутренней речи, естественно напрашивается вопрос, каково происхождение невербальных слуховых галлюцинаций, широко представленных в клинике (например, музыкальных)? Лежит ли в их основе тоже внутренняя речь или какой-либо ее аналог? Должен ли механизм их возникновения принципиально отличаться от механизма возникновения слуховых галлюцинаций? Но тогда для каждого вида галлюцинаций придется выстраивать свой собственный механизм.

<sup>10</sup> Хотя ранее в немногочисленных исследованиях отмечались определенные нарушения мониторинга внутренней речи и у *бредовых пациентов* [48, 69], само это положение кажется нам гипотетическим.



Нам представляется, что именно сюжетная база, ее динамика, развитие, наполнение является звеном, связующим нарратив бреда и культурную среду врача, и пациента.

Во многом индивидуальная копилка сюжетов (сформированная на основании сюжетов данной культуры) выстраивается у ребенка на базовых сюжетах сказок [29, 44, 94]. Исследователи уже неоднократно отмечали важность сказки в генезисе нарратива: “.. Из простого куска вещества, не обладающего собственной предысторией, материальный предмет способен превращаться в социальный объект благодаря включению его в нарратив. Подобными объектами наполнены сказки .. Сказки являют собой некую предельно чистую репрезентацию нарративных конвенций, сохраняющихся и в переводе на другой язык, и после литературных переработок, — отчасти, конечно, потому, что эти присущие нашим культурам конвенции всем нам известны. Только ребенок, воспитанный в полной изоляции от мира, никогда не слышал о Белоснежке или Мальчике-с-пальчике. Индийцам были известны истории о приключениях Кришны, маори знали истории об обманщике ловкаче (хотя в наше время они, пожалуй, лучше знакомы со Златовлаской и т.п.). В сказке о Белоснежке в центре внимания находится волшебное зеркало, а в историях о ловкаче — волшебный рыболовный крючок” [40, С. 121].

На этой же базе формируется так называемая языковая картина мира: “.. Влиянием мифологической Картины Мира, сведения о которой поступают к ребенку в языковой форме (через услышанные и прочитанные сказки и мифы), можно объяснить, на наш взгляд, тот факт, что представление ребенка о множественности пространств и времен и их неоднородности, формирующееся в период допонятийного, наглядного мышления ..., удерживается в детском сознании вплоть до подросткового возраста” [37].

Принимая это положение, мы должны обратить свой взгляд к исследователям в области фольклористики, тем более, что именно там проблема классификации, происхождения и распространения сюжетов исследованы наиболее полно [27, 28], и позаимствовать у фольклористов понятие о сюжетном фонде [17].

Само существование такого “фонда бредовых сюжетов” как некотором конечном или бесконечном наборе абсолютно понятно для врача<sup>11</sup>. В клинике подобный сюжетный фонд используется рутинно (бред преследования, бред величия, бред любовного очарования и т.д.) и позволяет достаточно упрощенно производить классификацию. Но именно из такого фонда пациенты черпают свои сюжеты, а врачи — диагно-

<sup>11</sup> Эта понятность, к сожалению, не добавляет ясности. В психиатрической литературе происходит постоянная путаница в терминологии. Что для психиатрии фабула, а что сюжет, тема или концепция бреда? Равнозначные понятия, синонимы или нет?

стические классификации<sup>12</sup>. Однако врач и больной, черпая из одного сюжетного набора, перерабатывают их совершенно по-разному.

Важно подчеркнуть, что, как и в фольклоре, “фольклорные тексты не хранятся памятью сказителя в заученном виде — даже если он сам так считает, не извлекаются из нее готовыми, а монтируются при своем изложении из “предтекстовых” (авантекстовых)” элементов разного уровня” [25, С. 108], бредовые тексты формируются из кирпичиков-мотивов, а не хранятся в памяти целиком и “собираются” здесь и сейчас [19].

Нам кажется, что именно сломом таких предтекстовых кирпичиков можно объяснить слом бредообразования при сенильной деменции. И предтекстовыми кирпичиками на уровне текстопорождения будут, по-видимому, выступать именно глубинные слои внутренней речи.

Вопрос о корпусе сюжетов / мотивов, их генезисе и распространении наиболее широко разработан в фольклористике, но практически проигнорирован в теоретической психопатологии [14].

Признавая это, нам надо проследить методологию и поучительную историю разработки теории сюжета [2, 27, 34]<sup>13</sup>. “.. Включение мотива в более широкий типологический ряд дает основания для реконструкции его значения, поскольку каждый конкретный случай может рассматриваться как неполная реализация некоей теоретически мыслимой “идеальной” семантической модели. .. Параллели, имеющие чисто типологическое объяснение, относятся к наиболее глубокому семантическому слою устных традиций; выше лежит то, что обусловлено их генетическим родством; на самом поверхностном уровне располагаются совпадения, являющиеся следствием культурной диффузии. В подобном заключении, в сущности, нет ничего оригинального: интерпретируя обнаруженные в текстах сходения, мы обычно сначала учитываем исторические возможности культурных трансмиссий, затем переходим к генетической общности и лишь только после этого — к общности типологической” [26].

**3. Способность формулировать культурно-контекстный нарратив** [57, 80]. Для того чтобы быть обозначенным как “бред”, он- не только должен быть вынесен наружу, сформулирован, артикулиро-

<sup>12</sup> По нашему мнению, в англоязычной литературе такие обозначения, как “странный (bizarre) бред” и отчасти “инокультуральный бред”, отражают ситуацию, когда диагност сталкивается с сюжетами, которые не входят в его *сформированный список*. Это совпадает с тем, что в сознании врачей выделенной и определяющей единицей диагностики является именно сюжет, а не мотив [15].

<sup>13</sup> Теоретическая фольклористика интересна нам еще и потому, что сами исследователи в своих построениях и гипотезах обращаются к психоанализу и юнгианскому понятию “архетип”; в этих поучительных спорах сломано немало копий [11, 27].



ван, но и воспринят адресатом (даже если адресат явно не обозначен или вообще отсутствует) и соответственно маркирован как принадлежащий жанру бреда. Это так называемый **прагматический уровень нарратива**, т.е. уровень использования нарратива в конкретной ситуации, с конкретной целью и с учетом контекста, включая понимание мотивов и целей слушающего<sup>14</sup>.

Развитие способности формировать нарратив проходит несколько стадий: от “скопления” до “развития настоящего нарратива”, причем последняя стадия формирования приходится на возраст 6–7 лет [45, 66].

Как отмечают исследователи, к 7–8 годам в основном заканчивается формирование ядра словаря детской речи, т.е. складываются некоторые главные семантические координаты, определяющие семантическое пространство данного языка [12, 13] и происходит формирование “коммуникативной компетенции”. “Под коммуникативной компетенцией понимается умение строить эффективную речевую деятельность и эффективное речевое поведение, которые соответствуют нормам социального взаимодействия, присущим конкретному этносу” [33, С. 4].

Все эти механизмы формируются в определенной последовательности, обратной приведенной выше. Во-первых, появляется возможность формулировать культурно-контекстный нарратив (2,5–7 лет). Далее начинает выстраиваться индивидуальная база сюжетов (3–7 лет)<sup>15</sup>, и только к началу школьного возраста происходит переход эгоцентрической речи во внутреннюю (6–7 лет). Именно к этому моменту врачи впервые начинают фиксировать бред, так как именно тогда происходит реальное *созревание механизмов бредообразования*. И соответственно, складываются все условия для его возникновения.

Согласно К. Ф. Седову, базой дискурсивного мышления выступает мышление жанровое, уровень развития которого теперь в значительной степени определяет уровень коммуникативной компетенции личности. Развитие жанрового мышления школьника идет по пути всё большей дифференциации жанров на фактические и информативные — с одной стороны, персональные и институциональные — с другой [32, С. 318].

Таким новым “жанром” и будет бред.

Распад этого механизма мы можем наблюдать у больных с деменцией (чаще всего фронтотемпорального типа). Их речь на ранних стадиях развития болезни часто сопровождается логореей (избыточной речевой продукцией) и теряет свою контекстность. Такие больные становятся “бестактными” как вербально, так и поведенчески, теряют чувство ситуа-

ции, не улавливают контекст (эти черты часто наблюдаются в картине фронтотемпоральной деменции) [49]. Однако нарративные способности могут сохраняться, нарушение произойдет уже на более поздних стадиях.

В нашем контексте мы подчеркиваем не только и не столько *возможность формирования нарратива*, но его *культурное наполнение и прагматическую составляющую*. Бред для своего развития должен опираться на все эти три составляющих. Без них сгенерировать бред невозможно. Сгенерировать “псевдобред”, т.е. просимулировать его, тоже невозможно. Однако **ненарративную** психотическую структуру, примером которой является вербальный галлюциноз, просимулировать вполне возможно.

Выше, опираясь на возраст появления бреда в клинической картине и попытку соотнесения данного возраста с этапами развития языка и мышления, мы говорили о модели онтогенеза бреда.

Другим подходом к решению проблемы, вынесенной в заголовок настоящей статьи, может служить модель развития психотических симптомов **у детей с умственной недостаточностью**. При таких состояниях можно проследить удельный вес вышеуказанных факторов, так как при умственной недостаточности мы можем наблюдать нарушения и десинхронизацию в развитии. Говоря иначе, именно умственная недостаточность даст нам ключ к нормальному развитию и к слову этих же функций на новом уровне<sup>16</sup>.

Третьим вариантом исследования структуры и генезиса бредового нарратива, как мы упоминали выше, можно считать модель распада языковых способностей при сенильной деменции. Преимуществом данного метода можно считать, во-первых, широко проводимые нейрокогнитивные исследования деменции. Во-вторых, то, что языковые нарушения при таких нарушениях очень заметны и выразительны и иногда, особенно на начальных этапах развития болезни, являются доминирующими [49, 61]. И в-третьих — здесь мы с достаточно высокой частотой встречаем как бредовые, так и галлюцинаторные нарушения.

“.. Ключ к психологии — в патологии; не потому только, что последняя нащупала и изучила раньше других корень психики, но потому, что такова внутренняя природа вещей и обусловленная ею природа научного знания об этих вещах” [9].

*Все умные не-лингвисты делают ошибку, смешивая ЯЗЫКОВОЙ смысл с РЕЗУЛЬТАТОМ ВОСПРИЯТИЯ.*

*И. Мельчук*

Некоторые предварительные выводы:

0.0. На основании приведенных выше дефиниций (наше и С. Ю. Циркина), которые безусловно являются неполными, можно дать следующее определение

<sup>14</sup> На бытовом языке эта прагматическая составляющая с долей упрощения в рамках дихотомии может быть обозначена как тактичность / бестактность.

<sup>15</sup> Мы говорим только о формировании базового сюжетного корпуса. Пополнение его происходит на протяжении многих лет.

<sup>16</sup> Разработка этой темы — задача будущего.

брета: *Бред — это совокупность связанных текстов / нарративов, в которых больной наделяет “особыми качествами” (особым смыслом) либо себя самого, либо кого-то или что-то из окружающего мира, произведенных на основании кардинального слова индивидуального смысла личности и имеющих устойчивость ко всем базовым смыслам, существующим до такого перелома.*

1.0. Для психической болезни существует и может быть экспериментально установлен минимальный возраст бредаобразования, базирующийся на сформированных в онтогенезе языковых механизмах.

1.0.1. В возрастной точке 6–7 лет сходятся линии развития всех трех механизмов. Именно это, по нашему мнению, дает возможность болезни (в любой ее форме) дать толчок к развитию бреда.

1.1. Эти потенциальные механизмы скорее всего независимы от болезни и, соответственно, не являются нозоспецифическими.

1.2. Неравномерность формирования таких механизмов обуславливает в клинике неравномерную частоту появления бредовых и небредовых, в основном галлюцинаторных психопатологических, симптомов на разных этапах личностного развития.

1.2.1. Отсутствие (вследствие несозревания или распада) всех трех вышеуказанных элементов приводит к тотальной невозможности сформировать бред, что совершенно не отвергает существование психоза. Это можно наблюдать, например, при умственной отсталости средней степени тяжести, у маленьких детей (в возрасте примерно до 3–4-х лет) или при прогрессировании приобретенного слабоумия.

1.2.1.1. При приобретенном слабоумии в старческом возрасте мы сможем наблюдать некоторые этапы/стадии разрушения языковых элементов, становление которых трудно или невозможно отметить у ребенка. Например, нарушения на стадии культурно-контекстного нарратива.

1.2.2. Несформированность внутренней речи, т.е. застревание на стадии эгоцентрической речи, должно привести к невозможности сформулировать бред как нарратив.

1.2.3. Структура же распада внутренней речи при дементивном процессе, отраженная в распаде бреда, может пролить свет на проблему соотношения языка и мышления в норме. Но эта область остается еще абсолютно не исследованной, и работы здесь крайне немногочисленны [98]. Психиатрия может внести свой вклад в понимание нормы. Надо только правильно построить вопрос.

1.2.4. Невладение сюжетным корпусом может привести к рудиментарному по содержанию бреду.

Это наблюдается у детей в возрасте 4–6 лет, когда в клинической картине преобладают фантазмы и патологическое фантазирование [30, 35]<sup>17</sup>. Подобное наблюдается и при распаде когнитивных функций. После стадии потери культурально-контекстного нарратива наступает постепенное сужение фонда сюжетов до постепенного редуцирования вплоть до минимального набора с постепенным полным опустошением.

“.. Обычно же слабоумие той или иной степени выраженности отражается лишь на сюжете, содержании, оформлении бредовых идей, препятствуя в наиболее тяжелых случаях возникновению бреда” [31].

Такая картина отмечается, например, при развитии сенильной деменции и при органических поражениях головного мозга: более сохранные когнитивные функции обеспечивали наличие более комплексных и сложных по содержанию бредов [56].

На стадии полного опустошения генерация бреда будет уже невозможна. Порядок распада сюжетного фонда представляет особый интерес в свете гипотетического предположения о максимальной сохранности базовых “ядерных” сюжетов. Так ли это на самом деле, еще только предстоит выяснить.

1.2.4.1. Клинический факт преобладания галлюцинаций по сравнению с частотой проявления бреда [71, 88, 83, 87] можно объяснить неразвитостью сюжетного корпуса и недоразвитием внутренней речи при относительной сохранности экспрессивной речи (ведь без рассказа о галлюцинациях этот феномен и не выявлялся бы). Подобное распределение галлюцинаторных и бредовых феноменов также отмечалось у подростков с диагнозом “шизофрения” [83] и у пациентов с легкой формой умственной недостаточности [59, 95].

Нельзя исключить, что различие между феноменом вербальных галлюцинаций и феноменом бреда в немалой степени опирается на структуру передачи (вербализации)<sup>18</sup>, а именно — вербальные галлюцинации *не имеют структуры нарратива, в них нет истории*, а для бреда наличие истории (даже неразвернутой полностью), построенной как нарратив, является одним из центральных и, возможно, ключевых моментов в его генезисе и структуре.

Рассматривая нарратив как центральный момент дифференциации бреда и галлюцинаций, можно отметить еще один момент. А именно: если такой признак, как нарративность, действительно играет роль различительного признака, мы должны обнаружить “переходные формы”, т.е. формы, при которых будет иметь место *нарративный галлюциноз и ненарративный бред*. Существует ли такое в клинике?

<sup>17</sup> .. Синдром патологического фантазирования встречается у детей различного возраста (от 1,5 до 15 лет), но преимущественно развивается после 5 лет (курсив автора), обычно после короткого периода “нормального” фантазирования” [30].

<sup>18</sup> С р.: “.. Visual hallucinations showed a significant association with **lower IQ** and earlier age of psychosis onset. In particular, verbal IQ demonstrated a consistent inverse relationship with the presence of visual, somatic/tactile, and olfactory hallucinations, even when each modality was considered independently, and these modalities thus appear to be general marker of an increased severity of psychosis” [67].

Безусловно, да. Это известные формы галлюцинационно-параноидного симбиоза, когда трудно отделить феномен восприятия от чистой интерпретации (и наррации). Так, Рыбальский пишет: “.. В тех случаях, когда основу заболевания составляет параноидный синдром и больной жалуется на “запахи”, *практически невозможно не только определить, иллюзии это или галлюцинации, но также установить характер самих переживаний больного* (курсив автора): действительно ли они включают сенсорный, чувственный компонент, т.е. действительно ли ощущается запах, или имеется лишь бредовая убежденность больного в наличии запаха. Подобная бредовая убежденность наблюдается при параноидных формах бреда с интерпретативным бредовым толкованием происходящего вокруг. Так, один находящийся под нашим наблюдением больной часто, особенно в периоды пониженного настроения, замечает, что окружающие люди (знакомые и незнакомые) стараются отойти от него, отворачиваются, потягивают носом воздух — принимают. На их лицах больной замечает гримасы отвращения. Он давно утвердился в мысли о том, что от него исходит неприятный запах. Временами без должной уверенности считает, что сам ощущает этот запах, но обычно подтверждает, что о запахе догадывается по поведению других. В этом случае нельзя говорить о сочетании обонятельных галлюцинаций и бредовых идей. Здесь речь идет только о бредовых переживаниях с включением в них не действительных обонятельных галлюцинаций, а **бредовых иллюзий**. Обонятельные галлюцинации всегда в большей или меньшей степени тематически связаны с бредом” [31].

