

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2017

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл.редактор)

**Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно**

Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)

Б. А. Воскресенский

В. Я. Евтушенко

С. А. Игумнов

В. Е. Каган

В. А. Кажин

Г. М. Котиков

В. В. Мотов

Б. Н. Пивень

П. А. Понизовский

В. Н. Прокудин

В. Д. Тополянский

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)

Julia Argunova

Mark Burno

Liubov Vinogradova

Boris Voskresenski

Valery Evtushenko

Sergey Igumnov

Victor Kagan

Vitaly Kazin

Grigory Kotikov

Vladimir Motov

Boris Piven

Pavel Ponizovskiy

Vladimir Prokudin

Victor Topolyanskii

Сдано в набор 20.09.2017. Подписано в печать 28.09.2017. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.

Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.

Заказ № 2017-3-IPA.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru

Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

25-летие Закона о психиатрической помощи	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Уникальный дневник. Преодоление депрессивного состояния (часть 1)	8
О природе и характере депрессивных состояний у больных алкоголизмом	
— А. Г. Гофман, П. А. Понизовский, Т. А. Кожинова, И. В. Яшкина	20
Путь развития психиатрии и наркологии.	
Ответы проф. А. Г. Гофмана на вопросы НПЖ.	23
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизоаффективный психоз? — С. А. Игумнов, С. Е. Падкин	25
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
О сроках обжалования действий по оказанию психиатрической помощи	
— Ю. Н. Аргунова	39
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Воскрешение советского подхода в судебно-психиатрической практике	
в отношении общественной опасности	45
ОТКЛИКИ И ДИСКУССИИ	
Некоторые заметки о публикациях во II-ом выпуске	
Независимого психиатрического журнала за 2017 г. — Б. Н. Пивень (Барнаул)	49
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXII Консторумские чтения (часть 2)	50
Психотерапевтические рефлексии: из сетевых дневников (часть 1)	
— В. Е. Каган (Берлин)	57
ИЗ ПРАКТИКИ	
Здоров или болен? — А. С. Слюсарев, М. Е. Козлов	67
Энергосбережение — путь к жизнестойкости и выживанию сотрудников	
опасных профессий — Е. Ю. Соколов, А. И. Адаев.	72
ХРОНИКА	
Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”	77
Психотерапия чахнет при авторитарном управлении	82
Жалоба в Генеральную прокуратуру врача-психиатра	
расценена как заведомо ложный донос.	83
Нож в спину НПА России	84
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Гюстав Доре. “История Святой Руси”	85
Тарас Шевченко. Три рисунка	88
Сергей Лемехов. “Жизнь замечательных людей. (Живые души)”	90
НЕКРОЛОГ	
Борис Григорьевич Юдин	92
РЕКОМЕНДАЦИИ	
АННОТАЦИИ	94

CONTENTS

25-th Anniversary of the Law on Psychiatric Care.	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
A unique diary. Overcoming the Depressive State (Part 1)	8
On the nature of depressive disorders in alcoholic patients	
— A. G. Gofman, P. A. Ponizovskiy, T. A. Kozhinova, I. V. Yashkina	20
The path of development of psychiatry and narcology.	
Prof. Gofman's answers on the the Independent Psychiatric Journal's questions	23
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Is it schizoaffective psychosis? — S. A. Igumnov, S. E. Padkin	25
PSYCHIATRY AND LAW	
On the terms of appeal actions for psychiatric care — Yu. N. Argunova	39
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Resurrection of the Soviet approach in forensic psychiatric practice	
with respect to social danger	45
RESPONSES AND DISCUSSIONS	
Some notes on publications in the second edition	
of the Independent Psychiatric Journal for 2017 — B. N. Piven (Barnaul)	49
PSYCHOTHERAPY	
XXII Konstorum Hearings (part 2)	50
Psychotherapeutic reflexions: from online diaries (part 1) — V. E. Kagan (Berlin)	57
FROM PRACTICE	
Healthy or sick? — A. S. Slusarev, M. Y. Kozlov	67
Energy saving as the way to resilience and survival of dangerous spheres employees	
— E. Yu. Sokolov, A. I. Adaev	72
CHRONICLE	
Resolution of the International Congress “Integration and Evolution in Psychotherapy”	77
Psychotherapy wanes with authoritarian management	82
The complaint of a psychiatrist to the General Prosecutor’s Office	
is regarded as a knowingly false report	83
Knife in the back of the IPA of Russia	84
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Gustave Dore. “History of Holy Russia”	85
Taras Shevchenko. Three pictures	88
Sergey Lemekhov. “The life of wonderful people. (Living Souls)”	90
OBITUARY	
Boris Grigorievich Yudin	92
RECOMMENDATIONS	
ANNOTATIONS	94

25-ЛЕТИЕ ЗАКОНА О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В этом году исполняется 25 лет со времени появления на свет Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Он был принят Верховным Советом Российской Федерации 2 июля 1992 года и подписан Президентом Российской Федерации Б. Ельциным (№ 3185 – 1).

Этому событию предшествовала большая работа по созданию законодательной основы оказания психиатрической помощи населению. Она была начата еще в последние годы существования Советского Союза, под нарастающим международным давлением, связанным, прежде всего, с обвинениями в использовании психиатрии, как средства решения возникающих внутриполитических проблем.

Ровно 30 лет назад, в 1987 году, в СССР была создана специальная межведомственная комиссия с задачей разработки проекта специального законодательного акта, регулирующего оказание психиатрической помощи населению нашей страны. В результате на свет появилось “Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи”. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 года оно было введено в действие с 1 марта 1988 года. Этим документом было положено начало внедрению в работу психиатрических и психоневрологических учреждений правовых механизмов, которые могли бы защищать права и законные интересы находящихся в них пациентов.

“Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи” обрело силу закона после его утверждения Верховным Советом СССР 26 мая 1988 года. С распадом Советского Союза в России возникла необходимость в новом законодательном акте, регулирующем правовые проблемы в психиатрии. Подготовительная работа над законопроектом была начата рабочей группой еще Верховного Совета СССР (под руководством депутата А. Е. Себенцова) и завершена рабочей группой Верховного Совета РСФСР во главе с депутатом Л. И. Коганом. В его основу лег проект, предложенный профессором С. В. Бородиным и доцентом С. В. Полубинской (Институт государства и права). В последующем над ним работала специально созданная Минздравом рабочая группа, в состав которой вошли психиатры, психологи, юристы и другие специалисты из различных ведомств и учреждений. Так был рожден Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, введенный в действие 1 января 1993 года.

Как и в советское время, в новой России необходимость создания законодательного пространства, в рамках которого должна осуществляться психиатрическая помощь, диктовалась, прежде всего, соображениями политического характера, исключающего возможность использования психиатрии (ее знаний, методов, средств, ее учреждений, медицинского персонала) в т.н. “немедицинских” целях.

В данном аспекте качественно новыми для российской психиатрии стали два нововведения: *обязательная* (и достаточно жесткая) судебная процедура при осуществлении недобровольных форм помощи (освидетельствования, госпитализации, лечения) и *не вполне обязательное* соблюдение полного равенства прав и свобод лиц с психическими расстройствами и всех остальных граждан.

Что касается прав и интересов больных, то Закон утверждает *право государства* на ограничение выполнения людьми, у которых обнаружилось психическое расстройство, отдельных видов профессиональной деятельности. Хотя, насколько мне известно, никогда не проводилось (и не проводится в настоящее время) никаких клинических исследований, дающих основания обоснованно (и убедительно!) утверждать, в каких случаях, при каких обстоятельствах, кому, и на какой срок необходимы подобные ограничения. Тем не менее, Закон позволяет это делать — на основании неких “перечней медицинских психиатрических противопоказаний”, которые составляются, как правило, произвольно, без какого-либо научного обоснования, с позиций стремления к максимальному ограничению прав и свобод (как бы чего не вышло!). Прямо нарушается часть 3 статьи 5 того же Закона: ограничения вводятся на основании психиатрического диагноза, факта нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в психиатрическом учреждении.

Это удивительно, но мы, психиатры, преуспеваем в своем рвении обеспечить интересы, прежде всего, государства, а уж потом пациентов. Не замечаем, что в своем усердии сами стали источником проблемы, которая так будоражит сегодня наши умы — проблемы *стигматизации* больных, стигматизации наших учреждений и нас самих. Мы создали систему помощи, попасть в которую страшно. Страшно получить ярлык психически больного, лишиться работы, любимого занятия. Страшно ощущать на себе косые взгляды. Страшно терять друзей. Страшно признаться, что ты лечился, потому что для людей — это не больница, а *психушка*, или хуже того — *дурка*.

В. Я. Евтушенко

Но самое страшное, что немалая часть психиатров относится к своим подопечным с таким же пренебрежением. Об этом горько писать, но это так.

Большой психиатр и очень хороший человек, Н. Н. Баженов, еще в 1911 году, готовя текст проекта первого в России закона о душевнобольных, стремился внести в него простую мысль о том, что у каждого из нас должно не угасать чувство собственной вины перед больным: болеют не все, но заболеть может каждый, и я (*пока еще*) здоров только потому, что *уже* болен он, мой пациент.

В нашем Законе влияния этой очевидной и такой ясной мысли не ощущается.

С 1992 года, со времени принятия Закона Верховным Советом России, он изменился 18 раз. Многие изменения пусты и несущественны, но были и очень серьезные.

Так, из части 1 статьи 1 изъято положение, что психиатрическая помощь, помимо прочих составляющих, включает в себя *уход и медико-социальную реабилитацию* лиц, страдающих психическими расстройствами.

В действующей редакции Закон фактически поддерживает миф о всемогуществе психофармакотерапии психических расстройств. Психотропные лекарства действительно совершили переворот в культуре оказания психиатрической помощи и ее организации. Изменился облик психиатрических учреждений, характер отношений с больными, стали по-иному проявлять себя и сами психические расстройства. Но, как известно, широкая, массовая лекарственная терапия психически больных не привела, к сожалению, к их излечению. Наоборот, участились случаи обострений, хронификации болезни. Численность инвалидов в психиатрии нисколько не упала, наоборот, есть тенденция к ее росту. И потому, как и в прежние времена, добиться реальных результатов при оказании психиатрической помощи можно лишь испытанными психиатрическими методами социально-трудовой терапии и медико-социальной реабилитации. Такие методы, применяемые специалистами в медицинских психиатрических учреждениях, как в стационарных, так и во внебольничных условиях, весьма эффективны. Достаточно указать на опыт промышленной трудовой терапии (А. Е. Лившиц, Калуга), комплексную реабилитационную работу с больными в Москве (А. Л. Шмилович), успех терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) — это только в центре страны. Но Закон, к сожалению, не относит подобную работу к психиатрической помощи. Формально Закон заявляет (статья 16), что государство “гарантирует” разные виды социально-бытовой и социально-правовой помощи больным, но относит ее не к медицинским организациям, а к организациям “социального обслуживания, предназначенным для лиц, страдающих психическими расстройствами” (к психоневрологическим интернатам).

Не случайно поэтому началось реформирование психиатрии с реорганизацией психиатрических больниц в психоневрологические интернаты, со “сбросом” туда хронически больных. К сожалению, практика такова, что попав в такой интернат, пациент остается там пожизненно. Не будет преувеличением сказать, что Законом созданы условия, для сегрегации определенной части психически больных. Сегрегацией принято называть политику отделения какой-либо группы населения, и рассматривается она как одна из форм дискриминации. Несомненно, что отделение хронически больных, нуждающихся в применении медицинских методов реабилитации в учреждениях немедицинские, стала формой *психиатрической дискриминации*, системой психиатрического *апартеида*.

И вообще, как мне кажется, две психиатрии в одной стране, совершенно разобщенные и совершенно разные (по целям, задачам и методологии работы), подчиненные разным ведомствам, — это за пределами здравого смысла.

Закон РФ “О психиатрической помощи...” изначально нацелен на предотвращение случаев неоправданного насилиственного лишения свободы в виде помещения в психиатрический стационар. Именно поэтому в его текст была включена статья 38, обязывающая государство создать специальную, независимую от органов управления здравоохранением, службу защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

За те 25 лет, на протяжении которых Закон существует, это так и не выполнено. К настоящему времени уже нет оснований всерьез говорить об использовании психиатрии в политических целях. Но резко возросло количество нарушений прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, и это относится не столько к стационарным больным, сколько к тем, кто живет в обществе. Давно назрела настоятельная необходимость создания службы защиты прав лиц, страдающих психическим расстройством, вообще. Независимо от того, где пребывает пациент, и какой вид помощи получает (психиатрическую или социально-бытовую). Закон писан для всех, перед ним все равны, и государство (чиновники) не вправе годами уклоняться от выполнения его предписаний. Не должны быть “равнее” других.

Недостатков в Законе много. Но, как бы то ни было, — Закон есть, он жив, работает, и это — главное.

В. Я. Евтушенко

От редактора. Валерий Яковлевич Евтушенко, с присущей ему скромностью, не упомянул, что сам он стоял у истоков закона “О психиатрической помощи...”, будучи непосредственным помощником как психиатр выдающегося юриста Александра Иосифовича Рудякова, автора уникальной книги “Практика

применения законодательства РСФСР в отношении психически больных”, изданной для “служебного пользования” двумя изданиями, последний раз в 1980 году. Она сводила воедино из массива законодательства того времени все, имеющее отношение к психиатрии, опираясь на грандиозный опыт юридического консультирования граждан с психическими расстройствами со всей страны. Маленький кабинет в ЦМОКПБ на улице 8 марта в Москве в течение многих лет был центром юридической службы огромной страны. Суды ютились тогда в жалких обшарпанных зданиях — откровенная символика места судебной власти. Достаточно было формулировки “страдает хроническим психическим заболеванием”, чтобы даже за незначительное правонарушение попасть на принудительное лечение в психиатрическую больницу. Валерий Яковлевич является автором книги «Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в вопросах и ответах» (М., 2009, 302 с.).

НПА России внесла существенный вклад в разработку и совершенствование этого закона, составив значительную часть реально работающих членов как первой, так и второй комиссий по его разработке, и с самого начала акцентируя проблему гарантий его исполнения, вплоть до рекомендации именования его за-

коном “О гарантиях соблюдения прав граждан при оказании психиатрической помощи”. Несмотря на изъятие в 2003 г. статьи о государственных гарантиях “оказания психиатрической помощи” высокого качества, закон остается выдающимся шагом вперед в деле введения психиатрической помощи в правовое русло, что имеет серьёзное реабилитирующее значение (См. также НПЖ, 2012, 6 – 7).

Что касается использования психиатрии в политических целях, то действительно, о прежних масштабах говорить не приходится, так как место судебно-психиатрической экспертизы заняли лингвистическая и комплексная психолого-лингвистическая экспертизы, как более быстрая и менее затратная удобная процедура со службой “экспертов по вызову”. Лихорадочное законотворчество в отношении всех вообразимых форм общественной опасности не умеряется традиционно устойчивым обвинительным уклоном правоприменительной практики. В компетенции экспертов-психиатров и на их ответственности только психопатологически выводимая общественная опасность, именно этим должны руководствоваться их экспертные рекомендации. Программная работа позиции НПА России по этому вопросу — на сайте Ассоциации.

**Региональный конгресс ВПА
ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАДИГМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДОРОВЬЯ**

13.10.2017 – 15.10.2017, Милан, Италия

**[www.healthparadigmchange.it;](http://www.healthparadigmchange.it)
www.personcenteredmedicineblog.wordpress.com**

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Уникальный дневник. Преодоление депрессивного состояния (часть 1)

Первая часть работы, в которой приводятся отрывки из уникального дневника за несколько лет, запечатлевшего хроническое тоскливо-депрессивное состояние с постоянным желанием смерти, преодолеваемое незаурядной деятельностью, сопровождается призывом к коллегам квалифицировать это состояние с возможно большей полнотой для обсуждения во II части. Работа предлагается как продуктивная самостоятельная форма научных публикаций.

Ключевые слова: Депрессивные состояния. Самоописания своего состояния в дневниках.

От редактора. Опубликованный в 2016 году и беспрецедентный во многих отношениях, этот дневник неоценим и для психолога, и для психиатра. Автор вел его непрерывно с 15 лет многие десятилетия, в период I и II Мировой войны и последующие годы.

Мы приводим отдельные отрывки из этого дневника за несколько лет, имеющие отношение к эмоциональному состоянию автора, общая тональность которого не менялась и впоследствии.

Конечно, для полноценной феноменологической квалификации необходим полный текст и ситуационный контекст, но даже в представленной ограниченной форме очень поучительно попытаться квалифицировать с наибольшей возможной полнотой характер эмоционального состояния автора, что открывает горизонт для многих практически важных выводов. Для нас чрезвычайно ценные люди, способные к тонкой артикуляции чувств и их нерутинному описанию.

Мы намеренно не называем в начале имен и обстоятельств, и начинаем, согласно требованиям феноменологической методологии с самого текста, анализу которого будет посвящена вторая часть этого сообщения, сопровождаемая откликами заинтересованных коллег. Хотелось бы, чтобы их было много. Такие обсуждения следовало бы множить как самостоятельную форму научного продвижения научных проблем.

ДНЕВНИК

1940 Г.

10 марта. Москва. Первый раз в жизни длительно заболел какой-то поганой неотвязной легочной болезнью. Маленько воспаление легких, бронхит, плеврит, потеря аппетита, похудание, слабость. И так “по синусониде” уже полгода. Случайно попал в больницу, где уже 12 дней. Убедился, что мало разницы между больницей и тюрьмой. Главное из субъекта становишься объектом, подопытным кроликом. Предстоит еще санатория. Тоже вроде тюрьмы.

13 августа ... И самое жестокое несчастье. У брата 7 на квартире был обыск. Сам он сейчас во Львове. Значит грозит арест... Это жестокая ошибка и несправедливость. Тем более жестокая, что она хуже смерти. Конец научной работы, ощельмование, разрушение жизни близких. Все это грозит. Эта записная книга выходит книгой горя: смерть матери, сестры, теперь ужас, нависший над братом. Думать о чем-либо не могу. Так страшно, так обидно, и так все делается беспомощно. Хорошо, что мать умерла до этого, и как

жалъ, что сам я не успел умереть. Мучительно все это до невыносимого.

20 августа ... Приходится скрывать эту муку и грусть... Случай с братом хуже всего, он хуже смерти. Энергия, намерения, планы, желание работать — ничего нет.

1 сентября. Оцепенение жуткое продолжается, а с ним растет мертвящий агностицизм... Иллюзия все философские системы... Руки опускаются. Город с его домами, памятниками, петербургскою красою кажется гробом поваленным, а люди мертвецами, еще не успевшими залезть в гроба. Сегодня год войны. Она кажется такой же неизбежностью, как осенний дождь и сентябрь. Как трудно, как тяжело жить и как хотелось бы незаметно и сразу же умереть.

13 сентября. Сматря в стекло, на письменном столе, в своем отражении узнаю брата. Словно привидение. Так это страшно.

18 сентября. В эти жуткие дни я отчетливо ощущаю, что старею. До сих пор почти всегда казался себе самому почти мальчишкой...

31 декабря. Кончается год, который был для меня самым тяжелым до сих пор в жизни. Тяжелым по бесысходности, по нелепой безжалостности и по отсут-

ствию сопротивляемости у меня. Развивающийся с каждым месяцем все сильнее “материалистический объективизм”, спасает от последнего отчаяния и самоубийства. На будущее начинаю смотреть также просто, спокойно и хладнокровно как “смотрит камень” на пыльной дороге или Луна. Окаменение, окостенение — это результат года и самозащита.

1941 ГОД.

9 января... Ощущение “живого” как заведенных машин все неотвязнее. Машины с ощущением, с резкой реакцией “удовольствие” и “неудовольствие”. Такое восприятие мира, конечно, предельное отчаяние. Дальше опускаться некуда, это — самоотречение.

19 января. Одна за другой обрываются все нити. Родных почти не остается: отец, мать, сестры — на том свете... Сомнение в себе, “самокритика” ... изоляция, боюсь людей. Скольжение глазами по книгам.

В лес, в глубокое кресло, под лампу с абажуром, без общего света. И все зреет “объективизм”, превращение субъектов в объекты. На человека начинаю смотреть как на 70 кило мяса с курьезом “сознания”. Непривычно тяжело и безнадежно.

29 января. Понемногу выхожу в тираж. Пошел сегодня на военный переучет... В голом виде... Чувствуя омерзение к собственным телесам... Это снятие с учета первый шаг в вечную дремоту могилы. Грустно и радостно сразу.

31 января. Две лаборатории... Там и здесь. И тут и там маленькие самолюбия и их борьба. Очень мало чувства “испытателей природы”, “философии”, просто одно из возможных ремесел, как игра на бирже, и что угодно другое. Где они, большие ученые, у которых широко открыты глаза на вселенную. Мелкие торгаши, даже те, кому “повезло”, т.е. удалось сделать хорошее в науке. Сильное и отвратительное впечатление.

5 февраля. У Пахомовых умерла собачонка Топси. Позавидовал этой смерти — не развернувшегося сознания...

Ужасная самокритика и не менее ужасная мизантропия. Жить тонкие, заставляют какие-то как паутинки надежды.

18 февраля. Не нахожу места... Нужна ясность или, по крайней мере установление пределов возможной ясности, прежде чем придется умирать.

27 февраля. Год назад, примерно в эту пору, в 11 часу вечера попал в больницу. Отвезла сестра. И началось что-то совсем новое в жизни. Больница — тюрьма... За это время стал совсем другим человеком. Может быть тут физиология. Ровно год не курю (это после 25-летнего курения). Растолстел как никогда в жизни, “поправился”. А психически совсем наоборот. Никогда не было такого отчаянного холодного пессимизма, пронзительного, “рентгеновского” умения прорываться духовным взглядом через внешние

оболочки слов, привычек и видение безотрадной, безнадежной основы. Самокритика и само понимание, доведенные до отчаянных глубин.

9 марта. Ленинград. По-прежнему переживания муhi, попавшей в паутину, расставленную жизнью, путаницей собственного сознания, причудливой игрой обстоятельств, которые кажутся иногда фаталистическими. Пытаясь вырваться, но застреваешь еще больше, как Мюнхенгаузен, извлекающий себя из болота. Непостижимая “Ungenaugkeit’s Relation”¹. Сознание растет, ширится за счет вещественных процессов и начинает изменять их. Но от малейшего толчка с их стороны все может полететь прахом, как голова Кюри, раздавленного тяжеловозом, или вся земная культура от хорошего болида, Гитлера или землетрясения.

Чем больше живешь, тем яснее, что между театральным представлением и их “действительностью” не много разницы. “Короли”, “феи”, “злодеи”, “ангелы” — все условно, все результат добровольного соглашения между участниками. Ну, а что же “безусловно” — вещественные комбинации? Но их тоже можно менять. Можно комбинировать... Где же “безусловное”? “к”, “с”, законы сохранения и пр.? Что-то сомнительно.

И так вот Николай из “привилегированной системы отсчета” пересекивает с одной системы отсчета на другую — все равноправны, но все условны и театральны.

В этом и есть та страшная паутина, в которой завязаешь на каждом шагу.

Гипертрофия сознания — состояние ужасное и во что бы то ни стало надо превращаться в нормального актера, вполне уверовавшего в свою роль.

16 марта. Ленинград. Вернулся из Москвы со страшной подавленностью и тяжестью сознания. Собственно нового большего ничего не случилось, но бесконечные мелочи людских отношений (травля Лёвшина в Физическом И-те в Москве, “Христосик” — Иоффе, обиженные премиями, диапазон научных оценок) с неизбежностью вырастают в отчаяние, в просвечивание безразличного, деревянного, холодного костяка во всем. Не хочется двигаться и от такой нирваны недалеко до смерти.

Никогда не думал, что так можно оторваться от жизни. Смотрю очень часто на происходящее как посетитель зоологического сада на происходящее в клетках. На самом деле и я обитатель одной из клеток.

17 марта. Ленинград. Один вполне искренний голос: строгая музыка. “Шестая” Чайковского, “Пятая” Бетховена, Бах, Шопен. Искреннее всего, глубже всего, роднее всего. И конечно, pro captiu слушателя. Объективно: колебание струн, иногда препаршивая личность пианиста и никакого соответствия между

¹ Соотношение неопределенностей (*нем.*).

Преодоление депрессивного состояния

тем, что слушатель чувствует, и тем, что думает этот пианист. Внешние акустические импульсы как-то влияют на структуру человеческую, что в итоге возникает самое глубокое.

20 марта. Оглядываюсь на уютный шкаф красного дерева в столовой с философско-историческими старыми и новыми книгами на фоне синей стены с перспективой Невского над ней и становится жалко жизни, *Übermensch* сменяется антикваром. Так вот и скачут точки зрения, желания, взгляды, настроение и всему этому гроши цена.

Вырваться из такой *Ungenaugkeit's Relation*, по-видимому, никак нельзя. Не ухватишься ни за какой абсолютный крючок.

23 марта. Знаменитые мартовские иды. Все рождения и смерти в семье в эти сроки. А в голове помимо того сплошной похоронный марш. Прострация, паралич и безнадежность. Готов ко всему и, прежде всего, к собственной аннигиляции.

А на самом деле следовало бы все этобросить и жить по-настоящему до конца. Так было бы лучше и для других и для себя. Но силы и воли нет.

Поддерживает стройность, широта и уютная старинность петербургских просторов, висящие перед глазами акварели Венеции и Рима, охота за книжками, кой-какие скучные научные мысли, да семья.

27 марта. Москва. За эти дни было жалкое подобие “юбилея”.

Во всяком случае, несомненно, что полвека я на Земле прожил. В сущности все ясно. Во-первых, выше себя не прыгнешь. Во-вторых, мир людей отвратителен.

15 апреля. Ленинград. Материализм без материальных побуждений и движений — это почти самоубийство. Ужас судьбы Николая висит как зловещее страшное облако надо всем.

4 июня. Москва. Никогда у меня не были сильны жизненные позывы. Сейчас они почти атрофировались, остался *quantum satis* самолюбия — а остальное почти объективное созерцание. Смотрю вроде бога на другой день после творения. Многое понимаю, многое не понимаю.

Земля с жизнью, с людьми кажется такой же ничего не значащей случайностью, как рассыпанный сахар, на который слетелись мухи. Кто-нибудь сметет веником, не останется ни сахара, ни мух. И такой кажется вся “история”, Гитлеры, не говоря уже о людях, об Иван Ивановичах.

7 сентября. Йошкар-Ола.

О самом себе: душевная опустошенность, апатия, усталость, бессилие, мало читаю, мало пишу, мало думаю, мало работаю. Зато яснее, чем когда-нибудь, механичность жизни, ее автоматическая сторона и флуктуационность, случайность, ненужность.

16 сентября. Мрачная безотрадность. Руки писать не поднимаются. Причины и во вне и в себе самом. Резкий диссонанс грозных событий на фронте и фаль-

шивой пошлятины, от которой тошнит и никуда не спрятаться, а вместе с тем постепенное собственное одервенение, улетучивается спасавшее творчество, остается пассивное, холодающее и умертвляющее созерцание.

Быть движущимся камнем совсем не хочется. Если бы под руками был яд, возможно, давно бы не стало на свете.

19 сентября. Мрачные новости о Николае. Немцы около самого Киева. Холодный, осенний дождь и царевококшайская глиняная грязь.

Silentium. И сил нет, никаких следов творческого напряжения, поддерживавшего в жизни.

22 сентября. Заболел, температура, бронхэкзатзы, нарыв на ноге, сижу дома вместо Казани. Взят Киев. Странное молчание из Ленинграда. Очень тяжело. Самый настоящий и безысходный пессимизм. Никакой надежды на себя, на творческий расцвет. Ненужность, случайность. Холодная дождливая погода.

О Николае вестей дальнейших нет. С какой бы радостью незаметно “асимптотически” сошел на нет — умер.

Последовательные удары; смерть мамы, собственная болезнь, смерть Александры Ивановны, война, арест Николая и новая страшная фаза войны — все это за три года. Слишком много.

24 сентября. Опять сижу дома с насморком и прочим. За окном холодно, мокро и хмуро. Стоят пильные дрова и сарай. Мне 51-й год. Жить осталось недолго и не хочется. Чем дольше живу, тем яснее автоматичность всего, в том числе и сознания.

28 ноября. О фальши и лжи. В жизни не хватает абсолютного, “точки опоры” за которую можно было бы удержаться. Не хватает тайн и нет искренности, без которой так трудно, противно и больно. Фальшивка крикливая, самая грубая, некультурная, от которой спрятаться некуда. Жизнь вместо пестрой, странной, сложной, тонкой, приветливой и искренней какая-то отвратительная казарма, в которой приходится маршировать и кривляться и фальшивить, фальшивить. Потому каждый раз, заснув, хочется не проснуться.

7 декабря. Гипнотизирует страшно рельефное ощущение случайности всего — и собственного и чужого бытия и “истории” в целом.

Много вероятнее этого эволюционного, направленного воздействия флуктуаций человеческой воли — крушение шара земного со всеми его гениальными и негениальными обитателями.

9 декабря. Опять письмо от Елены Ивановны со страшными подробностями о Николае. Выход один вижу, от жизни уйти. Сделать ничего нельзя, и так бессмысленно дико и обидно до последнего атома.

21 декабря. Опять темные коридоры мрачного здания, холод, от которого никуда не спасешься, грязь около грязных столов коммерческой столовой. Ни одного “философа”, все одни зверьки, интри-

ганы, готовые на что угодно из-за подачек, супов с гусем или премий.

Чувствую страшное понижение творческих способностей. Исчезает память, вспышки мысли все реже и реже. Думаешь только о том, как бы спрятаться поскорее от этой человеческой мерзости, физического холода и собственного бессилия под одеяло, заснуть, заснуть.

23 декабря. Мучает ледяной объективизм. Смотрю на все как будто из другой звездной системы. Все пустяки и случайность и могло бы не быть, например, Земли около Солнца, или самого Солнца. Что же говорить о реках, людях, городах, событиях, все случайно, как пролетевшая мимо муха. Умирать с таким выводом и результатом?

Когда был маленьkim, мир был с Богом, полным чудесного, многозначительного. Все имело смысл и было необходимо.

Затем “отряхнул прах с ног” — завоевание “научное мировоззрение”. Воинствующий, восторженный материализм.

А следующая стадия — ощущение мирового холода, ужас, бесцельность, случайность всего. Хотелось бы тайны, многозначительности, но их уже не притянешь.

Зачем же все это так нелепо?

28 декабря. “Медный всадник” с его основной темой.

Наивысшая возможность для сознания только уйти от жизни, когда хочется и когда нужно. Не больше.

Сойти с космической точки зрения не могу. Люди кажутся зверями, а все вместе взятое паноптикумом д-ра Коппелиуса. Слова, жесты, чувства, ощущения. Красота, наука, все, все.

Что тут. Красивый белый снег с утренними туманами, розовые вечерние зори. Уборные, которые неизвестно как чистить — лошадей нет.

Жить так, что многие годы ни одной большой радости, а над головою мрачнейшие тучи, оказывается можно.

И, конечно, выхода никакого, кроме смерти. Она-то совсем не страшна и, наоборот, куда естественнее и проще жизни.

31 декабря. Перевернул прошлогоднюю запись за это же число и приходится снова повторить, что кончился год, самый тяжелый в жизни. И этот страшный ледяной как мороз градусов в 30 с ветром “объективный материализм” — как настроение и отношение. И даже огромный том Leonardo опять со мною здесь в ci-devant Царевококшайске.

А между тем война переменила знак, Гитлер на глазах трещит и, вероятно, скоро кончится как “умирающий черт”.

А между тем — чистый снег глубокой провинции. А между тем есть Олюшка, только и удерживающая на свете.

Но страшная, безжалостная и обидная до последнего атома судьба Николая.

Встрепенуться бы и прожить последние годы жизни так, чтобы было радостно и нужно другим.

1942 ГОД.

7 февраля. Йошкар-Ола. ... Совсем тупая и пустая голова, никаких признаков творчества. Страшно. Переход в состояние полена.

Накаленная печка, за окном сорокаградусные морозы и “некому руку подать”.

10 февраля. Сижу по-прежнему дома. Духовное опустошение продолжается. Флуктуационность бытия, истории совершенно гипнотизировала. Наступает прострация и нирвана. Днем спал и видел Николая. В этом сейчас оставшийся фокус жизни.

12 февраля. По-прежнему “добаиваю” дома. На дворе три дня выюга, которая замела весь двор. “Масленица”.

Жуткие “философские” выводы, к которым можно было бы прийти давно, но которые проявляются только вследствие бытия, определяющего сознание.

1) Пока есть независимые жизненные стимулы: самолюбие, любовь, голод, любовь к вещам, собственничество — жизнь идет сама собой, а “философия” — только тоненькое облачко, мигом разлетающееся от жизни. Но вот сейчас у меня страшное. Постарел, все умерли, Николай хуже, чем умер, осталась Олюшка и Виктор. Честолюбие испарилось и так ясна его пустозвонность, прочие “инстинкты” совсем замерли и вот я лицом к лицу с “философией” с очень ясным и широким сознанием.

2) Кристаллически ясна статистичность, флуктуационность жизни и моей и общества, и государства, и даже планет.

3) Может быть, в этой статистичности есть средняя тенденция — “эволюция”, “excelsior”? Но когда посмотришь насколько велика вероятность конца Земли и Солнечной системы прежде чем результаты такой эволюции могли бы отразиться на вселенной — то кажется это невозможным, похоже на больцмановские флуктуации около “тепловой смерти”. С этой точки зрения для сознания полная безнадежность, не-нужность. Развитое сознание только истязание самого себя.

4) Но сознанию не доверяю, оно тоже не независимо, результат бытия, тоже подвергнуто статистике и флуктуациям. А что же помимо него? Круг завершен и снова у разбитого корыта. А жить нужно, и для жизни сознательной стимулы нужны.

Боже, хотя бы увлечься какой-нибудь задачей и получить хотя бы мираж цели и стимула!

25 февраля. Вчера умер от сыпного тифа архитектор Оптического Института Борис Соломонович Ребортович. Эпизод смерти опять встал во всем своем цинизме, непреклонности и простоте перед глазами.

Преодоление депрессивного состояния

Человек, бревно, таракан — одинаково. Укусила поганенькая вошь на поганом Казанском вокзале — и готово. И все мечтания об эволюции и прочем “высоком и прекрасном” оказываются времяпрепровождением. Либо надо жить, не мудрствуя лукаво, и также умирать, подчиняясь всем биологическим велениям и воле начальства, или же надо сознательно, возможно скорее и безболезненно умереть. Говорят, хороший способ самоубийства — съездить в Казань и заразиться сыпным тифом.

Смерть очень разительна и страшна для самых близких (месяца на два), ее действие необычайно быстро затухает с удалением и со временем. Холодно, ветер.

26 февраля. Хоронили Ребортовича. Так вот и чудится: сидит перед тобою человек и может мигом обратиться в гниющую тушу. Просто, страшно, противно и совсем не понятно. Избранные личности, Гитлеры, Муссолини и прочие занимаются с успехом этим ремеслом обращения в туши. Вероятно, с сентября 1939 г. на белом свете сверх нормы и на фронте и в тылу убыло сверх нормы миллионов 20. *Sub specie aeternitatis*, впрочем, это только 1 % населения земного шара. Нет, в самом деле, людям, может быть, было бы проще всем сразу добровольно уничтожиться, чем способствовать “эволюции” таким способом.

2 марта. Собираюсь в Казань, как на танковую атаку.

Кругом сыпнотифозные покойники. Приезжают, как выходцы с того света, ленинградцы. Как хочется тихо и незаметно убраться тоже на тот свет!

Яснее чем прежде никчемность, случайность, кавардак всего происходящего, бессмысленность, неизбежность. Не проще ли миру развалиться на протоны, нейтроны, электроны и прочую мелочь.

Страшно холодно стало на белом свете, почти не за что зацепиться. Не с кем поговорить по-настоящему. Один — в самом себе.

Пробуждение по утрам. Обычная устрашающая ясность, глубина и дальность, которые хорошо знаю еще с самых ранних детских лет. Словно рентгеновыми лучами пронизывается окружающее и... ничего, все гладко, все стремит и катит к уничтожению.

По радио все русские песни. Говорим с Олюшкой о полной бессмысленности слов многих таких песен. “Калина-малина”, “Вниз по матушке по Волге”, “Во поле березонька стояла”. Большое чувство, музыка, но мысль и не почевала. Невеселое размышление.

22 апреля. Чувство полной случайности, отсутствия всякой опоры все крепнет. Что не случайно? Самая солнечная система и вся галактика — флюктуации, которых могло бы и не быть. Что же говорить о Земле, жизни, людях, мне самом и, наконец, пресловутой “истории” будто бы с закономерностями. Это все равно, что разыскивать законы выигрыша в карточной игре. Во всем, что знаем, может быть не случайны элементарные частицы, электроны, протоны,

нейтроны, да и то сомнительно. Вывод старый-престарый: “Вся наша жизнь — игра”. И, в сущности, во власти человека одно сильное средство, возможность и право — кончить в любой момент по собственному желанию с этой игрой, т.е. самоубийство. Все остальное только воображение и самообман.

11 июня. На себе с полной ясностью понимаю бесысходную трагедию живого вещества. Срываю и сорвал с себя многие житейские путы, физиологию, зоологию, куда-то поднялся. Но дальше нельзя. Нечеловеческое сознание, понимание мира, понимание всего, та одуряющая рентгеновская ясность, которая бывает по утрам, при пробуждении, уже на грани с сумасшествием. Понимаю, что если пойду по этому пути дальше, то сумасшествие (т.е. излом, крушение сознания) неминуемо.

Каждый день и в Казани и здесь щелчки самолюбию, главному единственному свойству, оставшемуся от “зоологии”.

Для чего все это пишется? Какая-то, очевидно, самому неясная надежда на то, что кто-нибудь прочтет, и так ускользнуть со всеми несчастиями своими на некоторое время от разрушения?

А в общем тяжко, тяжко. В голове исчезает ясность и память и пора бы незаметно и безболезненно умереть. Это-то я заслужил.

12 июня. Творческое знание — единственная сверхчеловеческая и надприродная черта у человека. Все остальное: даже любовь к родным, к своим, чувство (прекрасного, доброта, не говорю уж о прочем — все человеческое). Знание не для создания дубины, скрушающей ближнего, знание не для еды, а знание) из чистого любопытства, творчество — из того же чистого источника. Это надмирное, божеское.

Сознание у человека, собаки, мухи, амебы, молекулы, электрона. Но если можно вниз все к более простому и элементарному, то неужели нет подъема кверху от человека — выше. Тогда все понятно, мир одухотворенный с единой душой. А наши флюктуации и несчастья — это подстригание ногтей, волос, насморки.

О Николае ничего. Мертвая стена.

21 июня. Чувствую въязь элементы, из которых слагается сознание. Вот слабеет память, а с ней все обобщается, тускнеет, живые люди обращаются в схему, помнишь только внешние очертания лица, забываешь имя и живого человека. Проходит время, родные умершие, мать, все забылось, ушло в даль. В самолюбии отпало почти все внешнее, но оно, к несчастию, осталось.

Удерживает на земле. Душа вроде луковки, лепесток за лепестком опадает”, а в середине ничего не остается.

Ограниченностъ сознания, знания, логики, всего естествознания, их внутренняя замкнутость в человеческом становятся все яснее. Выше себя не прыгнешь.

А у самого меня полная безотрадная ясность в голове — *“morir non duole”*. Все ни к чему, осталось научно-спортсменское самолюбие. Живу как последние дни где-нибудь в чужом городке; вот-вот уеду и все станет ненужным.

5 июля. Я стал чувствовать, что старею и что до конца осталось совсем не долго.

А душевные перспективы делаются день ото дня все элементарнее и скучнее. Обращение человека в мыслящий чурбан. Ищу якорь спасения. Неужели гипертрофия сознания только отвратительная плесень? Каждый день, просыпаясь, с отвращением смотрю и ожидаю нового дня.

19 июля. Хочется передать действительное психическое мое состояние, но не удается, неуловимо. Устрашающий объективизм, ницшеанский объективный человек, а вместе с тем острое болезненное “я”.

Военные вести за последние дни: повеселее под Воронежем.

22 июля. Тоска по эксперименту. Рефлексия, копание в себе самом. Мало этого. А жизнь такая, и так все глупо устроено, что до экспериментального стола не дотянешься.

Виктор здесь, но нет Николая и несчастие становится еще глубже. И снова деревянный материализм и превращение человека в мягкую машину, в забор, в камень и хочется самому скорее окаменеть.

Странное дело “статистическое милосердие, человеческое, филантропия”, т.е. пожалеть, любить помочь не Ивану Ивановичу, а человеку вообще, статистически среднему человеку. Это уже не милосердие, а совершенно беспримесный расчет. А между тем это — стиль эпохи.

29 июля. Во времени, то что отмечаю, касается только очень небольшой части жизни. Большая часть — это институты, бесконечные “деловые” разговоры с людьми, лаборатории, заседания. Ужасно, что в этом слишком много “службы”. Сейчас это участие громадного числа людей. Для ученого это трагедия, а для философа еще больше.

Чувство бессилия, старости и страшного морозного объективизма. Иной раз все события кажутся происшествием в растоптанном муравейнике с точки зрения человека или еще более далекой и высокой. Обыкновенное “броуновское движение”, флуктуации. На самом деле едва ли так, вернее, и так и не так, потому что на эти флуктуации накладывается большой процесс, начавшийся в 1917 г. Тоже флуктуация, но много большего периода.

2 августа. Автоматизм. Люди, дети, сам действуем как заводные куклы. Дух живой ускользает.

9 августа. Шесть дней пробыл в Казани. Сегодня вернулся. Нестерпимая, мучительная мозаика дел, разговоров, наблюдений, сплетен. На фронте целая трагедия (Армавир), а у всех полное безразличие. У исхудальных, страшных на вид людей мысли о дровах,

картофеле, деньгах и семьях. Да и как же иначе! Усталость страшная.

По дороге и в Казани перечитывал “Преступление и Наказание”. Не читал, может быть, лет 25 и впечатление потрясающее. Это как художество и глубина сна. И совсем современное. Повесть о немногих благодетелях, захвативших право вертеть котлетную машину истории.

30 августа. Но начинает изредка прорываться мысль, что самое величайшее открытие человека, действительно прорывающее все рамки и спасающее его — мысль о боге, хотя бы в самой примитивной форме.

20 сентября. О Николае ничего. Может быть, нет на свете, это совсем не плохо. Хорошо вовремя и незаметно уйти. В лучшем случае статистическая эволюция с индивидуальными глубочайшими отрицательными флуктуациями не утешительна. Есть люди активные слепые (в большинстве случаев) деятели этой эволюции и пассивные созерцатели (это зрячие). Тем и другим нехорошо.

Встретился за эти дни с “историками” А. И. Андреевым, Дебориным, Тарле, Тихановой М. А. Какая же это наука. В “честном” случае сборник “слушаев” или произвольных схем, в нечестном — просто способ проституировать. Историки, видимо, даже не имеют понятия о флуктуациях и статистике. Каждый выбирает флуктуации, подходящие под его схему. Представить себе, что так бы делали, например, изучая броуновское движение!

2 октября. Увяз в биографии Ньютона. Интересно, пожалуй, никому не нужно и почти механическая работа. Если так потрошить архив и всякие случайные материалы о людях, то можно создать колossalную псевдонауку. Людям, очевидно, надо падать, умирать, как осенним листьям, а на их месте должно вырастать совсем новое. Память, история — “полезное орудие производства” и только, во всяком случае, с биологической точки зрения. А мы пользуемся отбросами и смакуем их.

13 октября. Осенняя утренняя темь, дождь. Неопределенность с поездкой в Москву. Олюшке прислали повестку на трудовую повинность. Возня с биографией Ньютона. Планы и влезающая помаленьку простуда. Ощущение как перед гробом.

17 октября. Ясность совершенно замораживающая. Так очевидно понимаю, что так называемая “душа человеческая” — условный обман, предполагаемый в этой механической игрушке, бегающей по деревянным грязным панелям Йошкар-Олы на службу, за едой, в кино. Сам также механически пишу “Ньютона”. Читаю детективные романы, сплю. Переход в труп совсем не удивителен.

18 октября. Боюсь, что балансирую на грани с сумасшествием. Усталость. Бессилие. А кругом все в глазах разлагается на составные части, дома на кирпичи, люди на кишки, желудок и прочие физические и психические атомы. Держаться, зацепляться совсем

Преодоление депрессивного состояния

не за что. Нужен бы (а кому собственно нужен?) длительный санаторий вроде Флоренции. Там бы, конечно, ожил. Но не яснее ли сейчас все больше чем когда-либо?

Наряду с этим разложением и расшифровыванием окружающего — убеждаюсь в собственной бездарности — страшная вина перед родными. Николай. Как все это невыносимо. И война, обращающая жизнь при помощи гитлеров в котлетную машину. Эволюция? Будущие поколения, будущее мира и, с другой стороны, *Apres nous le deluge*²? Совсем все неясно. И загадки не разрешить. Иногда хочется быть духом бесплотным, летающим всюду и на все смотрящим. Осталось еще любопытство. Но если всюду одно и то же, различа только во флюктуациях, сглаживающихся в среднем? Тогда и любопытству делать нечего.

Вот только музыка (сейчас слушал патетическую сонату) — в ней, кажется, есть абсолютное в отличие от всего прочего (от людей, слов, картин, мыслей).

Грязная мокрая осень. В городишке пройти трудно. Из вечернего сумрака мальчишки голосят: “Смелого лужа боится, смелого грязь не берет”!

На войне Сталинград, упорство с обеих сторон и пока еще нет выхода.

25 октября. Донос В. Д. Кузнецова из Томска Кафтанову на физиков-теоретиков, будто бы занимающихся только мезонами, протонами, нейtronами. А в конце концов боязнь Кузнецова как бы в Академию не выбрали вместо него теоретика-ядерника. Добывание калош (для чего пришлось в течение 6 месяцев околачиваться по членам президиума, техснабовцам и пр.). Беганье по столовым, где кормят мокрым тестом. Нетопленые вагоны. А дома сырость, грязь, как вnochлежном доме. — Вот часть казанской мозаики. А я? Автоматизм. Острое сознание случайности, флюктуационности происходящего. Как в броуновском движении, отдельные прыжки, высоки — это и есть реальность. А между тем история, эволюция — смазывающие скачки средние линии. Но они в свою очередь, вероятно, оказываются статистическими. Чувствовать себя броуновской частицей, которую бессмысленно носит во все стороны — очень грустно. От такой жизни остается только среднее серое. Вообще жизненные стимулы тают и тают и жить все тяжелее.

Война обращается в громадный, медленный процесс, текущий помимо воли человеческой по линии неслыханного возрастания энтропии на поверхности Земного шара.

Так вот и не могу написать адеквата себя самого на сегодняшний день. Получается совсем не то, много элементарнее и мельче. Устаю.

Каждый человек, чем бы он ни занимался, всегда актер (бессознательно). Исполнение определенной

роли (экспромтное) — это необходимый признак социального человека. Только человек на необитаемом острове не актер, да и то когда отучится от социальных актерских привычек. В это нужно вдуматься самым серьезным образом.

25 декабря. Для чего и кому нужны эти записи? Сейчас это кажется просто писанием вилами на воде. Страшная грусть, посевенная историей с Николаем, полная разуверенность в себе самом и в своих силах и способностях и, наконец, “философия” самая холодная, ледяная и флюктуационная. Это сейчас (т.е. ! последние месяцы) основа.

Почти месяц в Москве. Первое впечатление после годового перерыва как за границу приехал. Это после Йошкар-Олы, Казани, Свердловска. О войне здесь не думают и не говорят, хотя немцы в 150 км. Все идет так, как будто бы война кончена и только мелочи доделываются. От Кудринской до Триумфальной площади насчитал около десятка разбитых бомбами домов, среди них старенький гагаринский особняк. Город наполнен аферистами, ловящими рыбу в мутной воде. Пользуются тем, что в тылу, на востоке люди, учреждения, хозяева. Захватывают имущество, квартиры, места, кафедры.

Толкотня по улицам, метро, трамваям, троллейбусам. Усталость бесконечная. Люди, люди, бездарные, автоматичные.

Концерт органный Баха (Гедике). Словно голос Бога. Но в огромном зале Консерватории мороз, люди в шубах. Улететь бы с этой музыкой в небытие. “Три Сестры” в Художественном театре. Улетал на машине времени в свое сложное, живое прошлое. Со всей его нелепостью, красотой, смыслом, человечностью, душой. А в зале люди с другой планеты. Гогочут в самые трагические минуты. Для новых людей — Чехов тарабарщина. А он на самом деле, он гениален.

Вернулся и погибаю в сложности мелочей. Прежде всего, хочется отдохнуть и потом незаметно умереть и уйти от других и от себя.

27 декабря. В людях исчезает индивидуальное. Выполнение животных функций, и дальше заводная машина. По радио все то же, полтора года все то же. Новая техника с радио, телефоном, автомобилями, железными дорогами, самолетами создает из государства механическое целое.

А я устал, голова не работает и можно бы незаметно уйти с Земли.

31 декабря. Посмотрел прошлогоднюю запись. Очень похоже. Нет только морозов. В душе туман, грусть, безнадежность. Бессилие. Работа рядовая, мыслей нет. Хочется отдохнуть, спрятаться от людей в какой-то санаторий, монастырь.

В течение года очень много писал, но и в этом никакой радости. Сейчас опять разверну Leonardo. Не подскажет ли он что-нибудь.

² Поле нас хоть потоп (*фр.*).

1943 ГОД.

3 января. Йошкар-Ола. Настроения? Ледяные, тоскливые. Как нарочно, читаю С. Martha о Лукреции, с его, в сущности, совершенно гробокопательской философией Америки, которые открываю, открыты тысячетысячелетия назад. Ясно, что людям либо придется добровольно умереть, либо опуститься в животный примитив, умерив сознание, либо пробить стену этих страшных трех измерений и что-то за ними увидеть.

А сейчас люди кажутся скелетом, обросшим мясом, говорящими жирными молекулами, вообще гадостью.

Очень ясно чувствую, что стал стариком. Сразу скачок почти из юношества в старость. Даже самолюбие исчезает, лишь бы не трогали и незаметно для себя и других уйти в небытие.

22 января. 3-й день лежу. Обычная история с легкими. Мокрота, маленький жар, боль в боку и отвратительное состояние озноба и лихорадки. Вероятно, от этой гадости и умереть придется и, как все наши, — в марте. Скорее бы.

23 января. Весь жизненный интерес на вопросах развивающегося сознания. Люди, “просто живущие”, исполняющие “предначертания”, находятся в зоологической плоскости. Незоологические люди — Леонардо, Бетховен, Ньютон.

30 января. Удивительно бездарно проходят дни болезни. Голова пустая. Настроение грустнейшее. Никакого приступа научной фантазии. Читаю пустые французские романы. Жить так нельзя.

Четвертый день хожу в Институт. Но состояние уставшей статуи. Прострация, безразличие, усталость, бездарность. Если жить, то надо из такого состояния выбираться и возможно скорее.

Дочитываю “Люди сороковых годов” Писемского. Сто лет тому назад. И опять меланхолия и беспросветность. Так не хотелось бы жить, но и так тоже. Один выход.

7 февраля. “Смирись, гордый человек”. Пора понять ограниченность и обусловленность сознания. Выше себя никак не прыгнешь. Сознание надо усмирять, подчинять его чисто практическим задачам, выдвигаемым обществом и биологией. “Полеты” сознания за пределы предельные — мнимые, невозможны. Нормальные люди, по-видимому, только в деревне. “Наше дело маленькое” — природе виднее, а я такая же гайка, как лошадь, собака, корова. Делай свое дело и не мудри.

... За 25 лет с нами произошло огромное. Исчезли классовые причины, и необычайно выросло магнетизирующая сила государства...

14 февраля. ... Жизнь необычайно для меня томительна, тягучая, бездарна. Если бы была удобная форма уничтожиться, вероятно, давно бы это сделал.

27 Февраля. Три года тому назад начались несчастья. Сестра проводила в больницу, а сама умерла, а

потом Николай и т.д. Три года тому назад кончил курить. Страшно тяжело жить. Если бы был какой-нибудь порошок вроде аспирина уничтожительный — давно бы не было на свете.

28 февраля. Умереть не хочется раньше, чем не узнаю, чем же отличается мертвое от живого. Превращение в труп, в полено! Зарождение жизни из полена? Если все это так просто, то можно и нужно скорее умереть. Если же нет — надо подождать.

2 марта. Память. Без нее сознание, я, ум теряют всякий смысл. Беспамятной душе не нужно никакое бессмертие. А между тем память слабнет, бледнеет — это и есть прямой и самый простой переход к смерти, притом полной, абсолютной, без всякого бессмертия.

28 марта. ... Получил 2-ю сталинскую премию... Наговорили много хороших слов, как над покойником.

В голове никакой сосредоточенности. Николай?

В Москве народ голодный. В ГТТИ разбухший Кольченко, разговоры только о еде.

4 апреля (воскресенье). Мокрая снежная вынужа. Кокшага тронулась. Ранняя весна.

Тупое безразличие. Мысль притупилась. Механизм и материализм окружающего ничем не прикрыт...

Память. Ею держится душа человеческая, человеческая гордость. Содержание души пропорционально памяти. Начало потери памяти — начало реальной смерти. Кругом у людей память в лучшем случае практическая — помнят номера телефонов, трамваев, нужные лица. А память о деталях, “художественная” память почти отсутствует. Люди без души. Историзм — выражение настоящей душевности. Хотелось бы поразмыслить о памяти.

8 апреля. Сегодня еду в Казань. Отвратительная перспектива.

Страшная ясность утром, в постели, когда просыпаешься. Чувство скелета в мешке с жиром, который надо целый день представлять на житейской сцене.

16 апреля. Вернулся из Казани. Все время чувство сорвавшегося с предустановленной орбиты. Жизнь, складывающаяся из принятых условностей, привычек, разбита. На каждого и на самого себя смотрю как на актера, стараясь разгадать настояще, не актерское. Но этого настоящего не оказывается. Соскаивают с одного образа на другой. То “мешок с костями”, то “чистая душа”. Сознание... Иногда вдруг что-то как будто начинаю понимать, но соскальзываю, забываю. Подняться выше себя самого не удается и падаешь в безнадежности. А до конца жизни хотелось бы понять, разбить эту границу и сказать другим. Не удается, убегает, ускальзывает.

5 июля. Страшная телеграмма от Олега о смерти Николая. Не верю. Из всех родных смертей самая жестокая. Обрываются последние жизненные нити. Невменяемость. Все равно, что стегать море или землю. Проклятое сознание. Реакция правильная одна, самому поскорее умереть любым способом. Не за что

Преодоление депрессивного состояния

удержаться. Бог рассеялся, только свои, родные, но они готовы к тому же.

А Николаю так хотелось жить и умел он это делать. Господи, а может все же это ошибка?

6 июля. Не забуду никогда вчерашнего Олюшкина крика, плача, когда сказал ей о Николае. Это было то, что нужно. А у меня замерзшая, окаменевшая душа, почти переставшая жить. Реакция одна — хочется самому умереть и если бы под рукой был револьвер или яд, может быть, вчера бы меня и не было. Работаю, живу, как автомат, зажав мысль. Спасаюсь опять итальянской книгой A. Maurel: *Un mois a Roma*. Когда Николая арестовали, читал Pilgerfahrten in Italien.

**“Когда я буду погибать,
Тогда волшебной пеленой
Ты ниспади передо мной
Италия, мой край родной”.**

Лет 30 назад писал это. И так оно и есть. Сейчас так хочется тихой, быстрой, незаметной смерти.

8 июля. Цепляюсь за надежду, что телеграмма ошибочная. А мысль и жизнь отравлена. В это же время надо работать, надо лететь в Москву.

Все это такое растягивание единственного, что осталось, что о чем же думать кроме смерти.

11 июля. Москва. На фоне подавленности, горя и усталости, вчерашнее воздушное путешествие из тихого зеленого, провинциального Царевококшайска в Москву, старюсь писать, от души тупое отчаяние и слезы к горлу подступают. Накануне 9 узнал, что из Москвы “нажимают”, что я должен быть в Москве на антифашистском митинге... Вот и летели с Гершуном на двух У-2, потом пересели в огромный Дуглас... ну, а потом дряги, “дела”, сплетни, фальш и подлинный ужас. Митинговая речь, из которой выскоили все, что в ней своего было.

Николай — пытаюсь говорить, что не верю, а между тем это почти несомненно ... Как бы хорошо разбиться на самолете. Так тяжело. Никакого творчества, ничего не хочется видеть, повода к жизни нет.

Трагедия Николая забыться не может. Это страшнее и несправедливее Галилея и Лавуазье. Был Олег, ему сказали, что Николай будто бы умер 11 июня, месяц назад.

10 октября. Теплая осень. Падающие последние листья. Мечтаю о какой-нибудь медицинской таблетке, которая быстро бы и незаметно отправила на тот свет.

10 октября. ... Николай. С ужасом смотрю на себя в зеркало, узнавая его жесты и черты. Хожу в его пальто... Завтра в Йошкар-Олу. Господи, как бы хотелось остановиться и побывать в философской нирване, или попросту умереть.

26 октября. Йошкар-Ола. С утра снег идет. Чувство тихого умирания. Словно лежу в открытой могиле и засыпает снежным одеялом.

Получил приглашение в здешнее НКВД. Пришла бумага относительно Николая о его смерти 26 января в Саратове. Прочел и расписался. Последняя тоненькая ниточка надежды оборвалась. Надо понять полностью, Николай умер.

31 октября. Дня три лежит снег, небольшой мороз. Зима пришла сразу после сухой осени.

В небольшие урывки “домашнего” времени, уставший, ни к чему не способный читая “Les diaboliques” B. d’Aurevilly. Книга талантливая, страшная, французская и на 100 процентов безнадежно атеистическая. Материализм на практике. Действительно дьявольский хохот над людьми, запутавшимися в сознании, приличии, морали и зверском элементарном существе. Впрыснут эликсир самолюбия, любви, получается буйная человеческая машина. Иссякли эти эликсиры — и человеческое сознание перед страшным разбитым корытом. Ему надо исчезать.

Когда подумаю о Москве, жутко становится. А как-то надо доживать.

14 ноября. Опасаюсь, что сойду с ума. Смерть Николая поставила последнюю точку в той пронзительной, безотрадной картине на людей, которая постепенно создавалась за последние страшные годы. Сознание, оторвавшееся от его прямого биологического назначения. Это, вероятно, и есть начало сумрачества. В попытках подняться все выше и выше, наконец, круто обвал вниз почти прямо к смерти. Природа еще бережет от этого. Каждое новое “открытие”, новый печальнейший простор, открывающийся перед сознанием, почти всегда тотчас же срывается, забывается, опять обволакивает жизнь, “человеческое”. “Открытия” не велики, но совершенно безнадежны... Постепенная потеря всего: Бога, близких, людей, природы и только остающееся печальное сознание.

16 ноября. Кончается книга. На ней остались следы целой эпохи 1935 – 1944 г. От Парижа до Царевококшайска. Книгу когда-то переплел в Издательстве Академии И. М. Эйзен.

Замена убегающей памяти. Жалкий призрак надежды поймать уходящее.

Если книжку не сожгут, не выбросят, не изорвут и она дойдет до человека с душой и умом — он, наверное, кое-что из нее поймет относительно трагедии человеческого сознания.

Книга вышла страшная. Книга смертей. Умерли самые близкие: мать, сестра и, наконец, самое страшное — Николай. Застрелился Д. С. Рождественский, умер П. П. Лазарев.

Война, ленинградский ад.

Внутреннее опустошение. Смертельные холодные просторы. Полное замирание желания жить. Остались только Олюшка да Виктор.

Начинал книгу совсем иначе.

Вышла — траурная книга.

19 ноября. Казань. В вагоне. Жду прицепки к опаздывающему московскому поезду. Мороз. Вчера на час опоздали, пришлось ночевать на Б. Красной. Отчетливый, запомнившийся сон: сначала книжная антикварная лавка, медленное перелистывание фолиантов в провинции. Какие-то находки. Потом ресторан, столовая. Вул. И вдруг из тумана исходившее лицо Николая. Маленький, в сапогах. “Как, но сказали, что ты умер...” Ответа не помню. Вижу, как он голодный набрасывается на кофе, яйца, говорит о какой-то диете. Вул в испуге и негодовании выпучил глаза. Я — тоже и говорю дерзкие вещи... Сейчас живое ощущение, как будто бы в самом деле видел и говорил с Николаем. И какая разница между сном и “на самом деле”. Последнее время они у меня иногда сливаются.

21 ноября. Москва. Философия моя совсем отчаянная. Понимаю марионеточность жития, не хочу быть марионеткой. Штамп, одни и те же слова (а за ними и мысли) совсем убивают. Вижу с рентгеновской отчетливостью яснее, чем раньше, что всюду homo homini lupus est. Надевают овечьи шкуры, притворяются, но смысл один — перебежать другого, ухватить раньше другого. В Москве это все вполне ясно.

5 декабря. Еще московская неделя. Непрерывно кручусь и действую как колесо странной, невидимой машины. Каждое утро просыпаюсь с ужасом mit Herzbekommenheit³ перед тем, что предстоит за день. Разорение, нескладуха на Миуссах, техническо-дипломатическая фальшивка в ВЭИ, чиновничество в Электропроме, прогнившее холуиство в Нескучном, ученыe говорящие куклы за обедом в Доме ученых и усталость, усталость. Сознание, что не успеваю сделать 9/10 того, что надо. Тень Николая, трусливо-жалостные расспросы о нем. Окончательно овладевшее чувство механических марионеток кругом. Автоматы с легкими подрагиваниями и флуктуациями, которые и выдаются за душу и свободу воли.

Вырваться бы из всего и пожить немного философом, с маленькой своей лабораторией, свежей головой и книгами. Побыть божественным homo sapiens. А сейчас, как и все, петрушка.

Главное — творчество совсем замерло.

Седьмого собираюсь опять в Йошкар-Олу. Мучительное путешествие впереди.

12 декабря. Йошкар-Ола. Ночью в поезде из Москвы 7-го декабря заболел, жар, тошнота, упал в обморок. При помощи добрых людей добрался 9-го сюда и вылеживаю в мутящем головокружительном состоянии. По-видимому, комбинация обычных легочных неприятностей с чем-то вроде отравления. Голова тяжелая, пустая. Читаю дурацкие немецкие фантастические романы, написанные в 20-ых годах, и снова мечтаю о незаметном переходе в небытие.

14 декабря. Больная волынка тянется. Дома. Безголовая голова. Читаю Dominik'a Das Erbe der Uraniden. По радио сейчас был Бах. Это всегда радость, как будто слетаешь с земли и переносишься в средневековый рай.

Здесь трагикомические хлопоты с 25-летием ГОИ. Грусть. Пустая голова. Безнадежность.

18 декабря. Душевная температура? По-прежнему полное безразличие к смерти. С радостью сошел бы асимптоматически на нет.

Исчезла великая тайна. Мир кажется простым, бесконечно холодным и безразлично — рассыпаться ли на атомы, или жить бездарным органическим куском, как сейчас.

22 декабря. Этика исчезла. Категорический императив, вероятно, передавался с религиозными традициями. Мотивы социальных объединений: любовь, взаимная польза. Страшно.

Сижу все дома. Музыка прорывает окна в прошлое. Вальс “Фауста”: первый образ готических домиков, средневековой тайны, чертовщины, уюта — там навсегда и оставшихся. “Вот мчится тройка удаляя” — “Гусева полоса”, Борис Васильев, леса с белыми грибами, мальчишеские философски-ученые блуждания по лесам в 14 лет. Была же какая-то фаустовская тайна во всем. И сейчас смутно-горестные воспоминания, пустой, не творческий мозг, материалистический холод вещей и людей. Реальное желание незаметно умереть.

27 декабря. Болезнь все еще не отстала. Состояние вялое, нерабочее, мозг почти не поворачивается, никаких новых мыслей. Бесплодно проживаемое время.

28 декабря. Утро. Кабинет в Институте с великолепным письменным столом из Мариинского Дворца. Лампа с оранжевым абажуром, словно апельсин.

Странное состояние. Ни одной интересной книги. Нет творческого импульса. Все время ощущение усталости, от людей, от самого себя. Нет перспектив.

Мягкая зима. Очень трудно дышать. Пройду от Института до дома, 5 минут по ровному месту, задыхаюсь до боли в дыхательных путях. Сломанная человеческая машина.

31 декабря. Надо или примириться, признать себя скотиной, кем-то, кто умнее и шире нас, разводимой, или кончить эту мучительную волынку.

1943 год. В этом году вдруг прояснились холодные, немые кругозоры. Сплошная арктика. Надо замерзать. Смерть Николая была последним ударом.

Вместе с этой ясностью непреодолимая усталость и умственная и физическая.

Для “примирения”, вероятно, нужен конец этой усталости.

А главное — “некому руку подать в минуту душевной невзгоды”. Насквозь просматриваю этих глупо-эгоистичных, трусливых, подлых окружающих. Никого, кроме родных, Олюшки, да Виктора.

³ Душевным беспокойством (нем.).

Преодоление депрессивного состояния

Хочется к родным могилам, в беспробудное небытие. Никто от этого не пострадает. Соберется когда-нибудь вещества в похожую конъюнктуру и заживет так же и тем же самым. Только будет не “я”, а кто-то другой.

Примириться — значит от “я” отказаться, жить для людей, земли, мира, вселенной. Это я понимаю и мог бы. Но нестерпимая фальшь вокруг гонит скорее к смерти.

Для жизни мечтаю о какой-нибудь новой большой научной мысли или находке. Она бы поддержала жизнь и закрыла бы плотной занавеской все остальное.

Нужен большой, особенно большой творческий импульс. А сил нет, оскудение, немота, бессилие.

1945 ГОД.

25 апреля. Йошкар-Ола. Вчера с сыном смотрели кино “Сerenада солнечной долины”. Американскоe слабительное с джазом и архипримитивом для бесхвостых обезьян. 99 % людей еще в этом состоянии, и даже, пожалуй, не еще, а уже.

28 апреля. ... Жить осталось немногого. Узнал и понял себя самого и больше всего сделал бы вероятно, где-нибудь во Флоренции среди книг, старины и благородной красоты.

29 апреля. Сегодня должен уехать... Из города вынута его “фольклорная” душа — серый невеселый трафарет теперешней... Боже мой, прожить бы хотя бы несколько лет в тихом спокойствии... Не лучше бы быть лосем, зайцем и жить в марийских лесах и болотах...

1 мая. Москва. Никаких красок, сплошная сепия. Грязные остатки снега на этом бесконечно серо-коричневом фоне образуют безотрадный “высокогорный” ландшафт...

4 мая. Взятие Берлина, самоубийство Гитлера и прочих... Все сильнее и яснее становится мысль об особом условном психологическом символическом мире, на который до сих пор внимания не обращал.

9 мая. Ленинград. День победы... Нужны силы на помочь людям, родной стороне и после этого умереть. А отрава физического объективизма, делающая все условным, эфемерным, как картина на бумаге, или восковая статуя, “человек, потерявший координаты” — это довольно правильно определяет мое состояние в последнее время.

Ленинград снова и снова удивляет своей красивой искусственностью в отличие от Москвы с ее корявой естественностью и почвой. Действительно, призрак. Новые люди в старом замечательном серо-голубом распластавшемся скелете.

Победа.

13 мая. Йошкар-Ола, Казань, Москва, да и сам Ленинград — все проходящий мимолетный туман. Сегодня прибыл весь Оптический Институт. Разгрузка.

Машины. Спирт. Трафаретные фразы. Ни одного большого человека. И чудесный феномен петровского города.

Пробежал по книжным лавкам. Книг здесь много и они раз в пять дешевле Москвы. Грустный признак.

14 мая. Разгадываю в сотый раз петербургскую загадку. Ни на кого не похож этот город, ни в России, ни на Западе. Действительно, призрак, распластавшийся, геометрический и всегда с дыханием смерти. Страшные дни блокады и раны на зданиях еще больше увеличили некропольский характер. В городе жизнь и, пожалуй, больше бодрости, чем у москвичей, но, конечно, в Москве жизнь коренастая, где забыли о кладбище, а в Питере — эфемерное, и на фоне всего смерть. У меня — отец, Николай. Узнаю его в своих жестах, лице, словах. Чужая жизнь в себе. Трудно сказать это кому-нибудь другому.

Сейчас в моей комнате, как будто четырех лет не было. Книги, замечательные книги. Как жалко, что с ними, умирая, придется расстаться навсегда. Афиша несостоявшегося концерта Миши Хвостова в декабре 1941 г. Он умер с голода в этих комнатах. Фотография букинистов на Сене в Париже. Вид Santa Maria del Fiore и всей Флоренции.

Хотелось бы застыть на месяц-два, одуматься и последние годы прожить так, как должен бы жить Человек — назначение которого построить Бога.

18 мая. В поезде (Любань). Опять в поезде. Петербургскую загадку так и не разгадал, но гипнотизирует Ленинград совсем мистически своими камнями, плоскостью, шпилям серою голубизной и странной искусственностью.

Но все временно, условно, временные комбинации, как сны и облака. И люди, и дома, и мысли. Это — сейчас наиболее навязчивая мысль (вернее строй). Длительность? 10^{-9} , секунда, минута, год, четыре года Йошкар-Ола жизнь, несколько поколений?

Жизнь так коротка, и столько случайной пестроты, а хочется прилизиться к божескому состоянию. — Поезд тронулся.

20 мая. Москва. После Ленинграда Москва показалась особенно бездарной, бескрылой, моветонной. И сразу сердце захолонуло от множества моих здешних обязанностей.

Снова о длительности, в ней, в человеческих настроениях и этической философии все дело. Бренность бытия. Ценность вещей. Желание устроить дом. “Остающиеся” вещи — статуи, бронза, стекло, картины. (Об этом думал, убирая ленинградскую квартиру). Масштаб длительности, почти равной вечности, практически 2-3 жизни. Вещи, переходящие к детям, “завещания”. Чувство, что не умираешь даже в вещах. Чувство собственности. Капиталисты.

Война кончилась. Огромная победа. А кругом будни. Бездарное радио и газеты. Обывательские анекдоты о генеральшах. Серая проза и забвение прожитого.

Ходил за книгами. Их много и завидно, что нет времени.

А в самом себе увядание творческого потенциала. С завистью смотрел мягкий, хороший и умный фильм об Эдисоне.

29 июня. Ленинград. Приехал 25-го. Опять мимо воронок, заполненных весенней водой, мимо колпинского поля боя.

Голова у меня пустая. Физическая усталость. Так можно жить и умирать, как дерево.

Холодно. В воскресенье на Литейном. Опять книги, продаваемые за гроши. Но все кажется таким преходящим, минутным.

В Москве 24-го был на кремлевском приеме. Блистающий георгиевский зал, не красивый, но блистающий. Чиновные гости, около тысячи. Громкие победные туши. Замечательные сталинские слова о русском народе. Концерт — помесь Улановой с хором Пятницкого. Гомерическая еда и манекенные примитивные люди. Прошел по подчищенному Кремлю, мимо великолепного Успенского Собора, немецко-русского тоновского кремлевского дворца. Эфемерность всего “*si fugge tutta via*”.

Абсолют в собственном духе, когда остановишься?

И опять доминирует условная жизнь слов, понятий, времени, “истории”.

А наряду с ней безусловная объективная естественная история.

Хочется философской тишины, одиночества, сосредоточения.

3 июня. Странность города резче, чем раньше. Раны на стенах, выковыренные снарядами кирпичные воронки, обуглившийся Гостиный Двор, разбитые, фанерные окна. И широта барская XVIII и XIX в. Полное несоответствие теперешних обитателей и этого старого барского скелета, этой северной природы, на которой есть какой-то отпечаток Скандинавии. Чужие люди в чудесном гробу.

Копаюсь в комнате, вот уже недели две, в книгах и бумагах, убеждаюсь в падении памяти. Завидую книгам, которые некогда просмотреть, задыхаюсь в пыли. Никакого пафоса в этой разборке. Существование так эфемерно, так флуктуационно. Это собирание и устанавливание книг — детская игра. Сколько погибло сейчас книг и следов человеческой мысли и рук у нас, в Италии. Больше, чем когда-либо раньше, чувствую себя пешкой, с которой могут сделать что угодно.

Региональный конгресс ВПА

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА В ПСИХИАТРИИ

7.10.2017 – 28.10.2017, Милан, Италия

www.hospitalarias.org

19-я Ежегодная конференция Международного общества изучения наркомании

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОМАНИИ. НОВЫЕ ГРАНИЦЫ

26.10.2017 – 29.10.2017,
Абу-Даби, Объединённые Арабские Эмираты

www.isam2017abudhabi.ae

О природе и характере депрессивных состояний у больных алкоголизмом

А. Г. Гофман, П. А. Понизовский, Т. А. Кожинова, И. В. Яшкина¹

В статье рассматриваются различные по генезу депрессивные состояния, встречающиеся у больных алкогольной зависимостью. Подробно описана методика расспроса пациентов, принятая в соматопсихотерапии и позволяющая выявить важнейшие для диагностики симптомы. Подчеркивается, что установление особенностей испытываемых больными соматических ощущений помогает ограничить эндогенные депрессии от алкогольных и психогенно обусловленных (невротических).

Ключевые слова: алкогольная зависимость, депрессия, тоска, тревога, соматизация.

Известно, что у больных алкогольной зависимостью достаточно часто возникают различные по тяжести, длительности существования и структуре депрессивные состояния. Если рассматривать суммарно состояния больных во время существования абстинентного синдрома, в постабстинентном состоянии, а также во время ремиссий и перед возникновением рецидивов заболевания, то придется констатировать, что депрессивные состояния на протяжении жизни возникают у большинства пациентов. Поэтому в некоторых публикациях частота возникновения депрессивных состояний у больных алкоголизмом оценивается как чрезвычайно высокая (почти стопроцентная) [9].

Рассмотрение различных депрессивных состояний показывает, что по своему генезу это различные состояния. Было установлено, что часть из них можно рассматривать как углубление свойственных больным и до формирования алкогольной зависимости склонности реагировать появлением депрессии на самые различные негативные воздействия. Весьма часто также возникают психогенно обусловленные невротические (неврозоподобные) депрессии, которые отличаются небольшой длительностью и исчезновением после разрешения ситуации в благоприятном направлении. Выделялись также депрессивные состояния у больных алкогольной энцефалопатией, т.е. признавалась правомерность выделения органического аффективного расстройства настроения по МКБ-10.

Для типичного алкогольного абстинентного синдрома характерно пониженное настроение с тревожно-тоскливыми аффектами. Тревога сохраняется обычно в течение 1,5 – 3 суток, тоскливость может сохраняться до 5 суток. Тяжесть соматоневрологических, прежде всего вегетативных нарушений, прямо коррелирует с тревогой.

Тоскливость сопровождается появлением идей виновности. Обычно больной винит себя только за то, что связано с потреблением спиртных напитков. Весь период жизни до начала злоупотребления алкоголем, а также периоды воздержания от алкоголя, не подвергаются депрессивной оценке даже в том случае, когда совершались поступки, которых следуют стыдиться.

Достаточно часто пониженное настроение сочетается с раздражительностью, гневливостью, словесной и физической агрессией. Дисфорические проявления могут быть связаны с преморбидными личностными особенностями, алкогольной энцефалопатией или осточерственными явлениями органического поражения мозга, чаще всего с перенесенными травмами головного мозга (однократными или многократными).

Тревога обычно сочетается с тоскливостью, но в случае ее доминирования, или изолированного существования, содержание тревожных опасений касается чаще всего физического состояния, несколько реже — социального будущего.

В рамках абстинентного синдрома тревога существует обычно всего несколько дней. Больные отмечают своеобразное ощущение напряжения, беспокойство, невозможность работать и заниматься домашними делами.

Во время абстинентного синдрома могут возникать панические атаки, которым не всегда предшествует выраженная тревожная окраска настроения. Панические атаки чаще всего протекают в форме симпатоадреналового криза с появлением характерного страха смерти от остановки сердца или наступления какой-то мозговой катастрофы. Больные опасаются инсульта, остановки дыхания и сердечной деятельности, иногда возникновения белой горячки или какой-то не известной им, но страшной по последствиям катастрофы.

Наиболее часто вне рамок абстинентного синдрома описывались субдепрессивные состояния различной длительности. Они обычно протекают в форме диссоциированных, дисгармоничных депрессий, для которых характерна малая выраженность моторной и идеаторной заторможенности. Никогда не наблюдается депрессивная деперсонализация, отсутствуют

¹ Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ “Национальный исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского” Минздрава России.

О природе и характере депрессивных состояний у больных алкоголизмом

телесные проявления тоски, нет характерной для эндогенных заболеваний суточной ритмики изменения настроения.

По мере удлинения “алкогольного стажа” и формирования третьей стадии алкоголизма все чаще возникают дисфорические депрессии, а затем и астено-апатические.

Как правило, депрессивные состояния сопровождаются появлением или усилением влечения к опьянению. Это становится особенно заметным при возникновении после ремиссии рецидива заболевания. Возобновлению пьянства нередко предшествует появление тоскливых, тревожных или дисфорических субдепрессивных состояний. Нарушения настроения весьма часто сопровождаются изменением поведения, что позволяет родственникам больных с большей или меньшей уверенностью определять вероятность наступления рецидива. Сами больные предшествующие рецидиву изменения настроения могут не осознавать [7].

Установлено, что наибольшей длительностью отличаются ремиссии, во время которых сохраняется ровное настроение и не возникают даже кратковременные субдепрессивные состояния [3, 6].

Поскольку депрессивные состояния у больных алкоголизмом возникают достаточно часто, нередко появляется необходимость разграничения эндогенных депрессий, сочетающихся с алкогольной зависимостью, и депрессий, обусловленных последствиями злоупотребления алкоголем.

При таком разграничении большое значение имеют анамнестические сведения. При сочетании двух заболеваний — эндогенной депрессии и алкоголизма — в анамнезе нередко отмечаются изменения настроения в определенное время года (осенне-зимнее и весеннее), изменение активности, самочувствия и работоспособности в первой и второй половине дня, беспричинные изменения настроения, которым предшествуют или с которыми сочетаются нарушения сна, аппетита, потеря веса.

Существенное значение имеет длительность депрессивного состояния, при алкоголизме она короче (обычно, в пределах недели). Для эндогенной депрессии характерна разная выраженность тоски или тревоги в первой и второй половине дня, типичные нарушения ночного сна (сокращение длительности, пресомнические, интрасомнические расстройства), отсутствие чувства отдыха после ночного сна. Оказалось, что тревожно-тосклые и тосклые состояния, сохраняющиеся более 7 – 10 дней, как правило, являются проявлениями эндогенного заболевания.

Очень важным для разграничения различных депрессий является детальное установление соматических проявлений тревоги и депрессии.

Обычно в повседневной практике при описании депрессивного состояния принято ограничиваться указанием на наличие ощущения тяжести в области

сердца или в груди. Еще реже фиксируется ощущение жжения.

Между тем, последовательный расспрос больных по методике, принятой в соматопсихотерапии, позволяет выявить важнейшие для диагностики симптомы. Теоретической основой этой системы психотерапии является разработанный Е. И. Зуевым метод биоэнергосистемотерапии [1, 2].

Всем больным в деликатной форме задаются стандартные вопросы. Обычно расспрос пациентов, жалующихся на тоску или тревогу, начинается с предложения показать рукой, где они ощущают тоску. В типичных случаях больные тут же кладут руку на грудь (в область грудины или сердца).

Вторым вопросом устанавливаются размеры того образования, которое ощущается в груди. Чаще всего больные говорят, что это что-то по объему и форме, похоже на небольшой шар, яблоко, кулак, мячик.

Третьим вопросом выясняется, является ли это образование гладким или шероховатым. Чаще всего больные говорят о гладкой поверхности.

Четвертым вопросом выясняется, какого цвета ощущаемое образование, светлое оно или темное. В большинстве случаев, по мнению больных, это что-то темное или даже черное.

Пятым вопросом устанавливается консистенция образования. Больных просят сравнить плотность образования со стеклом, деревом, камнем, металлом. Чаще всего больные сравнивают образование по плотности с камнем.

Шестой вопрос касается подвижности или неподвижности образования. В случае доминирования тоскливого аффекта больные говорят о полной неподвижности ощущаемого образования, при тревоге “объект” ощущается постоянно дрожащим.

Седьмой вопрос направлен на установление тяжести депрессии. Больных просят оценить тяжесть объекта в килограммах. Обычно больные говорят, что объект весит от одного до трех килограмм. Одна из больных определила тяжесть объекта в 5 килограммов, так как тяжесть была такая, что “было трудно подняться и чем-то заниматься”.

В типичных случаях больные отмечают, что ощущение объекта в груди уменьшается или даже исчезает в вечернее время, когда уменьшается тоскливость.

Отклонения от приведенных стандартных ответов встречаются часто в тех случаях, когда речь идет о шизоаффективных или шизофренических психозах. Если при эндогенных заболеваниях исчезает (обычно в результате терапии) галлюцинаторно-бредовая симптоматика, а состояние определяется наличием депрессии, почти всегда ответы на приведенные вопросы отличаются известным своеобразием. Больные могут сказать, что форма объекта не круглая, а овальная, что он не темный, а светлый или голубой.

Приведенное выяснение и уточнение ощущений больных не может рассматриваться как внушение, так

как формулировка вопросов исключает возможность подсказать больному какой-либо конкретный ответ. Получение одних и тех же ответов на ряд стандартных вопросов исключает также возможность трактовать описанную симптоматику как выражение каких-то личностных особенностей, способствующих возникновению необычных ощущений. Вне зависимости от личностных особенностей ответы разных больных по существу однотипны и весьма сходны. Различия в ощущениях, испытываемых больными эндогенной депрессией, определяются по преимуществу структурой депрессивного состояния (доминированием тоски или тревоги) и его тяжестью.

Встречается иногда и иная локализация патологических ощущений. Например, у больного тревожной депрессией вначале может появиться неприятное ощущение в нижней части живота.

Установление эндогенной природы депрессии предопределяет выбор терапии. Если для устранения невротических депрессий в первую очередь используется психотерапия, то для лечения больных эндогенной депрессией необходимо, как можно быстрее, назначить антидепрессанты. При тревожной депрессии антидепрессанты сочетаются с транквилизаторами. Быстрее всего эндогенную депрессию удается устраниТЬ с помощью внутривенного введения антидепрессантов (кломипрамин, амитриптилин). Конечно, лечение антидепрессантами и транквилизаторами предполагает обязательное разъяснение больным действия назначенных лекарственных средств [4, 5, 8].

Описанные опредмеченные ощущения можно обозначать как соматизацию аффекта. Вне зависимости от того как квалифицируется заболевание (депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия,

биполярное аффективное расстройство) во время депрессии используется по существу один и тот же набор препаратов. Разумеется, при биполярном аффективном расстройстве, протекающем с преобладанием депрессивных состояний, назначается также и нормотимическая терапия.

В целом можно сказать, что установление особенностей испытываемых больными ощущений помогает быстро и убедительно отграничить эндогенные депрессии от алкогольных и психогенно обусловленных (невротических).

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданович В. Н. Евгений Иосифович Зуев и его система БЭСТ / Массаж. Эстетика тела. — 2015. — № 2. — С. 1 – 3.
2. Ермошин А. Ф. Вещи в теле. Рига: Centrs Fenomens, 2007. — 299 стр.
3. Ерышев О. Ф., Балашива Т. Н., Рыбакова Т. Г. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом в ремиссии / Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 40 – 53.
4. Костюкова Е. Г. Аффективные расстройства / Психиатрия (справочник практического врача). Под ред. А. Г. Гофмана. — М.: Медпрессинформ, 2017. — С. 137 – 160.
5. Костюкова Е. Г., Городничев А. В. Терапия рекуррентного депрессивного расстройства / Биологические методы терапии психических расстройств. М.: Социальная и политическая мысль, 2012. — С. 251 – 272.
6. Крылов Е. Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2004. — 35 стр.
7. Меликсян А. С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма: Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2011. — 24 стр.
8. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПБ: Мединформгендество, 1995. — 568 стр.
9. Сайков Д. В., Сосин И. К. Алкогольная депрессия. Харьков: Коллегиум, 2004. — 335 стр.

РЕКОМЕНДУЕМ!

Клинические разборы в психиатрической практике II
Под редакцией А. Г. Гофмана, Ю. С. Савенко

М., 2017

Путь развития психиатрии и наркологии

Ответы проф. А. Г. Гофмана на вопросы “Независимого психиатрического журнала”

1. Какие события за последние полвека, по Вашему мнению, были ключевыми для развития нашего предмета?

Ключевыми событиями, т.е. теми, которые существенно сказались на судьбе больных и течении психических заболеваний, можно считать следующее.

1) Широкое распространение применения антипсихотиков, антидепрессантов, а также ряда других препаратов, привело к изменению клинической картины ряда заболеваний. Например, практически исчезли кататонические проявления за счет раннего назначения антипсихотиков. Резко сократилась длительность алкогольных галлюцинозов. Когда-то длительность острого алкогольного галлюциноза измерялась сроком в месяц- полтора, теперь счет идет на дни, почти не встречаются затяжные алкогольные галлюцинозы. Резко изменилась обстановка в психиатрических больницах за счет исчезновения длительно существующего психомоторного возбуждения.

2) Большинству психиатров стало ясно, что ограничиваться только медикаментозным лечением нельзя. Внедрение принципов социальной психиатрии изменило очень многое, стало несомненным, что следует добиваться социальной реабилитации, восстановления социального статуса больного, что сделать это можно только используя методики, корректирующие взгляды больного, его отношение к болезни, к общению с другими людьми, в том числе и с родственниками. Поэтому стали все шире использоваться психотерапевтические методики применительно к больным шизофренией. Психиатрия в стране стала гуманизироваться.

3) Очень важным стало внедрение закона об оказании психиатрической помощи, в котором отражена необходимость учитывать права больных. До внедрения этого закона права больных часто нарушались, после внедрения закона стало весьма затруднительным нарушать права больных. В результате упорядочилась процедура недобровольного освидетельствования больного, недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

4) Выяснилось, что ориентировка на максимальное увеличение числа психиатрических коек — ошибочная тенденция, что необходимо, прежде всего, организовать современное лечение больных во внебольничных условиях, что необходимо внедрять доказавший свою эффективность за рубежом бригадный метод обслуживания, который предполагает участие психологов, социальных работников.

Конечно, очень многое сделать не удалось по разным причинам, но все-таки за последние 50 лет путь отечественной психиатрии — это путь к лучшему, а не к худшему.

2. Как соотносятся психиатрия и наркология?

Наркология является частью психиатрии. Всегда наркологические проблемы разрабатывали психиатры, всегда виднейшие отечественные и зарубежные психиатры считали наркологические заболевания психическими заболеваниями, да к тому же достаточно тяжелыми. Представление о том, что наркомания, токсикомания, алкоголизм — это всего лишь результат свободного выбора формы поведения следует считать глубоко ошибочным. Все, что было установлено морфологами, биохимиками, иммунологами, нейрофизиологами, генетиками, говорит о том, что с определенного момента потребление любых психоактивных средств обретает признаки заболевания. Страдают мозг, внутренние органы, сокращается продолжительность жизни. Все попытки трактовать зависимость от психоактивных веществ как проявление осознанного или неосознанного стремления к саморазрушению, выглядят абсолютно неубедительными.

Конечно, с появлением патологического влечения резко изменяются взгляды, стремления, интересы, нарушается самооценка, часто полностью утрачивается критика к образу жизни и поведению. Поэтому в наркологии шире, чем в других ответвлениях психиатрии, используются психотерапевтические методики.

3. Необходим ли специальный закон о наркологической помощи?

До настоящего времени остаются не до конца выясненными многие вопросы, касающиеся оказания помощи наркологическим больным. Оказалось, что существуют около 700 различных законодательных актов, приказов, постановлений, которые нередко противоречат друг другу, но актуальнейших вопросов не решают. Много в оказании помощи удалось бы усовершенствовать и упорядочить, если бы был принят закон об оказании наркологической помощи. Он бы мог именоваться как закон о наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

Тогда стало бы ясно, как оказывать помощь и где это надо делать человеку, находящемуся в состоянии алкогольной или наркотической интоксикации, как относиться к больному в состоянии запоя. Закон отразил бы мнение профессионалов (врачей, сотрудников

Ответы проф. А. Г. Гофмана

правоохранительных органов) о необходимости принудительного лечения по решению суда. В законе удалось бы устраниТЬ положение, когда больному алкоголизмом и наркоманией фактически невозможно работать по многочисленным специальностям (список их невероятно широк).

4. Каким Вам видится ближайшее будущее психиатрии и наркологии?

Ближайшее будущее психиатрии и наркологии предсказать невозможно. Всё зависит от того, как будет складываться социально-экономическое положение страны. Сейчас наметились некоторые отрицательные тенденции, обусловленные стремлением максимально сократить расходы на здравоохранение, в том числе на психиатрию и наркологию. Резкое сокращение числа психиатрических коек без выделения необходимых средств для улучшения психиатрической и наркологической помощи следует считать научно необоснованным.

5. Что следовало бы сделать, чтобы придать должное направление развитию психиатрических и наркологических исследований и клинической практики, а также организации помощи этим больным?

Для развития психиатрических и наркологических исследований необходимо создать соответствующие условия. Труд врачей, научных сотрудников, среднего и младшего персонала должен оплачиваться так, чтобы была заинтересованность в этом нелегком труде. Пока в стране еще существует определенное количество лиц с высшим медицинским образованием, которые могут обогатить науку и усовершенствовать оказание наркологической помощи. Если все оставить так, как есть, прекратится приток новых лиц, начнется ориентация только на оказание платной медицинской помощи. Конечно, должны развиваться клинические исследования, не должно быть никаких препятствий для испытания новых препаратов и методов терапии.

Помощь больным должна быть бесплатной, больные психическими заболеваниями должны на бесплатной основе обеспечиваться современными препаратами (прежде всего, антипсихотиками, антидепрессантами, транквилизаторами).

Нет никакой научной необходимости изменить сложившуюся систему оказания психиатрической помощи. Диспансеры должны быть самостоятельными учреждениями, а не филиалами больниц. Не может быть такого положения, чтобы в Москве вдруг исчезло подростковое психиатрическое отделение. Все слияния и разделения должны вначале обсуждаться врачебной общественностью, а не внедряться административным путем.

При должном материальном обеспечении можно добиться такого положения, что помощь в нашей стране будет на том же уровне, что и в передовых зарубежных странах.

6. Какие модели поведения стоило бы культивировать в качестве профилактики наркологических расстройств?

Следовало бы культивировать то, что называется здоровым образом жизни. Культивировать надо не просто неупотребление алкоголя и наркотиков, а интерес к новым знаниям, к чтению, к искусству, к спорту. При таком типе воспитания вырастают люди, для которых труд не обязанность, а потребность, а отношение к окружающим, как правило, доброжелательное. Очень важно, чтобы воспитывалась самостоятельность суждений, принципиальность, уважительное отношение к старшим и больным людям. Этого можно добиться только при совместном влиянии семьи и школы. Конечно, очень важны традиции народа, на многие из которых можно опираться в повседневном воспитании. Разумеется, при здоровом воспитании главной ценностью надо считать, не материальное благополучие (богатство), а пользу, которую приносит каждый человек семье, обществу.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Шизоаффективный психоз?