Если же мы хотим привести пример ненарративного бреда, скорее всего примером будут служить самые начальные или конечные его формы, т.е. бред на самых ранних этапах своего возникновения или на стадиях распада.

1.3. Скорее всего, удельный вес каждого из выше обозначенных элементов в генезисе бреда будет разным в зависимости от возраста возникновения болезни, типа психической патологии и базового психологического уровня развития.

1.4. Монологичность внутренней речи и формирование на ее базе субъективной семантики пока лишь предварительно можно назвать мостиками, связывающими внутреннюю речь с бредом.

2. В случае билингвального психоза разные нарративные возможности на родном и неродном языке приведут к разной частоте возникновения бреда. То есть на втором языке бредообразования должно быть меньше, и сюжетный их фонд будет беднее, чем на первом. Можно также предположить, что на неродном языке в качестве “строительного материала” для

бреда будут использованы наиболее архаичные сюжеты как обладающие большей стабильностью и устойчивостью для индивидуума и для культуры в целом.

2.1. Вопрос об универсальности базовых “ядерных” бредовых сюжетах должен быть поставлен. Он важен для понимания феноменологии бреда. Опираясь на достижения теоретической фольклористики, при его решении необходимо произвести сопоставление выделенных сюжетных блоков с еще не выделенным блоком бредовых сюжетов. Это сопоставление должно происходить типологически и в эволюционно-генетических плоскостях.

3. Симуляция психоза, а также симуляция галлюцинаций и бреда (в основном) чаще всего будет происходить через формирование симулянта соответствующего симулятивного нарратива. Именно в этой ситуации мы наиболее четко сможем проследить разницу между истинным бредом и рассказом о бреде и выявить несовпадающие нарративные структуры.

3.1. В том же ключе, что исследование добредовой (у детей) или постбредовой (например, при деменции) стадий развития болезни, мы можем рассматривать и стадии возникновения и исчезновения симуляции психотических феноменов. Особенно это касается наиболее нарративно насыщенных синдромов, таких как бред и галлюцинации<sup>19</sup>.

4. Феномен “двойной ориентации”, описанный при параноидных состояниях, может быть объяснен с точки зрения возможности параллельной генерации и сосуществования непротиворечивых (?) нарративов.

5. Механизм распознавания диагнозом психотического нарратива во многом является культурально детерминированным. Необходимо создать такой механизм и выявить структуру подобного распознавания. Без этого невозможно выстроить логику установления диагноза. А диагностика бреда, как и диагностика любого психопатологического феномена, с необходимостью должна учитывать язык, мышление и мифологические представления врача.

6. Транскультуральная психиатрия должна не только сосредоточиться на описании редких локальных синдромов и симптомов, но и начать исследовать динамику культуральных изменений и, соответственно, обратиться к области эволюционной психопатологии. Тем более, что материал огромный.

Именно такой путь позволит построить новую антропологическую психиатрию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т. В. Роман Якобсон и развитие русской нейролингвистики // Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики. М., 2014. 148 – 175.

<sup>19</sup> И здесь мы снова сталкиваемся с ключевым возрастным промежутком 5–6 лет как *возрастом понимания лжи*: “..At the age of 4–5 years children correctly judged this utterance as a lie only 28 % of the time while 5–6-year olds did so 94 % of the time. These results suggest that around the ages of 4 to 6 years the ability to represent the relationship between two or more person’s epistemic states emerges and becomes firmly established” [100].



2. Березкин Ю. Африка, миграции, мифологии. Ареалы распространения фольклорных мотивов в исторической перспективе. СПб., 2013.
3. Бабин С. М., Случевская С. Ф. Нарративная медицина и подготовка специалистов // Конференция XIV. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: Сб. научных статей / Под общ. ред. акад. РАН В. И. Мазурова 14 ноября 2014 г. СПб.
4. Броди Х. “Истории болезни” // www.culturalresearch.ru/1/10/2013 http://culturalresearch.ru/files/open\_issues/01\_2013/IJCR\_01(10)\_2013.pdf.
5. Брунер Дж. Жизнь как нарратив // Постнеклассическая психология. 2005. № 1(2). С. 9 – 29.
6. Верани А. Роль внутренней речи в высших психических процессах // Культурно-историческая психология 1/2010 7 – 17.
7. Выготский Л. С. К проблеме психологии шизофрении // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. Т. 1. Вып. 8. 1932.
8. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1934.
9. Выготский Л. С. Мышление и речь // Выготский Л. С. Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. Т. 2. М., 1982.
10. Выготский Л. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственного отсталого ребенка // Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. Т. 5. М., 1983.
11. Дандес А. Фольклор: семиотика и / или психоанализ. М., 2003.
12. Доброва Г. Р. О некоторых аспектах усвоения лексической семантики детьми 3–6 лет: Влияние нового знания на речевое поведение // Возраст как фактор речевого поведения: Сб. статей. Пермь, 2007.
13. Захарова А. Опыт лингвистического анализа словаря детской речи. Автореферат дис.... канд. филол. наук. Новосибирск., 1975.
14. Зислин И., Куперман, Егоров А. К вопросу о классификации бреда (попытка структурно-семантического анализа) // Социальная и клиническая психиатрия, 3, 97 – 105. 2003.
15. Зислин И. Заметки к проблеме “нарратив в фольклоре и психиатрии” // Genius Loci: сб. Статей в честь 75-летия С. Ю. Неклюдова / Сост. М. А. Ахметова, Н. В. Петров, О. Б. Христофорова. М., 2016.
16. Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития. СПб., 2013.
17. Козьмин А. В. Сюжетный фонд сказок: Структура и система. М., 2009.
18. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., Медицина, 1985.
19. Куперман В., Зислин И. К структурному анализу бреда // Солнечное сплетение. 2001. Т. 18–19. С. 254 – 270.
20. Лотман Ю. М. Происхождение сюжета в типологическом освещении // Ю. М. Лотман. Избранные статьи. Т. 1. Статьи по семиотике и типологии культуры. Таллин, 1992.
21. Лурия А. Р. Язык и сознание. М., 1979.
22. Макаров И. Д. Психотические расстройства у детей: эпидемиологические, клинические и социально-организационные аспекты. АДД. СПб., 2005.
23. Михайлова Е. С. Жанровые характеристики нарративов у детей младшего школьного возраста. АКД. Волгоград., 2015.
24. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород., 1998.
25. Неклюдов С. Ю. Специфика слова и текста в устной традиции // Евразийское пространство. Звук, слово, образ / Отв. редактор Вяч. Вс. Иванов. М., 2003.
26. Неклюдов С. Ю. Мотив и текст // Язык культуры: Семантика и грамматика. К 80-летию со дня рождения академика Никиты Ильича Толстого (1923 – 1996) / Отв. редактор С. М. Толстая. М., 2004.
27. Неклюдов С. Ю. Диалектность — региональность — универсальность в фольклоре // Универсалии русской литературы. 4. Воронеж, 2012. С. 8 – 38. http://www.ruthenia.ru/folklore/neckludov70.pdf.
28. Пропт В. Я. Морфология сказки. Изд. 2-е. М., 1969.
29. Психология игры и сказки. Хрестоматия. М., 2008.
30. Руднева И. К. Синдром патологического фантазирования при малопрогрессирующей шизофрении у детей // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под общ. ред. М. Ш. Вроно. 1986.
31. Рыбальский М. И. Бред. М., 1993.
32. Седов К. Ф. Психолингвистические аспекты изучения речевых жанров / К. Ф. Седов // Жанры речи : сб. науч. тр. / отв. ред. В. Е. Гольдин. — Саратов : Колледж, 2002. — Вып. 3. — С. 14 – 27.
33. Седов К. Ф. Дискурс и личность: эволюция коммуникативной компетенции. М., Лабиринт, 2004. — 320 с.
34. Силантьев И. В. Поэтика мотива. М., 2004.
35. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика: Пособие для врачей. СПб., 2010.
36. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. М., 1974.
37. Тухарели Н. Детская языковая картина мира как предмет лингвистического изучения // Язык, сознание, коммуникация: Сб. статей / Отв. ред. В. В. Красных, А. И. Изотов. М., 2001. Вып. 17.
38. Тёпле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Минск., 1999. С. 225
39. Фролов Б. С. Паиковский В. Э. Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей. СПб. 2008.
40. Харре Р. Материальные объекты в социальных мирах // Социология вещей. Сборник статей / Под ред. В. Вахштайна. М.: Издательский дом “Территория будущего”, 2006.
41. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд., перераб. М., 2012.
42. Шац И. К. Психотические синдромы в детском и подростковом возрасте: Клинико-динамические особенности и возможности медико-психологической помощи. АДД. СПб., 2005.
43. Шмид В. Нарратология. М., 2003.
44. Элькопинова Л. Роль сказки в психическом развитии дошкольников // Психология игры и сказки: Хрестоматия. М., 2008.
45. Юрьева Н. М. Зарубежная наука о становлении устного нарратива у детей: К основам когнитивного подхода — от Л. С. Выготского к А. Эппли // Вопросы психолингвистики. 2016. № 1.
46. Allé M. C., Potheegadoo J. et al. Impaired coherence of life narratives of patients with schizophrenia // Sci Rep. 2015 Aug 10;5 / http://www.nature.com/articles/srep12934#f.
47. Allen P., Freeman D. et al. Misattribution of self-generated speech in relation to hallucinatory proneness and delusional ideation in healthy volunteers // Schizophr Res. 2006 Jun; 84(2–3): 281–8.
48. Anselmetti S., Cavallaro R. et al. Psychopathological and neuropsychological correlates of source monitoring impairment in schizophrenia // Psychiatry Res 150, 51 – 59. 2007.
49. Ash S. et al. Trying to tell a tale: discourse impairments in progressive aphasia and frontotemporal dementia // Neurology. May 9; 66(9): 1405–13. 2006.
50. Brebion G. et al. Impaired Self-Monitoring of Inner Speech in Schizophrenia Patients with Verbal Hallucinations and in Non-clinical Individuals Prone to Hallucinations // Front. Psychol., 14 September 2016. // http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01381.
51. Brown B., Nolan P., Crawford P., Lewis A. Interaction, language and the “narrative turn” in psychotherapy and psychiatry // Soc Sci Med. 1996 Dec; 43(11): 1569–78.
52. Child and adolescence Psychiatry. Third edition. Ed. Robert Goodman and Stephen Scott. Wiley-Blackwell. 2012.
53. Cho R. and Wu W. Mechanisms of auditory verbal hallucination in schizophrenia / Front. Psychiatry, 27 November 2013 / Electronic resource: http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00155/full.
54. Crow T. Is schizophrenia the Price that Homo Sapiens Pays for Language? // Schizophrenia research. 1997. V. 28 P. 127 – 141.
55. Crow T. Schneider’s nuclear symptoms as the key to the structure of language // Neurol. Psychiatry Brain Res. 14, 87 – 94. 2007.



56. *Cumming J.* Organic Delusions: Phenomenology? Anatomical Correlations? and Review // *British journal of Psychiatry* 1985, 146, 184 – 197.
57. *Fivush R. and Nelson K.* Culture and Language in the Emergence of Autobiographical Memory // *Psychological Science* September, 2004, vol. 15 no. 9, 573 – 577.
58. *Funk B.* The Parallel Evolution of Language and Auditory Verbal Hallucinations // *Divergencias. Revista de estudios lingüísticos y literarios*. Volumen 10, número 1, verano 2012 // electronic version — <http://divergencias.arizona.edu/sites/divergencias.arizona.edu/files/articles/LanguageEvolutionDivergencias.pdf>
59. *Glick M.* A Developmental Approach to psychopathology in people with mild mental retardation // *Handbook of Mental Retardation and Development*. Ed By Jacob A. Burack, Robert M. Hodapp, Edward Zigler. Cambridge university press. 1998.
60. *Hamkins S.* The Art of Narrative Psychiatry: Stories of Strength and Meaning. Oxford University Press. 2014.
61. *Harris J.* et al. Co-Occurrence of Language and Behavioural Change in Frontotemporal Lobar Degeneration // *Dementia and Geriatric Cognitive Dis.* Vol. 6, No. 2, 2016, 205 – 213.
62. *Hegsted S.* Narrative Development in Preschool and SchoolAge Children 2013 // <http://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1139&context=honors>.
63. *Hinzen W.* The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms // *Frontiers in Psychology* 1 July 2015 Volume 6 Article 971.
64. *Holmes J.* Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? // *J. Med Ethics: Medical Humanites*. 2000, 26: 92 – 96.
65. *Honigman T.* Culture and Personality. N.Y., 1954. P. 17.
66. *Hutson-Nechkash P.* Storybuilding. A guide to Structuring Oral Narrative. Thincing Publications. 1990. <http://courses.washington.edu/sop/StorybuildingIntroduction.PDF>.
67. *Jardri R.* et al. From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents // *Schizophrenia Bulletin* vol. 40 suppl. no. 4 pp. S221 – S232, 2014.
68. *Jones S., Fernyhough C.* Neural correlates of inner speech and auditory verbal hallucinations: A critical review and theoretical integration // *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 140 – 154.
69. *Johns L. C., Gregg L., Allen P. and McGuire P. K.* (2006). Impaired verbal self-monitoring in psychosis: effects of state, trait and diagnosis // *Psychol. Med.* 36, 465 – 474.
70. *Joshi T., Towbin K.* Psychosis in childhood and its management // *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. edited by Kenneth L. Davis, 2002.
71. *Kolvin I., Ounsted C.* et al. The Phenomenology of Childhood Psychoses // *Brit. J. Psychiatr.* 1971. V. 118.
72. *Lewis B.* Narrative and psychiatry // *Current Opinion in Psychiatry* 2011, 24: 489 – 494 / *Lewis B.* Taking a narrative turn in psychiatry // *The Lancet* Volume 383, No. 9911, p. 22 – 23, 4 January 2014.
73. *Lysaker P.* Narrative Structure in Psychosis Schizophrenia and Disruptions in the Dialogical Self // *Theory Psychology* April 2002 vol. 12 no. 2. 207 – 220.
74. *Lysaker P., Dimaggio C.* et al. Metacognition within narratives of schizophrenia: Associations with multiple domains of neurocognition // *Schizophrenia Research* 2007.
75. *Marini A., Parlino C.* Narrative language production in schizophrenia // *In. Brain Evolution, Language and Psychopathology in Schizophrenia* / Routledge. 2014. 181 – 193.
76. *McGuire P. K.* et al. The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: relationship to auditory verbal hallucinations // *Br J Psychiatry*. 1996 Aug; 169(2): 148–59.
77. *McCabe A.* Assessment of Preschool Narrative Skills // January 1994 *AJSLP*.
78. *Moe A.* Schizophrenia Narrative and Neurocognitive Processes // A dissertation submitted to Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. 2015. [https://etd.ohiolink.edu/!etd.send\\_file?accession=kent1433205500&disposition=inline](https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=kent1433205500&disposition=inline).
79. *Moseley P., Fernyhough C., Ellisonb A.* Auditory verbal hallucinations as atypical inner speech monitoring, and the potential of neurostimulation as a treatment option // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37. 2013. 2794 – 2805.
80. *Nelson K.* Event Knowledge: Structure and Function in Development. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1986. 288 p.
81. *Pazzagli A.* Delusion, narrative, and affects // *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006 Summer; 34(2): 367 – 76.
82. *Pediatric Hospital Medicine: Textbook of Inpatient Management* edited by Ronald M. Perkin, Dale A. Newton, James D. Swift. 2008.
83. *Polanczyk G.* et al. Etiological and Clinical Features of Childhood Psychotic Symptoms Results From a Birth Cohort // *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(4): 328 – 338.
84. *Remschmidt H., Schulz E.* et al. Childhood-Onset Schizophrenia: History of the Concept and Recent Studies // *Schizophrenia Bulletin* V. 20, N. 4, 199.
85. *Roe D., Davidson L.* Self and narrative in schizophrenia: time to author a new Story // *J Med Ethics; Medical Humanities* 2005;31: 89–94.
86. *Saavedra J.* Incomprehensibility in the Narratives of Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia // *Qualitative Health Research* 19(11), 1548 – 1558. 2009.
87. *Sood M. Kattimani S.* Series on Childhood-onset Schizophrenia — 1 // *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health* 2008; 4(2): 28 – 37.
88. *Spencer E., Campbe M.* Children With Schizophrenia: Diagnosis, Phenomenology, and Pharmacotherapy // *Schizophrenia Bulletin* V. 20, N. 4, 1994.
89. *Speaking in Tongues / Multi-Disciplinary Perspectives*. Ed. Mark J. Cartledge. Wapf and Stock Publ. 2006.
90. *Suhail K., Cochrane R.* Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations // *Int J Soc Psychiatry*. 2002 Jun;48(2):126–38.
91. *Tateyama M.* et al. Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany) // *Psychopathology*. 1998; 31(2): 59 – 68.
92. *Tengan S., Maia A.* Functional psychosis in childhood and adolescence. // *Jornal de Pediatria — Vol. 80, No. 2(Suppl)*, 2004.
93. *Zheng Z. P.* Comparison of the content of delusions of schizophrenics in China and Japan: cross-cultural psychiatric investigation // *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi*. 1989 Oct.;22(5):266–8, 317.
94. *Zipes J.* The Irresistible Fairy Tale: The Cultural and Social History of a Genr. Princeton University Press 2012.
95. *Zigler E. and Glick M.* The Developmental Approach to Adult Psychopathology // *The Clinical Psychologist* Volume 54, Number 4, Fall 2001.
96. *Zislin J.* Theory of unitary psychosis and nostratic language theory // *Annual Meeting of the Israel society for biological psychiatry*. 2010.
97. *Zislin J., Kuperman V., Durst R.* The generation of Psychosis: A pragmatic Approach // *Medical Hypothesis* 58(1), 9 – 10. 2002.
98. *Vercueil L, Klinger H.* Loss of silent reading in frontotemporal dementia: unmasking the inner speech // *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001; 70: 702 – 710.
99. *Vercueil L.* Control of inner speech and Gilles de la Tourette’s syndrome // *L’Encephale* 2003, 29(5): 460 – 462.
100. *Wimmer H., Perner J.* Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children’s understanding of deception // *Cognition*. Volume 13, Issue 1, January 1983, P. 103 – 128.
101. *Wozniak T.* Narrative Discourse in Schizophrenia // *Psychology of Language and Communication* 2006, Vol. 10, No. 2.
102. *Yu C.* Recurrence of Typical Dreams and the Instinctual and Delusional Predispositions of Dreams // *Dreaming* 2010, Vol. 20, No. 4, 254 – 279.

## Военные зарисовки мирного жителя: записки человека и психотерапевта из зоны боевых действий

И. Г. Стуканёва (Лисичанск)

*Ирина Стуканёва — по первому образованию инженер, по второму психолог, сертифицированный психотерапевт, член Украинского Союза Психотерапевтов.*

*Мы знакомы несколько лет по моим мастерским в Одессе в 2013 – 2014 гг. (около 100 часов совместной работы) и общению в Сети. Достаточное основание, чтобы судить об Ирине как о человеке и психотерапевте. Сказываются склад ума и характера или человеческая зрелость, с которой она пришла в профессию — скорее, всё вместе, но она быстро стала хорошим психотерапевтом и продолжает увлечённо и интересно становиться им.*

*Она живёт в Лисичанске, который в апреле-июле 2014 г. был в активной зоне вооружённого конфликта на востоке Украины. На столе у меня печальный и дорогой подарок — осколок снаряда с её двора. Четыре месяца войны на планете, за всю известную историю которой едва ли по крохам времени наберётся сто лет без войн, это много или мало? В масштабе истории почти ничто. В масштабе человеческой жизни, которой за четыре месяца можно лишиться столько раз, сколько в четырёх месяцах секунд, это вся жизнь. Любые свидетельства такой жизни ценны тем, что человеческое в них не заслоняется историческим и не растворяется в нём — не человек в призме истории, а история в призме человека. Недаром растёт интерес к таким личным свидетельствам — см., например, <http://prozhito.org/>*

*Предлагаемые вашему вниманию заметки, писавшиеся весной-летом 2014 г., это попытка поделиться переживаниями военного времени. Они документальны без претензий на создание исчерпывающей картины и без попыток занять место по какую-то одну сторону политических баррикад. В фокусе их документальности человек с его переживаниями, сомнениями, размышлениями, попытками выстоять и устоять в закачающемся мире. Психотерапевт в Авторе помогает её внутреннему человеку, женщине, жене, дочери, матери, а они ему — быть и становиться психотерапевтом для других. И что меня особо привлекает в заметках, это доброта и отстаивающий себя дар быть счастливым не только благодаря, но и вопреки.*

Д.м.н. Виктор Каган

То, о чём я хочу рассказать, касается событий лета 2014 г. в Лисичанске (Украина). Это прежде всего и в основном взгляд человека, которому довелось эти события прожить, взгляд изнутри событий.

Сейчас, перечитывая свои заметки в блокноте, куда писала их сидя в подвале и потом, понимаю, что это было моим способом справиться со всем тем, что вдруг случилось со мной, и придать смысл происходящему.

Я долго думала, прежде чем опубликовать их, — нужно это или не нужно кому-то кроме меня. И знаете, что мне помогло решиться? Моё собственное бережное и трепетное отношение к рассказам очевидцев. Для меня такие пропущенные через себя рассказы — ценность.

Записи коротки и отрывочны. Я не была уверена, что следующая запись появится. Была лишь надежда.

\* \* \*

Не знаю, с чего начать. Последние дни время воспринимается иначе — то спрессовывается и кажется, что какое-то событие было вчера, а не три дня назад,

то тянется нестерпимо долго. Уже неделю нет света и газа. Воды чуть дольше — наверно, недели две. Связи мобильной тоже нет. И интернета. Пишу в блокнот ручкой. Забытое чувство девичьего дневника-собеседника. Пусть так. Дневник человека, волею судьбы оказавшегося в это время и в этом месте.

\* \* \*

Признаки надвигающейся войны чувствуются. Поняла это, оглядываясь из сегодня назад. Другое дело, что в них не хочется верить, потому что просто не укладывается в голове. Люди разные и чувствительность к тревоге, её уровень и проявления у всех людей разные. Поэтому и получилось так, что кто-то уехал или стал сухари сушить задолго до того как взрывы в городе стали слышны, а кто-то понял, что это самая настоящая война только когда услышал свист летящих мин. Самый главный вопрос этих дней: уезжать или оставаться? И самый трудный. Меня спросили сейчас: “Если бы ты знала, что всё бу-

дет вот так, ты бы уехала или осталась?” Я ответила: “Я бы осталась”. Если бы меня спросили: “Нам предстоит пережить подобное твоему — уезжать или оставаться?” Я бы ответила: “Уезжайте, не раздумывая!” Вот так вот. Уезжать. Оставаться. Тысячи людей и тысячи причин у каждого в пользу первого или второго. У меня две самые веские причины для того, чтобы остаться, это отец, которому 78, и свёкор, которому 74. Оба вдовцы. Жёны здесь похоронены. Отцы заявили: “Уезжайте, мы отсюда никуда. Мы уже своё пережили — убьёт, так убьёт.” Когда решение принято, уже легче. Уже действуешь, исходя из него. Верное или неверное, на тот момент оно было такое. Город покидали многие. Уезжали целыми семьями или отправляли детей. Уезжали туда, где есть хоть какие-то знакомые, друзья или родственники в России или в Украине. Или бежали. От войны бежали. Многие уехали в лагеря для беженцев. Туда, где принимали. Это трудно — уезжать. Бросать свой дом, не зная, что с ним станет. Оставлять кого-то из близких здесь и сходиться с ума от тревоги там. Рвутся тысячи ниточек, которыми человек привязан к привычному образу жизни. Похоже в чём-то на преждевременные роды. Человек жив, и, возможно, ему даже лучше будет, чем прежде, но сам процесс — стресс и переживается, как стресс.

\* \* \*

До этого времени у меня не было личного опыта выживания в зоне боевых действий. Был опыт переживших войну отцов. Были фильмы и книги о Великой Отечественной. Мне кажется, что всё это уже есть во мне где-то на уровне памяти рода. Страшной памяти. Я начала готовить убежище, в котором можно было бы укрыться в случае чего. Купила в запас немного крупы, муки и макарон. Насушила сухарей. Сделала в подвале запас воды. Спички и лекарства сложила в банку и закрыла крышкой — в подвале сыро. Свечи, нож, открывашку, фонарь. А ещё лопату, лом, топор и молоток. Верила и не верила себе, что всё это может пригодиться. Но решила — пусть я, если не придётся воспользоваться этим, потом просто вытащу всё назад, но сейчас от этих приготовлений мне спокойнее. У нас частный дом и под гаражом довольно просторный подвал. Туда поместились две металлические кровати, давно списанные из обихода. Муж подключился к моим приготовлениям и обустроил спальные места. Когда выстрелы стали слышны ближе и чаще, собрала “тревожный чемоданчик”. Положила туда деньги, документы. Попросила отцов собрать всё, что им важно. Удивительное чувство переживала, собирая в пакет свои ценности. Там всё такое было для жизни. Я бы даже сказала для упрощения жизни. Документы — ну да, восстанавливать потом морока. Деньги — вроде как с ними проще, чем без них. И при этом чувство, что ценность — жизнь. И важно сохранить её, уберечь. Выжить. Будет жизнь, будет и всё остальное. Будет любовь, будет отноше-

ния, будет работа. Всё это обязательно будет, если есть жизнь. И мысли о том, что самое ценное у человека внутри. В душе. Человек приходит в этот мир нагим. И уходит нагим. И самая большая ценность, которую я могу взять с собой это моя любовь и мои воспоминания. А самая большая ценность, которую я могу оставить после себя, это память обо мне.

\* \* \*

Лисичанск стоит на горе. Северодонецк — через реку Северский Донец и ниже. Восемь километров от знака до знака. Ближе. Когда началась стрельба в Северодонецке, отзвук взрывов был очень громким даже в Лисичанске, особенно в многоэтажках. Друзья оттуда перебрались к нам в частный сектор. К соседям напротив тоже переехали их друзья с очень старенькой мамой — 92 года ей. Летними вечерами в часы прохлады все сидят во дворах. Слышатся разговоры то тут, то там. Наша улица стала более населённой. Через пару дней поселили к свёкру семью родственников наших друзей (свёкор рядом в доме живёт, а мой папа вместе с нами). Теперь вечерами во дворе нашего дома за столом собиралось восемь человек. Воды в городе уже не было, а частный сектор в плане выживания в экстремальных условиях более приспособлен к этому. Да и вместе всё легче. Ужинали, общались, прислушиваясь к отдалённым канонадам. Удивительно, но в обычной мирной жизни вот так, за круглым столом мы собирались довольно редко. Сейчас тем для разговоров стало больше. Делились своими тревогами. И от этого легче становилось. Восемь человек, у которых разное восприятие ситуации и отношение к происходящему. Кто-то с кем-то соглашался. Кто-то с кем-то нет. Но у нас было и есть много общего. И это общее нас объединяло. Мы — люди. Мы — мирные люди. Мы — люди, оставшиеся в своём, родном городе. Мы — родители, которые переживают за своих детей, и дети, которые тревожатся о своих родителях. Мы — жители одного города, одной страны. Здорово, что мы разные — у нас разный личный жизненный опыт, мы можем делиться им и брать для себя, для своей жизни то, что нам в этом чужом опыте подходит. И здорово, что в этой ситуации чувство единства было преобладающим. Оно помогло нам переживать нашу общую беду.

\* \* \*

Я никогда не слышала взрывов близко. Да и вообще никогда до этого не слышала военных взрывов. Хочу сказать одно: война это страшно. Это очень страшно. Самое, пожалуй, страшное это то, что взрывы случаются внезапно. Возможно, это специфика именно этой войны. Мне сложно судить об этом, я не знала других войн вживую. Но в моём воображении было, что снаряд летит с протяжным свистом, услышав который успеешь убежать. Или сирена, которая предупреждает о том, что будет опасно и нужно прятаться в укрытие. Но всё было совсем не так. Однаж-



ды, когда все мы были во дворе, вдруг раздался очень короткий взрыв и грохот. И осколки градом. Мы орали и прыгали в погреб, а они всё сыпались. В другой раз мы были в доме. Вроде бы затишье уже, и вдруг грохот неимоверный совсем рядом, столб дыма и пыли. Мне показалось, что рвануло прямо во дворе. Это попало в соседний. Потом было ещё... много раз. Дальше. Ближе. Страшно. Я не знаю, чья молитва уберегла нас — меня, моих близких, мой дом.

Не всем так повезло...

Ночевать стали в погребе. И днём спускались туда всё чаще. Человек — удивительное творение Божье. Он приспособляется жить, выживать во всяких условиях. Именно *приспосабливается* — от слова *способности*. Потому что привыкнуть к такому невозможно. Обычные блага цивилизации — свет, газ, вода, связь, без которых, как раньше казалось, жить невозможно. Оказывается, можно жить и без них. И спать в подвале и под взрывы. Хотя, как сказал мой муж, да разве ж это жизнь?

\* \* \*

В каждом дне жизни есть чему порадоваться. В суете, в беготне порой не замечаем этого. Да, и я тоже. Особенно таких простых вещей как тишина, дождь, улыбка, распутившийся цветок, возможность спать в своей кровати и без верхней одежды, свежий хлеб, услышать “люблю”, сказать “люблю” тем, кто дорог, свободно передвигаться, открыто говорить.

Есть тысячи мелких радостей, которые делают жизнь счастливой. У каждого свои. И есть единственное общее для всех условие — простое и сложное одновременно — замечать эти радостные моменты в своей жизни, самому наполнять свою жизнь счастьем.

Обесценивать всегда проще. Себя, свою жизнь, поступки людей, которые рядом. Ценить (не оценивать, а ценить) всегда сложнее. И благодарить — себя, жизнь, другого — тоже сложнее. Легче предъявлять претензии.

У меня во дворе нет огорода — только розы. Так вот, наши мужчины повадились рвать эти самые розы и дарить нам — женщинам, которые рядом. Пронуться в подвале от аромата роз — утро даже в таких условиях может быть романтичным и прекрасным.

Если честно, в эти дни всё стало ярче, звонче и вкуснее. Слух, за это время заточенный на даже отдалённые взрывы, стал слышать и тишину. Зрение держало в фокусе не только летящие самолёты, но и синеву неба. Обоняние впитывало не только гарь от горящих нефтепродуктов, но и аромат цветка. Вкус продуктов, воды стал насыщеннее. Ощущения тела стали намного ярче. Секс, любовь — будто фонтан брызг. Будто взрыв всех возможных возможностей моего организма. Знаете, я думаю почему так, что это? Это жадность. Жадность в самом хорошем смысле этого слова. Жадность к жизни, ко всем её проявлениям.

— Как ты будешь смотреть на мир сегодня, если потеряешь зрение завтра?

— Я буду смотреть жадно!

И любить жадно! И жить жадно.

Не ждите войны. Живите жадно! И любите жадно!

Всё может случиться в любой момент. Жизнь одна. Она конечна. И иногда — внезапно.

\* \* \*

Мирная жизнь потихоньку возвращается в мой город. И ко мне. С перебоями, будто осторожно пробуя на надёжность. Появились свет и вода. Газа нет ещё и, наверно, появится не сразу. Много повреждений и службы проверяют всё. Но сейчас, летом, это одна из самых маленьких бед. Связь и интернет с перебоями. Ещё слышны взрывы и пальба. Но уже в разы спокойнее. Транспорт ещё не работает. Бензин в дефиците. Да на велосипеде и больше возможностей для манёвра. Первую поездку по городу я совершила на велосипеде. Именно *совершила*. Как подвиг. Я не ездила на велосипеде 30 лет. Но, похоже, однажды приобретённый навык не забывается и быстро восстанавливается. Велосипед сына пригодился. Он, правда, не такой, каким был в моей юности, а со всякими там приамбасами — кучей скоростей и прочим. Всё-таки освоилась, приручила.

Во время войны или в каких-то стрессовых ситуациях человек проходит своеобразную проверку собственных духовных ценностей, жизненных принципов, которым он следует и по которым живёт. Вспомнилось высказывание Бальзака “Удар судьбы подобен удару балансира на монетном дворе. Он выбивает на человеке его стоимость”.