Разбор ведет: доктор мед. наук, профессор С. А. Игумнов.
Врач-докладчик: С. Е. Падкин (16.02.2017)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Екатерина Евгеньевна, 1989 года рождения. Поступила в нашу больницу (КПБ № 3) 2 февраля 2017 года, начальный диагноз — шизофрения параноидной формы.

Анамнез. Наследственность психопатологически не отягощена. Была единственным ребенком в полной семье. В раннем развитии от сверстников не отставала. Известно, что мать по характеру властная, строгая, работала секретарем-машинисткой, отец мягкий и податливый, работал слесарем. В настоящее время оба родителя на пенсии. Посещала детский сад, в детстве перенесла ветрянку, без особенностей. В школу пошла с 6 лет, успеваемость отличная, из предметов отдавала предпочтение точным наукам. Росла веселой, общительной, жизнерадостной, всегда была душой компании, имела много друзей и знакомых. В старших классах была старостой класса. После окончания школы по настоянию матери поступила в Курскую сельскохозяйственную академию. На первом курсе пациентка познакомилась с мужчиной старше своего возраста, в которого сильно влюбилась. Этот мужчина употреблял психотропные вещества-стимуляторы. Пациентка, с ее слов, начала употреблять каннабиноиды, и на этом фоне у нее отмечалось приподнятое настроение, с расторможенностью влечений. Она сделала себе пирсинг, начала ярко одеваться, впервые в жизни наносить макияж. Такое состояние длилось у нее полторы-две недели, после чего отмечалось снижение настроения, которое сохранялось на протяжении 3 – 4 месяцев. После такого депрессивного эпизода она с трудом возобновила учебу в институте и проучилась следующие 2,5 года. Однако весной 2008 года у нее в очередной раз меняется психическое состояние. Она становится многоречивой, гиперактивной, при этом начинает постоянно конфликтовать с родственниками, преимущественно с матерью, так как те, с ее слов, “тормозят”: “Меня раздражает их медлительность”. В дальнейшем она перестала посещать занятия и уехала в Москву, ничего не сообщив родителям. В апреле 2008 г. она знакомится с молодым человеком, ведущим асоциальный образ жизни, и вместе с ним проводит ближайшие полгода. Она сексуально расторможена, ночует вместе с этим мо-

лодым человеком то на улице, то в каких-либо старых вагонах поездов в отстойниках и в подобном состоянии пребывает на протяжении полугода, после чего данное состояние самостоятельно завершается, она возвращается домой и живет с родителями. На следующий год, в 2009 году в сентябре она поступает в фармацевтический колледж, который благополучно оканчивает в 2011 году, получив специальность фармацевта. После окончания колледжа переезжает в Санкт-Петербург, где работает по специальности на протяжении 3,5 – 4 лет. В этот период времени, с 2009 года по январь 2015-го, у нее удовлетворительное состояние. В начале 2015 года у нее в очередной раз отмечается приподнятоый фон настроения, и в дальнейшем, с марта 2015 года присоединяется употребление психоактивных веществ, преимущественно стимуляторов — амфетамина, кокаина, а также метамфетамина с кокаином. В этот период времени она берет кредит около 50 тысяч, и все деньги тратит на наркотики. Она считает, что она жена известного футболиста, что она была от него беременна и даже родила ребенка, и пытается искать ребенка у себя в квартире, стучит в двери, вероятно, проявляет какую-то агрессию. Ее забирают в полицию, а потом госпитализируют в психиатрическую больницу Санкт-Петербурга. Она находится в психиатрической больнице на протяжении 3-х недель, и выписывают ее, с ее слов, с незначительным улучшением, в сопровождении родителей, на терапии клопиксолом без корректоров. Дозировку клопиксола она не помнит. Этот клопиксол она, немного забегая вперед, будет принимать до декабря 2015 года. Со слов больной, сразу после выписки у нее отмечался сниженный фон настроения, она была подавлена, не нравилась сама себе. Она не могла смотреть на себя в зеркало, так как видела в отражении — ее цитата — “что-то себе подобное”. В данном состоянии пребывала с сентября 2015 года по июнь 2016 года, до того момента, когда узнала, что у матери обнаружено онкологическое заболевание. С этого момента опять отмечается повышение настроения, но вся ее гиперактивность направлена на то, чтобы облегчить как-то течение заболевания у матери либо же опровергнуть диагноз онкологического заболевания. Она начинает ездить по различным докто-

рам, показывает снимки матери, таскает с собой мать, чтобы верифицировать диагноз либо опровергнуть его. И в дальнейшем у нее появляется мысль, что необходимо заработать много денег на то, чтобы пропортировать мать в Израиле. С этой целью она в ноябре 2016 года приезжает в Москву, где устраивается сразу на две работы, в две аптеки. С самого начала с работой практически не справляется, получает частые замечания и выговоры от начальства. Был эпизод, когда привезли какой-то товар в аптеку, и она не смогла разложить препараты по определенным полкам. 21 февраля внезапно, по типу какого-то озарения, пациентка начинает считать, что она является участником квеста в реальности. Суть этого квеста сводится к тому, что обеспеченный мужчина хочет выбрать себе в жены хозяйственную, чистоплотную, умеющую готовить девушку. Во время данной игры девушки, с которыми она проживала (одна из аптек арендовала квартиру, в которой проживали 4 девушки, работающие в данной аптеке), должны были вести себя так, словно они проходят определенные смотрины. При этом сама пациентка игнорировала замечания соседок, которые давали ей советы, как выглядеть красиво и следить за собой. Она описывает это так: “Я по дому ходила в трениках, в растянутой майке, ничего не делала”. Одновременно с этим, в этот же период, она на улице встречает своего дедушку, который умер в 2004 году. Он начинает рассказывать ей подробности ее детства, после чего она понимает, что проживает на этаже, который выкупил ее дед. Она считает, что дедушка ей покровительствует, как бы помогает в жизни, и тут же появляются уже в голове — именно в голове, она акцентирует на этом внимание, — голоса. Голоса принадлежат ее матери и молодому человеку Ивану из Питера, от которого она по ее мнению была беременна. Эти голоса носят императивный комментирующий характер, но при этом они, как она это говорит, в “подковырках”. Например, голос Ивана дает следующий совет: “Куда едешь, курица? Сворачивай в другую сторону”. Она на тот момент управляла автомобилем. 23 января пациентка приходит домой, и ей начинает казаться, что квартира, в которой она проживает, горит, она чувствует запах дыма. Она вызывает пожарных, пытается объяснить ситуацию. Пожарные проверяют, не находят возгорания, и для того, чтобы вскрыть квартиру, как она объясняет, вызывают полицию. Дальше точных данных нет, она не может ничего вспомнить. Ее привезли к нам в связи с неадекватным поведением, но в приемном отделении у нее была высокая температура, и ее перевели в психосоматику. В психосоматике она находилась с острым пиелонефритом до 2 февраля. Там она получала: неулептил — 35 капель 3 раза в день, феназепам — по 2 мг 2 раза в день, галоперидол — по 5 мг 3 раза в день и циклодол по 2 мг 3 раза в день. На этой терапии она находилась с 24-го января по 2 февраля. 2

февраля ее переводят к нам в больницу, так как соматика была благополучно вылечена.

Психический статус при поступлении: в сознании, в месте, времени и собственной личности полностью ориентирована, доступна для беседы. На лице выражение испуга, растерянности, до конца своих переживаний не открывает. Скрытна, голос громкий, многоголосый, речь с элементами соскальзывания. Мышление паралогическое, амбивалентное, во время разговора постоянно к чему-то прислушивается, отвечает с задержкой. В процессе беседы сообщает, что слышит голоса внутри головы комментирующего характера. Сообщает о чувстве страха: “Они все на меня смотрят”.

Через несколько часов после поступления ее смотрел дежурный доктор:

“Раздражительна, многоголоса, громко поет песни, на замечания начинает петь еще громче, при этом держится высокомерно. Жалоб не предъявляет. Отвечает избирательно, часто контрвопросом. Сообщает, что не знала, что в больнице нельзя петь. Настроение приподнятое, с гневливостью, раздражительностью, говорит громко, быстро, непоследовательно, многословно”. На следующий день, находясь в палате, точно так же пела песни на иностранном языке, на беседу пошла по приглашению. В кабинет входит легкой походкой, немного пританцовывая. Сознание не помрачено, ориентировка всех видов сохранена, в беседе с врачом держится свободно, временами без дистанции. Иногда переходит на “ты”, ведет себя так, словно давно знакома с собеседником. Мимика оживлена, на лице благодушная улыбка, фон настроения приподнят до маниакального, но в то же время временами отмечается смена аффекта — от гипомании до плаксивости при беседе об онкологии матери. Как только затрагивается тема онкологии, начинает плакать, но это кратковременно. Мышление ускоренное, часто соскальзывание на второстепенные темы. Себя называет “мать-природа” либо “избранная”, сообщает, что она должна всем дарить тепло, солнце. Ретроспективно не отрицает возникающие в прошлом и, в том числе, сегодня ночью голоса в голове, которые принадлежали матери и ее молодому человеку из Питера и носили императивный характер. Сравнивает эти голоса с внутренним голосом, дающим ей указания. Внезапно во время разговора начинает перебивать, но тут же сама себя перебивает и говорит, что нашла рай, который находится в районе Хорошево-Мневники. Терапия: 3 февраля галоперидол — 10, 5, 10 (10 утром, 5 в обед, 10 вечером), инъекции по 2 мг 3 раза в день. На протяжении одних суток 3 февраля делали 3 инъекции аминазина — 25, 25, 50 мг. 4 февраля была сделана инъекция клопиксола-депо в дозе 150 мг. С 6 февраля по 9 февраля азалептин — 50, 50, 100. 9 февраля азалептин — 75, 75, 100. 13 февраля азалептин — 100, 100, 125, и галоперидол продолжала получать точно так же в дозировке 10, 5, 10. Со вчерашнего дня

азалептин и галоперидол не получает. Из нормотимиков соли вальпроевой кислоты по 300 3 раза. Со вчерашнего дня азалептин отменен, галоперидол отменен в связи с тем, что пациентка отмечала изменение соматического состояния, была высокая температура, и чтобы перестраховаться, были оставлены только вальпроаты. Сегодня только 900 мг вальпроевой кислоты.

Осмотр психолога. Ориентирована в полной мере. Контакту доступна, не отрицает употребление наркотиков в прошлом, однако преуменьшает степень наркотизации. Жалоб не предъявляет, отмечает лишь снижение памяти и растерянность, “от лекарств”. Настроение характеризует как приподнятое, критика состояния снижена. К обследованию относится весьма формально и при затруднении в выполнении каких-либо заданий склонна к экономии усилий. Произносит: “Не могу, не могу больше. Очень мне тяжело это выполнять”. В результате обследования выявляются нарушения внимания в виде сужения объема, трудности включения и распределения. Показатель непосредственного запоминания заметно снижен, кривая запоминания — 4, 5, 5, 7, 8. Так, рентенция 4 из 10. Произвольное опосредование повышает эффективность деятельности до 75 %. Ассоциативные образы по смыслу адекватны, по содержанию преимущественно конкретны, ярко символичны, некоторые отражают связанные с опытом переживания. Сфера мышления характеризуется нарушениями целенаправленности, соскальзыванием и расплывчатостью, затруднениями вербализации, снижением уровня обобщения. При предпочтении категориального способа решения мыслительных задач после затруднений отмечаются решения, основанные на конкретных связях, переносный смысл которых понимает не всегда, поясняет их неравномерно, с соскальзываниями на конкретику. Эмоционально-личностная сфера характеризуется некритичностью, мотивационными нарушениями. По результатам проективной диагностики выявляется желание производить приятное впечатление в связи с недополучением признания, необходимостью временно отказаться от радости и удовольствия в силу обид, разочарования, маскируемого напускным безразличием. Выявляются тревога и беспокойство из-за страха собственной неполноты, однако с беспечностью и уверенностью в себе. Отмечаются особенности, характерные для депрессивных пациентов. Заключение: таким образом, по данным психологического обследования на первый план выступает интеллектуально-мнестическое снижение с нарушениями вниманиями, связанными с нарушениями целенаправленности, соскальзыванием и расплывчатостью в мышлении на фоне некритичности и мотивационных нарушений личности, измененной по аддитивному типу, выраженных в стремлении скрыть тревогу, вызванную страхом собственной неполноты, однако беспечностью и уверенностью в себе”.

Позавчера вечером у нее отмечался резкий подъем температуры тела до 39 градусов, в связи с чем она осматривалась, были сделаны дополнительные исследования, исследовалась кровь. Вчера температура поднималась до 40 градусов без какой-либо клиники, в отсутствие висцеральных явлений, без жалоб на что бы то ни было. Назначено симптоматическое лечение, в том числе, добавлен антибиотик. Вчера вечером температуру снизили, и сегодня температура 35,9 утром, а сейчас чуть выше 36. Терапевт ее осматривал при поступлении — без какой-либо патологии. Вчера согласно заключению терапевта: “На данный момент убедительных данных о наличии терапевтической патологии или обострения хронического заболевания нет”. Назначены внутривенные инфузии физраствора и аскорбиновой кислоты.

Вопросы к врачу-докладчику:

— *А формула крови не менялась?* — У нее при поступлении эритроциты были 9,6, вчера 13,2. И вчера незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, с нейтрофилами — 9,6, а со вчерашнего дня 8, то есть опять незначительное повышение. В общем анализе крови больше без изменений. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание изменения уровня сывороточного железа. При поступлении оно было 9, а сегодня 3, то есть очень выраженное снижение.

— *Проводилось ли обследование нейрофизиологическое? Может быть, нейровизуализация?* — Нет, ничего такого не было, нет. — Может быть, в предшествующих госпитализациях? То есть ни ЭГ, ни КТ, МРТ не проводилось? — Нет.

— *Пиелонефрит вылечили?* — Да, ее вернули с вылеченным пиелонефритом, но с нейтрофилами 10,6. На УЗИ, которое проводили ей в первые дни после поступления, структурных изменений не выявлено, незначительное воспаление лоханки правой почки.

— *Анализ мочи последний есть?* — Сегодняшний результат исследования мы пока не получили. В прошлом анализе мочи, при поступлении взятом, никаких изменений.

— *Вы упоминали о псевдобеременности. Не могли бы Вы прокомментировать?* — Ну, суть сводилась к тому, что во время употребления наркотиков, она начала считать, что является супругой известного футболиста, а ее молодой человек, обычный молодой человек, является как будто бы этим известным футболистом, и она от него была беременна, успела родить ребенка, и ребенок находится где-то в квартире, но найти его она не может. Она начинает его искать, стучит в двери, кричит, и ее привозят вначале в полицию, а потом “Скорая помощь” отвозит в больницу в Питере.

— *Скажите, пожалуйста, а на высоте температуры нейролептическая терапия корректировалась?* — Первый раз, позавчера, у нее отмечался подъем до 39, никаких коррекций в нейролептической терапии не

было. Я понимаю ваш вопрос — нейролепсия. Даже намека на нейролепсию не было, никакого повышенного мышечного тонуса не отмечалось. — И при этом коррекция дозы была? — Коррекция дозы, да.

— *Скажите, пожалуйста, Вы анамнез с ее слов собирали?* — Только с ее слов. — А как она ретроспективно оценивает все свои состояния в прошлом? — Последствия употребления наркотиков. — То есть она понимает, что это был бред какой-то там и все не-правильно? — Нет, на текущий момент — ну, я думаю, она это расскажет — критики к тому, что она встретилась со своим дедушкой, который умер в 2004 году, нет. Она удивлена, что он действительно существует и по сей день, и оберегает ее, является ее покровителем. — А с точки зрения здравого смысла? — Никак не объясняет это.

— *Нет ли более подробных данных о более раннем возрасте?* — К сожалению, данных нет, все только с ее слов. Объективных данных нет. Она была душа компаний, веселая, общительная.

— *A первый эпизод расстройства настроения в каком году?* — После школы, 17–18 лет, совпадает с употреблением каннабиноидов.

— *Тестирование на психоактивные вещества при поступлении проводилось?* — У нас, к сожалению, этого нет. Но она сама отрицает категорически. С ее слов, последний факт употребления наркотиков был в 2015 году, перед тем, как ее госпитализировали в больницу в Санкт-Петербурге.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Добрый день! Проходите сюда, Екатерина Евгеньевна. Правильно? — Да, все правильно. — Меня зовут Сергей Александрович, я доктор медицинских наук, профессор. Ну, и здесь собравшиеся — это тоже все доктора. Вы, наверное, Вашего лечащего доктора видите, здесь присутствующего. — Да, конечно. — Знаете, как его фамилия, имя, отчество? — Конечно. Семен Евгеньевич. — Семен Евгеньевич, ясно. Ну, Екатерина Евгеньевна, мы здесь собрались, потому что случай Ваш не совсем типичный, и возникает ряд вопросов, которые мы коллективным разумом хотели обсудить. Поэтому с Вашего разрешения мои коллеги зададут вопросы, профессиональные вопросы, это будет именно для пользы дела. — Да, конечно, пожалуйста. Да. — Ну, начнем. Вот что случилось? — Ой, что случилось? Наверное, накопленные стрессы, накопленная какая-то обида, нерешенность, ощущение себя в замкнутом пространстве, вот просто, как говорится, в золотой клетке. Да, вроде бы как бы и все хорошо, но это “хорошо” не от тебя зависит. — А от кого? — Зависит от факторов — там друзья, родственники, какие-то приятели, которые делают твою жизнь лучше, но есть востребованность сделать все самой. А что меня сюда привело, конкретно в это отделение — это стрессы накопленные, бо-

лезнь мамы серьезная... Ну, и, наверное, все. — То есть самый такой, наверное, травмирующий для Вас фактор — это болезнь мамы. — Да. — Насколько рассказывал Семен Евгеньевич, Вы в связи с болезнью мамы много хлопотали и оказывали помощь. — Да. — И даже, если я правильно понял, Вы и в Москву приехали ради этого. — Да, чтобы быть поближе к дому, да. — Поближе к дому. А дом Ваш где? — В Курской области мой дом. Дом, где живет мама. — То есть, работали Вы в разных местах, а все-таки родной дом — это там, где мама? — Да, конечно. — Может, Вы тогда расскажете кто родные Ваши люди? — Родные мои люди — это моя семья. Это мама, бабушка, мой любимый отчим, мамин родной брат, два, и племянник, мамин племянник. У бабушки было четверо детей, одна дочка разбилась в автокатастрофе, и вот этот племянник. То есть, мы очень любим друг друга, коммуницируем. Он уже обзавелся семьей, своими детьми. То есть для меня родные — это моя семья, да. Все остальные — друзья есть, приятели и так далее, но это уже немножко другое. — Вы себя считаете человеком коммуникабельным, общительным? — Ну, судя по отзывам — да. — Много друзей у Вас? — Приятелей много. — Приятелей. То есть оправдывается на Вас вот эта известная строчка из Пушкина: “Знакомых тыма, а друга нет”? — Да. — Но вот такая общительная, с таким кругом общения, Вы были сами по себе? — Да. — Это обычно проявляется уже где-то в школьные годы. — Да. — И даже в детсадовские. — Да, формируется. — Есть более одиночные, есть более общительные. — Да. — То есть в школе все хорошо было? — Прекрасно. Только ругали за поведение. — А что Вы там делали? — Ну, я могла инициировать прогул классом последних двух уроков. То есть после обеда мы ушли гулять, потому что Катя решила погулять. (Смеется). И у меня это хорошо вышло. — Инициатор этого Вы были? — Да. — Можно сказать, что Вы были таким человеком-лидером, способным за собой вести других. Не могли бы Вы сказать, в детстве и ранее, что на фоне такого, казалось бы, хорошего действительно настроения, общительности у Вас бывали и иные периоды, грусти какой-то? — Именно в школе? — Ну, не совсем. В школе или после школы. — Ну, в школе не могу вспомнить, все было всегда хорошо. А после школы, да, был период, я стала дружить с молодым человеком, а он учился в Москве. Я очень болезненно перенесла эти долгие разлуки по 2–3 месяца. Ну, вот только это могу вспомнить, а так... — Это, как бы грусть? — Да. — Или такая, как темная полоса что ли? — Ну, просто как грусть. То есть мне не хватало его, и ничего больше. — Но это Вы еще в школе учились или?.. — Это я еще в школе училась, да. — В школе учились. А после школы, где Вы учились? — После школы я пошла по настоянию моей любимой мамы в Сельскохозяйственную академию, и, проучившись там два с половиной года, причем достаточно

успешно, я из нее ушла. Я просто не пошла на экзамены. — Ну, то есть это было как бы Ваше решение? — Да. — А что, просто надоело или Вы какими-то другими делами увлеклись в то время? — Я поняла, что это не мое, как-то меня так все достало, и я решила уехать в Москву. — А учились Вы первоначально в этой Академии — это где? — В Курске. — В Москву что Вас подвигло направиться? — Близко. — Близко. То есть просто, как говорят, в поисках лучшей доли, или?... То есть бывает два момента при переселении. Иногда мы сами это для себя выбираем, а иногда обстоятельства жизни нас к этому подталкивают. Как у Вас? — Да самостоятельно. Ничего на самом деле, не затыкала... не закрывала глаза рукой и не водила пальцем по карте, не было такого. Просто Москва — это было как бы априори. — Как Вы адаптировались к Москве? — Да хорошо я адаптировалась. Встретила молодого человека очень интересного для меня на тот момент, и все, и мы с ним изучали Москву полгода. — В каком плане? — Для меня это была просто беззаботная жизнь. То есть я не знала проблем, не знала каких-то там трудностей, для меня каждый день был новым и разным. Чем занимался он? Ну, наверное, в тот момент у меня еще не было такой житейской мудрости, чтобы, ну, хотя бы понять, кто вообще рядом с тобой. Может быть, он там в федеральном розыске, да? — Но Вас это не интересовало. — Абсолютно. — А как в итоге вышло? — Вышло? Ничего не вышло. Просто мы с ним однажды съездили ко мне домой, родители на него посмотрели, отправили его одного в Москву, а меня оставили дома. Ну, и на что я самостоятельно уехала обратно в Москву. — Я так понимаю, что родители не хотели, чтобы Вы были вместе. — Да, не хотели. — Ну, а сейчас, уже спустя время, почему, как Вам кажется? Чем он родителям Вашим не приглянулся? — Ну, прежде всего он не приглянулся своим внешним видом. На тот момент были в моде брюки — может быть, мужская часть населения поймет, да и женская поймет — у которых немножечко заниженная талия, и вот в районе интимной зоны они немножечко спущены, вот. Ну, у него были такие брюки, какая-то футболка с розовыми надписями или с малиновыми. Мама вообще была в шоке: “Кто это? Что это? Зачем вообще ты в Курск, ты кого сюда привезла? И что это за клоун?” — и так далее, и отправили его восвояси. На что я сказала, что “если вы не слушаете меня, почему я должна слушать вас?” — То есть Вы серьезно поконфликтовали с родителями по этому поводу? — Да. — Ну, а действия? Вернулись обратно к этому человеку, уехали? — Да. — То есть, с одной стороны, Вы говорите, что мама любимая, и что ее мнение для Вас что-то значит. — Конечно. — Но в тот момент Вам все эти родительские нотации показались ни-что-жными? — Можно так сказать. — Ясно. Вернулись в Москву, а дальше что? — А дальше что? А дальше ничего. Как-то мы что-то пообщались, пооб-

щались, и я поняла, что тут что-то не то. Я поняла, что на календаре октябрь месяц, конец октября, и мне нужно поступать учиться, потому что я не знаю, что у меня в сельскохозяйственной академии происходит, да? Но если там меня отчислили, то мне нужно поступать. — То есть полгода Вы пропорхали в облаках, так сказать, изучали Москву, это получается все лето. — Да. — Ну, и как получилось? Да, лето красное пропела, наступили осенние холода, и что все-таки подтолкнуло? Вот так — раз! — и неожиданно как-то об этом задумались или по каким-то причинам? Или Ваше внутреннее состояние изменилось? Как сами себе объяснили? — Ну, скорее, внутреннее состояние изменилось, что-то стукнуло, что-то произошло... Я не помню, вот конкретно, что произошло, но я поняла, что, так сказать, мне нужно получать образование, потому что без образования кто я? Я никто. Я должна приносить пользу обществу. Ну, и поэтому единственным выходом из данной ситуации я посчитала приехать обратно домой, и, собственно, я так и сделала. — Как родители Ваши отреагировали на это? — Прекрасно, они были очень рады этому. Они были рады, опять же убедившись в том, что если я чего-то захочу, то этого добьюсь. И они были рады вот именно поэтому трижды больше, что знали, что если я захочу, ничего меня не остановит, и тут я дома, вот. Они были очень рады. И я поступила в колледж медико-фармацевтический, закончила его, потом поступила заочно в университет, и его закончила. — Но все по одному профилю, фармацевтическому? — Нет. Университет у меня — менеджмент организаций. — Но тоже уже закончили? — Да, конечно. — Понятно. Это все в Курске было? — Да. — Это получается, несколько лет прошло? — Да. — И вот еще вопрос. Этот колледж и вуз — Вы как бы последовательно или одновременно там учились? — Последовательно. — Последовательно. Как вообще учеба спорилась, как учеба шла? — Нормально. Мне, то есть, ну, не нужно много времени, чтобы что-то запомнить. Вот что-то зубрить — мне много не нужно. Мне нужно прочитать вслух — и все, и я готова. — То есть схватываете на лету? — Ну, какие-то моменты — да. — Это как бы всегда или от настроения зависит? — Конечно, от настроения. — То есть иногда бывает действительно какой-то подъем, Вы как на крыльях, а иногда бывает наоборот — какое-то состояние, мысли как-то вялые в голове. — Да, да. — Бывало у Вас такое? — Да, конечно. — Ну, а если в Вашей непосредственно жизни, можете Вы обозначить какие-то периоды явного подъема и явного спада? — Да, могу. — Знакомы Вам такие состояния? — Да. — Вот что это, и когда? Есть ли в этом какая-то система? Или это такое субъектное переживание? — Это не специальное переживание, это в виду событий, которые происходили со мной в тот или иной промежуток времени. 2006 год начался, прям начался с такого спада, резкого спада. — Зи-

мой, весной это было? — В январе. Да. И тут же подъема в два раза большие. — А подъем когда, в каком году, вспомните? — В этом же, в январе. — То есть не просто состояние, а даже какое-то сверх даже. — Да, да. — И какие на фоне этого подъема настроения у Вас произошли события? — Спад произошел в связи со смертью моего дедушки, а подъем произошел в связи с тем, что на тот момент ЕГЭ по русскому изначально было введено, как не... Господи... как не подопытные, а как бы стопроцентное. — Так, угу. — И я решила сама себя подготовить к ЕГЭ. Подготовила, подготовила на отлично. То есть вот я решила как бы декомпенсировать, то есть одну энергию в другую энергию. — То есть это было где-то зимой 2006 года? — Да. — А могу я спросить, а дедушка когда Ваш умер? — В 2006 году. — А месяц? — Январь. — После этого и ухудшилось состояние, да? — Да. — Екатерина Евгеньевна, это тот дедушка, который достаточно большую роль сыграл в Вашей жизни? — Нет. Это другой дедушка. — Другой дедушка. — Он также играл немалую роль, но прям человеком, от которого я просто земли под собой не чувствовала, когда он был рядом, это был другой дедушка. — Это дедушка был по маме, по папе? — По маме, да. — По маме, который умер в 2006 году, да? — Да. — А другой дедушка — это по папиной линии? — Да. — А он в данный момент жив, здоров или тоже что-то случилось? — Это, конечно, очень интересный вопрос. Мы разговаривали с Семеном Евгеньевичем на эту тему, и я уже не боюсь, что я буду признана какой-то там больной, шизофреничкой и так далее, но я видела этого деда. Как памятник его видела, так и его видела несколько дней назад. — Ну, я поясняю, что мы здесь никаких важных вопросов не решаем. У нас такое не лечебное, а именно врачебное собрание, но вот такая ситуация удивительная. Хотя в жизни бывает всякое, бывает, что и памятник стоит человеку, а он жив. Ну, а как такое можно объяснить? Бывает, что человек где-то там потеряется, уедет, объявят его без вести пропавшим. — Вы знаете, я была настолько под впечатлением, что я не спросила этого всего. Единственное, что я спросила, сколько ему лет, он сказал, 120. — То есть отцу вашего папы 120 лет? — Да. — А самому отцу-то Вашему сколько? — 61-го года. Соответственно, ему 56. — 56 лет. То есть дедушка был пожилым, когда уже и папа Ваш явился на свет? — Да. Причем когда я сказала дедушке про памятник, он не удивился совсем. Он говорит: "Значит, кто-то мне его поставил". Я говорю: "Дед, ты не зря меня... за меня боялся, я не была на похоронах". Он говорит: "Ты не была. Ты памятник-то поставила. Ну и молодец". А памятник я не ставила. И он из-за этого... разве он сам в виде юноши. Это... ну, как правило, стараются взять, вот там переводят свое, ну фотографии, да, изображения. Он на них изображен в виде юноши. Сзади у него... Ну, что было? Как называется? Ну как пограничная, какая-то такая штука.

Вот. То есть он был пограничник. — Пограничником? — Да. Разговариваю, он говорит: "Я связан напрямую с авиафлотом, вот". Ну, и все остальное, наверное, делал, вот. Ну, мы с ним так посидели. — А можете Вы рассказать, при каких обстоятельствах, как было можно с ним увидеться? Вы его, как бы с детства знали? Или он в какой-то момент объявился в Вашей жизни или вернулся снова? — Ну, с детства. С детства, да. — С детства. — Конечно. И он мне рассказывал, много рассказывал мне, как..., все вот меня научил. Я вам рассказала, чему он меня научил. Только конкретно. Ты, говорит, помнишь, я тебе рассказывал, что подметать нужно веником в веник? Ну, это дорожка. Я говорю: "Да, помню". А вот карамельки, это конфеты долгиграющие. То есть такие слова, да, ну не каждый называет карамельки долгиграющими конфетами. Вот. И веником в веник подметать, и так далее. Вот. Поэтому. Но когда я его узнала, ну вот, когда я посмотрела на него, у него было вот это самое. — Я могу предположить, что Ваша встреча состоялась через какой-то период, даже несколько лет? Или нет? — Да. Эта встреча состоялась в январе этого года. А не видела я его уже... где-то с 6-го года. — То есть больше 10 лет? Понятно. А при каких обстоятельствах Вы его увидели? Можете рассказать? И где? — На набережной. Я шла и пела песню. Просто прекрасное настроение было. Я шла и пела песни. Вот. И тут я поняла, что у меня нет ни сигарет, ни зажигалки, ничего нет. И я поступала в дверь... и увидела его — На набережной пела? — Ну, нет, нет, нет. Ну, вот я не знаю. Ну, набережная, да. Я спросила, какую функцию, какие вообще обязанности. Он сказал, что я охраняю спокойствие данного района. Вот. Я не стала дальнейшие вопросы задавать, мне было интересно просто пообщаться со своим дедом. Вот. — Он просто встал, это обычная встреча, вот такой совершенно живой, земной? — Да. — Ну а далее с ним продолжали видеться? — Нет, я с ним не хотела, как раз в тот день, когда меня забрали в это отделение. Но нет, пока не могу. — Ну, давайте чуточку вернемся, потому что это очень важно разобраться в динамике Вашего состояния. В январе 2006 года у Вас был такой эпизод с грустью, с тоской. И потом подъем? — Да. — Сколько этот подъем длился? Такое радостное, солнечное настроение? — Ну, это был принудительный подъем. Параллельно ему шло никакой радости. — Что значит "принудительный подъем"? Как так? — Ну, я сама себя принудила к тому, чтобы не спать, да, не спать, я сама по себе. То есть этот подъем был принудительный. Я ударила сразу в учебу, вот, дабы показать хорошие результаты. То есть ну добровольно-принудительный подъем был, скажем так. — Как бы Вы себе приказали? — Да. — Но, а насколько времени сил хватило? На месяцы, на годы? — Ну, да, мне хватило. — До июня? — Да. — Сколько, не загадывали время? — Да. — А в июне что происходит? — В июне появляется

выпускной. И что-то я поняла, что не тот человек рядом со мной, который... которого хотелось бы видеть. И я решила стать инициатором расставания. — Больно Вам было? — Мне было больно за этого человека, потому, что я видела его боль. Ну вот, собственно, все. А затем опять поступление в сельскохозяйственную академию, то, о чем мы говорили ранее, и так далее. — А на фоне этого расставания что произошло? Понятно, что это всегда тягостно. Но это была обычная грусть, или же это сильно изменило Ваше состояние? Как Вы считаете? — Сильно изменило. — Сильно изменило. Можно сказать, что пошел какой-то спад? — Нет, наоборот, был подъем. — Подъем пошел? — Да. — И в чем он выразился? — Нет, сначала это было на спад. — Сначала на спад? — Да. На спад. А потом на подъем. — С какого времени? — С какого месяца? С конца октября. — Это тот же 2006 год? — Да. — С разными усилиями у вас был подъем душевный, или само по себе, переключилась? — Само по себе. — Переключилась? — Да. У меня стало меньше свободного времени, больше была занята... И как-то в моем понимании все, что мне не нужно, все ушло. — А в то время, если Вы помните, сколько у Вас было часов сна? Вы утром просыпались полная энергии, и весь день не уставали? — Да. — Понятно. То есть хорошее настроение, все, но это был 2006 год, это была учеба в академии. Но опасное потом. Вот возьмем зиму 2007-го года, 2008 год? — Ну, я там, по-моему, не помню. — Как Вы не помните? — Они уже как-то стерты в памяти, ничего особенного не происходило. Это учеба, дом там, тренировки. Ничего больше. — Так. Может быть, в 2008-м году что-то у Вас изменилось? — 2008-й? — Да. Вы в Москву тогда уехали, изучали Москву полгода. Это 2008-й год? — А, ну да, да. Вот это было.). — А этого молодого человека, который был в этой розовой кофте, Сергей звали, да? — Да. — Скажите, как он относился к алкоголю? — Хорошо относился. — А Вы к нему положительно относились? — Да. Сергей употреблял алкоголь. — И в тот момент Вы составляли ему компанию? — Я, скажем так, пару раз покурила с ним. Мне не понравилось, и я... — А какие ощущения Вы испытывали при курении этой травки? — Я думаю, эйфорию, то есть какого-то измененного такого сознания. Вот. Все хорошо, радуга, облака. — У некоторых видения в фоне даже какие-то иные вытекают. — Нет. — Нет такого. То есть, в принципе, контакта с реальностью Вы не теряли? А иногда на этом фоне нехорошо бывает, состояние тоски, страха. Не бывало? Затем, когда Вы уже в октябре расстались с этим молодым человеком, то состояние было обычным? — Да. — Понятно. Потом Вас завела судьба в Петербург? Но почему именно туда пошли? — Потому что это мой город. — Вы имеете в виду — родной или люди где-то по духу Вам близки, или родственники есть? — Да нет. Да нет. Только родственников, ну они, наверное, дальние, я их сейчас и не знаю. А по

всем остальным параметрам — да. — То есть нравится Вам этот город. И даже в зимние вечера, когда он такой сырой немножко? — Да. Конечно. Если верить в реинкарнацию, то Екатериной Второй была я. — И каковы доказательства этого? — Каковы доказательства? Если Вы мне дадите какой-то промежуток времени, чтобы я их сформулировала грамотно и четко, чтобы не возникло дальнейших вопросов, то я могу это сделать. Но не сейчас. — А когда Вы действительно посещаете эти дворцы, музеи Петера, то какое-то созвучие Вашей душе есть? — Конечно. — Или вообще впечатление, что Вы действительно там уже были? — Однозначно. То есть я прошла по городу первый раз, тогда я знала, что в городе меня язык до Киева доведет и так далее. Я не спросила ни у кого, ни разу, как мне пройти в метро или как мне пройти там где-нибудь покушать. Я все знала сама. — А почему Вы знали, что-то у Вас, как Вы говорили “в голове вставало” или какие-то видения, как это было? — Нет, я просто прошлась... Вышла из метро. Так получилось, что на станции метро “Маяковская”. А, нет, не “Маяковская”. “Маяковская” это здесь. А там... забыла не помню. Ну, на Невском проспекте, и увидела это памятник Екатерине. Он мне очень понравился. И я пригласила ее на прогулку. Вот так просто. — Так, ну и в какой форме Вы ответ услышали? Услышали, увидели, почувствовали? — Ну, все, я просто посмотрела на нее, она стояла, улыбаясь, гордая, просто невероятная такая была. Ну вот, что было. — Так. Ну, и этот образ как бы Вас незримо сопровождал? — Да ну Бог с Вами. Нет, конечно. Нет. На тот момент у меня не было ни голосов, ни галлюцинаций, ни чего-то подобного. Так, ни в коем случае. — Понятно. То есть в Петере Вы поселились? — Да. — Ну, могу предположить, и на работу устроились? — Конечно. — А кем работали? Ну, в общих чертах. — Ну, по специальности. Сначала специалистом, потом меня повысили, я была менеджером по обучению персонала. Потому что я была специалистом определенного класса. — То есть Вас оценили, и действительно, какой-то “промоушен” Вы получили? — Да, конечно. — Понятно. А были данные, что в 2016 году какие-то появились проблемы? — Угу. Проблемы появились где-то с появлением такого человека как Иван... в моей жизни. Он решил, что он встретил такую супервлюблённую в него девушку, которая сделает все, чтобы он захочет... Ну, может быть, это так и было в состоянии измененного сознания. Но не знаю. Вот. Но все, телефон, кредитку получил от меня он. — Вы все имущество, которое имели, ему отдали? — Да. — Ну а он попросил это, или Вам это захотелось сделать? — Ну, да он просто поставил перед фактом, что вот так и так, нужна вот такая сумма, я вообще не знаю, что делать. Я говорю: “Да что там не знаешь? Сейчас будет тебе эта сумма”. Что-то там в ломбарде находится... и все подобное. Вот. Вопросов о времени не возникало.

Когда я ему задала вопрос в плане: “А ты думаешь, как ты потом мне возвращать будешь?”, — он просто посмеялся.... — То есть Вы не брали ни расписок каких-то, ни свидетелей? — Ну... — Ну а когда он посмеялся, что Вы почувствовали? — Да ничего. Обиуду. — Ну, это понятно, разная бывает степень обиды. Ваше состояние как-то изменилось в тот момент или нет? — Изменилось, конечно. Я была настолько разочарована в людях, и в частности, в мужчинах, что... я даже представить себе не могла, что такое тоже имеет место быть. — Понятно. Ну, еще был такой момент. Если я правильно понял доктора, Вы еще были знакомы с каким-то футболистом известным? — Я... — Там много фамилий, Вы сами понимаете, не надо называть, но вот сам факт. — Это в голове у меня был один знакомый. В голове у меня было, что у меня есть двое или трое детей, и четвертым я беременна. Вот. — То есть как? Это все в голове? А в реальности не было детей? — Ну, я думаю, что нет. — Как? Только женщина может сказать наверняка, что это ее ребенок. Так были дети или нет? — Насколько я помню, нет. — Но Вы искали какого-то ребенка? — Да, да. Я искала детей. Я искала этого Андрея. Я зашла на стадион, мне сказали, что он уже дома. Я пошла стучать ему в дверь. Я нашла эту дверь. Какая-то непонятная женщина кормит их непонятно чем. Ну, видимо, соседи вызвали просто “скорую”, полицию, и меня забрали. — То есть Вы громко стучали в эту дверь... — Да. — Требовали чего-то? И когда это произошло? — Это произошло 13 июля. — Прошлого года? — 2015-го. — А, 2015-го. То есть Вас куда-то госпитализировали? — Да. В ПНД № 4, его закрыли уже. Набережная Грибоедова, по-моему. — И долго Вы там находились на лечении? — О, 21 день. — А потом? — А потом дома. — Дома? — Меня забрали родители. — Родители забрали уже к себе домой? — Уже домой, да. — Ну и Вам назначали какое-то лечение? — Да. А потом, после того как мы пошли еще к местному доктору, она давала..., чтоб более-менее расшатать меня, потому что я была просто мумией. — То есть, застыли как будто? Или какое-то напряжение мышц, или какие-то необычные движения появились — рот было трудно открывать, сводило что-то? Что было? — Как раз было все. — Потом... потом отошло? — Отшло. — Как долго в целом все это продолжалось? — До начала декабря. — До начала декабря. А потом? — Все. — Отменили? Ну, а помните, Вы сами отменили или с доктором согласовали? — Ну, я первый раз сама, через две недели приходила там: “Здрасте, я отменила”. Она сказала: “Ты как себя чувствуешь?” Я говорю: “Как...”. Она говорит: “Хорошо, но под наблюдением”. Приходила.... — Ну и как Вы, послушались этого совета? — Я услышала этот совет. Но причин для того, чтобы я приходила, не было. — Понятно. Ну и в это время и с мамой случилось несчастье, я так понимаю, или до того? — Мама, да, это началось все в июле, в конце июля. —

Того же 15-го? — Да. — Или уже 16-го? В общих чертах, не детализируя, какой-то диагноз тяжелого заболевания поставили? — Да. — И в этом состоянии Вы стали принимать, что-то? — Я не понимала, что делать, что это такое, почему это случилось, поэтому, решила я докопаться. Мама у меня очень такая женщина, за матриархат. Типа как она скажет, так и будет. Ну, я предлагала клиники всякие разные, в Петербурге, в Москве. И вот, пожалуйста, на иностранца вышла, есть выход на Израиль. В основном много знакомых было. Нет, я знаю, вот, у моей подруги доктор, лечилась, все хорошо. Я начала переживать. После чего в августе была сделана операция, в конце августа. — У мамы? — У мамы. Да. А в лимфоузлах нашли метастазы, то есть это уже говорит о том, что третья стадия. Вот. Плюс метастазы в легких. Когда я приехала в Обнинск, мне сказали, что на фоне основного заболевания очаговые поражения являются метастазами. — Понятно. И Вы снова отъезжаете в Москву? — Да, в Москву, потому что мама моя, значит, адекватный человек, она понимает, что жить ее жизнью я не смогу. Я полтора года жила ее жизнью, да, то есть работа, дома. И это невозможно быть на постоянной. То есть сначала она мне ставит условие: “Ты когда выйдешь замуж, и когда ты мне дашь внуков”, да, и все время держишься около себя. Я ей сказала: “Мам, давай вот так сделаем. Вот ты своей жизнью живешь, да, а я — своей”. Я приезжаю, когда выходные там, или еще что-то, но живу я своей жизнью. Ну вот как-то так я говорила. — Ну, договорились? — Да. — Мама сильно на Вас не обижается? — Нет. — Как Вы считаете, маме Вы помогаете? — Конечно. — То есть, поддерживаете ее и морально, и материально? — Ну конечно. — Для этого надо же Вам самой работать где-то? — Да. — То есть Вы работали? — Ну, работа.... — И работали? — Да. — Прекрасно. — Надеюсь. — И что в январе случилось, что-то такое в Вашей жизни знаменательное? — Да. — Что это было? — В купель я окунулась. — В купель? — Да. И это было что-то потрясающее просто. Я родилась вновь. Было такое впечатление, что я физически умерла, а вновь родилась целой вот в такой вот интерпретации, вот в таком виде и уже с опытом 28-летним. — Ну, это только тело новое, а душа-то древняя? Или душа изменилась? — И душа изменилась. — В каком плане? — Ой, она преобразилась, она..., ну это просто нужно почувствовать. — Скажем так, это в лучшую сторону произошло преображение? — В лучшую. — То есть, какие-то Ваши свойства изменились, или Вы обрели какие-то новые способности, или еще что-то? Что это было? — Мои свойства изменились. Я стала еще добрее, милосерднее. Я стараюсь помочь человеку, если я вижу, что я в силах помочь. Как-то так. — Понятно. Но в тот же момент, если я правильно понял, и дедушка Ваш проявился? — Ага. — Это было прямо в Москве? — Да. — Вы его не видели, я так понимаю, с 2005 года? —

Угу. А тут я иду, и в этот момент... свет. И я решила зайти и попросить покурить. Тут открывает дверь мужчина. Я говорю: "А можно у вас покурить?" Он говорит: "Ну, заходи. Давай попьем чая". Ну я смотрю на него — боже мой, это такого быть не может просто. Я говорю: "Дед". Он так: "Ладно, подожди, давай все по очереди. Чай какой тебе, крепкий?" Ну, так вот получилось, что до моего прихода он консультировал Ивана, который ну претендует на мое сердце. После этого встретил он меня. — Иван — это тот, кому Вы отдали тогда все Ваши ценности? — Его, его. — То есть дед в курсе этого был? Он имеет какое-то на него влияние, что он сделал? — Наверное, нет. — То есть, поведение Ивана тоже изменилось как-то по отношению к Вам после этого? — Ой, я не знаю. После этого у меня телефона в руках не было, он выключен. — Понятно. И все это развивалось достаточно быстро, я там понимаю, и тогда же в январе в 20-х числах Вы почувствовали какой-то запах дыма? — Да. — Вызывали пожарных? — Да, я вызвала пожарных, потому что вся дверь была окочечена какими-то гвоздиками. И я поняла, что мой ключ не входит в дверь. А так как со стороны квартиры был вставлен ключ, соответственно, со стороны коридора, да, ключами открыть я не могу никак. Я почувствовала запах дыма, вызвала пожарных. Причем, пожарные, если они там не имеют права вскрывать, хотя там и дверь такая вот, ну такая. Они сказали, что они не имеют права вскрывать, вызывайте полицию. — Это Ваша была квартира? — Нет. — Не Ваша? — Нет, не моя. — Но Вы снимали там жилье — Ну, компания, в которой я работаю, предоставляет социальное жилье. Не социальное, а вот такое. При условии, что сотрудник работает.... — Вы вызвали полицию? — Они и сами с этим справились. Все, вызвали полицию и привезли меня сюда. — А какая связь между этим вызовом пожарных и тем, что Вас привезли сюда? — Они решили, что я сумасшедшая. — А почему они так решили? — Не знаю. Ну, я, наверное, спалилась. Извините за сленг. — А что значит, "спалилась"? — Ну, просто многие так говорят, что на самом деле сумасшедшие все. Только вот в "дурдом" уезжает только тот, кто спалился. — Да. А в чем это проявлялось? В чем Вы спалились? — В чем я? Я, наверное, много чего наговорила сотрудникам полиции. Поэтому. — Вы были в таком состоянии возбужденном, взволнованная такая, как я понимаю? — На тот момент я уже не спала вторые сутки, вот. И не понимала, почему мне не открывают соседи, что в этот момент происходит. Потому что у меня с собой были только сигареты, зажигалка и ключи. А, и реально был телефон. И все. Я понимаю, что все документы мои там. И вот это кредитки, такие карты, все там. Ну, я также взъярвана была по этому поводу. — Понятно. Скажите, в тот момент было такое, что с Вами происходило что-то необыкновенное? — Ну, в двух словах. Этот дом, в котором

живут так называемые ангелы. И каждый достоин там жить. Еще квартира, в которой я живу... Ну иногда там разные машины стоят. Зеркала открыты, значит, в моем доме. Если торчат дворники, значит, мы.... То есть, ну как и что в этом странное. Это было играть в эту игрушку, и чтобы тебя забрал нужный тебе человек, нужно было избавиться от этого всего, которое тебе.... Может, нереально все, что происходило в своей жизни до того, как. Вот. — Но от этого можно избавиться. Но избавиться от воспоминаний? — Ну, Вы сами, значит, расскажете. — Или это было чем-то таким, как отведать прошлое, так сказать, или что-то еще. — Ну, я не знаю. Игрушка была не очень хорошая, понятно, но я просто отнесла ее, поставила около мусорки. Там игрушки детские, там.... Может быть, кому-то пригодится. Там платья и так далее. — А для кого Вы покупали эти игрушки? — Да просто, которые мне дарили... — Понятно. И Вы вынесли куда-то, поставили возле детского сада? — Ну, нет, не возле детского сада — возле мусорки. Да в принципе, мусорка, она такая закрытая. — Понятно. Это Ваше право. А для чего Вы сделали это? — Ну, мне интересно было, какая реакция будет. — Чья? — Ну вот этих, а-ля... а-ля... как бы их назвать? Дон Жуанов кнопочных. — А что значит "кнопочные"? — Ну, которые в телефоне пишут быстро. Вот они дон Жуаны кнопочные. — А почему дон Жуаны-то появляются? — Ну, потому что они вот по кнопкам, но много и всякого ну. А в реальной жизни они на самом деле комплексованные, забитые люди, которых нужно пожалеть и успокоить. — Ну а к Вам они какое отношение имеют? Знакомились с Вами или еще что-то? — Да. И знакомились там все. Ну, но не знакомилась сейчас. У меня сейчас другие цели и задачи. — А в чем это проявляется? — Забота о маме. — Да, в первую очередь. Понятно. Но очень важно Вас услышать. Дело в том, что был такой момент, так отмечено у лечащего доктора Вашего, что Вы слышали что-то необычное. — Голоса? — Да. — Да, это было. — Что это за голоса? — Ну, маму я не то, чтобы слышала, я ее, наверное, большечувствовала. Ну, после ее переживания. А по поводу Вани — да, слышала голос его. Слышала, как он смеется надо мной. Я слышала, как он там как бы комментирует, по дому моему, мое поведение. — Но как он это комментирует? — Ну, вот я просто еду, допустим, да, понимаю, что мне нужно свернуть влево, а сама поехала вправо. И он мне в это время в голове: "Ну, ты вообще, кулема, куда ты едешь? Ну, вот тебя.". — То есть, его рядом нет, а он как будто дает Вам какие-то указания? — Да. — Но это конкретно были указания по существу или какие-то нелепые высказывания? — Ну, только по существу. — По существу. — Да. — Ну, момент такой. А была некая внутренняя борьба? Можно сказать, что это были какие-то чуждые Вам явления? — Да. — Не было, чтобы этот голос, не знаю, владел как-то Вами, как-то управлял? Но

пытался? — *Пытался.* — Но именно это был голос Вани? А наряду с этим, каких-то образов этого человека или еще что-то, какого-то сочувствия не испытывали? — *Нет.* — Ну, Вы, несмотря на все, я могу сказать, что он внес какой-то разлад в Вашу жизнь. Ну Вы же сами рассказывали, что отдали крупные суммы и прочее... — *Ну я его простила.* — Простили. Ну а он каким-то образом просил у Вас прощения? — *Ну...* — Или вообще он, как реальный человек, исчез из Вашей жизни? — *Да.* — То есть он только в Ваших воспоминаниях в данный момент? — *Ну, мы общаемся по телефону иногда.* — Понятно. А как Вы сами оцениваете сейчас Ваше состояние? — *Мое состояние сейчас — хорошо стабильное.* — Стабильное? — *Да.* — Насколько стабильное? — Я контролирую свои эмоции. Я бодра. Не могу сказать, что я весела, потому что обстановка у нас не для веселья. Но все же я пребываю в благоприятном настроении, да, духа своего. Я чувствую уверенность в себе, потому что я не одна как бы у незнакомых людей, а рядом со мной находится мой доктор. Вот. То есть я чувствую себя в безопасности. — А были моменты, когда Вы себя в опасности нечувствовали? Что-то угрожало? Или казалось, что угрожает? — Да, медведь этот, которого я выбросила. — А каким образом? То есть игрушки? — Игрушки. Медведь громадный, 2,5 метра. И там в двух этих ушах стояли вот эти... прослушки. — Ну а кто эти жучки поставил? — Я не знаю, кто поставил. Но доставил мне его курьер. — Ну, а известно ли, от кого это все, этот подарок? Просто один курьер... — Просто... — ...Доставил такую громадную игрушку неизвестно, от кого? — Да. Да. — Ну а Ваши рассуждения по этому поводу? Откуда это взялось? — Ну, это произошло, когда я была в душе. И я даже не имела возможности посмотреть, какая фирма доставляет, да, его, с кем связаться. Соседка моя, которая принимала этого медведя, не задумалась. А я покопалась-покопалась в этих двух штуках и увидела там. Я не знаю, как выглядит жучок, но такие штуки в мягкой игрушке, я думаю, быть не должны. — Это какие-то металлические штуки? — Ну, металлопластмассовые, металлокерамика вот. Ну я мало разбираюсь в этом вот во всем.... Что-то такое. — И Вам стало — как? — Да, мне стало не по себе. Я решила не просто выбросить эти устройства, но и все, выбросить все. Этого медведя. — Но тогда Вы... все игрушки выбросили? — Да. — Одновременно с этим медведем? Или как-то это растянулось на время? Поэтому что прежде Вы объясняли, что надо было как-то от прошлого избавиться. А медведя Вы объясняете, что надо было от прослушек избавиться. — Ну, специально выбросила медведя, а потом я выбросила... ну не то, чтобы выбросила, я думала просто, что это Ваня с моим братом, а я ему купила костюм спортивный, у него был день рождения. Но поставила около этой конструкции, где вроде как он был... Вот так вот. — Понятно. Давайте вернемся к сегодняшнему

дню. Это как бы прошлое. — Уже да. — Или как-то это событие Вас все-таки сейчас продолжает тревожить? Или было и прошло? — Да. — Ну а как это так? Вот есть такое понятие, как персональное будущее. На ближайшие недели, месяцы. Как Вы его для себя видите? — Да, ... потом выписаться и позвонить маме. Не со стационарного телефона больницы, а со своего номера, и сказать ей, что все хорошо, чтобы она не переживала. Потому что мамино здоровье, как я уже говорила, для меня самое главное. Дальше, подумать, что... ну, с работой я буду решать, потому что нужна она мне, не нужна. Выходу из больницы, а мне ставят прогул почему-то. — А откуда Вы знаете в стационаре, что как будто прогулы стоят? — Полицейский сказал. Наверное, он имеет какую-то информацию... — А, в смысле, полицейский? Здесь, в больнице или где-то еще?.. — Когда меня оформляли, да. — А в какой форме сказал? — Так и сказал, что уже там прогулы у нее стоят. — А откуда он мог знать, что Вы работали в фирме и так далее? — Понятия не имею. — Понятно. Но в любом случае, сами Вы не увольнялись из организации, где работали? А из квартиры этой съехали или она за Вами все равно числится? — Конечно. — Понятно. Спасибо.

Ведущий: Коллеги, какие есть вопросы к Екатерине Евгеньевне? Пожалуйста.

— Скажите, пожалуйста, а события, которые Вы описываете, как-то связаны с употреблением каких-то веществ? — *События какого года?* — Например, то, что Вы дедушку увидели? — *Нет, нет, последний раз я употребляла наркотические и стимулирующие вещества в июле 2015 года.* — А что конкретно? — *Что это было?* Это был гашиш, марихуана и амфетамины. — Все вместе? — Все вместе. — А нет такого ощущения, что Вами управляет кто-то? — Я уже, к сожалению, не признаюсь полностью, но есть такое выражение: жизнь — игра. — А Вы какую роль в этой игре играете? — Я ... (неразборчиво).

— А можно вопрос по поводу этажа, где располагались квартиры? Вы говорили, что на этаже несколько квартир, что целиком этаж принадлежит дедушке, которого Вы повстречали. Хотелось бы подробно услышать, как Вы поняли, как пришло осознание, что дедушка так благоволит к Вам, что даже выкупил целый этаж? — *А он мне сам сказал об этом.* — Это он сказал, когда Вы с ним встретились? — Да, один-единственный раз мы виделись, и он мне сказал. Я говорю: “*Да ну, быть такого не может!*” Он говорит: “*Мы же не виделись с тобой столько лет, как я мог не устроить твоё будущее?*” — То есть, это был некий намек на то, что он Вам намерен этаж завещать каким-то образом? Там же и другие люди жили, я там понимаю? — Да. Там четыре квартиры. — Четыре квартиры. А те, на каких правах живут? — *Квартиросъемщики. Все квартиросъемщики.* — А он как бы владелец? — Да. — А с Вашим дедушкой как-то мыс-

ленно общаетесь? — *Нет. Только по воспоминаниям.* — Ну, как? — *Я вспоминала его очень часто. Может быть, это было что-то такое, я не совсем верю в телепатию, если честно, как-то не углублялась в это, но вспоминаю я его очень часто. Я просто знаю, что доверенность он написал мне. Но открыто заявить о том, что я имею какие-то сверхспособности, я тоже себе права дать не могу.* — А что Вы понимаете под сверхспособностями? — *Та же телепатия. Да.* — А в целом этот феномен существует, как, по Вашему мнению? — *По-моему, нет. Хотя 50 на 50. Всем сейчас может пролететь розовый слон под окнами, а может не пролететь. То есть исключать нечего нельзя (...).*

— Екатерина Евгеньевна, в течение жизни были у Вас внезапные потери сознания, травмы головы? И лежали Вы когда-то в больнице по какому-нибудь поводу? — *Нет. Ни травм не было, ни в больнице не лежала. Единственный случай, на коньках каталась, и было легкое сотрясение мозга, пила мексидол и глицин.* — Когда это было? — *Это было в 2009 году.* — Но все быстро прошло? — *Да.*

Ведущий: Я думаю, что мы поблагодарим Екатерину Евгеньевну за очень интересный, я бы сказал, содержательный рассказ о ее жизни. А мы посовещаемся, как действительно Вам помочь. — *Спасибо большое.* — Екатерина Евгеньевна, может быть, у Вас есть вопросы ко всем нам, докторам? — У меня, да, у меня есть пара вопросов, первый звучит следующим образом: что со мной происходит время от времени? То есть первые два раза, я понимаю, что это действие наркотических веществ. Что сейчас происходит, помимо стресса накопленного и так далее? То есть это все для меня понятно. И второе, я вам благодарна очень за внимание, за участие, за то, что я слышала, что меня слышат. Спасибо вам большое.

— Тогда, Екатерина Евгеньевна, раз вопрос Вам задан, я постараюсь кратко ответить. Я думаю, что лечащий доктор Вам расскажет более развернуто. Что происходит? То, что у Вас есть, называется, аффективное расстройство. Это достаточно частое состояние, потому что если возьмем мировую практику, то депрессии и состояния, противоположные им, бывают у 2–3 % населения. Я бы сказал, что в этом есть и плохая, и хорошая новость. В чем хорошая? В том, что эти состояния, аффективные фазы, проходят, и они не оказывают какого-то разрушающего, вредносного влияния на Вашу психику. То есть, когда Вы находитесь в состоянии, которое называется интермиссия, Вы являетесь в общем-то нормальным человеком, и другие люди, подобные Вам, могут работать, могут достигать успехов. Есть люди с такими состояниями, творческие люди и так далее. Но Вы понимаете сами, что для того, чтобы такой “аффективной болтанки”, которая приносит Вам также разнообразный ущерб, не было, надо прислушаться к совету лечащих врачей и попримирять сначала активную, а потом так

называемую поддерживающую терапию. Сейчас есть много способов контролировать это состояние. Поверьте, это не приведет ни к какому такому для Вас состоянию “овощному”, потому что при правильно подобранным лечении человек вообще не чувствует, что принимает какие-то препараты. Они не мешают работать. Постоянно на мировом рынке появляются новые препараты для лечения подобного расстройства, потому что это состояние, которое приносит большой ущерб целому миру. Считается, что депрессивные состояния находятся на втором месте в мире по ущербу после сердечно-сосудистых заболеваний. Представляете? Если считать по потерянным дням работы и другим вещам. Поэтому важно, конечно, чтобы Вы поддерживали свое состояние в оптимальном тонусе, держали контакт с медиками. А в целом, я думаю, по мере того, как это состояние пройдет, и Вы выпишитесь, Вы спокойно сможете работать, я полагаю, без каких-либо ограничений. — *Спасибо. Спасибо вам.* — Всего Вам доброго! — *Да, до свидания.*

Ведущий: — Да, уважаемые коллеги, мне хотелось поблагодарить лечащего доктора, представившего очень интересный случай. Давайте послушаем его комментарии.

Врач-докладчик: Наверное, я бы привел факты на текущий момент. Состояние характеризуется нерезко выраженной эмоциональной лабильностью, возможно, в рамках ее наркотизации в прошлом. Но при этом в этой лабильности все же доминирует несколько благодушное приподнятое настроение, не исключено, что в рамках не до конца купированной острых парофрении, которая у нее была, и сейчас она охотно рассказывает об этом, в том числе, с бредовыми идеями о своем материальном благосостоянии. То есть идея в том, что девушка настолько богат, что купил целый этаж, и что это дело ей оставил. Также имеют место характерные для этого нарушения мышления, это разноплановость, и с не очень частыми, но, тем не менее, с соскальзыванием. И отсутствие полноценной критики к последнему психотическому эпизоду. Мой диагноз: приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный тип. И пришел я к этому выводу на основании анализа течения заболевания. Все началось с развития аффективной кратковременной гипоманиакальной симптоматики, спровоцированной, возможно, приемом каннабиноидов, с последующими нарушениями в виде психопатоподобного протестного поведения, но фактически сразу же подвергшимся инверсии в депрессивную fazu, которая в дальнейшем продолжалась где-то три-четыре месяца. В дальнейшем, в течение времени до настоящего момента у пациентки еще трижды отмечались аффективные колебания, с развитием как минимум гипоманиакальных, но, вероятнее всего, маниакальных состояний, при этом если два из них были без употребления наркотиков, то один из приступов, как минимум, был осложнен употребле-

нием наркотиков. То есть во время следующего обострения в 2008 году мы имеем дело, скорее всего, с гипоманией, когда пациентка конфликтует с матерью и уезжает в Москву и знакомится с асоциальным молодым человеком. Она не рассказала, но ночевала она, действительно, в вагонах. Наркотики. Она говорит, что курила, но всего несколько раз, то есть недостаточно выраженное употребление наркотиков было, чтобы запустить непосредственно сам по себе маниакальный аффект. Кроме того, она уже уехала с гипоманией именно в Москву. Затем, предположительно, это маниакальное состояние самостоятельно закончилось, и она возвращается назад домой, поступает в колледж. На тот момент трудно ретроспективно судить, были ли какие-то изменения личности или нет. Я могу только предположить, что, возможно, какие-то и были, потому что она не пошла уже в вуз, несмотря на то, что была отличница, а поступила в колледж. Но это можно нивелировать и тем, что она потом отучилась в вузе. Но, тем не менее, уже поступает в колледж. Здесь состояние удовлетворительное вплоть до 2016 года. И получается, что следующее обострение психического состояния у нее начинается уже с января 2015 года и, опять-таки, доминирует вначале аффективная симптоматика, она это описывала так, почему она прибегла к употреблению наркотиков: "Потому что у меня появилось слишком много времени, и в результате мне было скучно, я начала употреблять наркотики". То есть, опять, это аффект и дальнейшая наркотизация. Но здесь, на этом этапе, к симптоматике начинает присоединяться уже психотика. На данном этапе, начиная с 2015 года, мы можем только предполагать, что это уже процесс, это не фаза. И, в итоге, ее первый раз госпитализируют и выписывают уже с депрессивной симптоматикой и с какими-то идеями, когда она дословно говорит, что якобы "на меня смотрят кто-то себе подобный". Летом уже 2016 года у нее опять постепенно начинается, но тут уже без наркотиков, очередная смена аффектов: гипомания, когда она стремится как-то верифицировать диагноз матери, установить истину, потому что до последнего она не верит в этот диагноз. И вместе с матерью она бегает по специалистам. Она замечательно это рассказала, что она искала специалистов и во Франции, и нашла в Израиле. И хотя у нее гипомания, она понимает, что для операции необходимо заработать много денег, она приезжает в Москву, устраивается на работу как раз таки для этого. В Москве уже осенью, с конца осени и с зимы, без уже наркотиков, присоединяется психотическая симптоматика в виде бреда инсцировки. На текущий момент, с учетом того, что имеется недостаточная критика состояния, с учетом сохраняющихся остатков острой паранойи, можно предположить эндогенный диагноз. От одного приступа к другому идет присоединение чего-то нового, того, чего не было ранее. Почему это не паранойдная шизофrenия? Наверное, потому,

что нет выраженной на текущий момент негативной дефицитарной симптоматики, которая бывает характерна для паранойдной шизофrenии. Это во-первых. И, во-вторых, при всех обострениях у данной пациентки идут и выявляются аффективные нарушения. Появляется психотика, и психотика проходит, но аффект сохраняется, исключение — последние моменты. То есть одновременно прекрасно выражены и аффективные нарушения, и психотические. Поэтому мой диагноз — приступообразная шизофrenия, шизоаффективный вариант.

Участник разбора: Я бы хотел обратить внимание на своеобразную манеру держаться данной пациентки, раскованность, простецкую манеру вести разговор, что может свидетельствовать о задержке психического развития в позднем пубертатном возрасте. В это же время, то есть в пубертате, начинает формироваться аффективное расстройство с гипоманиакальным подъемом, психопатоподобными расстройствами, употребление каннабиноидов. На первом курсе, в 17 – 18 лет, под влиянием влюбленности развился маниакальный эпизод с углублением психопатоподобного синдрома, сменившийся депрессивным фактически эпизодом. Через год состояние сменяется на гневливую манию, дисфорию, и заболевание принимает биполярное течение с чередованием гипоманиакальных и депрессивных фаз, до 2015 года. В 2015 году, то есть в 26 лет, после очередного маниакального состояния развивается первый эпизод с бредом, аффект остается повышенным. Была госпитализирована, после чего развивается депрессивный эпизод с дисморфобией. В июне 2016 года, после перенесенной психотравмирующей ситуации в виде болезни матери, развивается гипомания, продолжающаяся около полугода, с развитием маниакального аффекта, паранойдного синдрома с бредом инсцировки, озарения, вербальными галлюцинациями и обонятельными обманами восприятием. В настоящее время в статусе можно отметить отсутствие негативной психопатологической симптоматики, что можно расценивать как отсутствие нарастающего дефекта, с сохраняющейся инфантильной манерой поведения и инфантильными суждениями об окружающем.

Таким образом, можно поставить диагноз: шизоаффективное расстройство, аффективно-бредовый вариант с развитием паранойдного синдрома.

Участник разбора: Если говорить о дифференциальному диагнозе, я бы сказал, что у больной рекуррентная шизофrenия. Рекуррентная шизофrenия и шизоаффективный психоз — это все-таки разные болезни, несмотря на то, что в МКБ это одно и то же. Для шизоаффективного психоза должны быть обязательно симптомы первого ранга, а автоматизмы мы не видели. Во всяком случае, я не увидел автоматизмов. Да, у нее были комментирующие голоса, но автоматизмов я не увидел. А для шизоаффективного психоза они обязательны. И еще для шизоаффективного

психоза нехарактерно углубление симптоматики. Тем не менее, оно здесь есть. Явно уже затронуты более глубокие слои.

Ведущий: И еще хотелось задать вопрос аудитории по поводу дальнейшей терапии. Как вы думаете, насколько проводимая терапия адекватна, и как лечащий врач планирует лечить пациентку далее, какой тактики придерживаться?

Врач-докладчик: Пациентка нуждается в назначении нейролептика. Моя задача на текущий момент исключить какую-то острую симптоматику. Остроту мы купировали, и она не нуждается в назначении препаратов мощной психотической терапии, поэтому есть вариант того же арипипразола, который как раз таки, если верить иностранным исследованиям, назначается даже иногда в качестве монотерапии больным шизоаффективным расстройством. Но я придерживаюсь мнения, что, помимо нейролептика, должен быть обязательно стабилизатор настроения, особенно с учетом того, что у нее не просто гипоманиакальный фон, а полноценные мании с гневливостью и нарушениями, грубыми нарушениями поведениям. Поэтому нейролептик плюс стабилизатор настроения.

Ведущий: Уважаемые коллеги, мне хотелось еще раз поблагодарить за случай, который представлен. Потому что, хотя это состояние, которое достаточно часто встречается, и в фазе острых проявлений является, что называется, “студенческим диагнозом”. Вместе с тем, оно дает пищу для размышления самым умудренным профессионалам. Действительно, я не могу не отметить некоторые преморбидные черты. Она является отличницей, старостой класса, при этом же — инициатором каких-то протестных выходок, типа, ухода с последних уроков и так далее. То есть она живет с достаточно выраженным лидерскими чертами, уже, наверное, со старшего детского и подросткового возраста. Затем мы видим манифестиацию аффективного расстройства в подростковом возрасте, и как это, кстати, часто бывает, она связано с употреблением наркотиков группы каннабиноидов. Действительно, есть данные Андреассона и группы шведских ученых, еще в 1987 году опубликованные в ведущем общемедицинском журнале “Lancet”¹, о том, что чем чаще употребление каннабиноидов, тем больше риск развития психотических состояний.

До сих пор ведется дискуссия по этой теме, что же здесь первично, что вторично, но то, что многократно возрастают риски развития психотических состояний, это подтверждают данные исследований, проведенных в разных странах мира, в том числе, и у нас. В связи с этим хотелось бы обратить внимание на проблему последних лет по распространению синтетических каннабиноидов (“спайсов”) и катинонов (“солей”),

так называемых “новых ПАВ”, которые в еще большей степени способны провоцировать психотические состояния, в том числе, такие, достаточно выраженные.

Вместе с тем, у нее развивается такое манифестное состояние, на уровне все-таки гипомании, и затем, как правильно отмечено лечащим доктором, происходит инверсия в депрессивную fazу. Еще Уильям Шекспир обратил внимание на то, что “в безумье каждом есть своя система”. Наверное, и у нашей пациентки тоже некая система смены faz имеет место. И мы видим явную в 2006 году смену аффективных faz, причем, в том числе, и с некоторой сезонностью. Действительно, она в октябре 2006 года, по ее словам, как бы переключилась. Причем, интересный момент, шесть месяцев она ведет какой-то вольный, асоциальный образ жизни, ночует в вагонах и прочее, “хиппует”, что называется, и вдруг появляется некое осознание, как будто пробуждается ее уже взрослое Эго: а что же я наделала? Она уходит от своего парня, возвращается в лоно родительской семьи, поступает в учебное учреждение, учится, ведет просоциальный образ жизни. На этом фоне достаточно успешно получает среднее специальное образование, получает заочно высшее образование. Но затем мы видим, примерно с весны 2008 года, снова изменение психического состояния, причем в основе конфликта с матерью — медлительность матери. То есть, у нее ускоряется темп психических процессов, и люди с обычным темпом психических процессов кажутся ей какими-то “тормозными”. Затем достаточно интересный момент ее жизни в Петербурге, с этой ее проективной идентификацией с императрицей Екатериной. В литературе описан “Римский синдром”, “Иерусалимский синдром”, данное состояние может быть, с известной долей условности, описано как “Петербургский синдром”, когда человек сталкивается с некими культурными ценностями, воспринимает их как иной мир, мир сбывающейся мечты. Почему, если Рим и Иерусалим этого достойны, не быть этого достойным и нашему Санкт-Петербургу? Но, вместе с тем, она работает достаточно успешно, она движется по социальной лестнице, даже достигает некоторого уровня. В Петербурге она стала менеджером, курировала, по ее словам, сеть аптек, но нам сложно представить. Но затем, опять-таки, говоря словами классика, “когда Остапа понесло...”, она берет кредит, при непонятных обстоятельствах отдает деньги некому Ивану, я так понимаю, не только заработанные, но и взятые в кредит, какие-то золотые вещи и прочее, потому что он попросил. Явное в этом снижение критичности, здесь, некая избирательная внушаемость, а, может быть, достигается и выраженная степень пассивной подчиняемости. Все-таки, работая провизором, менеджером, куратором аптек, наверное, она в обычном состоянии понимала бы, как достаются деньги, и что для этого нужно приложить определенные усилия, а тут она отдает “автоматически”. А затем развивается

¹ Andreasson S., Allebeck P., Engstrom A., Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet, 1987; 2: 1483 – 1486.

психотическое состояние, когда она себя идентифицирует с женой известного футболиста, убеждена, что имеет даже не одного, а сразу троих детей и, каким-то образом, ждет четвертого. После этого она ищет своего мужа, и здесь мы видим развернутое, явное психотическое состояние, по поводу которого она и попадает в психиатрическую больницу в Петербурге. По выходе из психотического состояния имеется, по крайней мере, субдепрессивная фаза, когда она не нравилась самой себе, негативно относилась к своей внешности. Для пациентки характерны “аффективные качели” на фоне смеси фаз: то она себя отождествляет с императрицей Екатериной, а тут она какая-то, по ее словам, “ничтожная”, “неудачливая” и так далее. Эта депрессивная фаза, очевидно, совпала по времени с диагностикой у ее матери онкологического заболевания. Затем снова имеет место инверсия аффекта, когда она начинает снова лидировать, как она сама говорит, “таскает мать по разным специалистам”, ищет клинику во Франции, в Израиле, и, в конце концов, уезжает в Москву. В целом, достаточно здравая идея заработать много денег, чтобы прооперировать мать в Израиле. Но уже здесь мы видим, как это состояние достигает психотического уровня, в особенности, когда появляется вот это озарение, она встречает дедушку, который реально умер более десяти лет назад. К этому эпизоду она до сих пор некритична, деду 120 лет, он практически на 70 лет старше ее отца, связан с каким-то “авиафлотом” и так далее, и тому подобное. Безусловно, это явная утрата контакта с реальностью. И, наконец, что касается голосов, которые принадлежат матери и Ивану, от которого, я так понял, она якобы была беременна. Затем появляются обонятельные галлюцинации в виде запаха дыма в квартире. И, очевидно, ее госпитализация по недобровольному типу, с полицией, обусловлена этим состоянием, неадекватным поведением. И мы опять видим, что проводилась терапия антипсихотиками бутирофенонового ряда, было неоднократное подключение клопиксола, и затем переход на препарат азалептин в сочетании с нормотимиком. Но, вместе с тем, я полагаю, очень правильно, когда на фоне гиперпирексии препарат азалептин отменяется. Мы знаем, что он может оказывать неблагоприятное воздействие в отдельных случаях (редкое, но чрезвычайно опасное осложнение — лейкопения вплоть до агранулоцитоза), и, если появляются какие-то лихорадочные состояния, тем более, выраженные, то лучше подумать о смене антипсихотика.

Уважаемые коллеги, в целом я могу согласиться с лечащим доктором, что сейчас мы имеем дело с не полностью купированной острой паранойей с идеями величия, сохраняющегося материального благосостояния: целый этаж ей принадлежит, который был ей завещан дедушкой. Она спокойно рассуждает о реальных потерях, не только о разрыве отношений, но и имевших место потерянных кредитных деньгах,

ценных вещах, которые, очевидно, у нее выманил авантюрист, и так далее. Обращает также на себя внимание нарушение мышления: разноплановость, скользивание, отсутствие полноценной критики, несмотря на формально хороший интерес и данные о том, что в таком состоянии она “все схватывала на лету”. У меня складывается впечатление, что классифицировать данное состояние мы могли бы все-таки как шизоаффективное расстройство, аффективно-бредовый вариант. Я бы склонялся к такой формулировке диагноза в рамках рубрики 5-го раздела МКБ-10 F25 еще и с реабилитационной целью. Мы представляем все-таки, что шифр F20 имеет определенный резонанс в нашем обществе, а с учетом того, что шизоаффективное расстройство и рекуррентную шизофрению нужно, конечно, разделять, но в МКБ-10 это фактически отождествляемые состояния, я бы сформулировал диагноз именно таким образом.

Что касается лечебной тактики, то все-таки создается впечатление, что пациентку следует еще дообследовать. Поступившее предложение о проведении ей магнитно-резонансной томографии, на мой взгляд, требует серьезного рассмотрения, потому что, безусловно, исключить органическое поражение головного мозга здесь целесообразно. Обратить внимание, может быть, на гипotalамо-гипофизарную область. Безусловно, пациентка должна быть под наблюдением не только психиатра, но и терапевта, с учетом ее пилонефрита. В плане психофармакологической тактики, можно было бы подумать об увеличении дозы препаратов валпроевой кислоты до 1200 мг в сутки и на этом фоне провести контроль плазменной концентрации препарата, когда будет достигнут определенный клинический результат, чтобы, с одной стороны, избежать “недодозирования”, а, с другой стороны, побочных эффектов.

И абсолютно заслуживающее внимания и, на мой взгляд, одобрения предложение о подключении атипичных психотиков в качестве выбора при наличии возможности. Действительно, препарат Арипипразол, известный на фармацевтическом рынке как Абилифай, выходит на позицию буквально №1 в современной мировой практике именно при лечении рекуррентной шизофрении, шизоаффективного расстройства и того же биполярного аффективного расстройства, благодаря минимальному количеству побочных эффектов и незначительной “поведенческой токсичности”, что позволяет широко применять его в амбулаторной практике, у работающих, социально сохранных пациентов.

Вот некоторые рассуждения на данную тему. Большое спасибо, уважаемые коллеги! У меня своеобразный “дебют” в качестве ведущего данного клинического разбора, истоки которого восходят к классическим клиническим традициям Преображенской больницы, и я очень признателен за ваше внимание.

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

О сроках обжалования действий по оказанию психиатрической помощи

Ю. Н. Аргунова

Даётся сравнительно-правовой анализ положений Закона о психиатрической помощи, Кодекса административного судопроизводства РФ и Гражданского процессуального кодекса РФ в отношении сроков судебного обжалования действий по оказанию психиатрической помощи. Анализируется судебная практика. Предлагаются способы разрешения правовых коллизий.

Ключевые слова: обжалование действий по оказанию психиатрической помощи; права пациента

Статья 47 Закона о психиатрической помощи предоставляет гражданину право обжаловать действия фактически любого лица, участвовавшего в оказании ему психиатрической помощи:

- врача-психиатра (участкового, лечащего врача, врача приёмного покоя, дежурного врача, врача выездной бригады скорой психиатрической помощи, заведующего отделением, главного врача, его заместителя и т.д.),
- другого медицинского работника (медсестры, санитара и т.д.),
- иного специалиста (психолога, педагога и т.д.),
- работника социального обеспечения,
- врачебных комиссий.

Предметом обжалования могут быть как действия, так и бездействие, а также решение или заключение.

Часть 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи устанавливает единый *месячный срок* для подачи жалобы. Он исчисляется со дня, когда гражданину стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

Если срок внесудебного обжалования, равный месяцу, сомнений не вызывает, то действие того же месячного срока для судебного обжалования вызывает споры, т.к. согласно процессуальному законодательству он составляет 3 месяца.

На момент принятия Закона о психиатрической помощи такой рассогласованности не было. В то время действовал Закон СССР от 2 ноября 1989 г. № 719-1 “О порядке обжалования в суд неправомерных действий органов управления и должностных лиц, ущемляющих права граждан”, ст. 5 которого предусматривала месячный срок обжалования подпадающих под судебную подведомственность действий должностных лиц. Поэтому ст. 47 Закона о психиат-

рической помощи обеспечивала единство правового регулирования вопроса о сроке обращения в суд.

Затем с принятием Закона РФ от 27 апреля 1993 г. № 4866-1 “Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан” (далее — Закон № 4866-1) срок обращения в суд с жалобой на действия и решения должностных лиц был увеличен до 3 месяцев (ст. 5). ГПК РФ, введённый в действие с 1 февраля 2003 г., сохранил 3-месячный срок оспаривания действий (бездействия), решений должностных лиц. Имевшаяся коллизия приводила к разнобою в судебной практике. При этом вышестоящие суды в большинстве случаев руководствовались 3-месячным сроком.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Самарского облсуда (апелляционное определение от 5 апреля 2012 г. по делу № 33-3152/2012) отменила решение суда первой инстанции об отказе истице в удовлетворении требований о признании незаконными действий Самарского ПНД по постановке её на консультативный учёт. Истица требовала также от ПНД устраниТЬ допущенные нарушения путём уничтожения регистрационных записей и амбулаторной карты. Суд сослался на пропуск истицей месячного срока обжалования. Судебная коллегия признала не соответствующими закону действия ПНД и обязала его исключить из электронной программы учёта все сведения об истице. При этом Судебная коллегия исходила из того, что порядок рассмотрения требований истицы регулируется не только ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи, но и абз. 2 ст. 5 Закона № 4866-1, устанавливающим 3-месячный срок обжалования. Этот срок истицей не был пропущен.

Аналогичное обоснование приведено Судебной коллегией по гражданским делам Новосибирского облсуда (апелляционное определение от 27 февраля 2014 г. по делу № 33-1684/2014), признавшей ошибочным вывод суда первой инстанции о пропуске Д. месячного срока. Коллегия указала, что истец просил признать незаконным заключение врачебной комиссии

областного наркодиспансера, т.е. оспаривал действия должностных лиц учреждения здравоохранения, связанные с постановленным в отношении него заключением при отсутствии для этого фактических оснований. Порядок рассмотрения таких требований регулируется Законом № 4866-1, который устанавливает для обжалования решений учреждений 3-месячный срок.

В то же время прямо противоположное решение по аналогичному делу вынесла Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Республики Саха (Якутия). Она признала правильным отказ суда первой инстанции в удовлетворении иска Н. А. к Нерюнгринской ЦРБ в части требований об оспаривании выписного эпикриза. Основанием для отказа послужил пропуск истцом установленного ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи месячного срока обжалования (апелляционное определение от 23 апреля 2014 г. по делу № 33-1314/14).

Закон № 4866-1 утратил силу с 15 сентября 2015 г. в связи с введением в действие КАС РФ. Дела по ст. 47 Закона о психиатрической помощи стали рассматриваться по правилам главы 22 КАС РФ “Производство по административным делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, иных органов, организаций, наделённых отдельными государственными или иными публичными полномочиями, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих”. Часть 1 ст. 219 КАС РФ устанавливает, что административное исковое заявление может быть подано в суд в течение 3 месяцев со дня, когда гражданину стало известно о нарушении его прав, свобод и законных интересов.

Таким образом, противоречие между Законом о психиатрической помощи и процессуальным законом в части сроков обжалования продолжает сохраняться. Ответ на вопрос о том, какой из законов имеет большую юридическую силу, не вполне очевиден.

1.

Прежде всего, обратим внимание на то, что по правилам главы 22 КАС РФ рассматриваются дела, в которых административным ответчиком выступают:

- организаций (в нашем случае медицинские организации — больница, клиника, диспансер, лечебный центр, ПНИ и т.д.);
- должностные лица (к ним относятся: главный врач, иной руководитель медорганизации, организации социального обслуживания, их заместители, заведующий отделением, кабинетом, лабораторией или иным структурным подразделением, главная медсестра, врачи-психиатры, если они наделены публичными полномочиями, организационно-распорядительными функциями).

Из этого следует, что 3-месячный срок обжалования касается случаев, когда жалоба подаётся на действия (решение) организации как юридического лица

(включая заключение или решение врачебной комиссии организации) или должностного лица этой организации.

Так, Юрьевецкий районный суд Ивановской области (решение от 24 февраля 2016 г. по делу № 2а-233/2016) рассмотрел административное исковое заявление Мелентьева А. Ю. о признании незаконными действий участкового врача-психиатра ОКПБ “Богородское” по постановке его на консультативный учёт и возложении обязанности снять с данного учёта.

Возражая против иска, сторона ответчика заявила, что истцом пропущен месячный срок, предусмотренный ст. 47 Закона о психиатрической помощи. Однако суд в своём решении указал, что истцом не оспариваются действия врача-психиатра Липиной Е. Ю. как ущемляющие его права и законные интересы при оказании ему психиатрической помощи, а оспариваются действия Липиной как должностного лица учреждения здравоохранения, связанные с оформлением в отношении него меддокументации и взятии на консультативный учёт. Поэтому порядок рассмотрения требований Мелентьева регулируется КАС РФ, ч. 1 ст. 219 которого для обжалования действий (решений) учреждений и должностных лиц устанавливает 3-месячный срок.

Следовательно, месячный срок распространяется на случаи обжалования действий врачей (не должностных лиц), всех остальных медицинских и иных работников (в т.ч. среднего и младшего медперсонала) организации.¹ Такое обжалование будет производиться уже не по правилам главы 22 КАС РФ, а в рамках иного вида производства, прямо не описанного в Законе о психиатрической помощи. Обычно в рамках искового производства по правилам ГПК РФ.

Сроки подачи иска и принципы их применения установлены нормами ГК РФ. Они отличаются от тех, что предусмотрены, как КАС РФ, так и Законом о психиатрической помощи. Общий срок исковой давности согласно п. 1 ст. 196 ГК РФ составляет 3 года. Для отдельных видов требований законами могут устанавливаться специальные сроки исковой давности, сокращённые или более длительные по сравнению с общим сроком. Это правило записано в п. 1 ст. 197 ГК РФ. Однако рассматриваемые нами правоотношения не относятся к таким “отдельным видам требований”, поскольку срок в 3 года касается подачи иска в связи с нарушением имущественных прав граждан. А ст. 47 Закона о психиатрической помощи предусматривает обжалование действий, которые нарушили не имущественные, а личные неимущественные права гражданина. То есть речь идёт не о возмещении материальных убытков действиями, например, сестры-хозяйки, а о восстановлении нарушенного права и в ряде слу-

¹ См. Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников (утв. приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н).

О сроках обжалования действий по оказанию психиатрической помощи

чае о компенсации морального вреда пациенту. В таких случаях надо руководствоваться положениями ст. 208 ГК РФ, согласно которой исковая давность не распространяется на требования о защите личных нематериальных прав и других нематериальных благ, а также на требования о возмещении вреда, причинённого жизни или здоровью гражданина. Суды с этим соглашаются.

Таким образом, действия медработника, иного специалиста, не обладающего признаками должностного лица, обжалуются:

- по правилам п. 1 ст. 196 ГК РФ (в срок 3 года) и ГПК РФ, если истец требует возместить причинённый ему материальный ущерб;
- по правилам ст. 208 ГК РФ (при отсутствии срока давности) и ГПК РФ, если истец требует признать действия медработника незаконными, пресечь действия, нарушающие право (или создающие угрозу его нарушения), обязать совершить действия по восстановлению права и (или) компенсировать моральный вред. Месячный срок обжалования, установленный ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи, в данный порядок не вписывается.

Хотя иски к медсёстрам, санитарам и специалистам (не медработникам) подаются не так часто, этот вопрос нуждается в чёткой правовой регламентации. Чтобы преодолеть указанную правовую неопределённость, гражданам целесообразно в своих исках предъявлять требования не только к отдельным медработникам или специалистам, нарушившим их права, но одновременно формулировать требования к:

- должностным лицам медорганизаций (если они имели отношение к совершению действий, нарушивших права пациента, либо если они в ответ на жалобу пациента признали действия своих подчинённых правомерными) либо
- медорганизациям в целом (как юридическим лицам), в которых данные работники исполняют свои обязанности.

То есть в исковом заявлении следует указывать должностное лицо либо медорганизацию в качестве второго ответчика. Тогда иск будет рассматриваться в порядке главы 22 КАС РФ, и у гражданина в запасе должно быть 3 месяца. Более надёжный путь — сразу указывать медорганизацию в качестве второго ответчика. Необходимость в этом вытекает из судебной практики и некоторой пробельности главы 22 КАС РФ, в частности ст. 221, в которой под должностным лицом понимается должностное лицо органа власти. О должностном лице организации в нормах не упоминается. По этой причине суды могут не признать врача должностным лицом и отказать в удовлетворении иска.

Если податель административного иска неверно определит ответчика, в ходе рассмотрения дела суд может признать медработника (специалиста) ненадлежащим ответчиком, и должностное лицо либо медорганизация станет единственным административным ответчиком по делу. Медорганизация несёт ответственность за незаконные действия персонала. Обжалование действия конкретного работника — это фактически обжалование действия организации.

2.

Следующее, что нужно определить, какой именно срок должен соблюдаться при обращении в суд с жалобой на действия организаций и их должностных лиц: 1 месяц по ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи или 3 месяца в соответствии с ч. 1 ст. 219 КАС РФ? Для ответа на данный вопрос обратимся к судебной практике.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Свердловского облсуда (определение от 25 января 2011 г. по делу № 33-906/2011) оставила без удовлетворения кассационную жалобу Волобуева Д. С. на решение суда первой инстанции. Суд отказал в удовлетворении его заявления об оспаривании решения врачебной комиссии ПНД, являвшегося отделением ПБ № 7, и возложении обязанности устраниТЬ допущенное нарушение, сославшись на пропуск срока обращения в суд.

Решением врачебной комиссии от 13 августа 2010 г. Волобуеву было отказано в выдаче заключения об отсутствии психиатрических противопоказаний для управления транспортным средством. Волобуев получил данное решение в день его принятия и полагал, что действия должностных лиц врачебной комиссии ограничили его право на допуск к сдаче экзамена на право управления транспортным средством. Решение комиссии он считал необъективным, принятым без проведения оценки состояния его здоровья и основанным лишь на сведениях из военного билета об ограничении годности к военной службе по состоянию здоровья (Волобуев был освобождён от службы в армии "из-за психических отклонений"). По его мнению, действия врачей свелись к поверхностному опросу и 30-минутному обследованию, хотя комплексное обследование должно было занять 2 – 3 часа. Наличие поставленного ему диагноза Волобуев не оспаривал, однако не понимал, чем именно имеющееся у него заболевание препятствует допуску к управлению транспортным средством.

26 августа 2010 г. Волобуев обратился в Управление здравоохранения г. Н. Тагила с жалобами на решение врачебной комиссии. Жалобы переправили для разрешения в ПБ № 7, откуда он получил ответ об отказе в их удовлетворении.

Лишь 12 ноября 2010 г. Волобуев обратился с заявлением в суд. Представитель больницы в суде заявила о пропуске без уважительных причин срока для обжалования. Она указала, что к Волобуеву был применён индивидуальный подход, диагноз был поставлен в 2002 г., и он его не обжаловал ни тогда, ни сейчас. Диагноз его устраивал, т.к. позволял не служить в армии.

В кассационной жалобе Волобуев ссылался на нарушение судом норм процессуального права. Он считал неправильным вывод о пропуске срока обращения в суд, поскольку предусмотренный ч. 1 ст. 256 ГПК РФ срок (3 месяца) им был соблюден, а правило ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи о месячном сроке применению не подлежало. Волобуев считал также необоснованным отклонение судом его ходатайства о восстановлении пропущенного месячного срока, поскольку он пропустил этот срок ввиду ожидания ответа на свою обращение в Управление здравоохранения г. Н. Тагила, в т.ч. по поводу невыдачи ему копий меддокументов, без которых было невозможно оспорить решение врачебной комиссии в судебном порядке.

Судебная коллегия пришла к выводу, что решение врачебной комиссии могло быть обжаловано в течение 1 месяца со дня, когда Волобуеву стало известно о наличии такого решения. Волобуев же подал жалобу в суд спустя почти 3 месяца, и наличие уважительных причин пропуска этого срока не доказал. Обращение с жалобами в Управление здравоохранения не препятствовало и не могло препятствовать его обращению в суд.

Судебная коллегия призвала учитывать, что при коллизии норм материального и процессуального права применяется норма материального права, а при коллизии общей и специальной норм — специальная норма. И поскольку ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи в отличие от ч. 1 ст. 256 ГПК РФ является нормой материального права, а также специальной нормой, при разрешении вопроса о сроке обращения в суд по поводу оспаривания решения врачебной комиссии необходимо руководствоваться положениями Закона о психиатрической помощи, а не ГПК РФ.