Грустно было наблюдать разграбленные магазины с разбитыми витринами. Мародёры погуляли в нашем городе на славу. Как говорят, кому война, а кому мать родна. Но меня больше впечатлило другое. Моё старое верование: “Хороших людей значительно больше” находило подтверждение на каждом шагу. Незнакомые люди здоровались, предлагали помощь, да просто улыбались по-доброму. И это не только отношение ко мне, это и отношения между другими. Когда не было газа, света и воды, люди собирались возле многоэтажек у подъездов и сообща варили кашу на кострах. — Пойду Раисе Максимовне из 89-ой супа отнесу — она не выходит (из подслушанного). Сообща убирали разбитые стёкла. Делились водой, продуктами. В эти дни самыми первыми словами при встрече стало: “Живы!” Я наобнималась за эти дни от души. Правда. Очень хотелось выразить радость от того, что другой человек жив, не только словами, но и прикосновением.

Сейчас *мир* из формального понятия становится живым именем, обретает какие-то очень осязаемые черты. И думаю, что не для меня одной. Мир это нормальное состояние человеческой жизни. Война это болезнь. Очень тяжёлая. И хотеть войны — болезнь. Патология.



\* \* \*

Поддержка очень важная штука в моей жизни. Да мне кажется, что и в жизни любого человека. Плаваем в своём житейском море, плаваем, но бывает так, что накроет с головой цунами какие-то события, и ты не понимаешь, где верх и где низ, куда грести, где солнце, свет и воздух, а где пучина. Шок, паника от того, что кажется — всё, конец пришёл.

Кто хоть раз оказывался в такой ситуации, думаю, поймёт меня. В такой момент очень важна поддержка. Важно, чтобы кто-то небезразличный оказался рядом. Иногда даже просто сказал: “Я здесь”. Плыть по-прежнему придётся самостоятельно, но чувство, что не один, бесценно. Ровнее дышать начинаешь. Доброе слово. Объятия. Взгляд. Всё это рождает понимание, что человек плывёт рядом, что кому-то не всё равно — жив ты или утонул. Это такое... важное очень. Думаю, что это сопряжено с экзистенциальным страхом одиночества, который в трагических событиях может усиливаться, так как подогревается страхом смерти. Когда связь временами появлялась, на мой телефон сваливалась куча эсмэсок от друзей и знакомых. Когда появился интернет, я прочитала тысячу тёплых слов в свой адрес. Слов сопереживания и поддержки: “Как ты?”, “Береги себя”, “Молимся за вас”, “Держитесь”, Скажи, чем помочь?”, “Мы с вами”. Я навсегда сохраню их в своём сердце. Спасибо всем огромное!

Если продолжить метафору плавания, я хорошо плаваю. Меня не нужно опекать и сопровождать всю жизнь. Но я бесконечно благодарна людям, которые оказались рядом в трудные для меня времена, которые своим сердцем пеленговали мой SOS. Мы поддерживали друг друга здесь, будучи рядом. Получали поддержку извне в виде звонков и сообщений от тех, кто далеко. И это всё вместе взятое помогало и помогает переживать происходящее. Спасибо.

\* \* \*

Я не политик и не военный стратег. Я не вижу картину войны как на карте — в двумерности схемы. Она «Чудище обло, озорно, огромно, стозевно и лайя». Она Молох с губами в человеческой крови. Она впиалась в меня осколками моих собственных воспоминаний, переживаний, чувств. И я ещё долго буду вынимать их из своей памяти и своей души. Это как слайды. Не связанные между собой фрагменты. Кажется, что они не несут в себе какого-то глобального смысла. Они просто болят.

- Детский резиновый розовый тапочек на чёрном покорёженном гусеницами асфальте.
- Через минуту тишины после взрыва треск и грохот от падающего огромного тополя.
- Помидорная ботва на грядке, лежащая во все стороны от воронки и напоминающая поваленные деревья после падения тунгусского метеорита. И свекла, повыскакивавшая из земли от удара снаряда.

- Полностью разрушенный сгоревший дом и чудом уцелевшая собачья будка.

- Обожжённый голубь прямо посреди дорожки в парке. Живой, но равнодушный ко всему

- Приторно-сладкий ... до тошноты ... запах смерти.

Я не хочу здесь описывать все свои страхи, весь свой ужас и всю свою боль. У каждого, кого коснулась война, они свои. Я понимаю, что есть картины страшнее, чем те, что довелось увидеть мне. Я понимаю, что вынимать осколки из тела больнее. И умирать от них больнее.

И близких хоронить больнее. В тысячу раз больнее.

Но я не понимаю и никогда не пойму тех, кто за войну. Какие великие идеи могут оправдать смерть ребёнка? А представьте на мгновение, что это ваш ребёнок. Это ваша мать под бомбами. Это ваш сын, муж, отец ранен или убит. Это ваш дом разрушен. Это в вас целятся сейчас.

*Я только раз видала рукопашный.*

*Раз наяву и тысячу во сне.*

*Кто говорит, что на войне не страшно,  
Тот ничего не знает о войне.*

Юлия Друнина, 1943 год

\* \* \*

К соседям приехали их друзья из Первомайска. *Приехали* — слово из мирной жизни. Сейчас точнее сказать *прорвались*. Я знала этих людей до войны. Интеллигентные, весёлые, добрые, полные жизни в свои пятьдесят с хвостиком. Они уже неделю здесь и постепенно отходят от пережитого, приходят в себя. Захожу к ним каждый день. Обнимаюсь. Снова и снова слушаю их сбивчивые рассказы о том, как было. А было страшно. Попробую передать хоть часть из услышанного. Думаю, что это важно хотя бы потому, что война всё ещё продолжается во многих городах и сёлах моего Донбасса.

Первомайск — городок с гулькин нос даже на карте области. 1,5 км всего по главной улице. И населения тысяч пять, наверно. Я была там когда-то проездом. Обычный, ничем не примечательный городок. Ни стратегически важных объектов, ничего такого. Почему население не уехало массово? И друзья моих соседей в том числе? Да в основном по всё той же причине — не верилось, что всё может затянуться так надолго. 19 дней они жили в подвале своей пятиэтажки без света, газа и воды. На смастерённых лавках почти сидя спали. 19 дней!!! Сначала их было 13 человек. Потом, кто рискнул, уехал даже под обстрелом. Выпускали только в сторону Стаханова, а оттуда в Россию. В сторону Горска не выпускали или возвращали или стреляли вслед. Никто не знает, добрались ли уехавшие. Связь по-прежнему проблема.

Каких запасов может хватить на 19 дней? Сначала, да, было что-то. Потом — стакан овсянки на целый день на всех. Воду брали из батарей — кипятили на костре возле подъезда и пили.

В костры пошла вся старая мебель, которую рачительные хозяева, прежде чем выбросить, спускают в подвал. Потом собирали ветки в округе, рискуя при этом нарваться на осколок — обстрелы же всё время непонятно по каким правилам. Установку какую-то тягали вдоль их дома и стреляли то в одну сторону, то в другую. Один раз привезли хлеб из Горска. И продавали по нормальной мирной цене. Люди рады были, что рискнули к ним приехать эти машины с хлебом. Благодарили. Но пришли “заботливые люди” и приказали хлеб раздавать. Продавец сказала: “Не могу я. Я ж всего лишь продавец”. Постреляли. Убедили. Раздала. Больше хлеб никто не привозил. Такую же “заботу” проявляли, вскрывая аптеки и забирая оттуда всё, что лечит, кроме бинтов и мазей, и широко распахнув двери, зазывая: “Это мы всё для вас, люди”. Магазины разграблены. Причём в разграблениях и мирные обыватели участвовали. Я уже писала об этом. Война поднимает с самого дна человеческой души всё. И если там дерьмо, простите, то оно всплывает первым.

Я злюсь на ситуацию, на происходящее, но не злюсь на людей. Даже таких. Испытываю к ним жалость. Я могу не понимать поступков человека, его мотивов. В моей голове может вообще не укладываться, как так можно. Но раз человек так поступает, значит, в его реальности этому есть место. Один очень мудрый человек сказал мне: “Мораль природна. И если её нет, что-то помешало ей развиваться”. И, да, таких ущербных можно пожалеть.

Но в эти дни и хорошее в людях мой дух захватывает. Удивляюсь и восхищаюсь их мужеством и героизмом — пафосные слова, не люблю их, но других не подобрать. Разве что ещё одно — человечность. У нас в городе во время обстрела доктор бегал. Рукав окровавлен — оказывал первую помощь раненым. «Скорая» уже не выезжала, и человек просто от потери крови мог умереть. Друзья из Первомайска тоже рассказывали о своей соседке-медике, которая каждый день, несмотря на обстрелы и на то, что могла запросто мишенью стать, ходила через весь город в больницу. Ходила и спасала там людей. И ещё тот человек, который вывез их из города тайными тропами. Друзья с ним хотели всего лишь записку передать для моих соседей с номером телефона сына и с просьбой позаботиться о нём, если что. Вот где ужас — так прощаться со своим ребёнком и поручать о нём заботу друзьям, потому что не знаешь, будешь завтра жив или нет. А водитель сказал: “Собирайтесь. У вас десять минут. Попробуем прорваться”. Они прыгнули в машину, в чём были, забыв закрыть квартиру. С собой только давно собранная сумочка с документами и трусами запасными.

Их провожали молча. Так расстаются, когда не знают, увидятся ли вновь, доедут ли эти, выживут ли те.

Жёсткая правда получается, когда вот так пишешь о ней без прикрас. В реальности, поверьте, эта правда в разы страшнее и жёстче.

Грязные, на исходе сил они добрались-таки. Ползли легковушкой на пузе по грунтовкам. Попадали под обстрелы. Теперь здесь и восстанавливаются понемногу. Физически. И морально. Господи, а сколько ещё людей находятся в этом ужасе! Дай Бог им сил пережить!

Дай Бог нам всем сил пережить.

\* \* \*

Я не плачу. Не могу. Не получается. Это тем более странно, что плакать для меня как с горки кататься. Будто замерли слёзы внутри. Заморозились. Подкапывают к горлу и назад... вовнутрь. Их много там. Если попробовать их на вкус, это слёзы беспомощности, обиды, боли. Понимаю, что если не позволю себе плакать сейчас, то через полгода-год могут “заплакать” мои внутренние органы. За подавленные эмоции чаще всего именно физическим здоровьем и идёт расчёт. Я словно надела привычную, не раз выручавшую, кольчугу: “Я — сильная”. А “Сильные не плачут”. Но я... я снова учусь быть слабой. Снова и снова говорю себе: “Ты можешь быть разной”, “Ты можешь выбирать какой тебе быть — слабой или сильной” и, да: “Слёзы — это не признак слабости”.

Спасибо всем, кто видит во мне меня. Ранимую. Обычную женщину и человека. Кто предлагает защиту и поддержку. Это мне помогает возвращаться.

\* \* \*

У меня по-прежнему неустойчивый интернет. В течение дня появляется так же, как и связь — на минутку. Эту минутку невозможно поймать. Просто вижу, что на телефон свалились сообщения. И в этот самый момент отправляется написанное мной ранее. Так вот... то, что сваливается мне... — это чудо! Это трогает до глубины души.

- Я люблю тебя!
- Береги себя и свою семью.
- Мне страшно за тебя.
- Спасибо тебе!
- Пожалуйста, живи!!!
- Ира, ты нужна.
- Береги себя!
- Храни тебя Бог!
- Ира, ты чудесная.
- Спасибо, что ты есть!
- Пожалуйста, будь!

Я могла бы до бесконечности повторять все те добрые слова, что прочитала за последние дни. Они о самом ценном в каждом человеке — о способности сочувствовать и сопереживать. Они о человечности. И они не обо мне. Они о вас! Это не потому, что я такая.

Это оттого, что вы такие! Спасибо вам!

\* \* \*

Сегодня ходила по своему городу по делам. Людей на улицах стало заметно больше. Сказала бы, что город оживает. Но это не совсем то... не совсем точно. Он не умирал. Он жил всё время. Скорее — выздоравливает, как после тяжёлой болезни. Восстанавливается. Да, мой город переболел “референдумом”. Было бы ложью сказать, что людей туда палками гнали. Те, кто ходил туда, ходили добровольно. Не все. У каждого, кто пошёл или не пошёл, были свои мотивы и своё понимание происходящего. Но это было. Это как принятие своей болезни и себя в своей болезни. Потом было обострение в виде войны. Тяжёлое обострение. Думаю, что пока это не случится с тобой самим, ты так ничего и не поймёшь. Ни из картинок на ТВ, ни из рассказов очевидцев. Всё это как будто и не касается тебя, пока это лично тебя не касается. Теперь восстановление. Медленное. Тяжёлое. И тревога от возможности рецидива. Всё ещё слишком живо и болит.

Всегда старалась чтобы мои тексты не несли политического окраса. Не знаю, насколько получается, но старалась. Благодарна моим друзьям в сети, что не устраивают дуэли и побоища в комментариях на моей страничке. Спасибо! Этим вы сохраняете моё уважение к вам и демонстрируете лучшее в вас — человеческое.

\* \* \*

На улице пахнет дождём и войной. Последнее время очень обострился слух. Прислушиваюсь всё время, не бахает ли, а если бахает, то насколько близко эти взрывы. Понимаю, что произошла разбалансировка. Утром только после второй чашки замечаю, что пью кофе — первая незаметно проглатывается вместе с новостями. О завтраке вспоминаю в обед и то только из-за мысли, что надо бы поесть. Ни вкуса, ни удовольствия. Запахи только сильные чувствую. После сна просыпаюсь уставшая, потому что сжимаюсь ночью в какой-то невысказанный комок, сворачиваюсь в бараний рог. Это всё довольно хреново и надо с этим что-то делать. Жизнь это штука, которая возврату и обмену не подлежит. А я, кажется, забыла об этом. Забыла, что сегодня и сейчас случается со мной мой единственный и неповторимый день моей жизни. Что бы там ни происходило вокруг, этот день проживается изнутри. И то, как он проживётся, зависит только от меня.

Я стала использовать свой обострившийся слух, чтобы слушать себя и жизнь. Оказывается, в моём районе очень много собак, у соседней есть декоративный петух, который орёт по утрам как резанный. И чудом уцелевший в войне с тополями огромный, в ста метрах от дома тополь шумит не только, когда ветер. А сегодня услышала как много у нас тут разных птиц.

И себя слушаю. Купила полкило любимых дорожных конфет и жую их со всем удовольствием. Вечерами принимаю ванну со всякими «вкусняшками» для ванн и радуюсь времени нахождения в ней. Радуюсь

работе — тому, что она мне очень по душе, и тому, что она есть. Круг общения стал меньше, но глубина увеличилась. Я в разы чувствительнее, чем раньше. И уже не головой понимаю, а всей собой чувствую, как дураги общение и близость.

Я сейчас не строю долгосрочные планы. И при всём при этом я так радуюсь, что вот это есть во мне. Есть вера и надежда. Получилось много слов, а смысл прост: жизнь одна, она моя и я, как умею, пишу её сама.

\* \* \*

О страшном трудно говорить. Страшное не хочется видеть, слышать. Как от уродливого лица, от страшного невольно отводишь взгляд. Нормальная реакция психики. Защитная.

У войны уродливое лицо. И я понимаю тех, кто не хочет вспоминать пережитое. Потому, что оно ещё не пережито. Даже с пулями и осколками живут. Так и с болезненными воспоминаниями — они инкапсулируются. Если их не трогать, человек может прожить довольно долго, вытесняя их. Хуже, когда пуля начинает шевелиться и мешать жить. Это может проявиться в навалившейся вдруг ни с того ни с сего депрессии или в агрессии. От этого страдаешь сам и страдают близкие люди. И тогда здорово бы понять, что операции по извлечению не избежать. У Александра Бадхена в “Лирической философии психотерапии” прочитала фразу, которая запомнилась: “Крушения поездов не объясняют, их переживают”.

Ужас войны невозможно объяснить. Его можно только пережить. И переживая, проживая в себе, в своих чувствах, в конце концов переживёшь. Мужчина, которого убило осколком. Он лежал у дороги два дня. Его прикрыли тряпкой. Зияющая рана в спине и торчащие наружу лопатки. Потом прикопали прямо под забором. Без могилы. Просто засыпали землёй. Жара под сорок. Никто не забирал. Во время обстрелов не до того. Похоронили уже потом, после всего... Сердечный приступ у соседа, который спускался в погреб во время обстрела. Умер. Совсем не старый ещё. Женщина, которая плакала от того, что не могла похоронить мужа. В городе не было гробов. И он лежал в квартире уже несколько дней, раздувшись до неузнаваемости. Оторванные конечности. Разрушенные дома, дороги, мосты. Обгоревшие, обуглившиеся деревья. И запах.. навязчивый.. тошнотворный, замешанный на летнем зное.. запах смерти.

Я плачу. Сегодня плачу. От бессилия и злости, что это случилось со мной, со всеми нами. От боли плачу. От непонимания, как такое могло произойти?