Кроме того, Судебная коллегия приняла во внимание то обстоятельство, что на момент вынесения судебного решения Закон о психиатрической помощи действовал в редакции Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 203-ФЗ, а ГПК РФ — в редакции Федерального закона от 23 июля 2010 г. № 178-ФЗ. Следовательно, названный закон имеет приоритет и как действовавший в более поздней редакции.²

Следуя логике Судебной коллегии, можно заключить, что ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи как норма материального права и одновременно специальная норма (норма, которая специально предназначена для регулирования данных правоотношений) сохраняет свой приоритет и перед нормами главы 22 КАС РФ, являющимися нормами процессуальными и общими. Действительно в случае коллизии между различными законами равной юридической силы *приоритетным признаётся закон, который специ*

*ально предназначен для регулирования соответствующих отношений.*³

Необходимо также иметь в виду, что согласно ст. 76 Конституции РФ и теории права кодексы, к которым относятся ГПК и КАС РФ, являются федеральными законами, и имеют равную юридическую силу с другими федеральными законами, в т.ч. Законом о психиатрической помощи.⁴ В этом плане правило о сроках обращения в суд, предусмотренное КАС РФ, не имеет приоритета перед правилом, сформулированным в Законе о психиатрической помощи.

С другой стороны, на сегодняшний день КАС РФ, принятый в 2015 г., должен иметь преимущества перед Законом о психиатрической помощи, принятым в 1991 г. В случае коллизии между различными законами равной юридической силы *приоритетным признаётся последующий закон.*⁵

В пользу того, что **срок судебного обжалования действий медицинских организаций, должностных лиц, врачебных комиссий по оказанию психиатрической помощи должен составлять не 1, а 3 месяца**, можно привести и ещё один аргумент. Это правовая позиция Конституционного Суда РФ, выраженная им в Определении от 2 марта 2006 г. № 54-О (по вопросам приоритетности норм УПК РФ). В нём указано, что “*о безусловном приоритете норм последующего закона и закона, который специально предназначен для регулирования соответствующих отношений, не может идти речь в случаях, когда в иных помимо УПК РФ, закрепляющего общие правила уголовного судопроизводства, законодательных актах устанавливаются те или иные дополнительные гарантии прав и свобод*”. Иными словами, “главнее” будет тот законодательный акт, который устанавливает дополнительные гарантии прав и свобод. В нашем случае это тот федеральный закон, который предусматривает более продолжительные сроки для защиты гражданами своих прав и законных интересов, т.е. КАС РФ (глава 22). В иных случаях, например, касающихся присутствия пациента в судебном заседании при решении вопроса о его недобровольной госпитализации, “главнее” будет не КАС РФ, а, наоборот, Закон о психиатрической помощи, поскольку он, в отличие от КАС РФ, не допускает заочного судебного разбирательства.

² Последний из доводов Судебной коллегии представляется некорректным. Упомянутый Закон № 203-ФЗ касался изменения редакции ст. 22, а не ст. 47 Закона о психиатрической помощи. Часть 2 ст. 47 не меняла своей редакции с момента принятия Закона о психиатрической помощи. То же самое можно сказать и применительно к Закону № 178-ФЗ, который редакции ст. 256 ГПК РФ не изменил.

³ См. Определение Конституционного Суда РФ от 2 марта 2006 г. № 54-О.

⁴ Безусловным приоритетом над Законом о психиатрической помощи мог бы обладать не просто федеральный закон, а федеральный конституционный закон. В свою очередь, сам Закон о психиатрической помощи имеет безусловный приоритет над законами субъектов РФ.

⁵ См. Определение Конституционного Суда РФ от 2 марта 2006 г. № 54-О.

О сроках обжалования действий по оказанию психиатрической помощи

Подытожим сказанное правилом, сформулированным Конституционным Судом РФ в Определении от 8 ноября 2005 г. № 439-О: “Разрешение в процессе правоприменения коллизий между различными правовыми актами должно осуществляться исходя из того, какой из этих актов предусматривает больший объём прав и свобод граждан и устанавливает более широкие их гарантии”. Понятно, что для граждан, считающих себя пострадавшими от действий психиатров, более продолжительный срок для обращения в суд может расцениваться в качестве “более широкой гарантии” прав граждан при оказании психиатрической помощи.

В целях преодоления правовой неопределенности в регулировании вопроса о сроках обжалования действий по оказанию психиатрической помощи, а также с учётом отсутствия единства по данному вопросу со стороны судебных инстанций граждане могут следовать следующим рекомендациям:

1) укладываться в месячный срок, предусмотренный ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи, обжалуя действия, ущемляющие права и законные интересы, параллельно в судебном и внесудебном порядке;

2) в случае, если месячный срок пропущен без уважительных причин, предъявить административный иск, ссылаясь при этом на ч. 1 ст. 219 КАС РФ, устанавливающую 3-месячный срок обжалования (в этом случае срок рассмотрения дела составит 10 дней);

3) при пропуске без уважительных причин 3-месячного срока обжалования, установленного КАС РФ, подать иск по правилам ГПК РФ, не устанавливающего срока давности для защиты личных неимущественных прав (в этом случае дело будет рассмотрено в течение двух месяцев).

Если гражданин, пропустивший срок обжалования, представит доказательства уважительности причин пропуска срока, то орган или должностное лицо, рассматривающее жалобу, может восстановить пропущенный срок (ч. 3 ст. 47 Закона о психиатрической помощи). Если нарушение прав гражданина произошло в период его пребывания в психиатрическом стационаре и было связано с применением к нему тех или иных ограничительных мер, то доказать уважительность причины пропуска срока несложно. Само применение таких мер (ограничение права пользоваться телефоном, встречаться с адвокатом, работнику госюрбюро, возможности направления жалобы в суд), а также длительное нахождение под действием медицинских препаратов обуславливают затруднённость или невозможность адекватной оценки происходящего и своевременного обращения пациента за защитой своих прав. Ранее действовавший Закон № 4866-1 уважительной причиной считал любые об-

стоятельства, затруднившие получение информации об обжалованных действиях (решениях) и их последствиях.

Гражданину, обжалующему действия психиатров, важно также доказать (по датам) момент, когда ему стало известно о совершенных в отношении него действиях (принятое решение). Ведь именно с этого момента начинает течь срок обжалования. Если гражданин не сможет доказать, что именно в этот момент ему стало известно о действии (решении) и о том, что оно нарушило его права и законные интересы, суд может по своему усмотрению определить дату начала течения срока давности и, возможно, откажет гражданину в удовлетворении его требований по причине пропуска этого срока.

Так, в упоминавшемся выше решении Юрьевецкого районного суда Ивановской области по иску Мелентьева А. Ю. к участковому врачу-психиатру ОКПБ “Богословское” суд указал, что истец не представил доказательств того, что именно в указанное им время он узнал о нарушении своих прав (постановке на консультативный учёт). Суд посчитал, что срок для обжалования следует исчислять не с указанной истцом даты, а со дня обращения истца за психиатрической помощью. В этот день Мелентьев дал согласие на освидетельствование, что подтверждается его подписью, а также в этот день ему был поставлен диагноз.

Такая позиция суда представляется не вполне обоснованной. В день освидетельствования и установления диагноза пациенту могли не сообщить о постановке его на “консультативный учёт”, хотя бы потому, что такой “учёт” не легитимен.

На определение момента, с которого начинает течь срок обжалования, может повлиять и различие формулировок законодательных актов. Статья 47 Закона о психиатрической помощи говорит о “дне, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих права...”, а ч. 1 ст. 219 КАС РФ — “о дне, когда лицу стало известно о нарушении его прав...”. По нашему мнению, оба закона имеют в виду одну и ту же “точку отсчёта”. Совершение действий (формулировка ст. 47) и нарушение прав (формулировка КАС) — равно временные понятия. Пациент узнаёт не просто о совершении того или иного действия, смысл которого не осознаёт. Он узнаёт о действии, сразу оценивая его как ущемляющее его права. То есть, узнавая о действии, он узнаёт о нарушении прав. Вместе с тем, в некоторых случаях пациент, осознавая смысл и последствия совершенного действия (принятое решения, выданного заключения), может в силу незнания или плохого владения русским языком, юридической неграмотности не осознавать, что ущемлены его права. Такое осознание может прийти, например, после консультации с юристом. Гражданин может осознать факт нарушения его прав после того, как “проявятся” негативные для него по-

следствия совершённых психиатрами действий. Тогда о “нарушении его прав” пациенту “станет известно” несколько позднее того дня, когда были совершены уже известные ему действия.

Эти обстоятельства должны быть приняты во внимание при решении вопроса о восстановлении пропу-

щенного срока обжалования. Не может рассматриваться в качестве уважительной причины пропуска срока доводы гражданина о том, что он потратил это время на обращения с жалобами в психиатрическое учреждение, с действиями которого не согласен, прокуратуру, другие организации.⁶

⁶ См., например, решение Советского районного суда г. Улан-Удэ от 6 октября 2010 г.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

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

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

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

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

Заказать книги можно по электронной почте: info@npar.ru

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Воскрешение советского подхода в судебно-психиатрической практике в отношении общественной опасности

Не прошло и четверти века, как — казалось бы неизгладимая — позорная практика использования психиатрии в политических целях, беспрецедентная по масштабам в истории мировой психиатрии, информация о которой должна была бы войти во все учебники отечественной психиатрии, начинает возвращаться.

Вся 28-летняя деятельность нашей Ассоциации, сам импульс ее возникновения, были посвящены анализу определяющих факторов возникновения использования психиатрии в политических целях, препятствование которым стало ее приоритетами. Из трех основных факторов — собственно профессионального, правового и административно-государственного, — в наших возможностях был только первый. А здесь следует постоянно бороться за профессиональную независимость, приоритет логики и критического мышления. Судебная психиатрия всегда находилась на передовой в отношениях с властью, прессинг которой даже самой общественной атмосферой искривлял решения в сторону прогосударственного политического курса. Тем важнее сохранить академическую непредвзятость, держаться чисто профессиональных критерии и понятийного аппарата, если есть претензия называться **научной** дисциплиной.

Когда в законодательстве появляются статьи типа “клеветы на советскую власть”, “экстремистских высказываний”, “оскорблений чувств верующих” и т.п., к психиатрам попадают люди, с которые бы они иначе никогда не встретились. Некоторые из них, действительно люди с психическими расстройствами. Казалось бы, простая вещь: общественная опасность с точки зрения правящего режима и его судебной системы в текущий период времени часто не сопровождается общественной опасностью с психиатрической точки зрения. Это не тождественные явления. Человек, который привлечен к уголовной ответственности, если у него квалифицировано психическое расстройство, будучи экстульпирован, целиком попадает под психиатрическое определение общественной опасности. Проклятия и оскорбления в адрес власти и т.п. с психопатологической точки зрения опасностью не являются, иначе психиатрия — не научная дисциплина, а флюгер власти. Но даже для власти намного рациональнее толерантность к критике, а не борьба с ней.

В представленном здесь конкретном случае, как и в резонансном деле Михаила Косенко, эксперты высказались за помещение психически больного человека в стационар специализированного типа с интенсивным

наблюдением (т.е. самый строгий из 4 возможных вариантов принудительного лечения) за публичное высказывание, превращая тем самым себя из профессионалов-психиатров в полицейских, подтверждая и укрепляя антипсихиатрическую риторику относительно карательной функции психиатрии. Этому посвящена наша программная статья “Только психопатологически выводимая опасность — предмет психиатрии” на сайте Ассоциации. Политическая цензура — не дело психиатров. Это одно из отличий громкого дела Брейвика с его фашистским манифестом в Норвегии и “русского Брейвика”, манифест которого изобличает психически больного, хотя он таковым признан не был (НПЖ, 2013, 3).

Когда эксперты, ориентируясь на понимание общественной опасности следствием, рекомендуют режим содержания, исходя целиком из характера совершенного правонарушения, а не психопатологического состояния, они оправдывают обозначение психиатрии “карательной”.

**Заключение специалистов,
психиатра и психолога
на заключение комплексной судебной
психолого-психиатрической комиссии экспертов
по А. А., 1974 г. рожд.**

Настоящее заключение составлено по запросу адвоката З.

на основании предоставленных ксерокопий:

1) заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 2017 г., проведшей первичную амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в НПБ № 1;

2) заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов) от 2015 г., проведшей первичную амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в НПБ № 2,

для ответа на вопросы:

1) является ли заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов НПБ № 1 от 2017 г. на А. А. всесторонним, полным и научно-обоснованным?

2) нуждается ли А. А. в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением?

Согласно ст. 8 Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, “Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, ... всесторонне и в полном объеме”. Однако заключение комиссии экспертов нельзя признать ни всесторонним, ни полным, ни научно обоснованным.

Заключение экспертов написано на 9,5 листах, из которых 5,5 занимает констатирующая часть, описание психического состояния при освидетельствовании — всего 2/3 страницы, психодиагностическое исследование — 1,3 страницы и всего 2/3 страницы — ответы на 9 вопросов и их обоснование: 1/3 страницы — ответы на 2 вопроса эксперта-психолога и 1/3 страницы — ответы на 8 вопросов, адресованных экспертам-психиатрам. Такое краткое обоснование ответов на вопросы совершенно недопустимо.

Хотя констатирующая часть представлена достаточно подробно для возможности увидеть альтернативные варианты ответов на заданные вопросы, в ней имеется множество признаков тенденциозности, например, в раскачивании трактовок следствия, сосредоточенных на совершенно другом аспекте рассмотрения: как коронный факт следствием преподносится обнаружение у подэкспертного пистолета с подробнейшим описанием различных совершило бесполезных деталей и без указания на то, что это — боевое огнестрельное оружие или травматическое оружие или пугач, и только подэкспертный сообщает, что это сигнальный шумовой пистолет. Однако в дальнейшем это никак не обсуждается.

Про подэкспертного известно, что его отец лечился у психиатров, в том числе длительно, принудительно, по политическим статьям. Младший брат безволовен, пассивен. Подэкспертный неоднократно получал черепно-мозговые травмы с потерей сознания из-за драчливости в детстве и увлечения экстремальными видами спорта. С детства отличался неусидчивостью, невнимательностью, повышенной возбудимостью, уже в 4-х летнем возрасте консультирован психиатрами. Диагнозы:

в 4 года — синдром гипервозбудимости на фоне отягощенной наследственности;

в 6 лет — невротическое развитие личности;

в 9 лет — невроз навязчивых состояний (при этом в 11 лет занял первое место в математической олимпиаде);

в 14 лет — психопатическое формирование личности по шизоидному типу;

в 20 лет — шизофrenия, параноидная форма, непрерывное течение, параноидный синдром;

в 29 лет — шизофrenия юношеская, непрерывное течение с психопатоподобными проявлениями (?), шизотипическое расстройство личности (?);

в 30 лет — шизотипическое психопатоподобное расстройство личности (?), шизофrenия вялотекущая (?);

в 31 год — шизофrenия, параноидная форма, непрерывное течение, параноидный синдром, формирующийся эмоционально-волевой дефект;

в 31 год, спустя 9 месяцев — шизофrenия параноидная, непрерывное течение, паранойяльный синдром с элементами парофrenизации, выраженный психопатоподобный дефект, определена вторая группа инвалидности;

в 43 года, т.е. сейчас — эксперты ставят диагноз “шизофrenия, параноидная форма, непрерывный тип течения, параноидный синдром на фоне эмоционально-волевого снижения”.

Как же эксперты-психиатры описывают психический статус А. А.? Какая психопатологическая симптоматика ими выявлена? Что останавливает их внимание? “Цель освидетельствования осмысливает. В поведении спокоен. Эмоционально слажен. Во время общения пристально смотрит на собеседника. Многословен, соскальзывает в резонерство, мышление аутистическое, с паралогическими суждениями. Подчеркивает 10 лет безаварийного водительского стажа”. Далее эксперты пересказывают изложение А. А. эволюции своих взглядов, в которых неизменной была неподдельная преданность Президенту, которому он неоднократно писал письма. Отмечаются нарушения критических и прогностических способностей, бредовые идеи предвидения, идея реформаторства.

Между тем, только снижение критических и прогностических способностей с нарушениями мышления находят явственное подтверждение в приводимых пересказах высказываний подэкспертного. Бредовыми идеями предвидения эксперты называют широко распространенные ходячие мрачные прогнозы, называть которые бредовыми можно только в обыденском просторечии. “Идея реформаторства” — просто неравнодушное отношение к этому будущему. Использование экспертами категории “бред” носит непрофессиональный характер, поскольку бред — это (согласно наиболее авторитетному трехтомному “Энциклопедическому словарю медицинских терминов”, т. 1, с. 160 – 161) “совокупность идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и не корректируемых при разубеждении и разъяснении”, а “параноидный бред — общее название различных форм бреда с идеями неблагоприятного воздействия на больного извне; включает бред преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба и т.п.”. “Паранойяльный бред — систематизированный первичный бред, протекающий при ясном сознании без галлюцинаций, иллюзий и аффективных расстройств”. А. А. держался совершенно открыто, откровенно, без всякой оглядки на возможные последствия такой манеры, т.е. без всякой критики и прогноза своих действий, но не по бредовому типу, а по органическому изменению личности, исходно психопатической или — вполне возможно — шизотипической, как неоднократно в прошлом квалифицировался его диагноз.

Диагноз параноидной шизофрении был впервые поставлен в 1994 г. при прохождении военно-врачебной экспертизы на основании подозрительности и уверенности в недоброжелательном отношении окружающих к себе, а также “бреда изобретательства” в отношении не только вечного двигателя, но и вполне разумной идеи лечить наркоманов прыжками с парашютом, причем на основании собственного опыта преодоления своих навязчивостей, как и прижиганиями — оба принципа с давних пор используются в психиатрии. Был освобожден от службы в армии. Действительно, судя по описаниям, речь шла о неврозоподобной или психопатоподобной шизофрении, которая, как и выставлявшаяся ему вялотекущая шизофрения, вынесены в МКБ-10 в самостоятельный кластер шизотипического расстройства. Такой диагноз не вызывает возражений.

Эксперт-психолог отметил и квалифицировал выраженные шизоидные черты личности, но суду важно знать, что общепринятым в психиатрии положением является безотносительность шизоидного расстройства личности к шизофрении.

Однако, оспаривание диагноза не имеет в данном конкретном случае юридического смысла, так как и альтернативный диагноз “малопрогредиентной вялотекущей шизофрении или шизотипического расстройства личности” по Международный классификации болезней 10-ого пересмотра, официально принятой в Российской Федерации, привел бы к тому же выводу об отсутствии в период инкриминируемых А. А. деяний способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Эксперт-психолог, описывая индивидуально-психологические особенности А. А., заканчивает выводом о том, что они “лишили его способности правильно понимать фактический характер и общественную опасность своих действий”. Такой вывод мог сделать только эксперт-психиатр, поскольку неспособность понимать фактический характер или общественную опасность своих действий возникает “вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики”. Таким образом, эксперт-психолог вышел за пределы своей компетенции, она должна была ограничиться тем, что индивидуально-психологические особенности А. А. “оказали существенное влияние на его поведение в ситуации инкриминируемых ему деяний”, как сделал психолог экспертной комиссии 2015 г.

Мы вынуждены указать на полную несостоятельность вывода экспертов-психиатров относительно общественной опасности А. А., как грубо противоречащего всему массиву констатирующей части заключения экспертов относительно поведения А. А. на протяжении жизни и их собственному заключению о выраженном эмоционально-волевом дефекте. А. А. социально адаптирован, женат, на хорошем счету на

работе. Вменяемые ему побуждения к терроризму (в том числе в форме призыва), обращения к террористам направить “карающий меч”, т.е. покарать, наказать, “не мирных людей”, а представителей “высшего эшелона власти” России, являются наивными, лишенными малейшей действенной силы, сотрясениями воздуха: террористы и без него хорошо понимают, что сеять панику легче, убивая невинных мирных граждан. Его призывы фактически направлены на обуздание худших проявлений терроризма, поскольку призывать террористов перенаправить свои акты с масс мирных граждан на первых лиц, значит минимизировать число жертв и безмерно упростить предупреждение и борьбу с этими актами, не говоря уже о наивности и полном бессилии таких призывов. Эксперты даже не заканчивают оценочные, тенденциозные и неадекватные в самом их лексическом выборе трактовки следствия. Они механически переписывают их и присоединяются к ним, утверждая, что в ролике А. А. “содержатся публичные призывы к осуществлению террористической деятельности и публичное оправдание терроризма”. Все политические заявления А. А., цитируемые экспертами, — заурядные рутинные слоганы, выкрикиваемые тысячами людей на оппозиционных шествиях в Москве и других городах, выкрикиваемые с полным правом на свободу мнений. Поэтому вменяемая следствием, а за ним экспертами, А. А. общественная опасность похожа на попытку легкого выполнения плана, а не серьезную борьбу с настоящим терроризмом и террористами.

Представленное суду заключение комиссии экспертов, амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы от 2017 г., проведенной в НПБ № 1, не учитывает, что за полтора года до этого по сходному делу уже проводилась такая же экспертиза НПБ № 2. Тогда против А. А. возбуждалось уголовное дело в связи с созданным им видеороликом с якобы “угрозой убийством” судье, отказавшей ему в иске к “Фонду информационной демократии”. На поверхности была видна ошибочная трактовка: речь шла о варианте проклятия (“Силой, данной мне планетой Земля, приговариваю ее к скоропостижной смерти или иному аналогичному воздаянию; решение окончательное и обжалованию не подлежит”). Это все равно, что принять иск о наведении порчи, хотя такие случаи уже бывали. Заключение экспертизы, проведенной в 2015 г., было написано на явственно более высоком профессиональном уровне: это касается как констатирующей части, так и основательности обоснования ответов на заданные вопросы. Эксперты этой комиссии соглашаются со здравой оценкой видеоролика А. А. как демонстративным проклятием, а не угрозой убийством. Только глубоко суеверный человек может расценить предрекаемое пожелание как акт, равносильный его реальному осуществлению. Поэтому эксперты, проводившие экспертизу в 2015 г., не сочли это проклятие угрозой убийством и, оценивая подэкспертного жестче, чем эксперты по-

следней экспертизы, тем не менее, резонно рекомендовали “принудительное наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства”, а суд вынес постановление о прекращении уголовного дела и отказе в применении мер медицинского характера.

Отправлять очевидным образом душевнобольного человека за высказывание своих мнений на принудительное лечение в самые тяжелые условия стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением вместе с настоящими убийцами и насильниками совершенно неадекватно и противоречит исконным и общепринятым принципам медицинской профессии. Понимание “общественной опасности” на советский лад ставит под очередной легко прогнозируемый удар репутацию российской психиатрии.

Психопатологический статус А. А. и его динамика, представленные в констатирующей части заключения, дают полное основание для совершенно другого вывода: А. А. не нуждается в принудительных мерах медицинского характера в стационарных условиях общего типа, не говоря уже о специализированном стационаре с интенсивным наблюдением. Любые медикаментозные меры при его диагнозе бесполезны, хотя он сам попросил антитревожный антидепрессант амитриптилин. Помочь может только длительная психотерапевтическая и социотерапевтическая помощь в условиях дневного стационара при сохранении его рабочего места, как важнейшей части социальной реабилитации. Рекомендуемое экспертами лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением принесет только грубый вред здоровью А. А.

Итак, не оспаривая диагноз экспертов-психиатров и их вывод относительно неспособности А. А. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в период инкриминируемых ему деяний и руководить ими, невозможно не выразить решительного несогласия с рекомендацией экспертов направить А. А. на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением, в силу его необоснованности и несовместимости с имеющимися данными. В заключении экспертов, как психиатров, так и психолога, неоднократно подчеркивается, что А. А. не мог понимать общественной опасности своих действий, но нет ни одного примера, ни одного упоминания о реальных поведенческих действиях, являющихся проявлением такой опасности, не говоря уже о непосредственной физической опасности. Проявлением опасности названо мнение, высказанное публично, оно приравнено к самым тяжелым действиям. Помимо чисто советского понимания опасности это вступает в грубое противоречие с диагнозом экспертов, где говорится о выраженному дефекте. Но в психиатрии общеизвестно, что этот дефект касается, прежде всего, и по преимуществу, волевой сферы, т.е. неспособности или резко сниженной способности

превратить свое понимание в действия, довести их до действительного, а не словесного осуществления.

Таким образом, заключение экспертов характеризуется:

полным отсутствием целых разделов заключения, предписанных специальной Инструкцией по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной Приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. N 401, и самого важного из них — полноценного обоснования делаемых выводов;

полным отсутствием конкретных примеров, которые бы демонстрировали признаки параноидного бреда и — самое главное — проявления какой-либо действенной поведенческой агрессии;

грубым противоречием вывода об опасности А. А. с наличием у него эмоционально-волевого дефекта, который исключает претворение вербальных заявлений в реальные поведенческие акты,

и полным стиранием в понимании общественной опасности различия между реальными агрессивными и деструктивными действиями, также пресловутыми призывами к террористическим актам, и обращением к террористам с призывом обратить свои действия не на толпы мирных граждан, а на отдельных руководящих персон, что является несомненными благом, так как защиту этих персон организовать просто, а защищить толпу невозможно.

Все это делает заключение экспертов бездоказательным и ставит под сомнение сделанные выводы.

Эксперты подпали под действие подробно цитируемых ими статей законов, принятых в последние годы, забывая, что это не их сфера деятельности, что как в понятии общественной опасности, так и во всех прочих положениях у них должен быть только их профессиональный аспект рассмотрения. Максимой судебной психиатрии является положение, делающее этот предмет наукой: политическая цензура не дело психиатров; только психопатологически выводимая опасность — предмет психиатрии. Только имея в виду такого рода опасность, эксперты-психиатры решают, в какого рода мерах медицинского характера нуждается подэкспертный.

Представленное заключение пассивно идет на поправку следствия, тенденциозно заданных им вопросов относительно общественной опасности. Оно не является ни всесторонним, ни полным, ни научно-обоснованным. Ответы на вопросы следствия относительно общественной опасности А. А. и, прежде всего, рекомендации о принудительном лечении в условиях психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением, лишены сколько-нибудь полноценного обоснования и не имеют научного смысла. А. А. не представляет общественной опасности и в стационарном принудительном лечении не нуждается.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

Из досье эксперта

ОТКЛИКИ И ДИСКУССИИ

Некоторые заметки о публикациях во II выпуске Независимого психиатрического журнала за 2017 г.

Речь идет о двух публикациях: клиническом разборе “Психическое расстройство у ВИЧ-инфицированной пациентки”, представленном В. Б. Яровицким, Э. Ю. Холодовым и И. В. Павловой, и описании клинического случая “Алкогольный делирий, возникший у больного, страдающего параноидной формой шизофрении”, приведенного Т. И. Немковой и А. Г. Гофманом.

Эти публикации привлекли мое внимание тем, что, несмотря на заметные отличия в проявлениях психических расстройств у обсуждаемых в них больных, они в значительной степени касаются сочетанных форм психической патологии, невольно тем самым лишний раз подтверждая нашу позицию о том, что эти формы представляют клиническую реальность, и их необходимо выделить в самостоятельную группу психических заболеваний.

Данные формы имеют свои клинико-динамические закономерности, которые прослеживаются и в описаниях рассматриваемых случаев. Среди них: полиморфизм клинической картины, не укладывающейся в рамки классически выделяемых психических заболеваний, создающий заметные диагностические трудности; наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям, из-за чего неоднозначна их трактовка разными специалистами; своеобразие их динамики, когда на разных этапах болезненного процесса превалируют либо микшируются проявления того или иного заболевания; взаимовлияние проявлений сочетанных заболеваний в сторону их смягчения, либо чаще утяжеления.

Прежде я уже неоднократно писал, а сейчас еще раз повторю, что сочетанные формы психических заболеваний представляют одну из **парадоксальных** проблем психиатрии. С одной стороны — она как бы существует — по крайней мере, мне не известны суждения, прямо отрицающие ее. При этом в пользу кли-

нической реальности данной патологии убедительно говорят и приведенные выше публикации. С другой — ей в психиатрии уделяется крайне мало внимания, что может говорить о ее якобы незначительности, и, следовательно, косвенном отрицании ее.

Отсутствие должного внимания к сочетанной патологии убедительно иллюстрирует тот факт, что она даже не упоминается в Национальном руководстве по психиатрии (2009 г.). А основной диагностический инструмент психиатрии (МКБ-10) весьма своеобразно рассматривает ее. Согласно этой классификации, следует чисто механически разделять сосуществующие заболевания, о чем говорит комментарий к кодированию более одного диагноза: “... обычно лучше всего отметить один из них в качестве основного, а остальные в качестве вспомогательных или дополнительных”. При этом рекомендуется отдавать предпочтение диагнозу расстройств, послуживших причиной обращения пациента к врачу. Но здесь возникает ряд вопросов, говорящих о слабости и даже надуманности предлагаемого действия. К примеру, если больной со злокачественно протекающим алкоголизмом и шизофренией обратится к наркологам, то какое из них им следует оценить как главное, а какое — второстепенное?

В связи с изложенным, следует сожалеть, что, судя по подготовленному проекту МКБ-11, в ней не предусматривается рубрик, включающих рассматриваемую патологию.

В завершение хочу поблагодарить доцента В. Б. Яровицкого из Ставрополя за то, он в проводимом клиническом разборе представил психиатрической общественности меня и мои работы. Правда, почему-то сделал это в высокомерно-поучающем тоне.

Профессор Б. Н. Пивень

ПСИХОТЕРАПИЯ

XXII Консторумские чтения¹ Психотерапия и нравственность *Второе отделение*

Доклад психиатра, психотерапевта Антона Марковича Бурно “Терапия пустого усилия при эндогенных депрессиях”

Доклад А. М. Бурно был посвящен применению этого авторского подхода для помощи больным с аутохтонными расстройствами настроения легкого и среднетяжелого уровня. Автор рассматривает специфическое пустое усилие, существующее в структуре этих состояний: стремление прямым усилием улучшить собственные переживания, изменить в положительную сторону как общий аффективный тон, так и эмоциональные реакции на отдельные восприятия. Автор предлагает два технических приема для купирования названных пустых усилий: модифицированную для работы с аутохтонными переживаниями методику инверсии возможностей и специальную технику осознанности “неулучшающее осознавание”. В модифицированной методике инверсии возможностей большое значение придается психообразованию, а ключевые вопросы, с которых начинается поиск пустых усилий направлены на выявление душевной дисгармонии, непродуктивной внутренней борьбы, отсутствия “мира в душе”. “Неулучшающее осознавание” состоит в наблюдении за собственными эмоциональными реакциями на текущее восприятие окружающего и сознательном отсечении попыток улучшать эти эмоциональные реакции. Автор сообщает, что указанные приемы часто приводят к немедленному отчетливому симптоматическому улучшению аффективного состояния.

Доклад психиатра, психотерапевта Надежды Леонидовны Зуйковой “К вопросу об интеграции психотерапевтических методов в программе психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией с коморбидной алкогольной и наркологией”

Проблема коморбидности психических заболеваний и зависимости от алкоголя, наркотиков и других

психоактивных веществ в настоящее время особо актуальна в связи с масштабами этой сочетанной патологии, подтверждаемой статистикой: почти 50 % пациентов с шизофренией имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ. Актуальность поднятой темы усиливается социальной проблемностью и негативными явлениями в обществе, связанными с данной категорией населения из-за более выраженной социальной их декомпенсации и частыми общественно опасными действиями (Гофман А. Г., 2008 г.; Добропольская А. Е., 2013 г.). Многие исследователи проблемы (в том числе и зарубежные) отмечают, что пациенты с “двойным диагнозом” склонны к неблагоприятным исходам по сравнению с больными только шизофренией по следующим позициям: увеличение тяжести симптомов, увеличение частоты госпитализации, сопутствующих инфекционных заболеваний (в том числе ВИЧ инфекция), случаев насилия, виктимизации, жилищной неустроенности, увеличение случаев отказа от приема лекарств и, в целом, большей резистентности к психофармакотерапии и низкой вовлеченности в лечебный процесс (нонкомплаенс). Нередко таких пациентов называют “микстами” по аналогии с существующими в диспансерах документально оформляемыми группами “микстов” (Гофман А. Г., Паничева Е. В., 1998). Наибольшее распространение получило сочетание шизофрении и алкогольной и/или каннабиноидной зависимости (приблизительно в три раза чаще, чем в общей популяции). Сочетание алкоголизма и шизофрении имеет историческое название -Гретеровская шизофрения (K. Graeter, 1909г.). Лечение и реабилитация столь сложного контингента больных предполагает комплексный интегративный подход, сочетающий возможности различных методов и психотерапевтических направлений, что на деле сопряжено с немалыми трудностями. Понимаем, что практическое воплощение требует значительных временных и материальных затрат и участия многих специалистов. Соответственно, актуальной проблемой остается разработка гибких индивидуализированных комплексных интегративных программ, реализующих этиопатогенетический подход, но экономичных по времени, затратам и усилиям как для пациентов, так и для тех, кто старается им помочь. Это несомненно представляет собой

¹ Ежегодная научно-практическая конференция Общества клинических психотерапевтов НПА России состоялась 23 декабря 2016 г., описание первого отделения см. в НПЖ, 2017, 1.

труднейшую задачу. Присоединяясь к существующему мнению, что в нашей профессии практика зачастую опережает теорию (Макаров В. В., 2012), а также, что в отечественной психотерапии в отличие от западной, существует явное стремление к интеграции, эклектике методов и направлений. Психотерапевтический процесс выглядит порой психотерапевтической импровизацией. Это как будто музыкант играет джаз — свободный креатив и вдохновение, но все же по нотам, и композитор имеется. У джазового произведения существует название, оно может исполняться и другими музыкантами. Так и наше психотерапевтическое искусство и конкретная специальность нуждаются в очерченных методологических рамках, научно доказанных и выверенных практикой и уходящих в нее же, а не становящихся достоянием красивых теоретических гипотез и неповторимых “па”. При этом, несомненно, любой метод неизбежно преоламляется личностью психотерапевта, нередко креативно им модифицируется, но первоначальная основа и суть все же сохраняется. Известные отечественные приверженцы интегративной психотерапии: В. В. Макаров, В. Ю. Завьялов, А. А. Александров, размышляя об интеграции психотерапии, выражают и общую озабоченность. Недостатки указанной интегративной психотерапии и её принципы точно сформулировал профессор Ю. С. Шевченко: “...сугубо эклектическое и малообоснованное применение набора отдельных психотерапевтических приемов, лишенных интегрирующего стержня и направленных на разные уровни психической организации человека,...истинно интегративная психотерапия предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных базисных систем и уже на этой основе возможное объединение конкретных лечебных методов, возникших из различных теоретических и практических источников” (Шевченко Ю. С., 2012г). Как мы уже и ранее отмечали, прежде всего, клиницизм с системой клинико-психотерапевтических мишеней способен построить фундамент всех основных здесь построений интеграции (Бурно М. Е., 2012; Зуйкова Н. Л., 2014г.). Считаем, что именно при таком подходе, у нас появляется больше оснований разногласить утверждениям в духе: “Большинство методов обещают больше, чем могут осуществить, а большинство теорий имеют мало отношений к методам, которые они описывают” (Э. Гринберг; 1989). Предваряющие мои рассуждения имеют прямое отношение к теме психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией с коморбидной алкогольной и наркотической патологией. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе терапевтических средств. Думается именно игнорирование данного факта стало причиной отмечаемой исследователями гиподиагностики коморбидной патологии (Wiisthoff L. et al., 2011), низкой эффективности терапии больных с “двойным диагно-

зом” и недостаточности оказываемой наркологической помощи (Ross S., Peselow E., 2012; Wiisthoff L. et al., 2011; Софонов А., 2013). Значимость темы дополняется доказанным высоким риском соматического неблагополучия таких больных (Batki S. et al., 2009). Данные проблемы объединились в так называемый феномен “двойного пренебрежения”— игнорирование второго, третьего диагноза и самим человеком, и специалистами (Mitchell A., Malone D., 2006). Несомненно, этому способствует не только недостаточная компетентность специалистов, медперсонала (да и может ли один специалист быть высококомпетентным в психиатрии, наркологии, психотерапии и психологии?!), слабое междисциплинарное взаимодействие, но и такие клинические особенности самих больных, как анозогнозия и сниженная критика. У большинства лиц с химическими зависимостями имеются серьезные экзистенциальные проблемы, часто с утратой смысла жизни, нарушением ценностных ориентаций и мотивационной сферы. “Психотерапия должна как ключ к замку подойти личности” (Э. Кречмер). Каким же ключом должен руководствоваться врач-психиатр-психотерапевт, когда психика разлажена (расщеплена), когда плохо на душе, в теле, в семье, и когда духовный упадок до сломленности, а искажение самовосприятия и реальности патологически усилено приемом алкоголя, наркотиков? Вынуждены признать, что сегодня нам легче правильно понять таких пациентов, чем правильно лечить и помогать им жить. Необходимо всесторонне исследовать данный вопрос и делиться опытом, дабы не стоять на месте, не отстать от скоростной изощренности человеческой психопатологии. Вдохновляет опыт коллег, доказывающий, что при глубинно-психотерапевтическом общении такие пациенты оказываются “одухотворенно-тонкими и бездонно-творческими”, способными обрести хоть на время свою целостность и почувствовать себя естественным самим собой (об этом в работах М. Е. Бурно и Г. Р. Мухаметзяновой, 2015г.). Столь светлое и целебное творческое вдохновение больные способны испытать на занятиях терапии творческим самовыражением (ТТС по Бурно), именно поэтому мы ввели этот метод в нашу программу. Также учитывая такую клинико-психотерапевтическую необходимость в работе с указанными пациентами, как особый эмоциональный контакт, необходимо создавать контакт общения, который был бы как “терапия отношениями”, и это ведущий терапевтический фактор из трансактного анализа Э. Берна (ТА) и интегративного ТА Р. Эрскина. Считаем, что введенные нами в реабилитационную программу миксты ТТСБ и ТА взаимно дополняют друг друга и целесообразно терапевтическим мишеням сочетаются. Тем паче, что ТА в 2014 г., официально признан ассоциацией наркологов России МЗ РФ в качестве эффективного метода лечения синдрома зависимости и вошел в “Клинические рекомендации лечения боль-

ных наркологического профиля". ТТСБ имеет также научное доказательство эффективной терапии "микстов" (М. Е. Бурно, Мухаметзянова Г. Р., 2015 г.). Для нас важно, что клинико-психотерапевтический принцип "особого интимного эмоционального контакта" с врачом, способным к этому (Я. Клези, С. И. Консторум, М. Е. Бурно), сходен с существующим положением в ТА : "Потребности в отношениях — уникальные потребности межличностного контакта. Это не базовые потребности жизни, такие как еда, воздух, определённая температура, это основополагающие элементы, которые улучшают качество жизни и ощущение себя в отношениях. Потребности в отношениях — важные составляющие универсального человеческого стремления к интимности" (Erskine, 1995). Из ТА для наших целей оптимально подходит метод контрактирования, в том числе и "Стоп-контракты", наиболее важные у данных суицидально склонных больных. А введенное понятие "Нормотивная" и "Аддиктивная" части Эго-состояния помогает нашим пациентам лучше разобраться в существующих проблемах, а специалистам — в стратегии и тактике терапии. Также считаем принципиальными здесь направления работы с семьей (психотерапевтические группы поддержки созависимых родственников) и с персоналом учреждения. Для сотрудников необходимо создавать возможность проходить супervизию, посещать обучающие семинары и балинтовские группы. Только таким образом мы можем создать психотерапевтическую среду принятия, эмпатии и конгруэнтности, среду единственно верную для эффективной помощи микстам в программах психосоциальной реабилитации. Т.о., указанные методы и приемы — наш ответ на вопрос, какими же ключами имеет смысл пользоваться, дабы наши усилия терапии и реабилитации приближали нас к желаемым результатам повышения качества лечения: уменьшению повторных госпитализаций, удлинению ремиссий и межгоспитального периода, более ранней адаптации после выписки, уменьшению стигматизации и повышению качества жизни пациентов и их близких.

**Доклад психиатра, психотерапевта
Людмилы Васильевны Махновской "К вопросу о
психотерапии шизофрении, протекающей в виде
атипичного затяжного пубертатного приступа"**

На основе клинического случая выделим некоторые особенности психотерапии шизофрении, протекающей в виде атипичного затяжного пубертатного приступа.

Данная форма заболевания выделяется особо среди других форм юношеской шизофрении своим относительно благоприятным течением и прогнозом. Ее относят к шизотипическому расстройству по МКБ-10, хотя острота проявлений достигает порога психотического уровня.

Болезнь охватывает подростковый и юношеский периоды взросления и искажает личностное становление пациента. Симптоматика болезни определяется гебоидными расстройствами, характеризующимися "патологическим преувеличением и видоизменением психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению и выраженной дезадаптации в обществе" (Цуцульковская М. Я., Пантелеев Г. П., 1986).

По окончании юношеского возраста болезнь постепенно отступает, фактически не оставляя личностных разрушений, и пациент как бы "наверстывает упущенное", восстанавливает социальную адаптацию.

В случае 20-ти летнего пациента Д., студента 2-го курса философского факультета университета, проходящего курс индивидуальной клинической психотерапии в течении 1,5 лет (наряду с лекарственным лечением), в структуре гебоидного синдрома преобладают явления "юношеской метафизической интоксикации".

Данный случай интересен тем, что с одной стороны клиника заболевания отчетливо совпадает с классической картиной атипичного затяжного пубертатного приступа, а с другой стороны расстройство развилось у личностью сложного, одаренного пациента с психастеноподобными и сенситивно-шизоидными чертами характера. Юношеский протест против общепринятых правил жизни в данном случае выражается больше как внутренний мировоззренческий конфликт и не выливается в антисоциальные формы поведения. Благодаря дефензивности, с пациентом удается наладить психотерапевтический контакт. Все это позволяет рассмотреть процесс психотерапии в его уникальной неповторимости и увидеть общие закономерности психотерапии при данной форме болезни.

Д. из интеллигентной семьи, где оба родителя сопереживают его болезненным расстройствам и стремятся ему помочь и приспособить к жизни. С малых лет Д. был нестандартным, странным ребенком, не по летам развитым, ранимым и замкнутым, капризным и болезненным, с тесной эмоциональной привязанностью к матери. Детский сад не посещал из-за трудностей адаптации и частых простудных заболеваний. Жил в своем внутреннем мире, много фантазировал. Интересовался фотографией, насекомыми, палеонтологией, историей, географией. В школе учился хорошо, но неровно из-за нестабильности настроения и волевых трудностей. Был одинок и нестандартен. На вопрос учителя, о чем он так глубоко задумался, отвечал, что думает о динозаврах. В средних классах школы был объектом насмешек и издевательств. Мальчишки, видя его скромность, мечтательность нарочно говорили при нем скабрезности, чем чрезвычайно ранили его. Убегал от них, прятался под лестницей. Матери приходилось иногда присутствовать на уроках под видом социального работника, чтобы как-то адаптировать Д. в классе.

Заболевание начиналось постепенно с подросткового возраста с колебаний настроения, вегетативных дисфункций, повышенной истощаемости и трудностей волевого усилия, недовольства своей внешностью и физической неловкостью, ипохондрических переживаний, острой застенчивости и неуверенности в себе. В 15 лет однократно консультировался психиатром. Вышеуказанные расстройства постепенно усиливались и сгущались до крайней степени отчаяния к 17 годам, когда Д. был госпитализирован в острое отделение психиатрической больницы. С тех пор не прерывно принимает лекарства (в настоящее время: этаперазин, феварин, ламиктал). Симптоматика приступа отличалась полиморфностью. Чувство тоски и душевной боли с переживанием собственной “инаковости” и “пронзительного одиночества”, невозможности построить общение со сверстниками. Чувствовал одновременно неприятие людей и страх перед ними, выражавшийся в том, что “давление толпы сломает его, и без того непрочный, личностный стержень”. Испытывал неясное опасение, что “кто-то в чем-то собирается психологически его сломить, подчинить какой-то идеи или человеку”. Испытывал тоскливо, с чувством безысходности, переживание неразделенной любви, с идеализацией объекта влюбленности, с неловкими признаниями и ревностью, любовными письмами, букетами цветов. Испытывал сильное половое влечение с изнурительной мастурбацией, не снимающей напряжения, сопровождаемое нравственными терзаниями, чувством омерзения и греховности, страхом перед божественным гневом. Отмечались приступы “депрессивных истерик” и неподходящего поведения. В школе мог внезапно вскочить во время урока, опрокинуть и сломать парту, в обиде бросить в одноклассника бутылкой, выбежать из класса, броситься в рыданиях на пол. Дома, в порыве отчаяния, плакал навзрыд, ползал по полу, выкрикивал неоднократно фразу “за что мне это”. В эти моменты становился “жестким” (по выражению отца) в поведении и высказываниях, немотивированно упрямым, мог плюнуть в лицо отцу; отмечался в поведении и речи пуэрилизм. По временам появлялись мышечная напряженность, нарушения походки, затруднения речи. В этот период совершил две суицидальные попытки, хотя и по-детски беспомощные, с большой долей демонстративности. Так, пытался сам себя задушить галстуком, а в другой раз выпил неопасные лекарства. Вышеописанное состояние, то с большей, то с меньшей выраженностью, продолжалось около года, а затем несколько смягчилось на фоне лекарственной терапии. Но основное содержание переживаний остается неизменным до сих пор. Это — переживание одиночества и своей “инаковости”, неприятие людей, неприятие и протест против общепринятых правил и норм, “социальных стереотипов”.

В данном примере сама симптоматика болезни, преломляясь через призму богатой личностной индивидуальности, дает основу для психотерапии, наполняет ее содержанием.