Вы можете отвести взгляд. Это трудно — переносить чьи-то слёзы. Можете от своих чувств отгородиться, от страхов войны отвернуться, будто и нет ничего. У войны уродливое лицо...

Я переживаю сейчас. Проживаю в себе пережитое. Зачем делюсь этим? Возможно, вы будете плакать вместе со мной, помогая тем самым пережить мне. И себе помогая. Пережить свою войну. Свои страхи, свои потери и свою боль.

\* \* \*

Знаете какой основной посыл того, о чём люди говорят?

— Те, кто не пережил подобного, никогда не поймут нас — переживших.

Но и многие не пережившие очень включены эмоционально. Чувствуют себя виноватыми за то, что случилось с нами здесь. За то, что они не здесь. За то, что не знают, как помочь, как исправить, отменить. Я испытываю похожие чувства, когда думаю о тех, кто там, где всё ещё страшно, где ещё страшнее. И испытываю боль, сопереживание, эмоциональную включённость. И, да, порой, не знаю, что сказать.

Помощь, поддержку другому и себе можно оказать через то, чтобы *быть живым*. Попробую объяснить, что это для меня значит. Быть живым в отношениях это быть чувствительным к чувствам другого и чувствительным к себе — к своим чувствам и переживаниям. Каждый из нас может стать целителем. Исцеление происходит через реальность. Реальность это признание собственных чувств во время контакта с другим. И признание чувств другого. Реальность это о *здесь и сейчас*. Иногда сказать: “Я сочувствую тебе, но не знаю в каких словах это выразить и поэтому молчу и мучаюсь от того, что молчу” — это гораздо

больше, поверьте, чем придумывать что-то, чего нет, и выдавливать из себя натужные, нелепые, ненужные слова. Обнажать свои реальные чувства совсем не просто.

Но всё это — искусство быть живым. Чего от души желаю вам. Оставайтесь живыми!

Осколки. Те, что поднимала с земли во дворе своего дома. И знаете, я думаю, что эта война зацепила много больше людей, чем тех, кого она реально зацепила. Я знаю, что её осколки долетели до многих. Даже из других городов и стран. Наверное, ещё и поэтому я написала всё это.

\* \* \*

Научи меня быть близкой.  
Дай почувствовать, что не больно.  
Помоги мне.  
Я всё ещё ёжусь,  
даже если кто-то невольно.  
Научи меня быть смелой,  
не стесняясь, снимать одежды.  
Помоги мне.  
Когда-то умела.  
Хочу легко, как и прежде.  
Научи меня быть слабой,  
не стыдиться слёз и печали.  
Помоги мне  
почувствовать душу —  
крылья ангела за плечами.

Весна-лето 2014

## Рекомендуем!

А. Г. Гофман — **Клиническая наркология**. М., 2017.

Заказы через интернет-магазин, тел. **8 (499) 245-45-55**.



### Алкогольный делирий, возникший у больного, страдающего параноидной шизофренией (клинический случай)

Т. И. Немкова, А. Г. Гофман<sup>1</sup>

Больной Сергей Сергеевич М., 18.05.1989 года рождения (26 лет), поступил в Московский научно-исследовательский институт психиатрии 8 сентября 2015 года, выписан 11 ноября 2015 года.

**Анамнез** (со слов больного, из предоставленной медицинской документации). Дальние родственники по линии матери (троюродные бабушки) страдали какими-то психическими заболеваниями. Двоюродный дед по линии матери умер от алкоголизма. Отец злоупотреблял алкоголем, умер от желудочного кровотечения в 46 лет. Пациент родился единственным ребенком. В течение первых двух месяцев после родов наблюдался у невролога, отмечалось повышение внутричерепного давления, гипертонус мышц, “запрокидывал голову, выгибался дугой”. Принимал какие-то препараты. С тех пор сохраняется тремор рук. С 7 лет пошел в школу с углубленным изучением английского языка, учился на “3” и “4”, предпочтение отдавал геометрии и биологии. Увлекался музыкой, сочинял песни и записывал их на студии с друзьями. Характерологически оценивает себя, как доброго, доверчивого, “сопереживательного”, избирательно общительного человека. После окончания 9 класса поступил в финансовый колледж, специальность — финансист, параллельно работал кредитным инспектором в сбербанке. Решив продолжить образование, поступил сразу на 3-ий курс очно-заочного отделения (учеба один день в неделю) финансово-промышленной академии, которую успешно закончил. Через какое-то время понял, что это не его “профиль”, ушел из сбербанка и поступил в Московский университет технологии и управления на факультет виноделия и брожения (специальность — инженер-технолог). Сейчас он студент 4-го курса. В армии не служил из-за сколиоза. Проживает с матерью.

Из перенесенных заболеваний: хронический блефарит; в 7 классе упал с велосипеда, потерял сознание, диагностировали сотрясение головного мозга; в

апреле 2015 года перенес пневмонию, лечился в стационаре. Жару, духоту, езду на транспорте, смену погодных условий переносит хорошо.

С начальных классов стали возникать эпизоды пониженного, подавленного настроения, с нежеланием что-либо делать, трудностями при засыпании (“по часу пытался уснуть”), появлением “какого-то гнева и злости”. Присутствовали и недлительные подъемы настроения. Связи с сезонами не было. В 14 лет начал курить марихуану, понравился эффект “удовольствия и повышения настроения”, быстро перешел на ежедневное потребление, так продолжалось до 20 лет. Затем “желание стало пропадать”, с 20 до 25 лет курил 1 раз в 2 месяца. В 16 лет попробовал “за компанию” алкоголь (около 180 мл водки), была рвота, что “не очень понравилось”. В дальнейшем пил пиво эпизодически, “умеренно”. Год назад, прекратив курить каннабиноиды, “перешел на алкоголь”, суточные дозы составляли 0,5 – 1 литр водки, сформировался алкогольный абстинентный синдром — слабость, тошнота, “повышенная чувствительность к свету”. Запой длится от одного до двух месяцев. Последний прием спиртного в день госпитализации (0,5 литра водки). Четыре года назад, в состоянии амфетаминовой интоксикации, услышал незнакомый мужской “голос”, доносившийся со стороны. “Голос” начал подбирать рифму к словам только что сочиненной им песни. Через какое-то время, уже в трезвом виде, услышал грубый мужской голос: “я сатана”. Пациент “совсем не испугался” и ответил ему: “нет, это я сатана”. С момента появления голоса не исчезали, слышались в течение всего дня, в тишине. Через три месяца “голоса” поменяли проекцию и стали звучать в голове. Слышались “голоса” разных людей, и мужчин, и женщин, отдававшие приказы: “сходи туда, сделай то-то”, они вели разговоры о нем. Например, слышал диалог отца и сына: “папа, давай возьмем его в семью”; — “нет, не возьмем”. Когда он влюбился, “голос” ему сказал, что его девушка сейчас стоит за дверью в голом виде. Около двух лет назад, находясь в метро, он ощутил прохождение электрической волны от головы к спине, сильно тряслись руки, был страх смерти. “Голос” прокомментировал: “это мы тебя по

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

голове погладили, Сереженька”. В последнее время ощущения “электрической волны” участились и возникают несколько раз в день. Временами слышит “приятный женский голос”, который то хвалит (“Сережа, ты лучший на Земле человек”), то ругает, говорит неприятные вещи (“меня от тебя тошнит”). “Голоса” знают его мысли, сформулированные им ранее фразы, влияют на него “по типу нейролингвистического программирования”. Чтобы не сбиться с мысли, он вынужден вести “внутренний монолог”. Впервые обратился в МНИИП в апреле 2014 года, но от предложенного стационарного лечения отказался, амбулаторно никаких препаратов не принимал. Последнее время практически ничего не делал, время проводил дома, лежа в постели, лишь изредка смотрел телепрограммы, читать не мог, так как “мешали голоса”. 1 сентября на учебу не вышел, поняв, что ничего не сможет запомнить, “внимание рассеянно”, постоянно отвлекается на “голоса”. Повторное обращение в МНИИП 4 сентября 2015 года, установлен диагноз: Алкогольная зависимость. Алкогольный галлюциноз. Рекомендованный оланзапин (10 мг/сут), акинетон (6 мг/сут), труксал 50 мг н/н, принимал один день, “голоса” не исчезли, а “подергивания” усилились. Обратился в МНИИП в сопровождении матери и был госпитализирован с целью уточнения диагноза и подбора терапии.

**Соматический статус:** Умеренного питания. Склеры гиперемированы. На плечах, предплечьях ссадины. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс обычного наполнения. АД=130/80 мм.рт.ст. ЧСС=78 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом “поколачивания” отрицательный с двух сторон.

**Неврологический статус:** Зрачки равны. Реакция на свет живая. Единичные нистагмические подергивания глазных яблок в крайних отведениях. Лицо асимметрично, угол рта слева опущен. Речь нечеткая, “шепелявит”, иногда заикается. Пальценосовая проба с промахиванием слева. В позе Ромберга неустойчив. Сухожильные рефлексы умеренные, равномерные. Чувствительность не нарушена. По словам больного, у него иногда немеет левая рука.

За двое суток пребывания в клинике проведены следующие лабораторные исследования:

Общий анализ крови (09.09.2015 г.): гемоглобин — 134,8 г/л; эритроциты —  $4,3 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты —  $6,6 \cdot 10^9$ /л; СОЭ — 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови (09.09.2015 г.): глюкоза — 8,2 mmol/L; общий билирубин — 25 umol/L; холестерин — 6,4 mmol/L; АЛТ — 167 U/L; АСТ — 144 U/L.

Общий анализ мочи (09.09.2015 г.): без патологии.

Анализ на RW, ВИЧ, маркеры гепатитов (09.09.2015 г.): отрицательные.

**Психический статус при поступлении:** В отделении чрезмерно активный, разговаривает громко по телефону, сообщая маме, что “здесь ему очень понравилось, можно играть в бильярд”. Манерен, часто меняет позу, жестикулирует. Внешне неопрятен, волосы сальные, ногти грязные. Использует сленговые выражения, шелкает пальцами. Отвечает очень громко, не всегда в плане заданного вопроса, обстоятельно, соскальзывая с темы беседы. Говорит, что у него, как и у всех мужчин, всего два чувства: “голода и сексуальное”. “Голоса” в голове звучат постоянно, четко. И лишь когда выпьет, они становятся тише. Он ничего не может делать, лежит целыми днями, “стал апатичным”, перестал мыться, чистить зубы, в институте “много долгов еще с прошлого года”. Он считает, что “голоса” — это “психотерроризм”; предполагает, что “кому-то давным давно насолил” и сейчас неизвестные люди пытаются его “подавить”. Допускает, что “голоса” могут быть и проявлением болезни. Согласен лечиться, полностью отказаться от алкоголя. В курении марихуаны не видит ничего пагубного. Сейчас он не курит, так как “нет желания”.

На второй день госпитализации пациент был осмотрен руководителем отдела, д.м.н., профессором А. Г. Гофманом. **Заключение:** Параноидная шизофрения с проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо. Алкогольная зависимость, средней степени. В статусе присутствует вербальный псевдогаллюциноз, идеаторные, сенсорные автоматизмы, иногда “голоса” влияют на тело, могут вызвать состояние полной обездвиженности. Есть некоторое сходство с симптоматикой алкогольного галлюциноза, но характер “воздействия” соответствует эндогенному процессу. Речь ускорена, сбивчива, в ситуации ориентируется крайне формально, отвечает на вопросы, как ребенок. Мимика однообразная, не соответствует гипертимному аффекту. Частично критичен к болезни, но при этом пытается доказать, что существуют специальные устройства для передачи “голосов”.

Проводилась следующая терапия: в/в капельно изотонический раствор натрия хлорида 400 мл, калия хлорид 10 мл, рибоксин 10 мл, феназепам 2 мл, в/м витамины группы В (В1, В6) по 4 мл каждого, мексидол 375 мг/сут, карсил 105 мг/сут, р-р галоперидола 1 мл и р-р акинетона 2 мл, р-р феназепама 2 мл на ночь в/м.

09.09.15 г. состояние больного изменилось, возникли делириозные проявления в виде речевого и двигательного возбуждения, дезориентировки, неадекватного, агрессивного поведения, бессонницы. На фоне проводимой терапии, введения р-ра клопиксола акуфаза 50 мг в/м и р-ра феназепама 2 мл в/м отмечалось некоторое улучшение состояния, спал в течение нескольких часов. Однако, на следующее утро возобновилось двигательное возбуждение, страх, возник генерализованный тремор, тахикардия, гипергидроз, речевая бессвязность, зрительные галлюцинации (ви-

дел перед собой разных людей, прятался от “врагов”). Несмотря на продолжение инфузионной терапии, делириозная симптоматика сохранялась. В связи с сохраняющимся двигательным возбуждением пациент был переведен в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина с рекомендацией возвращения на долечивание в МНИИП после купирования делирия. В больнице “быстро пришел в себя”, понял, где находится, сообщил, что ничего не помнит из происходившего накануне. На фоне массивной дезинтоксикационной терапии (введения внутривенно капельно изотонического раствора натрия хлорида, трисоля, ремаксоло по 400 мл каждого), назначения транквилизаторов (феназепам), витаминов группы В (В1, В6), липоевой кислоты, диакарба, гепамерца, этаперазина (30 мг/сутки) редуцировались делириозные проявления, однако сохранялись “голоса” в голове. Был повторно госпитализирован в МНИИП с целью продолжения подбора терапии (16.09.2015 г.).

**Психический статус при повторном поступлении в МНИИП:** Входит в умеренном темпе. Движения роботообразные. Держится спокойно. Внешне опрятный. Эмоционально тусклый. Отвечает в основном по- существу, но с рассуждательством. Отмечает уменьшение интенсивности и громкости “голосов”, порой их вообще нет или слышатся “обрывки фраз”, он к ним не прислушивается. Свое настроение оценивает, как “среднее, ровное”. Сон и аппетит достаточные. Не отрицает наличия мыслей о желательности приема спиртного, “если бы предложили, то скорее всего не отказался”. Стал более критичным к болезни в целом.

Осмотр руководителя отдела, д.м.н., проф. А. Г. Гофмана (17.09.15 г.). **Заключение:** У пациента в течение трех лет существует вербальный галлюциноз с утратой галлюцинациями экстрапроекции. Нет развернутой бредовой концепции, но есть утверждение, что “голоса” могут быть вызваны каким-либо прибором (он это “видел по телевизору”). В содержании “голосов” мало представлена тема пьянства. Слышал “голос” президента, “беседовал о состоянии дорог в России”. Производит впечатление процессуального больного, лично измененного, некритичного, с отсутствием интересов, с оторванными от реальности мечтами в отношении личной жизни.

В период нахождения в клинике проведены следующие исследования:

ЭКГ (18.09.15 г.): Синусовый ритм. Нормальная ЭКГ.

ЭХО-ЭГ (02.10.15 г.): Смещения М-ЭХО нет, признаки повышения внутричерепного давления с легким уплотнением оболочек и борозд, желудочковая система не расширена.

МРТ головного мозга (29.09.15 г.): Данных за очаговые изменения в веществе головного мозга не получено.

ЭЭГ(01.10.2015 г.): Диффузные изменения ЭЭГ в виде дизритмии, усиления медленноволнового диапазона, синхронных билатеральных групп медленноволновой активности, в височных зонах небольшая асимметрия — индекс медленноволновой активности в правой полушарии выше. Выявленные изменения указывают на явления ирритации на уровне мезо-диэнцефальных стволовых отделов головного мозга на фоне снижения функциональной активности корковых структур.

Заключение терапевта (11.11.2015 г.): Гепатит, вероятно, токсический.

Заключение невролога (21.10.2015 г.): Клиника энцефалопатии сложного генеза (перинатальное поражение ЦНС+ЧМТ+интоксикация). Алкогольная полинейропатия (двигательно-вегетативная форма).

Заключение офтальмолога (23.09.15 г.): Ангиопатия сетчатки.

Заключение психолога (24.09.15 г.): На момент обследования в психической деятельности отмечается нарушение мышления по типу искажения процесса обобщения в виде актуализации латентных признаков, явлений разноплановости; снижение непосредственной памяти и нарушение внимания на фоне личностного дефекта в виде негативизма, холодности, отгороженности наряду со способностью приспосабливаться.