Среди проявлений болезни, в случае Д., преобладают явления метафизической или философской интоксикации. С 15 – 16 лет среди прочих интересов Д. на первый план выходит увлеченность философией. Вначале это интерес к философии буддизма, а затем интерес к европейской философии (Шопенгауэр, Ницше, Кьеркегор) и русской православной религиозной философии (Бердяев, Флоренский, Достоевский). В 17 лет на фоне обострения болезни, отчаяния, чувства собственной греховности и страха перед божественной карой, Д. обращается в православную веру. Интерес к философии определил будущую специальность Д. После окончания школы Д. поступает на философский факультет (заочное отделение), но на втором курсе вынужден был взять академический отпуск, не справившись с экзаменационной сессией.

В процессе психотерапии, на этапе налаживания целебного эмоционального контакта с пациентом, как это полагается согласно классическому учению об эмоциональном контакте с больным шизофренией (Бурно М. Е., 2000), мы опирались на интерес Д. к изучению философии. Да, такую одностороннюю увлеченность, с уходом от практических реалий жизни, принято называть философической, метафизической интоксикацией и рассматривать как проявление болезни, но в этом явлении можно увидеть одновременно и некий способ личностной компенсации. Задачей же клинической психотерапии является выявление и использование стихийных психологических защитно-приспособительных природных механизмов, совершенствование их в лечебной работе с пациентом.

Д. стремится к познанию, много читает, но бессистемно, хаотично. В этом процессе нет целенаправленного усилия, Д. трудно вычленить главное. На его столе обычно лежит несколько книг по философии, истории, культуре, которые он одновременно читает. Чтение сводится в основном к “накоплению информации”, хотя и происходит “стихийный процесс осмысливания собственной жизни через философию”.

В процессе психотерапии делается попытка преобразовать бессистемное изучение философии в творческий поискозвучного своему “Я”, поиск жизненного смысла, способствовать “укреплению личностного стержня” и выделению главного, наиболее близкого личности пациента. От “знания ради знания” переход к творческому, личному восприятию культуры и философии с выборомозвучного, с записями своих размышлений, написанием философских эссе. Таким образом, приводится в действие творческий психотерапевтический механизм и происходит целебное оживление духовной индивидуальности (Бурно М. Е., 2000).

Психотерапевтические беседы о значимых для пациента философских вопросах позволили наладить с ним целебный эмоциональный контакт, преодолеть первоначальную закрытость Д. Сложились такие доверительные отношения с пациентом, что стало возможным говорить на глубоко личные темы. Как будто

“плотину прорвало”, и пациент стал рассказывать о себе, делиться своими переживаниями, в том числе и интимными, о которых никому, даже любящим родителям, много лет не мог рассказать. И возможно, в многократно повторяющихся рассказах о детстве, о болезненных юношеских переживаниях, о своих ярких сновидениях, вспоминая подробности, уточняя нюансы в ответах на заинтересованные вопросы психотерапевта, впервые открыл и сформулировал многое важное о самом себе. Также оказалось важным для налаживания и поддержания целебного эмоционального контакта с пациентом бережное, принимающее, исключающее всякое “давление”, отношение к пациенту. Даже простая просьба выполнить творческое домашнее задание или прийти на занятие психотерапевтической группы воспринимались Д., как “давление” на его личность и вызывали у него внутреннее сопротивление. В такой утрированной форме выражались ранимость, юношеский протест против какого-либо “наставления”, “вмешательства”, в сочетании с трудностями волевого усилия. Оппозиционное, настороженное отношение к людям, общепринятым правилам жизни и, одновременно, острое переживание одиночества привели Д. к постоянно присутствующему в душе болезненному конфликту. Ему трудно посещать храм, из-за “страха перед давлением толпы”, “сердитыми бабушками в платочках”, ощущения “неподлинности” церковной службы. Трудно слушать лекции в университете и “больно” находиться среди студентов из-за чувства своей “инаковости”, “чуждости интересов”. И во внешнем виде Д. звучит протест: одевает одну и ту же рубаху на выпуск и носит длинные волосы, т.к. “не приемлет демонстрации грубой мужской силы”, которая олицетворена для него в мужском классическом костюме и короткой стрижке. Дома мама просит помыться, сменить рубашку, одеться теплее по погоде, выполнить несложные бытовые обязанности — все просьбы встречаются реакцией протesta и немотивированного упрямства.

Важный момент в психотерапии Д. — это работа с семьей. Разъяснение родителям сути его болезни, особенностей гебоидного синдрома, высокой вероятности благоприятного прогноза. Обсуждение тактики поведения по отношению к Д. в семье, в быту. Совместно с родителями попытка создания для Д. наиболее благоприятных условий, помогающих пережить затяжной приступ болезни, продолжить в дальнейшем обучение в университете и восстановиться в жизни.

**Доклад медицинских психологов Елены
Викторовны Соколинской и Гиоргия
Тамазиевича Грдзелидзе “Результаты
реализации проекта по профилактике и
реабилитации СЭВ у медицинских работников”**

В настоящее время, создание эффективной системы профилактики и реабилитации “Синдрома эмоционального выгорания” у медицинских работников

является крайне важной и актуальной темой ввиду наличия у них повышенных психоэмоциональных нагрузок, и как результат — высокого уровня выраженности “СЭВ”.

“СЭВ” — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов. Кроме того, этот процесс сопровождается истощением эмоциональных ресурсов, к которым можно отнести нарастающее безразличие к своим обязанностям и происходящему на работе, дегуманизацию в форме негативизма по отношению как к пациентам (клиентам), так и к сотрудникам, ощущение собственной несостоятельности как профессионала, неудовлетворенность работой и как следствие — резкое ухудшение качества жизни. В дальнейшем могут развиваться невротические расстройства и психосоматические заболевания.

СЭВ представлен в МКБ-10 разделом Z73 — “Стресс, связанный с трудностями поддерживания нормального образа жизни”. Распространенность СЭВ среди медицинских работников достаточно высока и составляет от 30 % до 90 % (по данным Сидорова П. И.)

В настоящее время, на базе Госпиталя для ветеранов войн №3, группой психологов и психотерапевтов, разработан и достаточно успешно внедряется в практику проект по профилактике и реабилитации СЭВ. Наш проект разработан с целью привлечения внимания к проблеме профессиональной психологической деформации, а также создания эффективной системы профилактики и реабилитации “Синдрома эмоционального выгорания” у медицинских работников. Проект состоит из следующих блоков: Диагностика и планирование помощи. Коррекция и реабилитация, а также профилактика.

В основе проекта лежит известный в психиатрии, в психологии, но не применявшийся ранее в профилактике и реабилитации СЭВ, отечественный метод проф. М. Е. Бурно “Терапия творческим самовыражением — ТТСБ”.

ТТСБ — клинико-психотерапевтический метод, использующий креативный психотерапевтический механизм, но отличающийся от других методов терапии духовной культурой своим естественно-научным подходом.

Существование нашего варианта состоит в том, чтобы помочь медицинским работникам, находящимся в состоянии “Синдрома эмоционального выгорания” с проявлениями деперсонализации, эмоциональной истощаемости, с ощущением своей профессиональной несостоятельности обрести более или менее стойкое чувство творческого вдохновения. Это удается в тех случаях, когда человек научается жить неповторимо по-своему, опираясь на знание, понимание особенностей своей душевной (характерологической) природы, своей особенной предрасположенности к творчеству в широком понимании.

Пилотный проект проводился на базе некоторых медицинских учреждений г. Москвы. Нами было проведено скрининговое обследование врачей и медсес-

Показатели уровня профессиональной психологической декомпенсации

(общая выборка)



стер по методике: “Опросник профессиональное (эмоциональное) выгорание”, разработанной на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон и адаптированной Н. Водопьяновой и Е. Старченковой. Методика предназначена для диагностики выраженности “эмоционального истощения”, “деперсонализации” и “редукции профессиональных достижений”. Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности. В результате тестирования нами было выявлено наличие и степень выраженности “СЭВ” у обследуемых медицинских работников

Впоследствии были сформированы группы, с которыми проводились занятия в рамках проекта. В группы вошли сотрудники, имеющие наиболее высокую степень эмоционального выгорания.

Мы познакомили слушателей с программой курса, правилами применения метода “Терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно”. Затем начали изучение основных типов характера: синтонного, авторитарно-напряженного, тревожно-сомневающегося, демонстративного, замкнуто-углубленного и полифонического. После чего провели несколько занятий в виде “Творческих мастерских”, “Терапии творческим рисунком” в духе ТТСБ. На теоретических занятиях читались минилекции по конфликтологии, в которых была показана роль характерологического подхода в разрешении конфликтов, а также обсуждались возможности применения на практике полученных знаний.

Кроме того, с целью оценки участниками курса своих эмоциональных возможностей для отражения собственных переживаний и формирования связей логического понимания и эмоционального реагирования, в занятиях использовались элементы метода “Символдрама”. При этом необходимо подчеркнуть, что эти занятия соединялись с ТТСБ посредством естественно-научного понимания защитно-приспособительной работы природы и творчества.

Встречи проходили в “живой”, творческой атмосфере психотерапевтической гостиной, с чаепитием, зажженными свечами, показом слайдов с изображением художественных произведений, при заинтересованном и активном участии слушателей и ведущих. В процессе обсуждений затрагивались темы практического применения знаний по характерологии в работе с пациентами и коллегами, умение построения продуктивного контакта с учетом природных характерологических особенностей врача и пациента. Обсуждались возможные трудности и пути их преодоления.

Кроме того, для закрепления полученных знаний, слушателям курса давались домашние задания, с последующим обсуждением их выполнения на занятиях.

На заключительных занятиях выслушивались мнения и пожелания участников проекта, подводились итоги, а также обсуждались приобретенные на выки по “подстройке” под собеседника иного типа характера, поиску взаимных путей понимания, обсуждению эффективности проведенных занятий и бесед, ознакомлению с мнением слушателей о влиянии курса на повседневную работу.

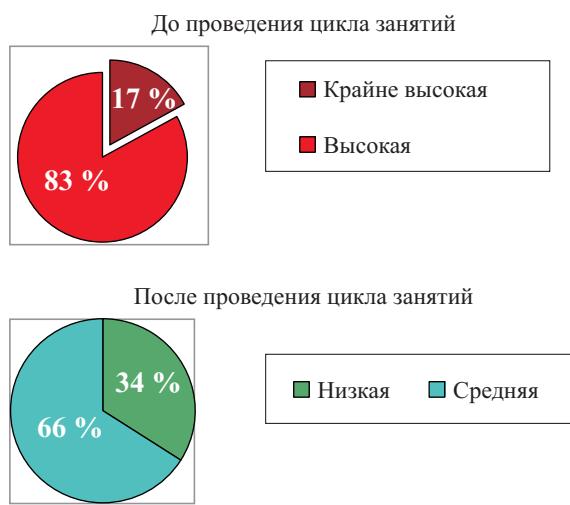
Было проведено заключительное психологическое тестирование, в результате которого мы получили достоверные данные, свидетельствующие о значительном снижении уровня “СЭВ”, выражавшиеся в снижении уровня деперсонализации и повышенном уровне позитивного отношения к себе как к профессионалам. Общий показатель уровня “СЭВ” у участников курса удалось снизить на 1 – 2 степени.

Результаты статистической обработки представлены на диаграммах.

Заключение:

Подводя итоги по внедрению pilotного проекта по профилактике и реабилитации “СЭВ” у медицинских работников, можно свидетельствовать о том, что были достигнуты положительные результаты в виде

Показатели уровня профессиональной психологической декомпенсации до и после проведения цикла занятий по реализации проекта по профилактике и реабилитации СЭВ у медицинских работников (общая выборка)



значительного снижения уровня выраженности “Синдрома эмоционального выгорания” по показателям шкал эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных личностных достижений, возникающих при работе с людьми, что в свою очередь может говорить о восполнении участниками проекта своих эмоциональных ресурсов и повышении уровня позитивного отношения к пациентам и себе как к профессионалам.

Таким образом, по нашему мнению, проект доказал свою актуальность и жизнеспособность, что в свою очередь заслуживает дальнейшего внедрения в медицинские учреждения г. Москвы.

Вопросы доладчику:

1. Зависит ли выраженность уровня СЭВ от стажа работы медиков?

Ответ: Да, чем больше стаж работы, тем уровень выраженности СЭВ выше. То есть наиболее подвержены СЭВ сотрудники, имеющие стаж работы 10 и более лет в данной специальности. Хотя нужно отметить, что при определенных обстоятельствах и молодые сотрудники также подвержены развитию этого недуга.

2. Представители каких медицинских специальностей наиболее подвержены СЭВ?

Ответ: Наиболее подвержены в силу разных причин представители таких специальностей как: онкологи, врачи-психиатры, врачи ВИЧ-центров, реаниматологи, сотрудники скорой помощи и т.д.

3. Влияют ли какие-то личностные особенности на возникновение СЭВ?

Ответ: Да, чаще всего “выгорают” сотрудники с повышенным уровнем ответственности, эмпатии,

перфекционисты, демонстративные, тревожные, акцентированные только на работе и т.д.

Заключая второе — дневное — заседание, его председатель Б. А. Воскресенский подчеркнул актуальность и высокий научно-практический уровень заслушанных докладов. Он, в частности, сказал:

“В докладе А. М. Бурно “Терапия пустого усилия при эндогенных депрессиях” была констатирована неэффективность наивных, но весьма живучих психотерапевтических рекомендаций “взять себя в руки”, “преодолеть себя” и т.п. Психические (душевые) процессы живут своей собственной жизнью, воздействие на которую требует особых подходов, которые и были убедительно продемонстрированы выступающим.

В концепции реабилитации больных шизофренией с коморбидными зависимостями, представленной Н. Л. Зуйковой, чрезвычайно ценной представляется мультимодальность, интегративность используемых методов и методик, активное включение в лечебно-оздоровительные процессы и пациентов, и врачей, при этом стоп-контракт по-своему закрепляет такое сотрудничество. Как показывает опыт руководимой докладчиком клиники, в руках квалифицированных специалистов постмодернистское многообразие подходов оказывается не эклектически-рыночной “сместью”, а клинически обоснованной и высокоэффективной системой возвращения больных в жизнь, в социум, к людям.

Впечатляющее клиническое наблюдение, представленное Л. В. Махновской, может служить образцом тонко индивидуализированной духовно ориентированной психотерапии больных с расстройствами шизофренического спектра.

Доклад Е. В. Соколинской и Г. Т. Грдзелидзе, посвященный предупреждению синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, вселил — благодаря представленной системе мероприятий — в слушателей оптимизм в отношении их (слушателей) собственного душевного здоровья и работоспособности. Как итог своей исследовательской и практической работы авторы предложили обновленную, современную редакцию классического врачебного девиза: “Светя другим, гори, но сам не выгорай!”.

Закрывая Чтения, Б. А. Воскресенский подчеркнул, что взаимоотношения психотерапии и нравственности непрямолинейны, сложны и многогранны, но безусловно содержат в себе созидательное, целительное начало, и проведенная конференция способствовала реализации этого потенциала.

Конференция по традиции закончилась **Третьим вечерним отделением**. Снова выступил **Психотерапевтический театр-сообщество психиатра, психотерапевта Инги Юрьевны Калмыковой**. Был Праздничный концерт со сценическими зарисовками, стихами, танцами, песнями, слайд-шоу.

M. E. Бурно, Б. А. Воскресенский

Психотерапевтические рефлексии: из сетевых дневников 2011 – 2016

Виктор Каган (Берлин)

* * *

Психотерапия — как Байкал зимой. Вблизи от берега сквозь толщу льда не видишь, какой он, но чем дальше идёшь, тем ближе к тому месту, где лёд становится прозрачным, видишь сквозь него почти до самого дна, и дух захватывает так, что ступить на эту прозрачность боязно.

* * *

Отношения ровно настолько принимают тебя, дают и позволяют тебе давать другим, насколько и как ты прошёл школу одиночества.

* * *

Человек приходит ко мне со своей проблемой не потому и не когда он не знает, что делать — он знает лучше меня, а потому и тогда, когда он не может это сделать сам, в одиночку или с помощью людей, чьи интересы пересекаются с его интересами. Приходит со своим одиночеством. Когда-то в 1970-ых это прекрасно выразил Е. Евтушенко: *“В человека вгрызлась боль, раздирает коготками, разъедает, будто соль, где-то между позвонками. Исповедаться жене? — Боль ей будет непонятна. Исповедаться стране? — До испуга необъятна. И приходит психиатр...”* (о нём в конце: *“И мечтает сам о друге психиатр — наёмный друг”*). Человек приходит ко мне не в момент возникновения боли, а когда он почувствовал себя одиноким перед её лицом, когда уже никто — ни семья, ни друзья, ни священник, ни собутыльник или случайный попутчик не помогли. Он приходит ко мне за принятием и пониманием его как личности, отсутствие которых и есть одиночество.

Приходит не за знанием — повторю, он лучше меня знает, что ему нужно, и никогда не даст увести себя в противоположную сторону. Но если он так хорошо знает, почему же не делает?! Если он действительно нашёл во мне того, с кем в этом смысле не одинок, кто принимает=понимает его-таким-какой-он-есть без сверок с какими-либо внешними стандартами (религиозными, моральными, этическими, этническими, гражданскими — несть им числа), он начинает работать, сам ещё того не подозревая, со второй корневой проблемой — *позволять себе*: слышать и слушать самого себя-такого-какой-есть, свои такие-какие-они-есть-желания, свой такой-какой-он-есть-опыт... себя в мире и мир в себе... принимать на себя ответственность свободы. И чем больше пациент *позволяет себе*, тем в большей мере он делает свою терапию сам — не я её делаю, а он с моей помощью делает.

Одиночество и непозволение себе (откуда и как бы они ни происходили) и есть те две корневые проблемы, с которыми пациент как бы он ни формулировал проблемы на входе приходит к психотерапевту. И вот что интересно: выход из одиночества приводит к поズвлению себе, которое, в свою очередь, к превращению одиночества из тупика в горизонт возможностей.

Прощание с пациентом

Перерезание терапевтической пуповины. Иногда это вполне буднично, иногда приподнято-празднично. Так или иначе, есть момент “на посошок”, после которого каждый отправится своим путём. Пересекутся ли когда-нибудь ещё пути — бог весть. Но лучше, когда терапевтическая пуповина не перерезается, а постепенно истончается, становясь всё менее и менее уловимой, как сентябрьская паутинка. И рвать её не надо — она сама растает в свете и станет просто его частью. По весу своему, по значению и смыслу этот период с размытыми границами порой стоит всей терапии: микроскопическая твоя неловкость здесь может со скрежетом снести всё достигнутое раньше. Из отношений “пациент — терапевт” рождаются отношения “человек — человек” и обоим вам нужно время, чтобы в них вжиться, сжиться с ними прежде, чем паутинка истает, оставив в душе радостно-грустную призательность, а вас — навсегда уже связанными разделённым чувством свободы.

Одна кошка...

Одна кошка хотела, чтобы все живые существа были, как она. Так хотела, что попросила об этом бога. Он почесал бороду и сказал, мол, ладно, но только на три месяца. Почему так мало?! — закричала кошка, но бог уже исчез за облаками, а вокруг были кошки, кошки, кошки... ни одной мышки, ни одной птички, ни одной рыбки, ни миски молока, ни сосиски, ни хозяина с вискас, ни кота, который мог бы утешить... На третий день — голодная и нелюбленная — она так возопила к богу, что он сжался над ней. Теперь она начинает и кончает день молитвой: Боже иже еси на небеси да будет под небеси каждой твари по паре ныне присно и во веки веков.

* * *

Зачем вместо того, чтобы просто понюхать розу, мы пускаемся в рассуждения о значении обоняния в жизни млекопитающих, Розе Ветров и Розе Мира? Как говорил Виктор Шкловский, пришли понюхать цветок и для удобства на него садимся. Зачем? Зачем вместо того, чтобы помочь человеку, мы втискиваем его в испанский сапог наших теорий? Зачем вместо

того, чтобы ответить на его запрос, мы начинаем талдышить ему о том, какие запросы у него должны быть?

Сон

Куда-то еду по хорошо знакомой улице. Дело к залу, еду на восток, но солнце не слепит. Переключаю приёмник в машине с ля-ля-ля на джаз. Мягкий блюз — гитара и саксофон с фоновым фортепиано. Внезапный ливень — от кормы идущей впереди машины остаются только едва различимые задние огоньки. Сбрасываю скорость и вдруг оказываюсь в абсолютной темноте: ни огонька впереди, вместо водопада на ветровом стекле — непролазная тьма, скрывающая и само стекло. И фары моей машины не горят. Тык-петрэтик — не горят. Свет в машине тоже. Спокойная мысль: такая гроза, что электричество выбило. Тень недоумения, мол, парень, что ты мелешь? Но следом: так и в корму переднему въехать недолго, иди потом разбирайся в темноте. Останавливаюсь посреди хайвея. Блюз продолжается, а шума дождя за окнами нет, как будто выключили всё, кроме меня и блюза. Славно, думаю, можно спокойно отдохнуть. Состояние вроде нирваны. Вдруг снова шум дождя, два тусклых огонька впереди искрятся в водяной стене, загорелись фары моей ласточки. Ну вот, опять ехать! Но огоньки впереди стоят без движения. А через минуту свет опять гаснет, опять всё растворяется в черноте, и даже блюз медленно тает в ней. Таёт, тает..

* * *

Есть некие сквозные темы, к которым возвращаешься (или — которые возвращаются) по разным поводам и в разных обстоятельствах. Одна из них — научная психотерапия. Когда-то в 1960-ых мне казалось (надеюсь, это за давностью лет и особенностями тех лет простительно), что психотерапия выводима из sciences. Сейчас сказал бы, что научная психотерапия штука невозможная и, при всём моём уважении к наукам, антипсихотерапевтическая по двум причинам: любая из наук и все они вместе взятые: 1) изучают и описывают человека, как явление, объект, человека вообще, тогда как в психотерапии мы имеем дело с субъектом, этим человеком в этих времени и месте и 2) описывают лишь малую толику того, что есть человек, который многое больше того, что вскрывают разрешающие способности наук. Там и тогда, где и когда психотерапия сводится к практическому применению данных науки, она умирает. Она начинается там и тогда, где и когда начинается восхождение от малости научных открытий по поводу объекта к непостижимой огромности субъекта, от experiment к experience, от формулы к тайне.

Последняя свобода

Ей 97 и мы знакомы уже лет шесть — ещё со временем её вольной жизни, а теперь она после перелома шейки бедра четвёртый год в nursing home. Пока она воспринимала это как кратковременную штуку, держалась вполне ничего. Несмотря на передвижение в инвалидном кресле, делала сама всё, что могла и

больше: мылась, застилала постель, пользовалась микроволновкой и даже передвигала мебель на своей половине палаты. Её ещё навещали соседи и даже иногда её бывшая помощница по уходу за квартирой. Потом перестали — своя жизнь, далеко, они без машин, их дети возили, да и сами не молодеют. Она стала сдавать и укатилась в депрессию: устала так жить, достаточно пожила, дайте/помогите умереть, выбралась бы на улицу и бросилась под машину, но детей позорить не хочу. Просила молиться за неё и ругала за то, что плохо молюсь — молился бы хорошо, бог бы уже прибрал её. Теперь уже больше года в основном в постели с защитными перилами, чтобы не перебираться самой в кресло — падает и разбивается. Много спит. Физически слабеет всё больше, но ментально вполне ничего, если не считать налёта частых у старииков идей ущерба и конфликтных установок к меняющимся соседям по комнате (отчасти понятно — жизненный мир катастрофически сузился и прежние мелочи стали серьёзными величинами). Последнее время продолжает говорить об усталости и желании умереть, но разговоры эти изменились — не столь упорны и депрессивно насыщены, в ходе сессии может переключиться на что-то интересное для неё и депрессии как не бывало. Как-то не нашёл её в комнате — собралась с силами и курсировала в кресле по коридорам и холлам, с интересом наблюдала за людьми и всем, что творится вокруг. Надо добавить, что по-английски не говорит и не понимает — ещё и вербально-коммуникативная депривация. Но так или иначе последние несколько месяцев говорить о настоящей депрессивности трудно. Сегодня застал её только вернувшейся из госпиталя. Оживлена, много рассказывает об этих днях (правда, видимо, была не в лучшем состоянии и многое путается или интерпретируется неверно). Много синяков от уколов, видимо, было изрядно больно, что превращается в “били” (с улыбкой). И несколько раз повторяет, что, когда били — убить хотели, она лежала спокойно и глаз не открывала, а когда перестали, открыла глаза и села — все были просто в восторге и повторяли с удивлением какая она сильная (напомню, по-английски она ни ку-ку). Говорит всё это гордо, цветёт прямо, ругая “убийц”.

— Но вы же хотели умереть ...

— Хотела, потому что я *так* жить устала. А жить хочу. Жизнь мне бог дал — бог и возьмёт, а не всякие засранцы.

Из настоящей депрессии мы с ней выбрались. Но жизненный мир настолько сужен, что право распоряжаться собственной жизнью — одна из последних свобод, которую она будет защищать просто как право, которым воспользоваться уже не стремится. Ну, как настаивающий на своих правах подросток: признай — делать не станет. И посмеявшись с ней сегодня успели, и парой анекдотов переброситься, и простились до следующей недели без её прощальной песни,

что она, наконец, за время до следующего моего прихода умрёт, если я хорошо помолюсь за неё.

* * *

Читаю в объявлении о семинаре: первая из целей “освоение методик профилактики школьной дезадаптации и неуспеваемости учащихся”. Предполагается, что школе будет предложено нечто новое, не заложенное в самих её задачах. М.б., как раз отсюда и расстут ноги у дезадаптации и неуспеваемости?

* * *

Говорят, что “Психотерапия это искусство, которое подходит тем, кому интересно посвящать свою жизнь изучению себя и мира”. Но люди к нам не из интереса приходят, а потому что им плохо. А когда им хорошо, они прекрасно справляются с изучением себя и мира без нас. Среди вещей, которые меня удивляют и всегда вызывают внутренний протест, представление о психотерапии как своего рода учительстве (психотерапевт — гуру, учитель жизни и изучения себя и мира, все эти разговоры о личностном росте, духовности и прочих красивых штучках). Психотерапия — помогающая профессия, ремесло и промысел (от “про-мысливать”, а не “бабки промышлять”). Деньги нам платят за помочь (мой телефонный пациент к чеку за весь курс — сессий пятнадцать — приложил записку: “Это лучшее мое капиталовложение за последние десять лет”). Никто из нас не может достигать успеха во всех 100 % случаев, но представление о психотерапии как продаже временных отрезков неопределенности, критерием эффективности которой является красота сессии для меня очень и очень сомнительны как снятие с себя ответственности. Всё-таки критерий эффективности — достигаемые (демонстрируемые поведением пациента или описываемые им) результаты с известной их устойчивостью во времени. Всё остальное — в широком поле других видов деятельности психолога, у которых есть другие задачи и другие критерии их выполнения. И я должен отдавать себе отчёт в том, чем именно сейчас занимаюсь и что из этого получается.

* * *

Пациентке около 30-ти. Около года живёт в assisted living facility¹. Шизофрения. Все предплечья в неуспевающих толком заживать шрамах, госпитализация за госпитализацией из-за самопорезов под воздействием галлюцинаций. В работе мы концентрировались на том, что это был голос матери, отношения с которой в то время были весьма драматичны. Отношения с матерью идеальными не стали, но определенно улучшились. Самопорезы стали реже — теперь уже не голое немедленное подчинение голосам, а через попытки совладания с ними. Она была очень рада и горда, реже попадала в госпиталь, переживала

срывы. После одного из них психиатр увеличил дозы нейролептиков. Голоса сохранились, появилась специфическая нейролептическая заторможенность. У меня было впечатление, что и срывы, и достижения она переживает гораздо меньше. Несколько недель назад психиатр уменьшил дозы нейролептиков — она приожила и, кто бы мог ждать, голоса исчезли. Неделю назад опять самопорезы.

— Я опять сорвалась...

— Мне жаль... Могу я задать дурацкий вопрос?

— Да.

— Раньше голоса заставляли. Теперь их нет. Зачем вам резаться?

— Потому что...

— Потому что было с голосами, но и то не на 100 % — вы же могли иногда справляться с ними. Не всегда, но могли и хорошо могли. Сейчас их нет. А вы вот порезали себя... Зачем?

— Как это зачем? Я этого не хочу.

— Я не хочу курить, но курю. Правда, курю, я серьёзно. Что вы на это скажете?

— Ну, наверно, вам это что-то такое даёт, что вам как-то приятно...

— А что вам дают порезы?

— Да ничего хорошего они же не дают... Жалко себя только очень...

— И...

— Хочется, чтобы, может быть, кто-нибудь пожалел...

—

— ... хочется же, чтобы тебя жалели...

— О да. В детстве, помню, температуру набивал, чтобы мама пожалела...

— (У неё появляются слёзы на глазах) Мне кажется, что должны же меня пожалеть...

— И вы пишете бритвой по руке: “Пожалейте меня”?

— (Слёзы) Да...

— И...

— Никто не жалеет.

— А как это — пожалеть вас?

— Ну, не знаю... сказать что-то ласковое или обнять... как родители детей обнимают... послушайте, док, мне хочется, чтобы вы меня обняли... что взять с сумасшедшей? — хочется...

— Дать вам бритву?

— Зачем?!

— Ну, вы порежетесь, я вас пожалею и обниму, а потом всякий раз, когда захотите, чтобы вас обняли, будете руки резать...

— (Опять просохшие было слёзы) Нет, нет, я не хочу резаться...

— ...

— ... просто обнимите меня...

Это Америка, где призраком sexual harassment мальчиков пугают, начиная с ползункового возрас-

¹ Учреждения интернатного типа в США.

Виктор Каган

та... Сидим, обнявшись, пару минут. Так по-детски она сидит... потом:

— Спасибо. Можно я пойду?

И выходит, неся себя, будто боится расплескать...

В следующий раз увижу её через две недели и что найду — не знаю. Но в этот день мы с ней кое-что важное сделали. Не люблю я эти слова-приговоры — “шизофреник, шизофреничка”...

* * *

— Господи, почему в мире столько дураков?

— Сколько?

— Ты не поверишь, господи, каждый второй.

— Верю я тебе, верю. Но почему я слышу этот вопрос от каждого первого?

* * *

Старость замечательное время. Она как фрукт со своим совершенно особым вкусом. Но она фрукт для тех, кто не боится его попробовать и открыть для себя новый вкус. Мы не можем его есть, как в молодости в лесу чернику горстями. Она достаётся по ягодке, каждая из которых приносит больше удовольствия, чем раньше пригоршни. Торопить её приход своим страхом перед ней нет смысла — она придёт в своё время, и едва ли я получу удовольствие, оглядываясь из неё на прошлое, изуродованное кляксами страха.

* * *

Assisted living для душевнобольных. Сижу на скамейке — перекур между сессиями. Подходит моя пациентка. Ей 20, но выглядит и ведёт себя лет на 17. Работать со мной — её инициатива: она “завела” родителей — своих опекунов, давших в итоге разрешение на работу, хотя, похоже, едва ли видели необходимость в этом. У неё аж три диагноза: неуточнённое первазивное расстройство, смешанное (receptive-expressive) расстройство речи, синдром дефицита внимания, а до недавнего времени было ещё два в придачу к ним: аутизм и депрессивное расстройство (296.20). Ну, диагностика — отдельная песня: то ли у психиатров крыша поехала на коморбидности, то ли они воспринимают DSM, как список симптомов и синдромов. Получает она Adderall, Prozac и Abilify По шкале адаптации — 40 — 60, негусто. По Векслеру лет пять назад ВИП = 74, НИП = 84, ОИП = 76. Тоже негусто. Помню её появление — такая трогательная юность среди в основном взрослых и пожилых, далеко не лёгких пациентов. Никаких трудностей адаптации — вошла в жизнь интерната легко и просто, быстро нашла друзей, подружилась с аутичным парнем. Какое-то время после его появления в интернате работал с ним. Он тогда большую часть времени проводил, распластавшись лягухой на полу у себя в комнате и беспрерывно что-то рисуя. Потом я понял, что нужен ему, как дырка в голове, и скорее требуется время на адаптацию. Общение у него точно соответствует диагнозу, но он мягкий, добрый парень. Иногда нахожу его дремлющим на травке в обнимку с очень любя-

щей его парой интернатских собак. Очень трогательная платоническая пара с моей пациенткой была, но он для неё чересчур аутичен и последнее время она скучает без своего приятеля по свободной жизни, обижаясь на него за то, что вопреки обещаниям он забыл её.

Да, так вот... Подходит она и поднимает из травы хабарик. Протягиша руку: “Дай-ка мне” — отдаёт и с любопытством смотрит, что буду делать. Сминаю хабарик и говорю: “Знаешь, если хочешь по-быстрому обзавестись хорошим раком лёгких и ещё какой-нибудь заразой, всегда кури только хабарики”. Выбрасываю хабарик в урну и добавляю: “Я не должен это делать, но ты ведь никому не скажешь? Вот тебе сигарета и давай-ка поговорим здесь — погода уж больно хорошая. Как дела?”. Она, закурив, мол, плохо мне — друг мне так и не звонит и не пишет, очень зла на него. Да, говорю, мне кажется, я понимаю тебя — тоже когда-то злился в таких ситуациях.

— А сейчас?

— Сейчас — нет?

— А почему?

— Ну, может быть, потому что староват уже для этого; слушай, а сколько ты думаешь здесь пробыть?

— Знаете, когда я бываю дома и вижу дверь в гараж, мне здесь (в груди) так нехорошо — я, наверное, плохо себя вела, и родители часто наказывали меня, запирали в гараже.

— Да, не сахар. И что?

— Мне здесь лучше и спокойнее.

— То есть, ты не торопишься отсюда?

— Нет, я здесь побуду.

— А как же твой boy-friend? Ты здесь, он там.

— Ну, я не знаю... у него там, наверное, своя жизнь... но мне-то скучно без него.

И мы постепенно прорабатываем с ней “прошлое — настоящее”... отпустить прошлое — to let it go, с добром к парню отпустить и оглянуться здесь, не в смысле, конечно, менять парней, как маечки, но в смысле быть счастливой здесь-и-сейчас. Не уговариваю: спрашиваю — она отвечает. Контролирую себя, чтобы не оказаться чересчур сложным для неё, но, похоже, нужды в этом особой нет — она прекрасно всё схватывает и легко подхватывает — легче и лучше, чем цифры её Векслера предсказывают. Разговор постепенно закругляется — она посветлела, что ли... Потом говорит, мол, да не надо курить хабарики.

— Что ты имеешь в виду?

— Надо курить нормальные сигареты, даже если их маловато, to let my past go.

Такие хабарики...

* * *

Преподносимый психологами как одна из целей и один из бенефитов психотерапии *личностный рост* вызывает у меня много сомнений, из-за чего и не пользуюсь этим понятием.

Что конкретно имеется в виду под личностным ростом? Как, чем и кем — психологом, клиентом, близкими клиента или ещё кем-то — он измеряется? Откуда психолог знает, что сам он настолько росл личностно, что может способствовать личностному росту клиента? Приходит клиент к психологу для решения проблемы и освобождения от чего-то тяготящего его или за личностным ростом? Сажая клиента на “горячий стул” или обращаясь к guided imagery, откуда психолог знает, что он способствует личностному росту, а клиент от этого вырастет личностно, а не, например, врастёт? Каков вектор личностного роста, в какую сторону он направляется психологом, не получившим ни заявки клиента на личностный рост, ни разрешения влиять на него? Не много ли психолог берёт на себя, становясь в позу непрошеного возделывателя личностей, гуру, учителя? Нужно это понятие психотерапии или психологу для надувания чувства собственной важности? Мог бы продолжить вопросы... Отдаю себе отчёт в том, что они достаточно провокативны и могут быть восприняты использующими это понятие личностно. Но буду признателен, если кто-то попытается ответить хотя бы на эти вопросы конкретно. Глядишь и переменю мнение...

* * *

Читаю статьи, где за деревьями теоретизирования не могу разглядеть лес психотерапии, глядя на группы, в лучшем случае в собственно психотерапевтическом, практическом смысле беспомощные, но исполненные схоластического пафоса. Смотрю на придуманные под ту или иную теорию упражнения — в них, да, вовлекаются, но приглядевшись нетрудно обнаружить, что теория при этом лишь повод, по которому разворачиваются не понимаемые и не контролируемые ни ведущим, ни участниками процессы. Гляжу на ведущих семинаров и групп, подменяющих словесной эквилибристикой работу с собой и проработку собственных проблем, а в результате заражающих ими группу. Об это разбиваются любые попытки обсуждения психотерапевтической конкретики — на тебя смотрят с сожалением, как на занудного психотерапевтического ретрограда: кого, мол, интересуют эти низкие детали, что ж ты так низко летаешь?

* * *

Нужна ли психологу философия? Вопрос риторический. Но не как философия вместо психотерапии и не как ресурс для подведения теоретического базиса под любые свои действия, а как собственное, всегда индивидуальное философствование и осмысление. В противном случае разыгрываются такие манипуляции неманипулятивностью, по сравнению с которыми честная, осознаваемая и признаваемая манипулятивность — запах Шанели №5 по сравнению с запахом шинели солдатской.

* * *

В какие-то моменты, на каких-то жизненных поворотах вдруг до смертной рези в душе ощущаешь бездонность своего одиночества по сравнению с мистическими, метафизическими искрами связи с другим, вроде бы случайным человеком, животным, растением. И мир в душе сто раз перевернётся, прежде чем сможешь снова собирать такую связанность по крохам обычного каждодневного общения.

* * *

Кто-то давно сказал: “Любить это принимать другого, как самого себя, и всячески способствовать его развитию”. Сколько вижу, такая способность развивается у детей при дружеских, партнёрских отношениях с родителями (а не в отношениях “хорошие/плохие родители — ребёнок”) — сказал бы, при большой доле в отношениях горизонтальности, а не вертикальности. И именно из неё растёт способность позволять себе любить и позволять любить себя, любить и быть любимым, а не кукушонком с требовательно разинутым до желудка клювом, затаённой ненавистью к вечно не докладывающим червячков в клюв и горючей смесью желания освободиться от их власти с отчаянным нежеланием положить хоть что-нибудь хорошее в клювы им.

* * *

Вспоминаю свои попытки “делать науку”. Теперь она сама по себе, я сам по себе и оба мы счастливы. Оглядываясь на совместно проведенные годы, чешу в затылке — и что я в ней находил? Но и благодарен — научила дисциплинировать мысль, что в нынешнем свободном плавании по волнам размытых понятий часто пригождается.

* * *

Что такое для меня свобода? Однозначного, исчерпывающего всё ответа у меня нет. Но есть три определения-грани, образующие для меня то, что называю *треугольником свободы*.

Первое принадлежит Марксу: “осознанная необходимость”. Только не вынужденность, по-нуждённость обстоятельствами или чьими-то мнениями, а необходимость внутренняя — нечто, без чего я не могу быть самим собой. Внешняя необходимость может стать внутренней, интериоризуясь, присваиваясь, а может и не стать.

Второе принадлежит Ф. Ницше: “возможность быть и стать”. Она тоже не чисто внешняя, а рождается и существует в поле взаимодействия внешнего и внутреннего. Александр Соловьев и в тюрьме был свободен:

Решетка ржавая, спасибо,
Спасибо, старая тюрьма!
Такую волю дать могли бы
Мне только посох да сумма.
Мной не владеют больше вещи,
Все затмения и глуша.

Но солнце, солнце, солнце блещет
И громко говорит душа.
Запоры крепкие, спасибо!
Спасибо, лезвие штыка!
Такую мудрость дать могли бы
Мне только долгие века.
Не напрягая больше слуха,
Чтоб уцелеть в тревоге дня,
Я слышу все томленье духа
С Екклезиаста до меня.
Спасибо, свет коптилки слабый,
Спасибо, жесткая постель.
Такую радость дать могла бы
Мне только детства колыбель.
Уж я не бьюсь в сетях словесных,
Ища причин добру и злу,
Но чую близость тайн чудесных,
И только верю и люблю.

1920

Третье принадлежит М. Мамардашвили: "... это то, что упирается в свободу другого и имеет эту последнюю своим условием".

Если суммировать, свобода — осознаваемая необходимость быть и становиться собой, как минимум, не препятствующая, а как максимум — способствующая такой же необходимости другого. В таком понимании свобода штука всегда вероятностная, а не причинно-следственная, и индивидуальная, а не всеобщая. Отсюда, по определению, принятие на себя ответственности за неоднозначность результатов. Это никак не мешает прогнозированию последствий собственных действий и взвешиванию рисков. Я бы даже сказал, что ответственность как раз предполагает, требует их и при этом принимает негарантированность результатов. Почекав в затылке перед камнем на распутье и пойдя направо, я принимаю на себя ответственность за то, как и что я буду делать на этом пути, и за то, что избежав неприятностей и опасностей пути налево, не получу того хорошего, что на нём есть. Свобода всегда ставит перед выбором и отказ от выбора — тоже выбор.

Несвобода (моё внутренне несвободное состояние) освобождает от принятия личностной, внутренней, психологической ответственности, блокируя его возможность, но при этом не освобождая от объективной, внешней, моральной ответственности за результаты. Невротический страх лягушек не освобождает умеющего плавать человека от ответственности и укоров совести за то, что он не попытался спасти тонущего.

Степень свободы (никто не обладает абсолютной свободой) и степень принятия сопряжённой с ней ответственности по существу и образуют меру психологического здоровья. Если танцевать от вирховского определения болезни — "стеснённая в своей свободе жизнь", то человек приходит к психотерапевту, когда

он чувствует себя одиноким перед лицом этой скованности, от которой хочет освободиться и выбирает прийти. В этом смысле **любая** психотерапия экзистенциальна и представляет собой отношения двух систем свободы-ответственности.

Христианская психотерапия

Во-первых, уточним терминологию. "Христианская психотерапия", по крайней мере, в России, это эвфемизм "православной психотерапии". Чтобы это понять, достаточно обратиться к отношениям православия с католичеством, протестантизмом, пролистать "Введение в сектоведение" Дворкина, послушать-почитать про "иностранные религии" и т.д. Всё это как-то далековато от того, что "любой христианин, если он христианин, должен относиться к любому человеку на земле ..."

Во-вторых, психотерапия одна из трёх специальностей (вместе с адвокатурой и медициной), служащих вот этому одному отдельно взятому человеку вне зависимости от его веры, принадлежности к "своим" или "чужим", идеологических ориентаций и проч. Дело не в том, чтобы психотерапевт не сводил сессию к "Изыди, сатана". Дело в том, что психотерапия невозможна без того, что А. Баджен точно называет "психотерапевтическим превращением этического" — в работе с клиентом психотерапевт восходит от общей или религиозной этики к индивидуальной этике сидящего перед ним клиента. Но, говорит мой оппонент, "*Принцип христианского отношения к грешнику — с любовью к человеку, с ненавистью ко греху... ненавистью к болезни.... Хотя как христианин я должен стараться разглядеть в нем образ божий*". Nothing personal, но там, где перед психотерапевтом сидит "грешник", а психотерапевт, вроде как и любя его, но ненавидя его симптом/проблему, старается разглядеть в нём образ Божий, происходит что угодно, только не психотерапия. Где ненависть, там психотерапии нет и, по определению, быть не может. Поэтому что, повторю, психотерапия, если она психотерапия, имеет дело с индивидуальной определённостью, а не с тем, о чём говорит оппонент: "*для христианина есть нормативная и ценностная определенность. Он не может сказать гомосексуалиstu: be yourself. К сожалению, работа гомосексуалиста будет именно в борьбе с собой, со своей страстью...*". Это попытка сделать коктейль из уксуса с молоком. Во избежание этого на Западе существует то, что называют "пасторским психологическим консультированием", которому учатся специально, как и психотерапии. И священник должен отдавать себе отчёт в том, чем именно он в данный момент занят: религиозным служением с ориентацией на нормативные ценности или консультированием с его ориентацией на ценности индивидуальные. Перед психотерапевтом стоит сходная задача — не смешивать свою веру и психотерапию. Если он не умеет или не хочет это делать, следует говорить о клерикализации психотерапии.

В-третьих, клерикализация в работе с клиентами, не принадлежащими к вере терапевта, в лучшем случае разрушает терапевтический контакт, а в худшем рискует оказываться дополнительным патогенным фактором. К сожалению, имел возможность убеждаться в последнем.

Психотерапия — светская профессия. Если психотерапия не принимает этого, она серьёзно больна и для клиента потенциально опасна.

* * *

Первое желание при виде рекламы тренингов “Формирование личной харизмы” и “Как сделать свой имидж привлекательным” — пообщаться с тренером, дабы увидеть его имидж и харизму. Как правило, мягко говоря, не бог весть что.

* * *

Жизнь состоит из Прошлого и Будущего, а самого Настоящего с его сбытым настоящим в ней очень мало — мгновения против лет и десятилетий. Прошлое — настоящее на памяти бывшее Настоящее, Будущее — настоящее на желании Прошлое. Вкус Настоящего лишь в самом Настоящем. Предвкушение — настоящее будущего вкуса, который может оказаться любым: предвкушение тягучей сладости тернового варенья, когда тянул руку к впервые увиденным греческим маслинам, и переживания несчастным восьмилеткой подлости обмана, когда первая маслина оказалась во рту. Вторая последовала лет через десять... послевкусия? Нет, забитости вкуса толкованием ошибки и сшибки. А вкус оставался неизменным и через десяток лет повёл руку, чтобы потом научиться различать послевкусия сортов и способов приготовления. Предвкусие существует в сознании, вкус — во рту, на языке. Лёгкое глотательное движение — и вкуса нет, остаётся тающее послевкусие, а потом — отпечатки его в памяти: каждый следующий чем-то отличается от предыдущего. В жизни, по сути, столько же жизни, сколько Настоящего с его настоящим вкусом, которого в Настоящем очень много. Просто Настоящее однократно и кратковременно, а Прошлое и Будущее — многократны и долговременны: вот и кажется, что вся жизнь из них состоит.

* * *

Одним из первых моих открытий в психотерапии (а в самом начале 1970-ых приходилось изобретать психотерапевтические велосипеды самостоятельно) было то, что пациент не “не знает это”, а каким-то образом “не знает, что знает это”, и потому цена моим попыткам преподнести ему объяснения и теории — ломаный грош в базарный день. На днях убедился в этом ещё раз на собственном примере. В 1995-ом мы с Александром Бадженом выпустили небольшую книжку “Новая психология и духовное измерение”, которую я же и корректировал-редактировал, а, стало быть, как минимум, раз 20 – 30 прочитал пословно и познакомо. И вот сейчас, открыв её, прочитал слова

Александра: “То, что я называю новой психологией, это наука переживаний. Есть такая притча: у Бога-Отца спросили: “Господи, отчего случаются крушения поездов?” Тот помолчал и ответил: “Крушения поездов не объясняют, их переживают”. Если бы увидел это в другом месте, без ссылки на нашу книжку, с полной уверенностью сказал бы, что вижу эти слова впервые. А ведь прозвучали они тогда в нашем с ним обсуждении, когда должен был слышать и услышать. Что же во мне за эти 15 лет такое произошло, что только теперь эти слова вошли в меня, стали моими, а не пролетели мимо. Точно так же, как далеко-далеко не все наши пожелания попадают богу в уши, далеко не все наши объяснения с яркими прожилками нарциссического токования попадают в уши пациенту. А пока не попали — что они сказаны, что не сказаны: в реальности клиента их нет. Об этом часто думаю, когда приходится писать о психологии и психотерапии... а тем более — в самой терапии.

* * *

“Мир души не живёт по логическим или хронологическим законам, здесь господствуют синхронность и аналогия”. — Р. Дальке. Хронология и логика помогают увидеть обстоятельства психики, но не жизнь души. Успешность психотерапии во многом зависит от того, удаётся ли мне Янусово мышление с его способностью одновременно схватывать противоположности. Или, иначе говоря, управлять членником своего сознания в потоках логического и интуитивного восприятия. Мой Учитель С. С. Мнухин в другой, правда, связи говорил о необходимости прочувствованных мыслей и осмысливших чувств — это, наверное, самые точные слова.

* * *

Притча, цитата, анекдот — прекрасные помощники. По отношению ко мне у пациента могут быть со-противление, зависимость, не говоря уже о мешке переносов, а герой/автор притчи, цитаты, анекдота — не я и пришёл-ушёл, а сказанное осталось. Это всегда видно — попал ли в цель, осталось ли. Да — да, отлично! Нет — нет, что поделаешь? В любом случае не надо разжёвывать пациенту, это должно быть уколом шпаги, а не пилёжкой сознания, вброшенным семечком, а не насильственным кормлением с ложки.

* * *

В 1980-ых Марк Евгеньевич Бурно писал, что психотерапевт обязательно должен повариться в кotle большой психиатрии. Но психологи тогда, если и участвовали в психотерапии, то на жёстком поводке у психиатрии. Прошедшее с той поры профессиональное время намного больше календарного, и я не думаю, что среди в основном представляющих сегодня психотерапию психологов это мнение встречается тепло. Впрочем, не знаю... Вчера, однако, мы снова вышли на эту тему в разговоре с Галиханом Идрисовым. Какую эту, если отношения психиатрии и психоло-

гии, а тем более — психиатров и психологов, так неоднозначны, что можно тонны бумаги исписать? Мы заутили её до темы нужности-ненужности психиатрии для психолога-терапевта, а если нужности, то — зачем, для чего, в каком объёме и как преподнесенной (хватит теории или надо в клинике поработать?). Он всё подбивал меня написать об этом, но, во-первых, последние 10 лет я в малость иной среде работаю и, вероятно, не в курсе многого того, что варится на российской профессиональной кухне, а во-вторых, чувствуя себя представителем в общем-то уже придвигающихся к вымиранию профессиональных ихтиозавров и не хочу оказаться в числе тех, о ком Феликс Кривин когда-то сказал: “А старые обезьяны всё ещё вспоминают о том, как они жили до эволюции”.

Молитва

Когда-то составил себе что-то вроде молитвы из чужих слов и бормотал её, когда было плохо. Слова забывались, потом вспоминались, менялись и восстанавливались, и опять менялись, обрастили моими и дополнялись новыми чужими. Сегодня они прозвучали так: “Жизнь такова, какова есть, и никакова более. И всё, что в ней будет, будет вовремя, а чего не будет, не будет никогда. А будет только то, что должно быть, а чего не должно быть, того не будет. И всё, что будет, будет так, как должно быть, даже если будет иначе, а то, чего не будет, не будет никак. И моя вина, если это вина, лишь в том, что я таков, каков есть. И я не доллар, чтобы всем нравиться. И за всё в этой жизни надо платить. Всё, что я получил при рождении, это свобода и время моей жизни. День приходит на один день и ночь приходит на одну ночь, а уходят на всегда. Единственное лекарство от смерти — жизнь, и да будут у меня память и силы взбалтывать его перед употреблением. И жизнь сама — удар, а не счастье. Жить по-настоящему больно, и если жизнь проходит, а тебе не больно, значит, ты ещё не жил или уже не живёшь. Но если ты говоришь все эти слова, значит, ты жив — иди и живи!”

* * *

Духовность в текстах многих нынешних психотерапевтов напоминает мне духи в руках неумелой кокетки, думающей, что чем больше на себя выпить, тем лучше. Ближе, чем на пять метров подойти невозмож но, да и то, если ветер не в лицо.

* * *

Происходит моя жизнь “благодаря...” или “вопреки...”? Не знаю, не знаю... Но, оглядываясь назад, вижу, что всё лучшее и стоящее в ней происходило вопреки тому, за что благодарить, казалось бы надо, и благодаря тому, что делал вопреки, казалось бы, незыблемым канонам. И если сяду в кресло клиента и терапевт покусится на это моё право, встану из кресла и уйду.

* * *

Когда мы только пробивали дорогу сексуальному просвещению, мой друг являлся на занятия к мальчикам с парой-тройкой внушительных искусственных фаллосов и начинал говорить, небрежно ими поигрывая. Через пяток минут, когда глаза пацанов уже не отлипали от предметов, он говорил, мол, ну что вы плялитесь, у вас никогда такого не будет и с таким вам не соревноваться — он у подруги всегда с собой, табаком от него не воняет, безотказен, пришлённула его к стенке в ванной (тут он ловко пришлётывал предметы к доске) и на кой ей ты со своим хилым винтиком?! Выдержав паузу для созревания в аудитории унылой задумчивости, добавлял: “У него только одного нет, что есть у вас — он не умеет быть нежным” И с этого момента, собственно, начиналось само занятие.

* * *

При первом обращении клиент описывает то, что его беспокоит. Это ещё не проблема, с которой работать будем, её только предстоит найти. Да и описание, если речь идёт о чём-то, разворачивающемся в отношениях, тоже, мягко скажем, весьма и весьма одностороннее. Хотя, как правило, пациент говорит нечто ключевое в самом начале, это часто метафора или несколько слов вскользь, теряющиеся за множеством слов. В первом обращении есть ещё одна сторона. Клиент — и это естественно! — ищет в терапии не только помощи, но и комфортных для себя отношений. Он так или иначе предлагает (навязывает, испытывает) систему ролевых отношений с терапевтом. Нередкий при этом парадокс — впрочем, парадокс ли? — заключается в том, что терапевту предлагается та же система ролевых отношений, в которой родились причины обращения, но призванная быть комфортной (“ручной дракон”). Разумеется, возможны и другие расклады. Но я сейчас о существовании самой этой стороны, сказывающихся на будущей терапии.

* * *

Читаю изнемогающего от ощущения своей избранности психолога и вспоминаю ответ Михаила Светлова на вопрос о некоей dame — похожая на одетого в красное платье грузчика она говорила басом: “Мы, хорошенъкие женщины...”. Его спросили кто это, он сказал, что наверно переводчица. “А с какого языка она переводит?”, он: “Не знаю, но по-моему, с говяжьего”.

* * *

Самый большой арсенал самых совершенных техник не работает вне процесса психотерапии и психотерапевт прежде всего фасилитатор — по определению Сергея Братченко, “человек, балансирующий на тонкой нити между острой включённостью в процесс и абсолютной невовлечённостью, отстранённостью от него.”

* * *

Внутренний голос психотерапевта, который за-
чем-то часто не слышим: “Неси любую хрень, но от-
давай себе отчёт в том, что это за хрень, на кой хрен
тебе её нести и что за хрено-вина происходит от неё с
клиентом”.

* * *

Такой весь из себя эриксонианец, что на третьей
фразе собственного токования впадает в транс и сер-
дится, если пациент его из этого транса выводит.

* * *

Психологов пекут, как пирожки, не смущаясь на-
личием и качеством начинки.

* * *

Знает о пациенте так много, что на пациента уже
внимания не обращает.

* * *

Прогресс медицины на каждом этапе её развития
измеряется тем, насколько её вчерашние ошибки нам
кажутся хуже сегодняшних.

* * *

Что сошьёшь из вчера по лекалам сегодня, в том и
будешь ходить завтра.

* * *

Качество жизни обратно пропорционально коли-
честву способов сделать свою жизнь позитивнейкой.

* * *

Психотерапевт — человек, берущий уроки помо-
щи другому у помощи себе и помощи себе у помощи
другому.

* * *

Чем меньше понимаешь себя, тем больше дума-
ешь, что понимаешь других.

* * *

Самый долгий и трудный пациент психотерапевта
— он сам.

* * *

То, что клиент приносит, это не симптом. Это спо-
соб самопомощи.

* * *

Польза терапевта не в утешении, а в слушании.

* * *

Быть с пациентом, а не со своим желанием помочь.

* * *

Чем меньше в терапии терапевта, тем его больше.

* * *

Пациент приходит, чтобы слушать себя, а не меня.

* * *

Хочешь быть как все? Перестань быть собой.

* * *

Не интерпрети, да не интерпретран будешь.

* * *

Женщина 97-ми лет: Второй муж это протез, если
вы понимаете. Только где я возьму первого, если он
погиб?

Мужчина 86-ти лет: Старость — хорошее время,
много открытий. Вдруг, например, понимаешь, что
счастье это когда сортир на тебя не надет круглые
сутки.

* * *

Выхожу из магазинчика на заправке. В стоящей у
входа машине сидит мужичок в полном одиночестве
и, оживлённо жестикулируя, болтает. Лет 20 назад по-
думал бы — шизофреник. Сейчас понимаю —
bluetooth. В недолгом разговоре собеседник несколь-
ко раз переспрашивает: “Я вас правильно понял?”.
Лет 20 назад подумал бы — подъелдыкает, глуп
или глуховат или всё в одном стакане. Сейчас пони-
маю — психолог.

К кому пойти?

Получил в письме такой вопрос со ссылками на
сайты семи психологов. Посмотрел их самопредстав-
ления. Четверо ничтоже сумняшеся пишут, что хоро-
шо помогают при эпизиндроме, гомосексуализме... и
прочую дурь примерно такого же рода, у двоих ещё и
карты Таро фигурируют. В результате сузили со спра-
шивающими выбор до трёх остальных, по крайней
мере, не расписывающихся гордо в собственной
безграмотности.

* * *

Вопросы иногда каким-то непостижимым образом
кучкуются по темам. Я, видимо, не очень располагаю
к разговорам о любви, а тут сразу несколько писем о
почему-то не сбывающемся желании любви, “за кото-
рую умереть не жалко”. Милые дамы и господа, и слава
богу, что не сбывается. От души желаю вам любви,
при которой умирать как раз жалко.

Беседа в Сети

М.: Возможно ли ослабить привязанность или во-
все от неё избавиться? Если да, то каким образом?

Я: Если человек *точно и конкретно* может: 1) ска-
зать себе, что именно неприятное/нежелательное при-
носит ему привязанность и что приятное/желательное
отнимает и 2) хорошо представляет себе свою жизнь
после ослабления или уничтожения привязанности
(то есть, другими словами — может сам себе сказать
точно и конкретно, что именно он получит) и его
это устраивает, он действительно хочет этого, то да,
можете. Причём, скорее всего, сами. Если ответы на
эти вопросы вызывают затруднения, то неплохо бы
разобраться в этих затруднениях с психологом,
чтобы ответить на них, прежде чем ампутировать
привязанность.

М.: Спасибо за дальную подсказку. Теперь я знаю,
как это можно осуществить. Психолог для выяснения
и уточнения ответов не потребуется.

Нечаянно подслушанное

— Господи, ну почему ночью так хочется жрать?
— А что — раньше не хотел?
— О, господи, много чего аз многогрешный хотел

...

— И что, я тебе не давал?
— Давал, господи, даже слишком много давал ...
— То-то же, а теперь только желание пожрать — не слишком ведь много.

— Да, господи, но жратва жратвой, а хочется трапезы.

— Говорил я тебе не жри фиги? Говорил! А ты?! Говорил я тебе, что дорого обойдётся? Говорил! А теперь дуй к психологу, скажи, что от меня, он тебе даст 10 %-ную скидку на курс “Ты хочешь перестать жрать? Так перестань жить!”, по окончании которого мы с тобой обсудим, как тебе ночью трапезничать.

* * *

В психотерапевтическом диалоге встречаюсь с болью, чтобы пережить и прожить её, взять у неё урок и быть готовым к встрече с новой болью.

Фекатерапия

В начале 1990-ых мы с Дмитрием Леонтьевым не сговариваясь, начали баловаться вслед за популярным тогда Вишневским в жанре однотипий, которым Дима придумал классное название “однопсишия”. Это было время, когда розовая романтика перестройки стала выворачиваться наизнанку полным бардаком и одновременно буйным цветом цвёл интерес к уринотерапии (неустанный её пропагандист небезызвестный Малахов как-то по ТВ рассказал о своём раннем инсайте насчёт уринотерапии: он был шкетом-дошколёнком, когда болела его бабушка и её горшок порой застаивался сутками; запах ему очень нравился и как-то, попробовав испить из горшка, он впал в полный восторг — как это хорошо!). Тогда появилось моё однопсишие: “Когда лечить подобное подобным, то нынче только фекатерапия”. Через некоторое время наткнулся на статью с названием “О возрождении отечественной фекатерапии” и подумал — не накаркал ли. Показал коллеге, который философически заметил, что, в отличие от нас, клиентов у фекатерапевтов будет навалом, поскольку множество людей застряло в развитии на анальной фазе. Частенько вспоминаю это в связи с появляющейся всякой бредятиной под флагом психотерапии.

* * *

Ты можешь забыть то, что очень хочешь помнить.
Ничего страшного, со всеми случается. Но не должен

забыть то, что очень хочешь забыть. Это мало кому удаётся, но, если удаётся, ты уже не ты.

* * *

Эмоциональное отреагирование у пациента хорошо в терапии в своё время и на своём месте — не думаю, что нужно к нему непременно стремиться или избегать его. У неопытности в отношении к нему несколько бед: 1) Кто-то его избегает просто потому, что боится. Боится либо как триггера собственных переживаний, либо как ситуации, с которой он не знает, что делать. Думаю, такой страх неплохой признак достаточного осознавания своей работы. Можно поработать со своим терапевтом, взять супервизию и т.д. Хуже, когда это затягивается на всю профессиональную жизнь — будет мешать отреагированию, когда оно целесообразно или для клиента необходимо. 2) Кто-то к нему стремится. Тут у неопытности две ошибки: а) приданье ему значения техники с самим по себе целебным результатом и б) вольная или невольная манипулятивность, выход терапевта из терапевтического присутствия. 3) Неопытность не умеет использовать эмоциональное отреагирование для терапии и колоссальные ресурсы остаются неиспользованными. 4) У неопытности плохо с диагностикой отреагирования — она слабо различает его и, например, истерику с демонстративностью, благодаря которым клиент начинает манипулировать терапевтом. Те же беды можно увидеть в зеркале психотерапевта.

* * *

Телеведущий Дмитрий Киселёв в передаче “Исторический процесс” на телеканале “Россия” предложил запретить геям быть донорами органов, а их сердца вместо пересадки сжигать. А сердца и интимные части гетеросексуалов принудительно пересаживать гомосексуалам, чтобы те стали гетеросексуалами. Почему бы и нет, если практикой доказана полезность и эффективность подобных мер? Существовали же обычаи съедать сердце врага для храбрости, глаза — для зоркости и т.д. Не к лицу же г-ну Киселёву плестись в хвосте передовых методологий, отставая от опыта древних! Следующим шагом, видимо, будет скормливание наиболее выдающихся гетеросексуалов геям и лесбиянкам...

(окончание — в следующем номере)

ИЗ ПРАКТИКИ

Здоров или болен?

А. С. Слюсарев¹, М. Ю. Козлов²

Цель работы: анализ клинической картины с упором на дескриптивное, продольное изучение психопатологических особенностей, их динамику, взаимодействие, иерархию. Демонстрация необходимости профессиональной полемики при вынесении диагностических суждений в отношении неоднозначных и сложных клинических случаев.

Ключевые слова: шизофрения, дифференциальная диагностика, структурно-динамический анализ.

Введение: Вопросы дифференциальной диагностики психических заболеваний традиционно занимают особое положение в практике врача-психиатра. Предложенное Вильгельмом Гризингером (1845) определение психиатрии как учения о распознавании и лечении психических болезней, указывает первоочередной задачей установление и формулировку диагноза. На практике же, “распознать” заболевание нередко оказывается непростой задачей даже для опытных диагностов. Почему так происходит? Причин множество, но, в первую очередь, нас интересуют надличностные, методологические лимитирования диагностики. Когда речь заходит о психических болезнях, чаще всего, подразумевается дискретная последовательность определенных, изолированных друг от друга состояний, имеющих свои этиологические, патогенетические и клинические особенности. Порой считается, что распознать заболевание — примерно то же самое, что определить род и вид насекомого, попавшего в сачок энтомолога. Продолжая аналогию, невозможно себе представить, чтобы пойманное насекомое выходило за границы таксономических рангов, сочетало в себе признаки сразу нескольких отрядов, или плавно перетекало из одного семейства в другое. Однако в психиатрической практике регулярно встречается полиморбидность, неразличимость синдромальных проявлений при разных заболеваниях, отсутствие надежных закономерностей патокинеза и динамики, причинно-следственных отношений внутри патологии, смешанные формы заболеваний, сложные динамические взаимодействия и переплетение различных факторов в многомерном континууме личности. Учитывая эти особенности, актуальным становится дескриптивный (структурно-динамический) анализ, с опорой не столько на количественные (соответствие критериям), сколько на

качественные характеристики (А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Ю. В. Мельникова, И. О. Аксенова, 2012). Сюда включается установление иерархии и взаимовлияния отдельных симптомов и значимых симптомокомплексов внутри психопатологии (Д. Н. Корзун, А. А. Ткаченко, 2010), а также предпочтение продольной (лонгитюдной) диагностики с опорой на феноменологию, одномоментной (поперечной) (О. Х. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, Ю. Н. Астапов, 2009). Как пример вышесказанного, мы бы хотели продемонстрировать один из клинических случаев, сложный в диагностическом отношении. В ходе обследования нами был использован дескриптивный метод с упором на кларификацию ситуационно-средовых (на основе анамнеза) и личностно-диспозиционных факторов (методом психологического анализа), а также изучение иерархии структурных компонентов психопатологии и их динамики (эффекты фармакологического лечения, психо-социо-патопластических факторов, экзацербаций в периоды наименьшей компенсации больного), отслеженные путем длительного наблюдения (более 6 месяцев).

Пациент С., 1975 г.р. Отец и дед отличались “нервозностью”, раздражительностью, отец часто прибегал к рукоприкладству. Пациент родился от первой, нормально протекавшей беременности, родоразрешение без осложнений. Раннее развитие без особенностей, со слов больного — с незначительным опережением возрастных норм. Мать описывает как заботливую, мягкую по характеру, но примеров воспитания не приводит, уклад взаимоотношений в семье не раскрывает. Отношения с отцом плохие с раннего детства, “до сих пор не простил” за физические наказания и попытку выселить из дома после развода с матерью, случившуюся, когда пациенту был 21 год. Имеет сестру, на 7 лет младше, о проблемах во взаимоотношениях в период взросления не сообщает, на текущий момент контакт почти потерян, из-за отсутствия инициативы со стороны пациента, “она дура, о чем мне с ней говорить?”. Детство прошло в Бурятии, в военном городке.

¹ Главный психиатр ГВКГ им. акад. Н. Н. Бурденко, кандидат медицинских наук.

² Клинический психолог.

Мать — медицинская сестра, отец — военнослужащий. В материальном плане семья была обеспечена достаточно. Род активным, общительным, любознательным, легко устанавливал контакты с другими детьми, предпочитал сюжетно-ролевые игры “в разведчиков”, “казаков-разбойников”. С увлечением занимался трудовой деятельностью — работал в кузнице, помогал деду в изготовлении ножей, позже увлекся охотой и рыбалкой. Обладал хорошим физическим здоровьем, отмечает всего два серьёзных эпизода дошкольного возраста — ушибы головы с потерей сознания в возрасте 4 и 7 лет, последний — накануне поступления в школу, — потребовал лечения в стационаре. В 1982 году пошел в среднюю школу, учился с интересом, был коммуникативно компетентен, легко устанавливал дружеские контакты, длящиеся из-за проживания в военном городке и частой смены соседей, недолго. По ходу взросления все чаще предпочитал уединенное времяпрепровождение, избегал коллективных занятий. Часто проводил время один, потребности в общении со сверстниками не испытывал. В 1992 году, закончил 11-ый класс, в том же году в драке снова получил сильный ушиб головы, был установлен диагноз: “ЗЧМТ, сотрясение головного мозга”. Пытался поступить в медицинское училище по специальности “Сестринское дело”, однако, из-за недобора проходных баллов, был зачислен слушателем с испытательным сроком. В 1994 году окончил училище с “отличием”, после чего пытался поступить в Военно-медицинскую академию, но “не прошел по конкурсу”, в том же году был призван на срочную службу. Проходил подготовку в учебном центре, после чего, в мае 1995 года, распределен в воинскую часть на должность “Мастер по ремонту стрелкового оружия”. В декабре 1996 года закончил школу прaporщиков. В 1996 – 1998 гг. проходил службу на должности начальника склада материального обеспечения войск специального назначения. С ноября 1998 года проходил службу на должности техник взвода “ЗАС”. В 1999 году уволился и до мая 2000 года был безработным. В мае 2000 года был призван на военную службу по контракту на должность командира медицинского взвода. В период 2000 – 2001 гг. принимал участие в контртеррористической операции на Северном Кавказе. Участвовал в боестолкновениях, в ходе одного из которых перенёс ЗЧМТ: “...контузило, в руку и голову попали осколки, терял сознание, текла кровь из носа...”. За медицинской помощью не обращался. В дальнейшем стал отмечать головные боли при перемене погоды, стойкое нарушение сна, раздражительность, конфликтность, неуживчивость, значительное повышение массы тела. С июля 2002 года по апрель 2007 года проходил службу на должности начальника медицинского пункта части. В 2003 году женился, но уже в следующем году развелся — “она уже беременная была, полтора года прожили. Зачем женился — не знаю, — понял, что лучше одному...”. В 2004 году, проходил стационарное

лечение по поводу последствий черепно-мозговой травмы. В 2007 году уволился из армии, год был безработным, проживал за счет сдачи жилья в аренду. В августе 2008 года был принят служащим в воинскую часть на должность фельдшера. В 2010 году вновь призвался на военную службу по контракту. При прохождении медицинской комиссии жалоб врачу-психиатру не предъявлял, но уже в 2011 году был повторно госпитализирован с жалобами на слабость при эмоциональных и физических нагрузках. В связи с предстоящим увольнением был освидетельствован ВВК с диагнозом: “Гипертоническая болезнь первой стадии, алиментарно-конституциональное ожирение второй степени, остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции. Посттравматический артроз правого голеностопного сустава с незначительным нарушением функции, продольное плоскостопие обеих стоп первой степени, миопия средней степени обоих глаз”. Был признан годным к военной службе с незначительными ограничениями. В дальнейшем был переведен в отделение психофизиологической реабилитации военного госпиталя, где был установлен диагноз: “Посттравматическое стрессовое расстройство”.

С лета 2014 года отмечает ухудшение состояния, усилилась болезненность в позвоночнике, появилось онемение правой голени, интенсифицировались головные боли. Осенью 2014 года командованием направлен на военно-врачебную комиссию. Психическое состояние С. было расценено как соответствующее невротическому регистру. По результатам обследования освидетельствован с диагнозом “...затяжное невротическое соматизированное расстройство со стойкими, умеренно выраженным болезненными проявлениями...”, признан “В”-ограниченно годным к военной службе. Выписан с рекомендациями наблюдения психологом, врачом части, психиатром по месту службы. Через некоторое время вновь проходил лечение в этом учреждении с тем же диагнозом, проходит курсы психотерапии. Отношения с врачом-психотерапевтом постепенно принимают для С. сверхценное значение, под её влиянием он принимает “славяно-арийскую веру”, отказывается от употребления мясной пищи. Экспериментально-психологическое исследование в тот период: “высокий уровень функциональных возможностей психической адаптации, повышенный уровень настроения, психической активности, а также физической и психической выносливости. Выраженная склонность к активности в различных сферах деятельности...”. После выписки С. окончательно решил “начать новую жизнь”, стал строгим вегетарианцем (решил, что при забое скота в мясе проявляется “ген убийства, который при поедании мяса передаётся человеку”). Приобрел ранее не свойственные ему интересы и ценностные ориентации, стал выраженно неконфессионально религиозен, увлекся эзотерикой, мистикой, медитативными практиками, теориями заговора. Этому ак-

тивно способствовала психотерапевт, снабжая соответствующей литературой и проводя активную индоктринацию методами убеждения, внушения и личного примера на своих консультациях, продолжившихся и после выписки — дистанционно. Мотив коррекции веса в работе с психотерапевтом быстро отошел на второй план, уступив место “личностному росту”, под которым понималось постепенное “превращение в Божича”, что подразумевало обретение сверхчестственных способностей, жесткое самоограничение, ежедневные медитации и физические нагрузки. В январе 2016 года был госпитализирован в пульмонологическое отделение. В период госпитализации был повторно осмотрен психиатром и проведено экспериментально-психологическое исследование. После осмотра психиатром отказался от предложенного обследования в психиатрическом отделении, т.к не считал себя психически больным. Краткие результаты: память и внимание в рамках нормативных значений, мышление с единичными операциональными ошибками по типу снижения уровня обобщения по индивидуально-значимым признакам. Категориальный строй и динамические и мотивационные компоненты мышления не нарушены. Профиль личности с тенденцией к агgravации симптомов болезненного состояния. Наклон профиля “психотический” т.е. вероятность возникновения психотических реакций в стрессовой ситуации. Недостаточная адекватность понимания себя и других людей, не-предсказуемость поступков, склонность к конфликтам, завышенная самооценка, неосмотрительность, упрямство. При проведении исследования демонстративен, многоречив, суетлив, жалуется: “...вот в том госпитале меня врач (психотерапевт) лечила гипнозом, он мне очень хорошо помог. И прониклась ко мне, ждет меня на очередной сеанс, мы с ней постоянно переписываемся”. Повторный осмотр психиатра в апреле того же года: ...в беседу вступает напористо, охотно... цинично признает необходимость применения к нему “статьи по психиатрии или неврологии, чтобы было “В” (“ограниченно годен к военной службе”, прим. автора)”, пытается вызвать расположение врача, “доверительно сообщил о высоких покровителях, угрожает написанием жалоб в различные инстанции”. Из заключения психолога: признаки какого-либо патопсихологического симптомокомплекса не диагностированы, характерологические особенности являются стойкими сформированными особенностями личности, ... на момент исследования психически здоров.

Через полгода С. обратился с письмом в администрацию Президента РФ с просьбой помочь в решении вопроса об обследовании и лечении, т.к. он “психически болен, а никто не хочет помочь”. По результатам рассмотрения обращения был госпитализирован в наш госпиталь.

Психический статус: контакту доступен. Сидит на стуле с прямой спиной, неподвижно, руки на коленях.

Мимика невыразительная, голос монотонный, достаточно громкий, в умеренном темпе. Одет в черную майку с изображением солнца и надписью: “Солнце за нас”. В ходе беседы пристально смотрит в глаза собеседнику. Заявляет, что “был завербован ФСБ еще в разведшколе”, и занимается “сбором информации”. Уверяет что, находясь на территории госпиталя и проходя ВВК, “продолжает работу по выявлению шпионов”, встречался с “китайской шпионкой Лили”. Отмечает, что “на какое-то время был вынужден прекратить работу”, однако спустя два года возобновил ее вновь: “пришел человек, предложил работать на ФСБ”. Сообщает, что в 2013 году получил “медаль от контрразведки”, но потом “ее изъяли и теперь она находится в личном деле”, “руководство ФСБ составило легенду, согласно которой его звание — подполковник”, однако, по документам проходит службу в звании прапорщика на должности техника. Также сообщает, что “иногда со службы отправлялся на задание, — мог сказать в части, что зуб заболел и не выйти, чтобы отправиться выполнять приказ ФСБ”. Регулярно пишет заявления, рапорта (в истории болезни 17 листов текста), в которых описывает свои переживания — «...вижу ауру человека как через тепловизор от желтого до красных тонов, идет мерцание вокруг физического тела. Мое высшее “Я” помогает мне управлять физическим телом, — телесное отдельно, духовное отдельно, я стал другим для “зомби-социума”». «Не могу выполнять различные физические нагрузки без четкой команды моего высшего “Я”». “Команду получаю в прямом смысле слова, встань и иди, двигайся, пройди пять километров”. “Постоянно нахожусь в состоянии стресса, словно кто-то следит и наблюдает за мной”. Уверяет, что ему “сформировали образ человека, который продает Родину за деньги, человека, имеющего доступ к секретной информации, имеющего большие связи”. Рассказывает, что в марте 2015 года ездил в командировку для ловли шпионов “на живца”, возил пакет с газетами, на котором написано “совершенно секретно”, отмечает, что за ним “была слежка”. Попросил лечащего врача “не записывать эту информацию”, так как в противном случае будет вынужден сообщить руководству ФСБ и тогда тот “об этом пожалеет”. Описывает, что обладает способностями “читать мысли”. Уверяет, что может “видеть ауру”, т.к. разработал у себя сверхспособности, потому что “перешел на вегансскую диету”, чувствует себя “Богом-Сварогом”. От психофармакотерапии категорически отказывается — “у вас тут жесткие препараты”. Память не снижена. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. В отделении поведение спокойное, основное время проводит на территории госпиталя, много ходит — до 10 км в день. Отмечает сниженную потребность во сне. Подолгу рассуждает на тему того, как 2 года назад пришел к “истинной вере”, рассказывает о своей успешной борьбе с лишним весом, преимуществах вегетарианства, религиозных убеждениях. При обще-

нии с врачами и персоналом отделения “по секрету” сообщает о своей принадлежности к спецслужбам. Истоцаемости не наблюдается (в течение двухчасовой беседы). Рассказывает, что 2 года назад стал вегетарианцем, т.к. “в мясе убитых животных содержится “тень убийства”. Считает, что человек может питаться “только энергией солнца”, но сам пока “только учиться”. Стал язычником, верит в “старых богов”, “Сварога”. Считает, что “владеет гипнозом”, но может входить в “особенные состояния только себя”. Сообщает, что “когда обнимает дерево, чувствует, что усваивает из него энергию”. Рассказывает, что появилась “раздражительность”, импульсивность, например, купив новый мобильный телефон, “в чём-то не разобрался”, после чего разбил его. Говорит, что его цель — “стать лучше, бороться со злом”. Рассказал, что около полутора беспокоит бессонница — “мешает каша в голове”. В речи использует неологизмы. Например: «Слово “свобода” пишу через “а” (свабода), так как “сва — это небо”». Считает, что он — “воин света”, его цель — борьба с невежеством. Отметил у себя появление необычных способностей — “стал чувствовать ауру человека внутренним взором”; предчувствие беды, вводил себя в “особое состояние, подключаясь к космосу, получал оттуда энергию”, после чего чувствовал бодрость, прилив сил, улучшение зрения и слуха. Активен, навязчив к медицинскому персоналу с вопросами, различными мелкими просьбами, по собственной инициативе приходил к врачам-консультантам с просьбой принять его во внеурочное время. Каждый день совершает пробежки по территории госпиталя. Заявляет что ему “что-то подмешивают в еду”, хотят “сделать шизиком”, при этом принимает назначенные препараты.

В период лечения написал электронное письмо в администрацию Президента РФ, где, среди прочего, указал, что к нему в отделении “применились различные виды воздействия, включая гипноз, в результате чего выдал врачам сведения, составляющие Государственную тайну”, сообщил, что “готов ответить по всей строгости Закона”. Психологическое исследование в этот период выявляет феномены геометрической символизации, выхолощенности в “пиктограммах” больного и резонерства при их объяснении, витиеватость суждений, разорванность ассоциативного процесса, множественные структурные нарушения мышления.

По результатам обследования установлен диагноз: “Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения”.

Учитывая вышеописанное, у читателя может сложиться представление об однозначности клинической картины и очевидности диагноза, но среди сотрудников отделения этот случай вызвал много споров и на авансцену вышли параклинические аспекты:

1. Очевидная рентная установка, крайняя желательность увольнения из армии по состоянию здоровья, потребность получить инвалидность, а также как

можно дольше продлить пребывание в стационаре для увеличения срока выслуги, о чем больной открыто сообщает персоналу.

2. Находят, если не подтверждение, то логическое обоснование некоторые из краеугольных для диагноза убеждений больного, например, в одном из телефонов, которых больной имеет пять, демонстрируется “оперативная переписка”, со слов “с генералом ФСБ”, характер переписки, в целом, подтверждает бредовую фабулу больного.

3. Вычурные религиозные и идеологические убеждения больного уходят корнями в многочисленные психотерапевтические занятия, в частной беседе больной признался, что испытывает любовные чувства к психотерапевту, на встречи приходит с цветами. Таким образом, у него появляется дополнительный мотив для принятия убеждений, и так отлично отвечающих нон-конформистским и эгоцентрическим установкам С.

4. В частной переписке с заведующим отделением после выписки сообщает, что испуган диагнозом “шизофрения”, что все было наиграно, он просто хотел уволиться из армии с диагнозом невротического расстройства, но заигрался и теперь ситуация вышла из-под контроля.

5. Симптоматика начинает отвечать нуждам больного и развиваться в момент наибольшей в них потребности (обида на лечащего врача сопровождается онемением верхней губы и расчесыванием рук), периоды относительной эмоциональной стабильности — почти полной редукции симптоматики и потерей бредовыми убеждениями напряжения и аффективного заряда.

6. Каждый день статус больного дополняется новыми самоописаниями, почерпнутыми из социальных сетей и специализированных сайтов/литературы, так же быстро теряющими актуальность, как и приобретающими.

В ходе кулаурного обсуждения данного случая были выдвинуты следующие аргументы против диагноза:

1. “Нефальсифицируемость” диагноза шизофрении, его “абсолютная объяснительная сила” — “последний аргумент”, способный оправдать полиморфизм, обилие и противоречивость симптоматики, на известном этапе ставящий точку в диагностических рассуждениях, демонстрирующий, однако, не “силу”, а объяснительную слабость, способность объяснить всё, на самом деле не объясняя ничего.

2. “Схизис” у целостной личности и отсутствие “ядерных” симптомов. В общении специалистам представлялась целостная личность без признаков внутреннего расщепления, противоречия, амбивалентности, диссоциации и прочих патологических феноменов. Больной выступает специфической, дезадаптивной, патологической личностью, не страдающей аутизацией, эмоциональным обеднением, апатией, формально-стью мышления и атактическими симптомами.

4. Особенности личности. Недостаточно валидный, но, все же, важный в клиническом отношении опыт наблюдения обнаруживает у больного специфические страстные увлечения на протяжении жизни, отсутствие стойких контактов и привязанностей к близким людям (к сестре, жене, одноклассникам), желание во всем отличаться от большинства (включая внешний вид — шьет кричащую, броскую одежду на заказ по собственным эскизам), фетишизованный нонконформизм, постоянную потребность в активной деятельности (достигающей, порой, маниоформных размахов), манипулятивный характер общения, лживость, макиавеллианство, с обратной стороной в виде наивности, внушаемости, обидчивости, воспаленной потребности в уважении и признании, способной перерастти в вымыселенный нарратив о собственной исключительности.

5. Психологическая понятность, конгруэнтность поведения, мотивов и потребностей. Большой формально упорядочен в поведении, и уличить в нем специагента или обладателя сверхспособностей невозможно, очевидно, что дальше слов его убеждения не заходят и никак на поведении неказываются.

6. Элементы симулятивного поведения и госпитализм. О чем мы уже упоминали ранее, примитивная лживость сквозит даже в незначительных для диагностики вопросах: переоценка своих возможностей в беге (10 км), прием спиртных напитков (3 бутылки коньяка за раз), заявления о способности не спать по 5 ночей кряду и прочее, и прочее. Это ставит под вопрос достоверность других рассуждений больного, и формулирует новый вопрос — о способности к самовнушению или компромиссу с собственной совестью. Опыт многочисленных предыдущих госпитализаций продемонстрировал пациенту преимущество бесплатного проживания, пищи, всевозможных физиопроцедур по сравнению с холостяцкой жизнью в провинции на военном довольствии (о чем он сам, не стесняясь, сообщает).

7. Ведущий симптомокомплекс и степень дезадаптации. Опытному диагносту не составит труда на основе статуса сосчитать количество симптомов и синдромов, которые в разное время определялись у пациента: психопатоподобные, неврозоподобные, маниоформные и параноидные образования; выявлялись: бред величия, преследования, отношения, сенестопатии, резонерство, психические автоматизмы, неологизмы, соскальзывания, психомоторное возбуждение, ипохондрическая настроенность и пр. Напрашивается вопрос — не были ли они порождением самой диагностической процедуры и существовали ли вне её? И насколько больной хотел их продемонстрировать, а врачи готовы были увидеть? Насколько обосновано считать текущее состояние пациента — личностно-, конституционально- и ситуативно обусловленным синдромом, протекающим с превалирующей шизофренической симптоматикой? Может мы

наблюдаем перекрещивание и сращивание психопатологии разных регистров, движимых единым процессом или бредоподобные фантазии у внушаемой и демонстративной личности, оказывающейся в руках двух авторитетных индукторов — “генерала ФСБ” и своего психотерапевта? За время трехмесячного наблюдения психопатологическая картина оставалась, в целом, стабильной, личность больного существенным образом не изменилась.

Заключение: В этой работе мы не ставили задачу ответить на вопрос “здоров или болен?”, — нашим стремлением было в очередной раз напомнить о невероятной сложности нашей психики, нисколько не упрощающейся при присоединении к ней патологического процесса или патологического сочетания ее частей. К сожалению, картина становится еще запутаннее, чем была до этого, несмотря на то, что теперь из неопределенного “здоров” он переквалифицируется в какое-то конкретное “болен”, от этого пациент, однозначно, не становится более понятен. Продолжающаяся эволюция человеческой культуры, социума, а, следовательно, и психики, будет бросать новые вызовы нашим классификациям и руководствам, неизменным должно оставаться одно — целостное, лишенное всякого предубеждения, открытое для новых фактов и толкований восприятие клинической картины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сыропятов О. Г. О ранней диагностике шизофрении у военнослужащих / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, Ю. Н. Астапов // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16, № 1. — С. 2 – 28.
2. Зайченко А. А. Биометрические показатели конституциональных рисков развития параноидной шизофрении у мужчин / Зайченко А. А., Лебедева Е. А. // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, № 3. С. 384 – 389.
3. Прощенко И. В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты). Автограф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.18 / Прощенко И. В. Моск. науч. – исслед. ин-т психиатрии. — Москва. 2008.- 24 с.
4. Корзун Д. Н., Ткаченко А. А. Модели диагностики психических расстройств в судебно-психиатрической клинике / Корзун Д. Н., Ткаченко А. А. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012, Т. 22, № 4.
5. Лоскутова В. А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. Т. 19, № 4. — с. 92 – 104.
6. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Мельникова Ю. В., Аксенова И. О. Проблемы современной диагностики психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2012. — № 4. — с. 7 – 11.
7. Сnedkov E. B. Эволюция учения о шизофрении // Военно-медицинский журнал. — 2003. — с. 56 – 63.
8. Maruta H. A. Шизофрения с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) / Maruta H. A., Ярославцев С. А. // Медична психологія — 2015. № 4. С. 46 – 50.
9. Пивень Б. Н. К диагностике сочетанных форм психических заболеваний / Б. Н. Пивень, О. С. Булат, Л. В. Лещенко // Независимый психиатрический журнал. — 2012. — № 2.

Энергосбережение — путь к жизнестойкости и выживанию сотрудников опасных профессий¹

Е. Ю. Соколов², А. И. Адаев³

Боестолкновения — чрезвычайные ситуации, при выходе из которых у участников боевых действий часто наблюдаются отдаленные болезненные последствия в форме различных психосоматических расстройств, как следствие чрезвычайного отрицательного эмоционального воздействия на центральную нервную систему экстремальных ситуаций, связанных со смертельным риском. Статья посвящена профилактике постбоевого, стрессового ухудшения здоровья военнослужащих через умелое, грамотное использование ими методов саморегуляции на различных этапах боеготовности.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, стресс, боевые действия, методы саморегуляции.

Как показывает многолетнее наблюдение за психическим здоровьем военнослужащих, как в России так и за рубежом, работа которых проходит в экстремальных условиях и связана с опасностью для жизни, в отдаленном периоде после боевых ситуаций у человека нередко отмечаются психо-соматические расстройства, появляются отрицательные характерологические личностные изменения, снижается стрессоустойчивость и т.д. Явления эти связаны с патологическим воздействием боевого стресса на центральную нервную систему. С целью предотвращения указанных негативных последствий нужно проводить специальные психотерапевтические, психологические энергосберегающие мероприятия, предупреждающие, снимающие эмоционально-мышечное напряжение, возникающее при чрезвычайных обстоятельствах.

С помощью методов саморегуляции (релаксации, самовнушения, отдыха) военнослужащий, работающий в экстремальных ситуациях, сможет:

- быть более смелым, решительным, непобедимым,
- быть спокойным, безразличным “камнем” в схватке с врагом,
- без размышлений, спокойно уничтожать противника⁴,
- уверенно чувствовать себя перед боем и в бою,
- за мгновение расслабить мышцы, успокоиться, отдохнуть и сразу же восстановить работоспособность для точных действий при выполнении поставленной командиром задачи,
- снимать нервное возбуждение,

– регулировать свое настроение на должном уровне,

– предупреждать отдаленные послебоевые расстройства здоровья т.д.

Ежедневные по несколько раз в день тренировки упражнений саморегуляции дадут спецназовцу на поле боя превосходство над противником.

Психологическая подготовка военнослужащего к боевым действиям происходит поэтапно. Эти этапы следующие: 1. Мирный. 2. Предбоевой. 3. Боевой. 4. Этап между выполнением боевых задач. 5. После-боевой этап.

В зависимости от этапа подготовки к выполнению боевой задачи военнослужащим рекомендуется выполнение энерго-сберегающих, удобных по времени, длительности, месту нахождения психотерапевтических мероприятий, которые способен выполнить боец с целью предотвращения у него в дальнейшем возможных психо-соматических расстройств. К сожалению, имеется тенденция роста психогенных, военных расстройств, потерь, в том числе и суицидальных, ежегодно в России и за рубежом.

В период мирного этапа военнослужащий изучает все психотерапевтические, психологические мероприятия со специалистом и **обязательно самостоительно** тренируется по 3 – 5 раз в день, подготавливая себя к столкновению в будущем с экстремальными ситуациями, при которых сложнее заниматься саморегуляцией.

¹ Работа рекомендована к публикации проф. М. Е. Бурно. Печатается в авторской редакции.

² Канд. мед. наук, врач высшей категории психиатр-психотерапевт МНПЦ наркологии, научный сотрудник отдела суицидологии МНИИ психиатрии. Участник оказания помощи жертвам террористических актов и чрезвычайных ситуаций в г. Беслане, Москве, Перми.

³ Канд. психол. наук, ветеран боевых действий и ведущий психолог МВД РФ, редактор журнала “Вопросы психологии экстремальных ситуаций”.

⁴ Здесь эталонным предполагается спокойный неразмышающий субъект, робот, с жесткой стандартной программой, тогда как в реальном бою эмоции важны и неизбежны, а размышления оказываются помехой только в рукопашном бою, но необходимы во всем, где требуется творческий элемент и в случае преступного приказа. — Прим. редактора.

1. МИРНЫЙ ЭТАП.

Дыхание животом. Принять удобную позу. Дыхание углубляется, замедляется. Медленно легко и плавно вдыхать через нос. При этом мышцы живота расслабляются, живот сильно выпячивается. Когда легкие будут наполнены воздушными массами, начинать легко медленно глубоко выдыхать. Поначалу выдох можно сопровождать медленными надавливанием руками на низ живота, втягивая его.

Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием: вдох животом продолжается вдохом легких. При этом грудная клетка, ее межреберные промежутки расширяются, грудная клетка поднимается, приподнимаются ключицы, лопатки, плечи; легочная ткань, в том числе, и верхушки легких наполняются воздушными массами. Повторить 6 – 10 раз. На выдохе грудная клетка последовательно опускается, сужается, живот втянуть в себя глубоко.

Дыхание успокаивающее. *Вариант 1.* В любой позе (глаза закрыты, а если упражнение отработанное, то открытые) сделать глубокий ускоренный вдох (через рот или нос, или вместе), а затем медленный (в 2 раза медленнее вдоха) выдох; повторить 4 – 6 раз или пока как следует не испытываешь чувства отдыха, расслабленности, комфорта, уверенности.