В результате проводившейся терапии удалось достичь значительного улучшения состояния. Вербальные галлюцинации возникали редко, содержание их часто было неопределенным и не оказывало влияния на поведение больного. Эпизодически появлялись неприятные ощущения в голове, но к сенестопатиям больной относился с критикой. Во время лечебных отпусков возникало влечение к алкоголю, которое удалось преодолеть. В вечернее время появлялась тревога со стремлением двигаться и этим облегчить свое состояние. После коррекции схемы терапии, назначения сероквеля в суточной дозировке 150 мг/сут тревога редуцировалась, исчезло ощущение “напряжения и злости”, нормализовался сон. В отделении поведение было упорядоченным, держался обособленно, общался исключительно с родными, выходил в их сопровождении на прогулки, изредка смотрел телепрограммы, оставался эмоционально тусклым, сохранялась роботообразность движений, реальных планов на будущее не озвучивал, единственное, что ему хотелось бы сделать — это куда-нибудь съездить, “попутешествовать в пределах России или за границу”. Критика к болезни оставалась неполной, сомневался в болезненной основе “голосов”, допускал возможность приема алкоголя: “в жаркий летний день не отказался бы от пивка”. Был выписан в удовлетворительном состоянии в сопровождении матери под наблюдение психиатра-нарколога, с рекомендацией приема поддерживающей терапии и соблюдения режима трезвости. Предложено рассмотреть вариант

пребывания в реабилитационном центре с целью формирования четкой трезвеннической установки.

Проводилась следующая терапия: этаперазин 30 мг/сут, сероквель 150 мг/сут., клопиксолакуфаз 50 мг в/м в три дня, клопиксол депо 200 мг/сут. 1 инъекция в 2 недели, миртазонал 30 мг на ночь, пк-мерц 300 мг/сут., имован 7,5 мг на ночь, карсил 105 мг/сут., р-р мексидола 10 % — 4 мл в/м № 10, р-р вит. В1 6 % — 4 мл, вит. В6 5 % — 4 мл по 5 каждого через день, р-р вит. РР 1 % — 1 мл № 10, липоевая кислота 75 мг/сут.

**Заключение:** Наследственность отягощена психической патологией и алкогольной зависимостью. Скорее всего, присутствовало перинатальное поражение центральной нервной системы, проявившееся в раннем возрасте в виде повышения внутричерепного давления и гипертонуса мышц, а в дальнейшем сохраняющимся тремором рук. С детства был склонен к аффективным колебаниям. В подростковом возрасте начал курить каннабиноиды, принимал психостимуляторы, эпизодически алкоголизировался. В возрасте 22 лет возник вербальный галлюциноз, спровоцированный приемом амфетаминов. Сначала “голоса” звучали извне, а затем лишились экстрапроекции и слышались в голове. Помимо псевдогаллюцинаций психическое состояние определялось наличием таких проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, как идеаторные, сенсорные автоматизмы, ощущение воздействия на тело. Возникли неразвернутые бредовые идеи с допущением специально существующих устройств для передачи “голосов”. Патопсихологическое исследование подтвердило мыслительные и личностные изменения, соответствующие шизофреническому процессу. Наряду с эндогенной патологией в 25 лет быстро сформировались признаки алкогольной зависимости (высокие дозировки потребляемого крепкого спиртного, алкогольный абстинентный синдром, запойное пьянство, осложнения в виде токсического гепатита и полинейропатии). Ко вторым суткам пребывания в стационаре, на фоне резкого прекращения приема алкоголя, возникли делириозные проявления, сопровождавшиеся бессонницей, речевым и двигательным возбуждением, дезориентировкой, страхом, зрительными галлюцинациями, выраженными соматическими и неврологическими расстройствами (тахикардией, гипергидрозом, тремором всего тела). В результате проведения массивной дезинтоксикационной терапии с использованием транквилизаторов симптомы делирия исчезли. Однако эндо-

генная психотическая симптоматика сохранялась и потребовалось еще несколько месяцев для подбора терапии с целью устранения проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо.

Таким образом, приведенное наблюдение доказывает, что у больных параноидной шизофренией, сочетающейся с алкогольной зависимостью, могут возникать приступы белой горячки с типичной для алкогольного делирия неврологической и психопатологической симптоматикой. Особенностью формирования зависимости является очень быстрое возникновение алкогольного абстинентного синдрома. Возникший вербальный галлюциноз по своему содержанию малохарактерен для алкогольного галлюциноза, алкогольная тематика почти не нашла отражения в содержании галлюцинаций. Возникновению делирия способствовала высокая толерантность к алкоголю, длительность ежедневного пьянства и резкий обрыв потребления спиртного. Нельзя исключить в возникновении вербального галлюциноза определенной роли органического поражения мозга, выявившегося еще в детском возрасте.

**Диагноз:** Параноидная шизофрения, сочетающаяся с алкогольной зависимостью средней степени, на фоне энцефалопатии сложного генеза (перинатальное поражение ЦНС+ черепно-мозговая травма+интоксикация). Алкогольный делирий. Токсический гепатит. Токсическая полинейропатия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев З. Н. Современные клинические особенности алкогольного делирия и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе // Автореф. дисс. на соиск.учен.степ.канд. мед. наук. М., 2001. С. 24.
2. Гофман А. Г. Об особенностях синдрома Кандинского-Клерамбо при остром алкогольном галлюцинозе // В кн: Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. М. 1964. С. 47 – 50.
3. Гофман А. Г. Клиническая наркология. М.: ООО “Издательство “Медицинское информационное агенство”. 2017. С. 376.
4. Орлова М. А. Психозы, возникающие при сочетании шизофрении и расстройств шизофренического спектра со злоупотреблением алкоголем // Автореф. дисс. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук. М., 2012. С. 24.
5. Подольный Ф. С. К вопросу о возможности возникновения белой горячки у больных шизофренией // Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М. 1970 г. С. 286 – 292.
6. Подольный Ф. С. О некоторых клинических особенностях белой горячки, развивающейся у больных шизофренией // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М. 1973 г. С. 133 – 135.



## Первый росток новой психиатрической службы Москвы

11 апреля 2017 г. президент НПА России Ю. С. Савенко и исполнительный директор Л. Н. Виногоградова посетили психоневрологический диспансер № 13, расположенный в Южном Бутово, на улице акад. Семенова, в 10 минутах ходьбы от станции метро с поэтичным названием “Бунинская аллея”. Это недавно созданный центр, в который переехал ПНД № 13, ранее расположенный на Зюзинской улице.

Центр был создан в рамках широкомасштабной программы реформирования психиатрической помощи, резкого сокращения количества коек в психиатрических больницах и даже закрытия некоторых из них. Параллельно планируется сделать акцент на вне-стационарных видах помощи, развивать амбулаторную службу города.

Программа широко обсуждается в СМИ и социальных сетях, сотрудники психиатрической службы, пациенты и их родственники высказывают обоснованное беспокойство по поводу снижения доступности помощи, повышения уровня социальной напряженности и безопасности общества.

Информация, циркулирующая в социальных сетях, о том, что диспансер в Южном Бутово — это две комнаты с тремя столами и двумя психиатрами, оказалась очень далека от действительности. На деле это огромное помещение общей площадью в 800 кв. м — отдельное крыло 4 и 5 этажей городской поликлиники № 121.

Центр был открыт 30 января, быстро набрал обороты и уже функционирует на полную мощность. Красивое светлое просторное помещение, с широкими коридорами, уютными кабинетами и палатами дневного стационара. Общий вход для пациентов поликлиники и ПНД. Никакой стигматизации, никто не разбирается, куда пришел пациент. На пятом этаже

идет амбулаторный прием пациентов ПНД, на четвертом работает дневной стационар.

Центр обслуживает Южное и Северное Бутово, в которых проживает примерно 500 тыс. человек. Для них открытие центра существенно приблизило помощь к месту проживания и сократило время, затрачиваемое на дорогу.

Мы встретили доброжелательный прием заведующей центра Екатерины Сергеевны Митрохиной и других сотрудников.

Штат врачей и среднего медицинского персонала полностью укомплектован: 8 врачей-психиатров в две смены ведут прием пациентов ПНД, два врача-психиатра работают в дневном стационаре. Каждый день в ПНД обращается примерно 120 – 130 человек, дневной стационар, рассчитанный на 50 мест, работает с перегрузкой. Есть психотерапевт, специалист по социальной работе. В перспективе привлечение еще одного психотерапевта, расширение психотерапевтической и реабилитационной работы.

С лекарствами проблем нет. Неподалеку от ПНД расположена аптека, которая обслуживает пациентов этого региона, обеспечивает их бесплатными препаратами.

В рамках программы развития амбулаторной помощи планируется открыть 20 дополнительных диспансеров в г. Москве, чтобы обеспечить доступность психиатрической помощи. Теперь важно, чтобы эта программа была выполнена. Пока сокращение стационарных психиатрических коек явно опережает открытие амбулаторных центров и дневных стационаров. Важно также, чтобы это, восхитившее нас учреждение, не оказалось и не осталось только показательным.

## О реформе психиатрической службы на Бехтеревской конференции

Всероссийская конференция, проходившая в Санкт-Петербурге 18 – 19 мая 2017 г., была посвящена 160-летию со дня рождения В. М. Бехтерева и 110-летию основанного им Психоневрологического института и называлась “Школа В. М. Бехтерева: от

истоков до современности”. Непосредственно этой теме было посвящено пленарное заседание и небольшой симпозиум, собравший 15 человек. Туда, видимо из предосторожности, был задвинут доклад президента НПА России д-ра Ю. С. Савенко “Санкт-Петер-

бургская и Московская психиатрические школы: различия и сходство”, предназначенный по всем статьям для пленарного заседания.

Одно из основных заседаний было по праву посвящено текущей реформе организации психиатрической помощи. Уже в первом докладе проф. Н. Д. Букреевой (совместно с проф. З. И. Кекелидзе) “Состояние и перспективы развития психиатрической службы” была нарисована широкая панорама происходящего в результате реформы по всей стране с откровенным указанием, что это сделано на основании анкет, разосланных по разным регионам и что происходящее глазами статистика не совпадает с непосредственными свидетельствами с тех же мест. Вслед за докладами главных психиатров Санкт-Петербурга и Москвы проф. А. Г. Софронова и проф. Г. П. Костюка, ограничившихся конкретизацией проведения реформ в столицах, последовал бодрый доклад О. В. Обуховой “Особенности финансирования психиатрической помощи в регионах РФ”, который не вызвал доверия в силу контраста с реальным положением вещей. На фоне прозвучавших докладов выступление проф. Б. А. Казаковцева выделялось вызывающей небрежностью.

В длинной цепочке технологий получения и изложения информации — множество ключевых мест, где достаточно, казалось бы, небольшой вариации для серьезных изменений всех результатов в требуемую сторону. Искусство фальсификаций и всевозможных других форм обмана давно доведено до совершенства.

Заседание, как всегда и понятным для всех образом, не случайно не оставляло времени для вопросов и дискуссий, словно анекдотический афоризм Грызлова (“Парламент не место для дискуссий”) распространился теперь и на научную проблематику. Тем не менее, настойчивую просьбу Л. Н. Виноградовой предоставить две минуты для мнения НПА России два ведущих модератора (Н. В. Семенова и Б. А. Казаковцев) не решились отклонить. Но все же оборвали на полуслове, вопреки фундаментальному и практически важному положению, упущенному во всех (не только на этой конференции) докладах — в обсуждении должны участвовать не только министерские чиновники, специалисты по менеджменту и организации службы здравоохранения, но и представители организаций пациентов и их родственников, для которых реформа якобы проводится и которым следовало бы, согласно доктрине информированного согласия, предложить выбор нескольких концепций реформы, учесть их интересы, а не решать за них, что им лучше. Но то, как даже две минуты показались модераторам (кстати, доброжелательно относящимся к

НПА) избыточными, вопреки важности предложения, обнажало, что речь идет о попытке назвать реформой проводимую в пожарном темпе реорганизацию в силу “чудовищного недофинансирования”.

Что касается пленарного заседания, посвященного юбилеям В. М. Бехтерева (1857 – 1927) и созданного им Психоневрологического института (1907), то занимающий теперь его место проф. Н. Г. Незнанов сделал впечатляющий доклад об итогах разнообразной деятельности института, который, однако, не содержал анализа неудач и ошибок, словно их не было, и словно следование этой знаменитой пироговской традиции не является неременной частью такого рода доклада. А ведь эта традиция является наиболее значимым способом дальнейшего продвижения любой проблематики. Но более всего — в фундаментальном контрасте с всегда ярко выраженной гражданской позицией В. М. Бехтерева — выступало полное умолчание о “чудовищном недофинансировании”, кризисе с лекарственным обеспечением больных, многих нелепых слияниях институтов, больниц и диспансеров, нередко отстоящих друг от друга на многие десятки километров. Словом, только об успехах, перебирая их великолепие.

Наш Президент, проинформированный министром здравоохранения, а та своими помощниками, выступили с заверениями о выдающихся успехах в отношении длительности жизни, сокращения суицидов, успешно идущей реформе здравоохранения, повышения зарплаты врачей, не обмолвившись о технологиях таких показателей.

Неужели бравадные реляции об успехах, основанные не на полевых исследованиях, а на многословной интерпретации результатов статистической обработки опросных анкет, разосланных по регионам заинтересованным лицам, понимающим чего от них ждут, принимаются властями на веру? Или изначально предназначены на потребу “потребителям психиатрических услуг”?

Нам не удалось узнать, отстаивало ли Российское общество психиатров интересы больных и врачей, лишенных всех льгот, — место, предназначенное в президиуме для Н. Г. Незнанова, пустовало. А в его докладе об этом не было ни слова.

Перед Психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева рядом с памятником В. М. росли два могучих в полтора обхвата дуба. Но теперь один из них спилен, и в пенёке устроена клумба. А второй спилен на высоте нескольких метров, и с места спила вырос веер мелких, но высоких прутьев.

*Ю. С. Савенко*

## Саморазоблачительное интервью

Если уж восстанавливать в России советские порядки, то где же это пропагандировать, как не в “Правде”? И если уж искать самых отъявленных советских героев, так где же, как не среди услужливых советских психиатров, практиковавших использование психиатрии в политических целях?

14 мая этого года “Правда.ру” нашла своего “героя” — профессора Федора Кондратьева<sup>1</sup>, эксперта по судебной психиатрии, многолетнего сотрудника института судебной психиатрии имени Сербского — цитадели карательной психиатрии в Советском Союзе. В крошечные советские годы Кондратьев курировал Орловскую спецпсихбольницу МВД СССР. Человек, по которому плачет скамья подсудимых на, увы, несостоявшемся судебном процессе по преступлениям коммунизма, азартно реабилитирует себя, свою палаческую работу и всю советскую систему карательной психиатрии. Эта тема идет в интервью первым номером, как самое главное, самое для него болезненное и обидное.

Федор Викторович Кондратьев не отрицает того, что возглавлял экспертную службу в институте Сербского, а еще 12 лет контролировал выписку заключенных из Орловской СПБ. В нормальной правовой стране с приличным законодательством и действующими законами такие палачи прятались бы от общества и правосудия, опасаясь справедливого возмездия и общественного негодования. Но это не про сегодняшнюю Россию.

Сегодня Кондратьев безбоязненно, как и в коммунистические времена, клеймит диссидентов, Запад и независимых психиатров, осуждающих практику репрессивной психиатрии: “Злоупотребления психиатрией — это миф, это злонамеренная цель дискредитации советской системы, хуление советской психиатрии в помощь диссидентскому движению. Это одна из акций холодной войны, которую, к сожалению, враги отечества выиграли”.

Сожаления его понятны: победа в холодной войне продлила бы его звездное время, когда врагов социализма можно было закрывать в психушки, травить нейрорептиками и каждые полгода вежливо спрашивать: “Ну как, вы уже признаете себя психически больным и вас можно отпускать на волю? Или еще полежим, полечимся?” Ну где еще можно получить такую власть над судьбами людей, которые во сто крат умнее, достойнее, честнее и интеллигентнее тебя — услужливого помощника КГБ и борца с тоталитарными сектами.

И вот прошли времена непонятных 1990-х, когда приходилось “признавать ошибки”; теперь можно

вернуться к прежнему: все было правильно, кому был выставлен диагноз — те были больны. “Нет ни одного случая, который был бы абсолютно ясен, что нет никакой психопатологии, даже у этого знаменитого генерала Григоренко, или там Буковского, у которых были диагнозы...” — радостно сообщает Федор Кондратьев.

Вопрос журналистки, не был ли он в своей работе зависим от КГБ, приводит профессора в состояние эйфории. Он невероятно хорохорится и с достоинством отвечает, что никто не мог заставить его прогнуться, потому что он жил по совести. Это забавно слышать из уст Кондратьева. Какой-нибудь охранник-эсэсовец из Освенцима тоже мог бы сказать, что он совестливый и законопослушный гражданин. Вопрос только в том, каковы законы и какова совесть. В подтверждение своей мнимой независимости профессор Кондратьев рассказывает байку о том, как настаивал на выписке из Орловской спецпсихбольницы диссидента Владимира Гершуни, а курировавший эту спецпсихбольницу кагэбэшник всеми силами этой выписке противился. Тут Кондратьев встает в позу героя, противостоящего воле госбезопасности. Ни доказать, ни опровергнуть этого нельзя, но и поверить в это невозможно.

О самом же Гершуни профессор Кондратьев отзывается так: “Владимир Гершуни, такой известный антисоветчик — шизофреничек, ну вялый такой”. И вот, якобы, политзаключенный Гершуни объяснял психиатру Кондратьеву, за что его посадили: написал нечто антисоветское, потому что ему кто-то сказал, что если он это напишет, то будет прославлен. Те, кто знал яростного и неутомимого Володю Гершуни, в эту ахинею никогда не поверят. Не его стиль, не его мотивы.

Об Орловской СПБ, которую курировал Федор Кондратьев, Владимир Гершуни писал: “Любая неосторожно сказанная врачу или сестре фраза может послужить поводом для серии уколов аминазина. Иногда эти уколы назначаются и без повода, по чистейшему произволу врача... Постоянная опасность, что тебе назначат новое лекарство, уколы, если врачу покажется, что ты не так сказал или не так взглянул”.

Владимир Гершуни уже умер, поэтому профессор Кондратьев может рассказывать о своих отношениях с ним какие угодно небылицы, не боясь быть опровергнутым. Больше 40 лет прошло с того времени, а он все пытается доказать, что не был карателем от психиатрии. Понятно, что его до сих пор раздражают обвинения в пренебрежении профессиональным долгом, особенно когда они звучат из уст честных психиатров.

Весьма поучительно узнать, в каких руках при социализме находились судьбы оппонентов советского режима.

<sup>1</sup> <https://www.pravda.ru/news/society/14-05-2017/1333792-0/>

Понятно и его нескрываемое раздражение самим фактом существования Независимой психиатрической ассоциации России, которая не только препятствует планам возрождения карательной медицины, но и служит примером достойного профессионального поведения врачей. Он повторяет мотив заезженной советской пластинки о том, что НПА была создана на западные деньги и по заказу западных спецслужб. Устав НПА, по его уверениям, был написан в посольстве США в Москве. Впервые эта выдержанная в советском пропагандистском духе нелепость прозвучала в книге Роберта ван Уоррена<sup>1</sup> “Холодная война в психиатрии” и с тех пор очень популярна среди сторонников и бывших функционеров карательной психиатрии.

Реабилитационное по замыслу интервью Федора Кондратьева интернет-ресурсу “Правда.ру” на деле получилось разоблачительным. Очень ясно представлен облик самодовольного, ни в чем не раскисающегося престарелого функционера советского режима. Жутковато было слушать, как, вспоминая детали экспертизы двух убийц, торговавших в 90-х годах человеческим мясом около метро “Юго-Западная” в Москве, Кондратьев, оживленно жестикулируя, воскликнул: “Потом убивали и ягодушки — вырезали, мясо там самое нежное, другие места мягкие и хоро-

шие...” Потом, вспоминая об экспертизе Андрея Чикатило<sup>2</sup>, он рассказывает, что серийному маньяку “очень нравились хрустящие матки молодых девочек”. При этом Кондратьев не только показывает руками, как тот вырезал внутренние органы, но и берет что-то со стола и подносит ко рту, чтобы показать, как это хрустело.

Ряд жутковатых странностей венчает убежденность профессора Кондратьева в том, что извержение Везувия, накрывшее пеплом Помпеи, было послано господом богом людям в наказание за гомосексуализм и другие их грехи. Вроде бы ничего страшного, что у человека такие вкусы и пристрастия, если он не совершает ничего предосудительного. Однако весьма поучительно узнать, в каких руках при социализме находились судьбы оппонентов советского режима.

В заключение хотелось бы пожелать Федору Викторовичу Кондратьеву здоровья и долгих лет жизни, чтобы он еще успел ответить перед уголовным судом за деяния, совершенные им при коммунистическом режиме.

*Александр Побрабинец,  
правозащитник и журналист,  
Радио Свобода, программа “Дежавю”,  
31 мая 2017 г.*

*От редактора. Получив этот текст, начало которого показалось мне первоначально чересчур эмоциональным, я вытерпел часовое интервью проф. Ф. В. Кондратьева по интернету в Pravda.ru. В наше время такие интервью — гол в свои ворота. Даже неплохо зная, что представляет из себя этот ведущий эксперт Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, продолжающий позиционировать себя профессором Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, делается неловко от, прежде всего, морального уровня его ответов, роняющих престиж профессии обилием “клубнички”, не говоря уже о достоверности. Так, преступление полковника Ю. Буданова он поместил в Афганистан, а фамилию полковника “забыл”. Но и 20 лет назад в своих вальяжно написанных воспоминаниях (1996, 2013) он не позаботился о точности в отношении собственной кандидатской диссертации “О судебно-психиатрической оценке в случаях медленно текущей шизофрении”. «После Второго съезда психиатров в 1936 г. понятий “мягкой”, “вялотекущей”, “медленнотекущей” шизофрении в советской психиатрии не существовало». На самом деле, на этом съезде А. Кронфельд четко сформулировал различие понятий “мягкой” шизофрении Л. М. Розентейна и своего, которое не подверглось критике. Наконец, нельзя путать “медленнотекущую” и “малопрогрессирующую” шизофрению — это характеристики разных измерений. Своими грубыми фальсификациями даже С. С. Корсакова и до сих пор в Википедии он продолжает оказывать медвежьи услуги своим воображаемым заказчикам. У проф. Кондратьева нет расстройств памяти относительно того, что даже акад. Т. Б. Дмитриева публично признала психически здоровыми и Владимира Буковского, и генерала Петро Григоренко в качестве члена специальной комиссии проф. М. М. Кабанова, тщательно изучившей грандиозный объем материалов по делу генерала, в частности, видеозапись международной экспертизы под председательством проф. Райха в этом самом громком поражении лидеров советской психиатрии акад. А. В. Снежневского и акад. Г. В. Морозова. Это не расстройство памяти, а “моральное слабовумие” в буквальном смысле этого слова.*

<sup>1</sup> Псевдоним Robert Brix, по многочисленным свидетельствам — недобросовестный политикан, работающий на все стороны.

<sup>2</sup> По свидетельству проф. А. О. Бухановского, который первый освидетельствовал Чикатило и благодаря которому он был обнаружен, это был несомненно психически больной человек, но признанный Ф. В. Кондратьевым психически здоровым в угоду общественному негодованию (Ред.).



# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Из Обвинительного заключения по следственному делу № 140...

“В мае месяце 1931 г. ликвидирована нелегальная<sup>1</sup> контрреволюционная организация антропософов, ставящая конечной целью своей деятельности изменение существующего строя и реставрацию капитализма в СССР...”

Ударную роль в обвинительном заключении сыграли приводимые здесь выдержки из личного дневника Андрея Белого — самого интересного из утраченных текстов писателя. Почему Андрей Белый, признанный главой 27 арестованных антропософов, остался на свободе, объясняется тем, что материалы в отношении него были выделены в особое дело для передачи в более высокую инстанцию, чем Секретно-политический отдел ОГПУ Московской области.

(Данная публикация представляет извлечения из монографии Моники Спивак “Андрей Белый — мистик и советский писатель” — М., 2006).

## Из дневника Андрея Белого<sup>2</sup> за 1930 – 1931 гг.

«Каждый номер “Литературной газеты” — распева кого-нибудь, гевольт, матерная ругань, обещания стереть с лица земли всеми усовершенствованными орудиями ГПУ и всею силой мирового пролетариата. Прочтя очередной залп статей, начинает кружиться голова и охватывает ужас за того, кого оплевали: жив ли он, не расстрелян ли он, не покончил ли он самоубийством...

Как у плевателей хватает слюней. Нива — для оплева — богатая. Не пусти пулю в себя Маяковский, была бы новая тема. После оплевания “Бани” — оплевание Маяковского (им же все равно, в кого плевать, только бы были плевательницы). Плевательница — воистину огромна: вся литература, вся живопись, вся музыка и т.д...

Действительно, “Литературная газета”, которой каждый следующий номер есть “осрамление” кого-нибудь (все равно кого), даже не может служить бумажкой для нужника, ибо она сама г..., и утираешь-ся, его размазывая.

Кому нужно это позорище? Верхам власти? Они, безглаголиво зажимая носы, проходят мимо этого нужника, часто весьма умывая руки: “Это — не мы”. Ра-

бочему классу? Но рабочий класс очень заинтересован в том, чтобы под его знаменем не устраивали “срамоты”. Если рабочий класс посвятить в подоплеку всего написанного, он, как и “правительство”, зажмет нос, только он не пройдет мимо, а расправится с плевателями. Нельзя же в самом деле...»

(Запись от 12/V-30 г.)

«Восток погибает от невежественного топорного применения идей коммунизма. Эти идеи — венец жизни, но до этого венца жизни надо дозреть. Не гориллам применять на практике идеи социального ритма. Действительность показывает, что понятия общины, коллектива, индивидуума в наших днях — “очки в руках мартышки”, она — “то их понюхает, то их на хвост нанижет”.

Без культурной революции и взрыва сознания высота и глубина опрокидываются безобразием, восток гибнет от безобразия своего невежества...»

(Запись от 23/VI-30 г.)

«Все окрасилось как-то тупо бессмысленно. Твои интересы к науке, к миру, искусству, к человеку — кому нужны в СССР. Мне кажется, чем интересовался мир, на протяжении тысячелетий, в чем Платон, Аристотель, Эвклид, Вергилий перекликались с Кантами, Гегелями, даже с Марксом (были же истины, развивающие свои мысли, на протяжении тысячелетий). И все это, чем доселе интересуется земной шар, — рухнуло на протяжении последних пяти лет у нас. Декретами отменили достижения тысячелетий, ибо мы переживаем “небывалый подъем”. Но почему в иные минуты я, отзывавшийся на всякие подъемы радостно, я, чуждый предвзятости и умеющий, где нужно, вылезать из своей кожи, этого подъема не

<sup>1</sup> Антропософское общество было закрыто в 1923 г.

<sup>2</sup> Андрей Белый (1880 – 1934) — один из гениев русской культуры Серебряного века, поэт, писатель, теоретик, мыслитель, автор гениального романа “Петербург” и гениального исследования “Творчество Гоголя”, предвосхитившего ряд научных направлений, в частности, применения математики для атрибуции стихотворных текстов и множества самых неожиданных новаций. Москвич, прославивший город, который не поставил ему памятник, но которого запечатлели Бакст и Голубкина. Стихи неразлучных Белого и Блока о России — провиденциальное проникновение в ее существо.

ощущаю? Радость ли блестит в глазах уличных прохожих?

Переутомление, злость, страх и недоверие друг к другу точат эти серые, изможденные и отчасти уже деформированные, зверовидные какие-то лица. Лица дрессированных зверей, а не людей. Трамваи на улицах Москвы не ходят, то и дело закупориваются в пути. На железных дорогах катастрофа за катастрофой. Старые мосты, старые шпалы, старые рельсы. Сейчас читал доклад Сталина о том, что во всем мире неблагополучно, и лишь мы лопаемся от довольства, достижений, развития промышленности, продукции. Где же продукты продукции? Почему нет кожи для сапог и я не мог при всем усилии купить себе ботинки, нет хлеба, нет мяса, нет штанов, нет сахара, нет папирос, нет тканей, нет медикаментов (скипидара, хины, нафталина, камфорного спирта и целого ряда необходимых для всякой домашней аптеки лекарств)? Нет мыла (значит, грозит эпидемия, вши), нет бумаги, периодически исчезают спички, нет дров, нет... Я не знаю, что есть. Кооперативы — пусты...»

(Запись от 2/VII-30 г.)

Огромный ноготь «раздавливает нас, как клопов, с наслаждением — щелкая нашими жизнями, с тем различием, что мы не клопы, мы — действительная соль земли, без которой народ — не народ. Нами гордились во всех веках, у всех народов, и нами будут гордиться в будущем. Только в подлом, тупом бессмыслии теперешних дней кто-то, превратив соль земли в клопов, защелкал нами: щелк, щелк — Гумилев, Блок, Андрей Соболев, Сергей Есенин, Маяковский. Щелкают револьверы, разрываются сердца, вешаются, просто захиревают от перманентных гонений и попреков. И мое сердце, мужественно колотившееся, ослабевает. Не могу, не могу вынести тупого бессмыслия, раздавливающего лучших вокруг меня.

Это — не отчаяние, это — смертельное изнеможение от усилий бодрить себя и других.

Дышат на ладан Соловьев, Иванов-Разумник, Волюшин, Орешин, Пастернак — сколько, щелк, щелк — «клоп за клопом»! Скоро мы, аллегорические «клопы», будем все передавлены. Не видят, что от одних «клопов» расплодившихся мириадами, не аллегорических, а только настоящих, грозят беды.

После бракования 2-го тома «Москвы» до такой степени потерял вкус писать что-либо, ибо бездарное стало — гениальным, а талантливое выкидывается за ненужностью, что уже и силы не позволяют...»

(Запись от 15/09 – 30 г.)

«Утром впечатление: 48 расстрелов вредителей, а почему не расстреляли вредителей жизни всего московского населения, посадивших население без дров в ужасный холод? Деревья целы, их никто не вредил, головы у коммунистов на плечах: могут додуматься до необходимости отопления ...»

Далее известили: арестованы Егоров, Готье, Любавский, т.е. историки.

Арестованы Чайнов, Громан, Базаров и ряд лиц как вредители.

Далее слухи — де арестован Пильняк, Пантелеймон Романов...»

(Запись от 24 сентября 1930 г.)

«Я готов скорее голодать, чем объясняться, ибо дух, который разит от многих «чиновников», играющих роль коммунистов, — действует на меня, как сенильная кислота. С этими людьми возможны только два жеста: или — хватить палкой по голове, или махнуть рукой: «грабьте, сколько влезет!»»

(Запись от 25 сентября 1930 г.)

«30-й год кончается явной агонией. Боже, сил больше нет, опять подкатывают ужасы 19-ого года, уже в деревне тиф, Москва полна больными, света нет, топлива нет, пищи нет. Какое-то дьяволово колесо. Для чего люди пережили лишения 19-го года, чтобы через 10 лет без всяких видимых мотивов опять попасть в ужасы голода, холода и болезней?»

Полгода гоняют писателей по заводам. Редакции полны никчемными очерками. Художественной продукции нет. Наконец Сталин сказал. Я читал Шекспира, Шекспир хороший писатель». И вдруг — стой: не гнать писателя от письменного стола. Для чего же было городить чепуху полгода? Какие-то Митрофанушки: не верят умам мировым, до всего доходят «своим умом», производя нелепейшие опыты, стоящие жизни, здоровья, на чужих костях решают простенькие логические задачи.

Надо было Есенину повеситься, Маяковскому застрелиться, чтобы вспомнить, что и Шекспир имеет право на письменный стол...»

(Запись от 28 декабря 1930 г.)

«Вот кто наша сельская власть, перед кем мы стоим, как дрожащие твари, кому платим, кого ловим в учреждениях, кто нас пасет в Салтыковке и Кучине.

Идешь в учреждение и дрожишь, ибо на внятный вопрос получаешь ответ на обезьяньем языке. Я понимаю язык русский, язык газетный, язык литературный, язык декадентов, язык Маяковского, язык крестьянина любой губернии, ибо с крестьянами всюду говорил, я понимаю язык рабочих. Но когда со мной начинают говорить на обезьяньем языке, я не понимаю и пугаюсь, и не знаю, что происходит под черепной коробкой перереженных в коммунистов зубров, мне любезно подставленных, как моя ближайшая власть, от которой зависит меня ограбить или наградить...

Русский народ оказался в национальном разрезе никудашным. Кудышным оказался не народ, а класс,

народ — вместо него вылезли заклепанные в самодержавной империи вятичи, радимичи, кривичи. “Кривич” в XX веке, переряженный в чиновника от Советской власти, оказался следующей за гориллой высшей формой обезьяны».

(Запись от 9 января 1931 г.)

«Сегодня урезали хлеб, завтра отняли керосин, послезавтра — сахар, помаленьку, полегоньку — локотком подталкивают к срыву в голодную смерть, в тифозное заболевание или замерзание».

(Запись от 17 января 1931 г.)

«Теперь всюду вопрос: “К чему прикреплены, где работаете?”, т.е. крепостное право проводится во все сферы жизни. Так и писатель, если не сумеет дока-

зать, к чему он прикреплен, т.е. чей “крепостной” — лишается продовольствия».

(Запись от 17 марта 1931 г.)

\* \* \*

Добытыми в процессе следствия материалами и показаниями самих обвиняемых характеризуется с достаточной полнотою антисоветское лицо и других участников этой организации.

“Как было указано ранее в моих прежних показаниях, наше о-во состояло, а кружок интересующихся антропософией комплектовался за счет а/советски настроенных людей, поэтому все время это а/с настроение проявлялось в настроениях и жизни нашего об-ва”.

(Показания обвиняемого МОИСЕЕВА, от 6/V.)

## Сонеты Георгия Шенгели

### СВОЯ НУЖДА

На фронте бред. В бригадах по сто сабель.  
Мороз. Патронов мало. Фуража  
И хлеба нет. Противник жмет. Дрожа,  
О пополнениях вызывает кабель.  
Здесь тоже бред. О смертных рангах табель:  
Сыпняк, брюшник, возвратный. Смрад и ржа.  
Шалеют доктора и сторожа,  
И мертвецы — за штабелями штабель.  
А фельдшера — лишь выйдет — у ворот  
Уже три дня бабенка стережет,  
И на лице — решимость, тупость, мука:  
“Да ты ж пойми! По-доброму прошу!  
Ведь мужа моего отбила, сука!  
Сыпнячную продай, товарищ, вшу”.

18.VIII.1933

### СТРАХ

Куб комнаты и воздух ледяной,  
Как жук в янтаре, во тьму и холод впаю.  
Спать не могу, тревогою измаян:  
Что происходит за моей спиной?  
Там белый дьявол стал всему хозяин:  
Он кровью упивается парной;  
Он, может быть, шлет палачей за мной,  
И мне — валяться трупом у окраин.

Всё умерло. Безмолвие, как пресс.  
Вдруг дробный звук — далеко там — воскрес;  
Вот — ближе — топотом копыт сыпнуло.  
Впускаю глаз под штору: там летят  
Сорвавшихся четыре белых мула.  
И всадников прозрачных ищет взгляд.

1936

### ПЕДАГОГИКА

Раз топором! И стала рдяной плаха.  
В опилки тупо ткнулась голова.  
Казненный встал, дыша едва-едва,  
И мяла спину судорога страха.  
Лепечущие липкие слова  
Ему швырнули голову с размаха,  
И, вяло шевелясь, как черепаха,  
Вновь на плечах она торчит, жива.  
И с той поры, взбодрен таким уроком,  
Он ходит и косит пугливым оком,  
И шепчет всем: “Теперь-то я поэт! —  
Не ошибусь!” И педагогов стая  
Следит за ним. И ей он шлет привет,  
С плеч голову рукой приподымая.

1955

<sup>1</sup> Георгий Аркадьевич Шенгели (1894 – 1956) — поэт, ученый-филолог, автор руководства о стихосложении. Его друзьями были Игорь Северянин, Макс Волошин, Осип Мандельштам, учениками — Марк Тарловский, Арсений Тарковский, Аркадий Штейнберг, а недругами — вся советская власть. Его перестали печатать за 20 лет до смерти. Настоящая публикация из книги Г. Шенгели “77 сонетов” — М., 2011.

# НЕКРОЛОГ

## Майя Леоновна Рохлина

22 мая 1930 г. – 21 декабря 2016 г.



21 декабря 2016 г. на 87 году жизни после тяжелой болезни от нас ушла Майя Леоновна Рохлина. Замечательный, чуткий человек, всегда готовый прийти на помощь в решении непростых рабочих и личных вопросов сотрудников клиники, ординаторов и аспирантов. Талантливый ученый, организатор, постоянно находившийся в творческом поиске оригинальных путей в разработке научных проблем наркологии и психиатрии. Вдумчивый педагог, с радостью передающий свои знания молодому поколению врачей, тактичный руководитель.

Майя Леоновна родилась в семье известнейшего российского психиатра Леона Лазаревича Рохлина. Майя Леоновна закончила школу с золотой медалью, а затем с отличием 2-й Московский государственный медицинский институт. После окончания института по распределению была направлена в Куйбышев (ныне Самара), где работала врачом-невропатологом в областной больнице. Майя Леоновна неоднократно

вылетала в составе областной санавиации на консультации и побывала практически во всех районах области. На базе Куйбышевского медицинского института под научным руководством профессора А. И. Златоверова и доцента Н. С. Рожаевой Майя Леоновна получила основы знаний в области неврологии. После возвращения в Москву М. Л. Рохлина была принята на работу в Институт психиатрии АМН СССР (ныне Российский научный центр психического здоровья). С этого времени ее основной специальностью стала психиатрия. В течение 19 лет она работала в клинике психозов позднего возраста, которой руководил замечательный ученый — профессор Эрих Яковлевич Штернберг. Под его руководством М. Л. Рохлина защитила кандидатскую диссертацию “Особенности маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте”, а затем докторскую диссертацию на тему “Поздние аффективные и аффективно-бредовые психозы (клинико-генеалогическое исследование)”. За время работы в Институте психиатрии М. Л. Рохлина принимала участие в разработке проблем диагностики и классификации психических заболеваний позднего возраста.

В дальнейшем М. Л. Рохлина работала в наркологическом отделении Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, а после образования Всесоюзного научного центра медико-биологических проблем наркологии (Национальный научный центр наркологии) — в отделении наркоманий этого центра: сначала в должности старшего научного сотрудника, затем ведущего, главного научного сотрудника. В течение семи лет (с ноября 1996 г. по май 2003 г.) Майя Леоновна руководила отделением клинических исследований наркоманий. На протяжении всей своей деятельности Майя Леоновна занималась изучением клинических проблем наркоманий: разработкой диагностических критериев, определением и описанием клинических проявлений, в том числе психопатологических особенностей и закономерностей формирования основных форм наркоманий: опийной (в том числе героиновой), эфедроновой и перитиновой, полинаркоманий и осложненных наркоманий. Майя Леоновна принимала участие в разработке основных принципов фармакотерапии, в испытании новых лекарственных препаратов для лечения наркоманий и токсикоманий.



Майя Леоновна вырастила и воспитала целую плеяду замечательных специалистов психиатров-наркологов: Л. А. Чистякову, С. О. Мохначева, А. В. Карпеца, А. А. Козлова, для которых она осталась любимым учителем.

В течение ряда лет она являлась ответственной за организацию и обучение клинических ординаторов. Под ее руководством защищено 10 кандидатских и одна докторская диссертация.

Майя Леоновна — автор и соавтор более 170 научных работ, в том числе монографий “Наркомании. Медицинские и социальные последствия” (2001), “Наркомании. Токсикомании” (2010), “Руководства по психиатрии” (1999), “Руководства по наркологии” (2002, 2008), “Национального руководства по наркологии” (2008, 2016).

За многолетний и доблестный труд Майя Леоновна была награждена значком “Отличник здравоохранения”.

*С кончиной Майи Леоновны Рохлиной отечественная наркология и коллектив Научно-исследовательского института наркологии понесли невосполнимую утрату. Светлая память о Майе Леоновне навечно останется в наших сердцах. Помним и скорбим.*

\* \* \*

Полной неожиданностью стал уход Майи Леоновны Рохлиной.

Вопреки неудачному портрету, ее живое милое лицо было так молодо, манера общения и выраже-

ния чувств так непосредственны, что совершенно не чувствовался возраст, и в голову не приходило оттолкнуться при этом от собственного.

Майе Леоновне несказанно повезло с учителями. Мало того, что ее отцом был выдающийся психиатр Леон Лазаревич Рохлин, еще в молодости президент самого выдающегося предприятия в психиатрии — Украинской психиатрической академии в Харькова, объединившей Санкт-Петербургскую и Московскую психиатрические школы, — она многие годы работала в клинике тончайшего клинициста Эриха Яковлевича Штернберга, ученика Карла Бонгеффера и соратника Артура Кронфельда.

Мне посчастливилось неоднократно бывать у Леона Лазаревича дома и прочувствовать на редкость светлую, доброжелательную и высоко интеллектуальную атмосферу, которая окружала Майю Леоновну.

Были естественными и ее членство в нашей Ассоциации, и участие в качестве ведущей нескольких наших Открытых клинических разборов.

Ее разностороннюю деятельность — клинициста, исследователя, преподавателя — объединяла и осеняла открытая мягкая располагающая манера общения, которая была самым ее существом.

Таким людям всегда можно верить, и на них всегда можно положиться.

*Ю. С. Савенко*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

*Агацци Эвандро.* Научная объективность и ее контексты. — М., 2017.

*Урбах Эфраим.* Мудрецы Талмуда. — М., 2016.

*Степин В. С., Сточек А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции XVII-XIX веков. — М., 2017.

*Афонасин Е. В., Афонасин А. С.* Очерки истории античной медицины. — СПб., 2017.

*Деннет Дэниел.* Сладкие грезы: чем философия мешает науке о сознании? — М., 2017.

\* \* \*

*Валлерстайн Иммануил.* Мир — Система модерна. Триумф центристского либерализма, 1789 – 1914. Т. IV. — М., 2016.

*Леви-Стросс Клод.* Узнавать других. Антропология и проблемы современности. — М., 2016.

*Проди Паоло.* История справедливости. — М., 2017.

*Хитченс Кристофор.* Почему так важен Оруэлл? — М., 2017.

*Эпштейн М. Н.* Проективный словарь гуманитарных наук. — М., 2017.

\* \* \*

*Минковский Эжен.* Шизофрения. Психопатология шизоидов и шизофреников. — М., 2017.

*Крафт Эбинг Рихард фон.* Половая психопатия. — М., 2017.

*Бертран Пьер-Мишель.* Зеркальные люди. История левшей. — М., 2016.

*Воронков Б. В.* Психиатрия детей и подростков. — СПб., 2017.

*Костюк Г. П.* (ред.). Внебольничная психиатрическая помощь в Москве (история и современность). — М., 2016.

*Завадский С. В.* На пути к революции 1905 – 1918 гг. (дело Хрусталева, воспоминания прокурора Петербургской Палаты о его психическом расстройстве). — М., 2017.

\* \* \*

*Маккей Чарльз.* Наиболее распространенные заблуждения и безумства. — (Лондон, 1852) М., 2017.

*Кэмпбелл Джозеф.* Мифы и личностные изменения. Путь к блаженству. — СПб., 2017.

*Хедвиг Льюис.* Язык тела. Руководство для профессионалов. — Харьков, 2016.

\* \* \*

*Вахсман Николаус.* История нацистских концлагерей. — М., 2017.

*Штайнер Карл.* 7000 дней в ГУЛАГе. — М., 2017.

*Юнге Марк, Бордюгов Г., Биннер Р.* Вертикаль Большого Трора. — М., 2008.

*Юнге Марк, Виола Л., Рослан Дж.* (сост.). Чекисты на скамье подсудимых. — М., 2017.

*Петров Никита.* Награждены за расстрел. 1940-й. — М., 2016.

*Ли Мартин.* Фашизм. Реинкарнация. — М., 2017.

*Соколов Б. В.* Цена войны. Людские потери России/СССР в XX – XXI вв. — М., 2017.

\* \* \*

*Андрей Белый.* Автобиографические своды. — М., 2016.

*Арабески Андрея Белого.* Жизненный путь, духовные искания, поэтика. Белград — М., 2017.

“Жил на свете таракан...”. Стихи Ф. М. Достоевского и его персонажей. — М., 2017.

# ABSTRACTS

---

---

## **Diary of an unknown**

*Ya. A. Drozdov & K. A. Rozhdestvenskaya*

The case history shows some typical features of diagnosis and treatment of a chronic patient in routine mental health facility.

**Keywords:** psychiatric disorder, diagnosis, treatment, routine mental health care.

## **Portrait of an unknown: clinical case lessons**

*E. A. Lyubov*

The comment details and specifies typical clinical, social, and economic burden of routine low-quality everyday mental health care in the context of the above case.

**Keywords:** schizophrenia, everyday mental health care.

## **Phenomenological analysis of the central cognitive mechanisms in autism and schizophrenia**

*E. V. Kosilova*

The paper deals with the central cognitive mechanisms (central coherence and central control) in their normotypical and pathological state from the phenomenological point of view. The author argues, that there are such mechanisms. The behavior of the people with autistic spectrum disorders and the schizophrenic speech are analyzed from the point of view of the central coherence. The results of the investigation can be used for rehabilitation.

**Keywords:** autistic spectrum disorders, schizophrenic speech disorder, central coherence, central control.

## **Narcology as an object of orthodox expansion against the background of clerical intensification of social life in Russia**

*F. B. Plotkin (Minsk, Belorussia)*

The drug consumption situation currently existing in Russia is outlined. There is stated the presence of a paradoxical situation in Russian addiction medicine where, instead of a prevention of psycho-active substance consumption, the emphasis is laid on the rehabilitation of individuals that have already become addicted, which is followed by a phenomenal growth of the number of non-governmental organizations that offer their services to rehabilitate. The starting introduction of the "Governmental program "Integrated rehabilitation and re-socialization of consumers of narcotic and psychotropic substances" developed by the police institution (Federal Service for Drug Control) is pointed out. Attention is drawn to the

fact that, due to the liquidation of FSDC, execution of this "Governmental program..." will probably cease, noting that this program has been inviable in any case, because of the chimeric nature of the ideas therein. There are mentions of certain attempts to fall back on the practice of forced treatment of addicted patients. Attention is drawn to certain persons that are connected with the Russian Orthodox Church (ROC) increasing their activities to discredit various religious movements that are not related to ROC and drawing the agencies within the State Duma of the Russian Federation into these activities. There is an analysis of contents of the report by substance abuse professional N. Kaklyugin at a session of the Committee of the State Duma for constitutional legislation and state-building. Specifics of the relationships between the state and religious confessions are set forth and some circumstances are specified that witness of the clerical intensification of the social life in Russia. The work analyzes the contents of some "substance addiction" publications by a group of authors that represent the Counseling Orthodox Center (COC) dedicated to the Saint Righteous John of Kronstadt of Moscow Patriarchate where there are declared their own "Russian Orthodox" interpretations of basic notions of philosophy, medicine, psychology and psychotherapy that differ from those existing in the classical science. The archetypical nature of addiction in general is mentioned and certain correlations between formations of an addictive and religious behavior are traced. Some critical sayings concerning the level of rendering drug addiction treatment in our country are given.

**Keywords:** addictive disease, drug addiction, prevention, spiritual-oriented methods, neurofeedback, rehabilitation facilities for drug addicts, Governmental program "Integrated rehabilitation and re-socialization of consumers of narcotic and psychotropic substances", FSDC, clerical intensification.

## **Saint-Petersburg and Moscow psychiatric schools: differences and similarity**

*Yu. Savenko (Moscow)*

The author shows that the initial difference between the physiological-clinical St. Petersburg psychiatric school and the clinical-psychopathological Moscow school, i.e. Contrasting the emphasis on objective laboratory-instrumental methodology or in-depth psychopathology, was replaced by an emphasis on a variety of etiology, followed by an extensive diagnosis of schizophrenia in the Moscow school, and in recent years a blurring of differences and a general active civic stand.

**Keywords:** history of Russian psychiatry, history of Soviet psychiatry, Moscow psychiatric school, St. Petersburg psychiatric school.

**On the illegitimacy of the extramural forensic psychiatric examination**

*Yu. N. Argunova*

The issue of the legality of the extramural forensic psychiatric examination with respect to living persons is under consideration. Legislation, expert and judicial practice are analyzed. Attention is drawn to the legal inconsistency of the wording of the current Order of forensic psychiatric examination (approved by the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of January 12, 2017 No. 3n) regarding the possibility of carrying out an extramural examination and its place in the classification of forensic psychiatric examinations. It is pointed out that the permissibility of holding extramural forensic psychi-

atric examinations is a condition for abuses and judicial errors.

**Keywords:** types of forensic psychiatric examination; extramural forensic examination.

**Revisiting ontogeny of the delirium narrative**

*Josef Zislin (Jerusalem, Israel)*

The article considers linguistic and cultural aspects of origination of a delirium. Taking the analysis of the delirium origination age and conditions for its degradation with dementia and mental deficiency as an example, the following mechanisms requisite for the delirium narrative origination are suggested: 1. Formation of the egocentric speech and its transfer into the internal speech, 2. Ability to formulate a cultural context narrative, and 3. Formation of the individual database of plots. Based on these provisions, a new definition of a delirium is formed.

**Keywords:** delirium, narrative, internal speech, plot.

**ВНИМАНИЕ!**

**Чтобы сохранить бумажную версию  
“Независимого психиатрического журнала”  
— трибуну НПА России —  
подписывайтесь на него**

**Индекс — 73291  
по каталогу Агентства «Роспечать»**