Вариант 2 (самогипноз — расширенный вариант 1): В любой позе успокоиться, расслабиться насколько возможно, выровнять дыхание, глаза закрыты (открытые). Глубокий, спокойный ускоренный вдох. На последующем глубоком, спокойном медленном выдохе (в 2 раза медленнее вдоха) мысленно произнести короткую фразу- “снимаю напряжение с головы”. Снова глубоко ускоренно вдохнуть и медленно глубоко выдыхать, произнося при этом “снимаю напряжение с лица”. В последующем продолжать дыхание с указанными особенностями вдоха и выдоха. На каждом последующем выдохе последовательно мысленно проговаривать о снятии напряжения с “рук”, “грудной клетки”, “спины”, “живота”, “промежности”, “ног” и “всего остального”.

Вариант 3. Вдох — через рот, выдох — через нос. Положение стоя: закрой глаза и расслабься; понаблюдай за своим естественным дыханием 3 – 4 мин.; слегка открои рот и вдохни через него, позволь образно (представляй) идти потоку воздуха через рот, нос, носоглотку, легкие, живот как бы достичь низа живота; на выдохе ощущи поток воздуха, текущего в обратном направлении из низа живота к носу и через ноздри покидающего твоё тело; повтори два предыдущих пункта до тех пор, пока тебе будет комфортно и приятно это делать; переключи свое внимание на свои телесные ощущения и ненавязчиво понаблюдай за ними; открои глаза и встярхнись всем телом; сравни свое телесное и психическое состояние до и после практики.

Дыхание стимулирующее. *Вариант 1.* Вдох медленный, спокойный, глубокий, а выдох глубокий, ко-

роткий. 4 – 6 раз или до тех, пока не испытываешь нужную степень уверенности в собственных действиях.

Вариант 2. Вдох через нос, выдох — через рот. Положение стоя. Прими комфортное положение; закрой глаза; расслабься и понаблюдай за своим естественным дыханием 2 – 5 минут; на вдохе перенеси внимание на ноздри и ощущи входящий в них воздушный поток, следующий через рот, нос, носоглотку, легкие, к низу живота, живот при этом расширяется; на выдохе ощутите поток воздуха, текущего обратно с низа живота к приоткрытым рту, через который воздух покидает твое тело; повтори два предыдущих пункта до ощущения внутреннего насыщения данным процессом; понаблюдай за своими телесными ощущениями 3 – 4 мин.; открой глаза, потянись всем телом; сравни телесное и психическое состояние до и после практики.

Дыхание на счет. Дышать на счет. Когда необходимо успокоиться, на счет 1,2,3, 4 делается вдох, потом на счет 1,2,3,4 — выдох, затем на 1,2,3,4,5 — вдох, 1,2,3,4,5—выдох и так вдох и выдох удлиняются до 12. Происходит искусственная задержка дыхания, что непроизвольно приводит к определенному снятию эмоционального напряжения. Для поднятия своего тонуса, активизации состояния начинают вдохи и выдохи с 12 и постепенно укорачивают их до 4. Дыхание учащается, напряжение возрастает.

Задержка дыхания. Для снятия острого нервного напряжения делается глубокий вдох, и дыхание задерживается на 20 – 30 секунд. Следующий за этим выдох и последующий повторный глубокий вдох.

Знай и ПОМНИ ВСЕГДА, что правильное ровное, спокойное замедленное дыхание обладает успокаивающим, уравновешивающим действием; способствует повышению ВЕРЫ в себя, настроению. А это-основа УСПЕХА в решении боевой задачи. Умей правильно ВЫДЫХАТЬ, так как выдох способствует еще лучшему выходу из стрессовой ситуации, отдохну, успокоению, уверенности.

Позы для саморегуляции (релаксации, самовнушения, отдохва). Классические позы:

Сидя. *Вариант 1.* На стуле — руки на бедрах или пассивно свисают, стопы плотно соприкасаются с полом, носки стоп повернуты внутрь, колени под тупым (120 – 140 градусов) углом, спина прямая, соприкасается со спинкой стула; голова опущена вперед и вниз.

Вариант 2. “*пассивная поза*” (поза полусна в кресле”, поза полулежа в кресле): сидишь в мягким кресле с отклоненной высокой спинкой., голова и спина удобно соприкасаются со спинкой кресла; руки расслаблены, находятся на подлокотниках или бедрах, голени по отношению к бедрам располагаются несколько под тупым углом так, чтобы стопы плотно соприкасались с полом, ноги удобно расположены;

Вариант 3. Поза “*кучера на дрожках*”: Ноги расположены, как и в предыдущей позе. Туловище склонено вперед; руки локтями опираются на бедра,

кисти свисают с внутренней стороны бедер; голова опущена вниз, глаза закрыты; челюсть расслаблена; рот слегка полуоткрыт.

Поза — лежа: голова — прямое продолжение туловища, но может быть чуть приподнята (небольшой валик под головой); ноги несколько расставлены, руки вдоль туловища ладонями вниз (вверх); глаза закрыты.

Поза стоя. Вариант 1: ноги на ширине плеч, стопы параллельно одна к другой; вес тела равномерно распределяется на всю подошву (носок, пятка, центр подошвы); колени согнуты (как бы по прямой соединяются глаза, колено и носок ноги); спина прямая; таз немного выступает вперед; ягодицы сжаты; руки вдоль туловища; голова наклонена вперед и вниз.

Вариант 2. Стоя, прислонившись спиной к стене; голова опущена или соприкасается со стеной; напряжение ног и туловища минимальное, чтобы обеспечить равновесие.

“Стояние столбом” — для самовосстановления и получения отдыха. Ноги на ширине плеч параллельно друг другу. Равномерно распределить вес тела на подошвы. Руки свободно свисают вдоль тела. Пальцы рук естественно подогнуты. Расслабить колени так, чтобы не было жесткой фиксации ног в коленных чашечках. Отпустить свое внимание на волю, позволив всему, что происходит, быть. Освоение данной позиции с 5 – 10 минут пребывания в ней. Каждую неделю прибавлять по времени своего пребывания в данной позе по 5 мин. До тех пор, пока не сможете находиться в ней 40 – 60 мин.

Достигнув хороших результатов использования для релаксации мышечной системы в вышеуказанных позах, необходимо научиться использовать методы саморегуляции и *в самых неудобных позах*, которые сопровождают тебя при выполнении задания.

Упражнение “Равновесие двух сил”.

- Встань, поставь ноги на ширину плеч параллельно друг другу; руки свисают вдоль тела свободно;
- закрой глаза;
- отпусти свое внимание и дождись расслабления;
- 3 – 5 минут понаблюдай за своим дыханием спокойно, не вмешиваясь в его работу;
- ощущай весь позвоночный столб одновременно и сохрани это восприятие 1 – 2 минуты;
- представь свою макушку и поток энергии, который как будто бы подходит к макушке сверху и тянет ее к небу;
- представь, что низ позвоночника (крестец, копчик) под действием противоположной силы как будто бы тянет вниз к земле;
- ощущай комфортное натяжение своего позвоночного столба, который растягивается под влиянием двух противоположных сил: макушка тянется вверх, а низ позвоночника вниз;

— представь, что ты как будто бы висишь на натянутой нити, которая проходит сквозь позвоночный столб;

— твое тело начинает совершать различные микродвижения — это нормально. Не мешай им и продолжай представлять действие двух противоположно направленных сил;

— ощущай внутренний комфорт, понаблюдай за телесными своими ощущениями до тех пор, пока они не сольются в единый однородный фон;

— открой глаза.

Круговое вращение глазных яблок по часовой стрелке и обратно, 3 – 6 – 8 раз.

Прогрессирующая релаксация. В любой вышеуказанной позе проводишь поочередно сокращение и расслабление отдельных групп мышц. Сокращение мышц — на вдохе (ввожу себя как бы в боевой стресс), ощущаю внимательно твердость и напряжение мышц; расслабление — на выдохе (выход как бы из боевого стресса), ощущаю внимательно расслабление мышц и сравниваю с предыдущим ощущением их сокращения. Дыхание медленное, спокойное. Каждую группу мышц сокращаю по 3 – 6 раз. Последовательность сокращения — расслабления мышечных групп следующая: бицепсы — двухглавые мышцы плеча (сгибание и разгибание локтевых суставов), трицепсы — трехглавые мышцы плеча (разгибание и сгибание локтевых суставов), сокращение (“зажмуривание”) всех мышц лица и их расслабление, передние грудные мышцы, мышцы спины (широкий), мышцы живота (брюшной пресс), ягодичные мышцы с мышцами прямой кишки, мышцы бедер, икроножные мышцы подъем и опускание пяток, а носки находятся на земле постоянно), передние мышцы голеней (на вытянутых ногах на себя при вдохе и сокращении тяну носки и потом при выдохе-расслаблении их отпускаю).

Упражнение “Я — камень”. С закрытыми (а в дальнейшем — открытыми) глазами представить молча себя камнем (любым и в любой ситуации) и спокойно созерцать это представление. Какая бы комфортная или неприятная ситуация не была бы в твоем представлении, ты эмоционально “реагируешь” на нее с полным безразличием. Упражнение дает возможность из тревожного состояния перейти в более уравновешенное, спокойное с целью выхода из сложившейся особой ситуации.

Использование самоприказов. Управление собою с помощью внутренних самоприказов типа: “Надо!”, “Смелее!”, “Терпил!”, “Работай!”, “Вперед!” и т.п. Важно систематически тренировать преодоление себя с таким дополнительным самоприказом. В конечном итоге вырабатывается своего рода органическая связь между внутренней речью и действием. Появляется дополнительная сила. Надо объединять самоприказы с формулами самоубеждения: “Я ничего не боюсь!”, “Вперед!”, “Я справлюсь с этой задачей!”, “Смелее!”.

Вначале обучения, при самостоятельном его повторении, любой метод занимает немало времени до того, как быстро им овладеть. Необходима систематическая, регулярная тренировка в самых разных условиях, позах.

“Релаксирующий падающий водопад”. Стойка вертикальная, ноги на ширине плеч, вес тела равномерно распределить на подошвах (носок, пятка, центр подошвы). Руки расслаблены, располагаются вдоль туловища. Голова наклонена вперед. Глаза закрыты. Дыхание спокойное. Представить, что на макушку головы (на 2 см выше линии, соединяющей верхние края ушных раковин) струится водопад. Вода пронзает постепенно сверху все тело, начиная с головы, мозга, затем — шею позвоночник, внутренние органы, руки, нижние конечности (бедра, голени, стопы). Водный поток “проходит” как бы через организм интенсивно. В тех участках тела, где он наталкивается на участки с мышечным, эмоциональным напряжением, его скорость снижается, замедляется. В таком состоянии поток струится до тех пор, пока субъективное ощущение не растворится в нем. Затем интенсивность водопада вновь усиливается, спадает все ниже до следующего очага напряжения. Ослабевает его, растворяет в себе, снова течет дальше вниз. И т.д. В конце через стопы “уходит” с взятым ею всем негативным эмоционально-мышечным напряжением из организма “в землю”. Постепенно этим упражнением добиваешься состояния покоя, отдыха, успокоения, приятных ощущений тепла, расслабленности, легкости или тяжести, исчезновения неприятных ощущений до начала упражнения.

Аутогенная тренировка — проводится в позах сидя или полусидя, или полулежа сначала, или лежа (см. выше) в спокойной, тихой обстановке, с закрытыми глазами, а при усвоенном материале нужно уже выполнять упражнения и в шумной обстановке. Формулы проговариваются молча, медленно, уверенно, про себя со спокойным представлением того, о чем тобою ведется речь и **обязательно** без какого-либо эмоционального напряжения и волнения. Дыхание при упражнении спокойное, замедленное, неглубокое животом, грудью, смешанное. Перед упражнением успокойся, расслабься. Молча проговариваешь текст:

— Я совершенно спокоен 1 – 2 раза; меня ничто не тревожит; все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха. Эти 3 предложения повторить и в конце сеанса -как завершающие.

— Я хотел бы, чтобы мои руки и ноги были тяжелые и теплые — 3 – 4 раза повторить. Я спокоен — 1 раз. Мои руки и ноги будут тяжелые и теплые — 3 – 4 раза повторять через 1 – 3 мин.(в зависимости, сколько будет свободного времени на момент проведения тренинга саморегуляции). Я спокоен -1 раз. Мои руки и ноги тяжелые и теплые-3 – 4 раза. Я спокоен. Руки и ноги тяжелые и теплые — 3 – 4 р. Я спокоен. Тяжесть и тепло в конечностях — 3 – 4 раза. Теб-

ло как будто бы поднимается вверх по левой руке и по сосудам переходит в грудную клетку. В грудной клетке и на сердце тепло и уютно — 3 – 4 раза. Я спокоен. Солнечное сплетение выделяет тепло — 3 – 4 раза. Я спокоен. Тепло в животе — 3 – 4 раза. Тяжесть и тепло во всем теле.

Периодически включать: с каждым сеансом: мне лучше и лучше; психотренинг поможет мне преодолеть любой недуг, любые трудности; я могу управлять собой, я уверен в себе.

Повторить первые 3 предложения в самом начале.

Медленно глубоко вдохнуть и резко коротко выдохнуть, открыть глаза, потянуться всем туловищем с руками и ногами. Активно встать, провести короткие вращательные движения в суставах конечностей, позвоночнике, перейти к выполнению своих обязанностей.

2. ПРЕДБОЕВОЙ ЭТАП

При чувстве волнения, тревоги, предбоевой лихорадке используешь один или несколько приемов саморегуляции (описаны выше):

Дыхание на счет. Задержка дыхания. Упражнение “Я — камень”. Использование самоприказов.

3. БОЕВОЙ ЭТАП. 4. МЕЖБОЕВЫЕ ПЕРИОДЫ (описание необходимых упражнений в эти периоды см. выше).

В момент передвижения по пересеченной местности, ожидания столкновения с противником, в смертельной опасности одновременно спокойно уверенно дышишь попеременно животом, грудной клеткой, смешанно.

При усталости, физическом, психическом переутомлении, волнении для быстрого улучшения состояния выполнить следующее: не более 1,5 минут провести *энергетический самомассаж* (по секундам или по счету). 1. Энергично растереть ладони — 5 сек. 2. Потереть пальцами щеки вверх-вниз — 5 сек. 3. Расслабленными пальцами “постучать” по макушке головы — 5 сек. 4. Кулаком левой руки интенсивно растереть плечо и предплечье правой руки — 8 сек. 5. Кулаком правой руки интенсивно растереть плечо и предплечье левой руки — 8 сек. 6. Осторожно надавить 4 раза на щитовидную железу (ниже кадыка) большим и указательным пальцем правой руки. 7. Поочередно нажимать с одной, а потом с другой стороны на пульсирующие участки сонной артерии на шее, считая до пяти. 8. Нашупать большим пальцем впадину в основании черепной коробки, нажать, сосчитать до трех и отпустить. Проделать 3 раза. 9. Плотно захватить большим и указательным пальцами ахиллово сухожилие. Надавить и отпустить. Повторить 3 раза на каждой ноге. 10. Энергично потереть гребнем кулака, а если не очень удобно, то пяткой подъема стопы поочередно обеих ног. Мгновенно проходит усталость, сонливость. Повышается работоспособность.

При возможности во время боя использовать **Дыхание успокаивающее**: сделать глубокий ускоренный вдох (через рот или нос, или вместе), а затем медленный выдох; повторить 3 – 6 раз.

Когда при вынужденной ситуации остановился, спрятался от противника, тебя не видно, но находишься в неудобной позе, испытываешь **острое нервное напряжение, найти (!)** в своем положении **удобство** и провести упражнение на **задержку дыхания**.

Используются внутренние самоприказы.

При кратковременной возможности можно спросить своего товарища о его самочувствии, поддержать его морально, повысить **его уверенность в себе**. Этим самым **закрепляется чувство доверия** его к сослуживцам.

Использование вертикальной стойки **“Стояние столбом”**.

В случае появления адекватных страха, тревоги, паники, эмоционального напряжения — основание для проведения упражнения на **задержку дыхания**. Или проводишь для спокойствия **дыхание на счет**.

Для выхода из состояния эмоционального напряжения по ситуации используешь **упражнение “Я — камень”**.

5. САМОРЕГУЛЯЦИЯ В ПОСЛЕБОЕВОМ ПЕРИОДЕ

Обязательно после выполнения боевой задачи, когда каждый участник боевой группы столкнулся с эмоционально напряженной стрессовой ситуацией, для снятия эмоционального напряжения, общего успокоения организма, **предупреждения отдаленных послебоевых расстройств**, провести “разбор полета”. В комфортной индивидуальной для каждого бойца позе, по возможности, попить теплого сладкого чая. Одновременно без напряжения провести самостоятельно успокаивающие дыхательно-расслабляющие мышечную систему упражнения (см. выше).

Каждый боец, по желанию, вслух в окружении **только участников** проведенной боевой задачи сообщает все, что он чувствовал (мысли, размышления, настроение, страх, паника, неуверенность, злость, агрессия, испуг, различные физические ощущения, сердцебиение, холодный или горячий пот, оцепенение и т.д.) в период всего боевого процесса. Присутствующие внимательно, не перебивая, слушают; затем возможны перекрестные вопросы, которые дополнительно снижают эмоциональное напряжение у выступающего и слушателей (сравнивают свое состояние с его). Обстановка полного доверия.

Идеальная поза — горизонтальная. При невозможности лечь, используя любое положение, в котором исполняются следующие мероприятия для снятия эмоционального и мышечного напряжения: **Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием. Самогипноз. Вдох — через рот, выдох — через нос. Упражнение “Я — камень”. “Релаксирующий падающий водопад”**.

После боя расскажи специалисту или сослуживцам, близким по духу, о пережитых обстоятельствах при выполнении задания для снятия эмоционального напряжения. Умей слушать сам рассказ товарища о себе после выхода его из боя.

Отвлекись на любимое занятие, физические упражнения, направь свое внимание на поиск положительных, приятных моментов в любом твоем окружении (люди, природа, неодушевленные предметы и т.д.).

Алкоголь, курение усугубляют болезненные последствия работы в боевых условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Американских солдат научат распознавать психические расстройства у сослуживцев. Интернет, 18.07. 2007 г.
2. Войцех В. Ф., Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С. Предотвращение суицидов в армии. М., 2008 г.
3. Краснов Е. В. Основные стратегии психической саморегуляции стресса в ходе служебной деятельности. Сборник материалов 11й Всероссийской научно-практической конференции “Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий”. М., 2015 г., стр. 257 – 263.
4. Соколов Е. Ю., Магурдумова Л. Г. Психокоррекция психосоматических расстройств у сотрудников опасных профессий. Ж-л “Вопросы психологии экстремальных ситуаций”, № 1, 2014 г., стр. 55 – 61.
5. Тарабринна Н. В. Психология посттравматического стресса. Институт психологии РАН.
6. Тукаев Р. Д. Феноменология и клиника острого стрессового расстройства у спасателей медиков. Ж-л “Психотерапия”, № 9, 2006 г., стр. 24 – 35.
7. Уфимцев В. Искусство саморегуляции. Школа спецназа. Минск, 2008 г.

ХРОНИКА

Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”

30 – 31 мая 2017 года в Санкт-Петербурге прошел Международный конгресс “Интеграция и эволюция в психотерапии. Роль и место психотерапии, психофармакотерапии в лечении психических, психосоматических и сексуальных расстройств. Виды организационных моделей оказания помощи”, организованный Профессиональной Медицинской психотерапевтической ассоциацией (ПМПА), Санкт-Петербургской региональной научно-просветительской общественной организацией “Психосоматика”, Ассоциацией терапевтов Санкт-Петербурга, Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, Северо-Западным государственным медицинским университетом им. И. И. Мечникова, Городским психоневрологическим диспансером № 7 (со стационаром), психотерапевтическим центром, Санкт-Петербургским медико-социальным институтом.

Насыщенная и сбалансированная научно-практическая программа — залог неослабевающего интереса к нашему конгрессу как российской, так и международной медицинской общественности. В рамках пленарных заседаний, тематических секций были подняты наиболее актуальные вопросы развития психотерапии и психосоматической медицины, направленные на сохранение психического здоровья населения Российской Федерации.

Психическое здоровье — это важный стратегический фактор медицинской, социальной и политической сфер жизнедеятельности. Он обеспечивает социальное единство, общественный порядок, стабильность и безопасность среды обитания, повышает качество жизни и уровень психического благополучия всего населения Российской Федерации. Существенное влияние на сохранение и укрепление психического и психосоматического здоровья людей оказывает психотерапевтическая служба.

Доминирующей задачей психотерапии в “общественно ориентированной психиатрии” является профилактика и сохранение здоровья социально активной части населения, восстановление трудоспособности, сохранение и поддержание качества жизни человека.

Эксперты оценивают потребность населения России в психотерапевтической и психиатрической помощи в пределах от 14 – 18 %, т.е. в ней нуждается, как минимум, каждый седьмой гражданин.

В 2014 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала доклад “Предотвращение самоубийств: глобальный императив”. Данные, представленные в этом докладе, свидетельствуют о том, что, несмотря на очевидные позитивные тенденции, Россия по-прежнему находится в числе стран-лидеров по уровню смертности от самоубийств. По дан-

ным ВОЗ смертность от суицидов в России составляет 19,5 случаев на 100 тыс. чел. населения (14 место в мире), при этом среди мужчин — 35,1 случаев (8-е место в мире).

720 детей и подростков России в 2016 г. покончили жизнь самоубийством.

В 2017 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала депрессию важнейшей причиной нездоровья в мире. С 2005 г. распространённость депрессии выросла более чем на 18 %. При этом сохраняются проблемы нехватки медицинской помощи и стигматизации пациентов с психическими расстройствами. В итоге люди не получают лечения, необходимого им для того, чтобы вести продуктивную насыщенную жизнь. ВОЗ выразила озабоченность фактом, что во многих государствах люди с психическими заболеваниями получают минимальную помощь — или не получают её вовсе.

Сейчас ВОЗ запускает кампанию по борьбе со стигматизацией и ошибочными представлениями о значении аффективных расстройств “Депрессия: давайте поговорим” (Depression: Let’s Talk).

При этом психотерапевтическая помощь населению в России пребывает в глубокой стагнации.

Согласно статистическим данным о состоянии психотерапевтической службы в России за 2005 – 2013 гг., за 9 лет в России количество психотерапевтических кабинетов сократилось на 368. Значительное уменьшение числа психотерапевтических кабинетов имело место в 29 регионах России. За 10 лет с 2005 – 2015 гг. произошло значительное сокращение врачей-психотерапевтов на 25,4 %, с 1858 до 1386 (на 472 человека). В 2015 г. была ликвидирована Психотерапевтическая поликлиника № 223 г. Москвы.

Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”

Все изменения в психотерапевтической службе происходят при отсутствии главного психотерапевта Минздрава России и организационно-методического отдела службы.

Бюджеты здравоохранения и социального развития ежегодно теряют средства, которые при разумном подходе целесообразно использовать для создания модели эффективной системы оказания психотерапевтической и психосоматической помощи населению. Такая модель улучшит качество оказания медицинской помощи населению в целом, обеспечит сокращение финансовых потерь в системе здравоохранения и, соответственно, существенно изменит качество жизни.

Специальные исследования подчеркивают, что лица с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, ближдающие по медицинскому лабиринту, переходя от специалиста к специалисту и не получая адекватной специализированной помощи, истощают бюджет здравоохранения. Исследования, проводимые в 60 – 70-х годах прошлого века в Европе, США и Канаде, выявили фантастические убытки здравоохранения и серьезные риски, которым подвергалось здоровье пациентов, заставили государства, организаторов здравоохранения и страховые компании пересмотреть систему оказания психиатрической, психотерапевтической и психосоматической помощи населению.

Санкт-Петербургским психотерапевтическим центром проводилось исследование для обоснования экономической оправданности городской целевой программы по развитию психотерапии. Полученные данные показали, что ситуация в здравоохранении нашего города в аспекте “экономики психотерапии” соответствует, к сожалению, западному опыту периода 60-х годов прошлого века, а по ряду позиций находится и в еще более плачевном положении.

По данным исследования (анкетирование, беседа, анализ историй болезни) пациент в среднем осуществлял до направления к психотерапевту:

16 неоправданных визитов на амбулаторный приём к различным специалистам, 3 вызова на дом “Скорой помощи”, 4 – 5 дорогостоящих инструментально-диагностических исследования, лабораторные анализы; госпитализация в соматический стационар.

В результате проведенных аналитических исследований установлено, что своевременно не оказанная психотерапевтическая помощь больным с психосоматической патологией влечет потери из бюджета города на одного пациента — 41149,65 рублей, из средств Территориального фонда ОМС — 53500,3 рублей.

Неоказание помощи существенно повышает риск развития осложнений заболеваний и увеличивает издержки бюджета здравоохранения, возникающие вследствие отсутствия эффективно функционирующей психотерапевтической и психосоматической

службы, которые не поддаются подсчёту, но, однозначно, только по городу Санкт-Петербургу они превышают цифры в миллионы рублей ежегодно. И это не говоря уже о трудопотерях и росте инвалидизации.

В результате проведенного комплексного анализа показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга за 25 лет с 1991 – 2014 гг. по данным исследования д.м.н., главного специалиста эксперта по психиатрии Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ Лиманкина О. В “Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования” установлено: произошел рост первичной заболеваемости психическими расстройствами на 53 % (в расчете на 100 тыс. населения — с 249,5 до 383,6) за счет психических расстройств непсихотического характера — рост на 79,5 %. Общая заболеваемость психическими расстройствами в группах детей и подростков (0 – 17 лет) возросла более чем на треть (на 36,7 %), прежде всего, за счет психических расстройств непсихотического характера (превышение на 44 %).

Абсолютное число психически больных, имеющих группу инвалидности, выросло на 40,8 %. Уровень первичной инвалидности в указанный период вырос на 16 %. На конец 2016 года абсолютное число психически больных, имеющих группу инвалидности, составляет 34 783 человека. За период с 2014 – 2016 гг. число психически больных, впервые признанных инвалидами, выросло на 27,1 %.

В настоящее время идет модернизация психиатрической службы, сокращаются стационарные койки, необходимо активно развивать психотерапевтические технологии амбулаторной службы.

На протяжении ряда лет очень слабо развивается сеть бюджетной психотерапевтической помощи (специализированной медико-санитарной помощи) в поликлиниках, психотерапевтических центрах, психоневрологических диспансерах и общесоматических лечебно-профилактических учреждениях.

Сейчас в Интернете по запросу “Психотерапевтические центры России” выдается 1001 адрес, примерно 4/5 которых находятся в Европейской части России и подавляющее большинство из них коммерческие.

Данная ситуация недостаточно контролируется органами здравоохранения, во многих регионах России отсутствуют внештатные специалисты психотерапевты, а там, где они назначены, как правило, нет организационно-методических отделов психотерапевтической службы.

Есть и такая особенность современного этапа развития психотерапии в России — это попытка отрыва психотерапевтического сообщества от медицины и психиатрии, подмены понятия психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств психокоррекцией и психологическим консультированием за счет активного внедрения во врачебное мышление и менталитет философско-психологических

Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”

моделей психотерапии, в которых нет места биологическим методам лечения.

В этой ситуации происходит отход ряда специалистов от “медицинской модели” оказания психотерапевтической помощи (в которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психокоррекционные методы воздействия) и врач работает “клиническим психологом с врачебным дипломом”.

Происходит “размытие границ” психотерапии, путем активного внедрения в практику врачей “психологического подхода” к больному, когда не реализуется нозологический принцип и биологическая терапия. Процесс лечения заменяется консультированием и использованием психокоррекционных индивидуальных и групповых техник.

Помимо этого расцветает альтернативная психотерапия (маги, экстрасенсы и т.д.), она сформировалась в нашей стране в виде социального взрыва. Подобные явления наблюдались в истории и других стран в период кризисов, но самопроизвольно исчезали при выходе из них. К сожалению, в нашей стране эти оздоровляющие тенденции отсутствуют до настоящего времени.

В соответствии с историческими традициями развитие российской психотерапии определяется ее медицинской моделью. Дискуссия о психотерапии, как гуманитарной специальности, не требующей базисного медицинского и психологического образования, не может найти поддержки. Это касается также и призывов к отделению психотерапии от психиатрии. Необходимо осознать, что не только в психиатрии, но и в других областях медицины определение целей, задач, направленности психотерапии, выбор ее методов осуществляются на основании знаний особенностей психики и личности больных.

Все изложенное сегодня звучит еще острее, актуальность названных тем остается очень высокой, все эти проблемы требуют дальнейшего и безотлагательного решения. И это не праздный вопрос. В недалеком будущем, при сохранении вышеперечисленных неблагоприятных тенденций, психотерапия будет дозволена каждому, у кого есть так называемый “сертификат”, и медицинский диплом для этого будет не обязателен.

В целом, независимо от того, бюджетная эта психотерапевтическая сфера или частная, нет должной востребованности в полноценной психиатрической подготовке врача-психотерапевта, низкое качество последипломной подготовки, отсутствует система непрерывного образования.

Сегодня в России остро стоят вопросы о границах профессии, понимании объекта и предмета психотерапии как специальности, системой подготовки специалистов, организации психотерапевтической службы.

В связи с недостаточной подготовкой психотерапевтов по основной (базовой) специальности психи-

атрии, возможно, назрела целесообразность полноценного обучения каждого психиатра в рамках последипломного образования по психотерапии и отмене специальности врач-психотерапевт (по аналогии с подготовкой врачей в Германии, Франции, Израиле и других странах).

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биopsихосоциального представления о природе психических расстройств и необходимости системы лечебных воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Это положение изменило подход к организации психотерапевтической помощи, в переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия. Такой подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчетливые экономические преимущества: снижаются трудопотери, рентные установки, инвалидизация.

Очень важно осознать, что только полипрофессиональная бригада позволяет оказывать полноценную, качественную, экономичную и краткосрочную специализированную психотерапевтическую помощь.

Необходимо подчеркнуть важность взаимодополнения медицинского и психологического подходов, тандема врача психотерапевта и медицинского психолога в лечебном процессе.

Работа полипрофессиональной бригады позволяет обеспечить:

- краткосрочность психотерапевтической помощи: одновременно начать работу на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях, совместить групповые и индивидуальные формы работы, которые позволяют в более короткие сроки создать разнообразные модели поведения и общения и работать с ними;

- эффективность психотерапевтической помощи: подключение четырех специалистов позволяет увидеть пациента с разных сторон, собрать клиническую, психодиагностическую, динамическую информацию, а также создать минимум три модели отношений с пациентом, раскрыть и проработать его внутриличностные и межперсональные конфликты;

- экономичность психотерапевтической помощи: подготовка и работа врача-психотерапевта более дорогостоящая, чем медицинского психолога, специалиста по социальной работе и медицинской сестры, в связи с чем, включение данных специалистов в работу с пациентом позволяет снизить количество часов работы врача, сделать экономические затраты на лечение ниже. Групповые формы работы создают условия для обслуживания большего числа пациентов в единицу времени.

Таким образом, медицинская модель, при которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психотерапевтические и психокоррекционные методы лечения,

Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”

осуществляемая полипрофессиональной бригадой, является необходимым условием современной эффективной психотерапевтической помощи.

Данный принцип работы позволяет предоставить объём медицинской помощи, соизмеримый со стационарным лечением, сократить сроки оказания специализированной помощи, упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической помощи, существенно сократить трудопотери, так как эта амбулаторная терапия проводится больным без их отрыва от своей профессиональной деятельности.

Особое место должны занять психотерапевтические кабинеты в районных поликлиниках и психотерапевтические центры, образованные на основании приказов МЗ РФ: № 438 от 16 сентября 2003 г. “О психотерапевтической помощи”, № 543н от 15 мая 2012 г. “Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению”.

Преимущества образующихся психотерапевтических центров проявляются в возможности организовать оказание психотерапевтической помощи “сложным” пациентам с психическими расстройствами с помощью стационарзамещающих технологий.

Организационные изменения в психотерапевтической среде, развитие психологии и социальной работы привели к появлению многих общественных объединений, ассоциаций, союзов, как по профессиональному признаку, так и по различным направлениям психотерапевтической деятельности.

В сложившихся обстоятельствах возрастает значение общественных организаций адекватно влияющих на процессы становления психотерапевтической помощи. Должны сформироваться и набрать силу саморегулируемые профессиональные организации и сообщества психотерапевтов, реализующие на практике медицинскую модель специализированной помощи, разрабатывающие и утверждающие стандарты оказания психотерапевтической помощи при различных нозологических формах, осуществляющие контроль по использованию методов психотерапии.

В этой ситуации важно не забывать, что психотерапевт — прежде всего врач-психиатр, имеющий дополнительную психотерапевтическую подготовку. Он проводит лечение пациентов с психическими и психосоматическими расстройствами, как с помощью биологических средств лечения, так и психотерапевтических техник.

Учитывая неадекватные современные тенденции в психотерапевтическом сообществе (стремление к внедрению “Австрийской модели” психотерапевтической помощи через психотерапевтические лиги), не следует допускать подмены психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств, проводимого врачом, психокоррекционными техниками, используемыми психологами и немедицински-

ми специалистами для решения психологических проблем в рамках психологического консультирования. Считаем, что данные вопросы должны регулярно обсуждаться в медицинском сообществе.

Понимая значение общественных организаций в развитии психотерапии, а именно организаций, объединяющих профессионалов, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, учитывая современную ситуацию, сложившуюся в психотерапевтическом сообществе, в 2016 г. образована “Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация”. Основные цели, которые ставит перед собой ассоциация:

- отстаивание и внедрение в практику психотерапии “медицинской модели” лечения больных;
- объединение врачей-психотерапевтов, психиатров, врачей психосоматического профиля, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер психотерапевтических подразделений, реабилитационных и психосоматических отделений;
- образовательная деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ;
- содействие в защите прав членов ассоциации и пациентов.

Таким образом:

- в настоящее время психотерапия приобрела существенное значение в лечении больных с психическими и психосоматическими заболеваниями;
- формируясь в рамках медицинской модели позволяет применять современные лечебные и организационные формы психотерапевтической помощи, которые направлены на реализацию биopsихосоциального подхода к лечению больных с психическими и психосоматическими заболеваниями силами поликлинических бригад с использованием стационарзамещающих технологий, не подменяя деятельность ПНД;
- в связи с возрастающим влиянием общественных организаций на процессы становления адекватной психотерапевтической помощи, должны сформироваться и набрать силу саморегулируемые профессиональные организации психотерапевтов базирующиеся на медицинской модели оказания помощи лицам с психическими и психосоматическими расстройствами.

Требуют решения следующие задачи по оптимизации психотерапевтической службы:

1. Создать организационно-методическую структуру психотерапевтической службы:

- 1) Утвердить должность Главного внештатного специалиста-психотерапевта Минздрава России. Целесообразно предложить должность главного внештатного специалиста-психотерапевта главному внештатному специалисту-психиатру Минздрава России Кекелидзе Зурабу Ильичу, что будет способствовать дальнейшему развитию психотерапии в рамках психиатрии.

Резолюция Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”

- 2) Сформировать организационно-методический отдел психотерапевтической службы.
- 3) Определить единый порядок маршрутизации психотерапевтических пациентов.
2. Реформирование имеющихся подразделений психотерапевтической службы, в соответствии с нормативно-правовыми положениями приказа Минздрава РФ от 16.09.2003 N 438 “О психотерапевтической помощи”.
3. Разработка качественных и эффективных форм оказания психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, с преобладанием амбулаторных, стационарзамещающих форм лечения:
- Оказание психотерапевтической помощи осуществлять полипрофессиональными психотерапевтическими бригадами (психотерапевты, психологи, социальные работники, медицинские сестры), с использованием медицинской (клинической, врачебной) модели психотерапии.
4. Приближение психотерапевтической помощи к населению на основе территориального принципа.
5. Качественная подготовка и непрерывное образование врачей психотерапевтов по психиатрии, или отмена специальности врач-психотерапевт (каждый врач психиатр в таком случае должен получить в рамках последипломного образования основательные знания по психотерапии).
6. Подготовка среднего медицинского персонала для работы в психотерапевтических бригадах: включить в дополнительные образовательные программы по подготовке специалистов “Сестринское дело” предмет “Психотерапия”, с целью обучения медицинских сестер базовым методам психотерапии, понимания проводимых психокоррекционных техник и работы в полипрофессиональной бригаде.

*Принята единогласно
на пленарном заседании Конгресса
31 мая 2017 г.*

Приглашаем принять участие!

XXIII КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ “ТЕЛО И ДУША — ВЗГЛЯД ПСИХОТЕРАПЕВТА”

22 декабря 2017 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

Конгресс Всемирной федерации психического здоровья

ПАРТНЕРСТВО В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

02.11.2017 – 05.11.2017, Нью Дели, Индия

www.wfmhindia.com

Психотерапия чахнет при авторитарном управлении

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

**Президенту “Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации”
проф. В. И. Курпатову**

Уважаемый Владимир Иванович!

Благодарю Вас за возможность ознакомиться с резолюцией Международного конгресса “Интеграция и эволюция в психотерапии”, который состоялся 30 – 31 мая 2017 г. в Санкт-Петербурге во дворце Белосельских-Белозерских. Важность поднятой проблематики делает необходимой форму открытоого письма.

Солидаризируясь с обширным 6-ти страничным текстом резолюции в целом, за исключением нескольких абзацев, с превосходными и естественными целями, установками и задачами психотерапевтической службы, сформулированными в 4 из 6 завершающих ее пунктов, нельзя не подчеркнуть, что они грубо противоречат первым двум и частично пятому, судя по всему, центральным: ввести “на основании приказов Минздрава” 2003 г. (№ 438) и 2012 г. (№ 543), еще более жесткую централизацию управления и контроль психотерапевтической службы, выстроить ее на стандартный унифицированный упрощенный лад созданием организационно-методического отдела и “должности Главного внештатного специалиста-психотерапевта Минздрава России”.

Наиболее сложная, тонкая и деликатная сфера психотерапии, ее методы и специалисты встраиваютсся тогда в несвойственный самой ее природе естественнонаучный авторитарно управляемый аппарат, принадлежа в большей мере гуманитарным дисциплинам и творческим профессиям, где неизмеримо большее значение имеет импровизация в соответствии с особенно обостренной здесь проблемой индивидуализации.

В пятом пункте нельзя согласиться с положением об отмене специальности врача-психотерапевта. — Это очередное, после ликвидации специальности “детская психиатрия”, ретроградное отступление от продвинутости отечественной психиатрии по сравнению с другими странами в соответствии с закономерной дифференциацией специальностей с неизбежным снижением уровня наиболее тонкой деятельности. Необходимо лишь жесткое соблюдение требования для работы психотерапевтом 3 – 5 летней практической работы в большой психиатрии.

И совершенно естественно, что по имеющимся свидетельствам эта резолюция не была принята единогласно.

Используя статус международного конгресса, приглашение широкого круга причастных к психотерапии психиатров и административный ресурс, а главное накалившуюся в последнее время атмосферу в стране, резолюция протаскивает разрушительный для самого существа психотерапии принцип централизации, губительный для творческого индивидуального подхода.

Это достаточно емко воплощено в предложении “должности главного внештатного специалиста-психотерапевта главному внештатному специальному психиатру Минздрава России Кекелидзе Зурабу Ильичу, что будет способствовать дальнейшему развитию психотерапии в рамках психиатрии”. Дело в том, что Зураб Ильич Кекелидзе превосходный специалист по скоровспомощной психиатрии — сфере, диаметральной противоположной психотерапии, которой он никогда не занимался. А в этом году он продемонстрировал открыто антидемократическую и грубо неконструктивную установку, отказываясь, вопреки 25-летней практике в Московском НИИ психиатрии, допускать меня, как представителя НПА России на заседания Ученых Советов под предлогом, что я “не член Ученого Совета”, а “Центр им. В. П. Сербского — режимное учреждение”. За этим стоит нетерпимость к критике с устранением оппонентов — слабая и вредная позиция. Это отражает неуклонный с ускорением нарастающий авторитаризм, немыслимый еще при Татьяне Борисовне Дмитриевой.

В отношении необходимости “оптимизации психотерапевтической службы” еще раз напоминаем математически обоснованную логику академика Владимира Игоревича Арнольда: “оптимизация — путь к катастрофе” (В. И. Арнольд. “Жесткие” и “мягкие” математические модели. — М., 2013. Это 4-ое издание доклада на семинаре при Президентском Совете РФ в 1997 г., 20 лет назад).

Президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко

17 июня 2017 г.

Жалоба в Генеральную прокуратуру врача-психиатра расценена как заведомо ложный донос

Врач-психиатр из Витебска **Игорь Постнов** рассказал “Беларуской праўдзе” (05.09.2017) о своих злоключениях.

Сегодня старший следователь третьего следственного отделения Витебского городского отдела Следственного комитета К. Казимирская вызвала по телефону Игоря Постнова на допрос в рамках уголовного дела, возбужденного по части 1 статьи 400 УК — “заведомо ложный донос о совершении преступления”. Из кабинета следователя врача-психиатра принудительно отправили в “Новинки” для прохождения стационарной психиатрической экспертизы.

Что происходило дальше — рассказывает Игорь Постнов.

— Сначала я находился в Следственном комитете Витебска, откуда меня отправили на стационарную психиатрическую экспертизу в Минск; сейчас я возвращаюсь домой. Я категорически отказался от стационарной экспертизы — мне провели амбулаторную экспертизу и отпустили домой.

Следователь Казимирская вызвала меня на допрос по телефону. Я пришел. Ждали, пока освободится адвокат...

В кабинете следователя мне стало плохо: подскочило давление. Я попросил вызвать “скорую” — мне отказали. Вместо скорой вызвали милицию, а милиция надела наручники и затащила в машину и повезли на Минск. Правда, в машине наручники сняли. Составили протокол за неподчинение милиции — за то, что не прошел в машину. Так я и не мог проследовать в машину: плохо себя чувствовал, мне обязаны были вызвать врачей. Просил книгу жалоб — тоже не выдали.

Завтра с утра планирую заявиться в Следственный комитет и написать жалобу на следователя, чтобы ее наказали за грубейшие нарушения.

— **К каким выводам пришли врачи в “Новинках”?**

— Выводы будут только через месяц. Но я вполне вменяемый, а не подзаборный бомж. Экспертиза, проведенная в Витебске, не нашла у меня психических заболеваний и рекомендовала стационарное наблюдение.

Просто я написал в генпрокуратуру жалобу с просьбой разобраться в истории одного парня, которого “закрыли” в СИЗО. Я даже не просил наказать кого-то конкретно, а просил разобраться в ситуации — и выложил все в интернет. А против меня за это возбудили уголовное дело по статье “заведомо ложный донос о совершении преступления”. Никому ничего я не доносил.

— Сегодня произошел замечательный прецедент, — комментирует ситуацию представитель Платформы **Олеся Садовская**, которая в 2014 году принудительно удерживалась в экспертном стационаре. — Игорю Постнову провели амбулаторную экспертизу вместо стационарной из-за его категорического отказа госпитализироваться в принудительном порядке. В 2014 году, несмотря на мои три письменных отказа, в 25-м закрытом экспертном отделении в “Новинках” меня задержали 10 дней, а в 2016 году — в 30-м отделении меня задержали против воли уже 5 недель. Почему у экспертов разный подход к подэкспертным?

От редактора. Показательно не только то, что было возбуждено уголовное дело по статье “ложный донос” (эта практика широко применяется в настоящее время и в России), но и то, что человека тут же направили на судебно-психиатрическую экспертизу, усомнившись в его нормальности. С другой стороны, отказ подэкспертного от прохождения стационарной экспертизы привел к тому, что эксперты ограничились амбулаторной. Пример того, что дело Олеси Садовской, получившее широкий, в том числе международный резонанс, не прошло даром.

Нож в спину НПА России

Август омрачился для Ассоциации очередной проверкой Минюста, которая для всех, кто с ней сталкивался, — некий кошмар: количество необходимых бумаг, регулярной отчетности так велико, что, похоже, все задумано так, чтобы общественные организации занимались бумажной деятельностью, а не своими уставными задачами. Среди требуемых бумаг есть такие, отсутствие которых чревато закрытием организации.

В течение 23 лет юридическим адресом Ассоциации была Преображенская больница (Московская КПБ № 3 им. В. А. Гиляровского). Такую возможность нам предоставила главный врач той поры Лариса Степановна Ларина. Нам было лестно числиться по учреждению, где впервые в России в 1932 г. была проведена Пинелевская реформа. А это значит не только снятие цепей, но и снятие полицейского чина во главе больницы. Здесь в первые годы существования Ассоциации работала наша общественная приемная, 18 лет мы проводили в этой больнице ежемесячные клинические разборы с публикацией в журнале, вышедшие в нескольких томах и широко используемые в образовательной практике. Мы описали в журнале историю этой больницы, президент НПА России был сопредседателем юбилейной конференции к ее 200-летию.

Но в момент, когда Министерство юстиции РФ потребовало подтверждение нашего юридического адреса, Преображенская больница сама теряла юри-

дическое лицо, превращаясь в филиал КПБ им. П. Б. Ганнушкина, а и.о. главного врача был молодой доктор Д. В. Савельев, который до этого участвовал, как зам. гл. врача в организации наших клинических разборов и располагал выпусками нашего журнала. Неделя в середине августа до последнего срока сдачи недостающих документов совпала с перерегистрацией самой больницы. В результате, мы не получили подтверждение юридического адреса, несмотря на активные просьбы об этом.

13 сентября мы получили результаты минюстовской проверки. Каково же было наше изумление, когда мы прочли, что еще 20 июня, за полтора месяца до нашей просьбы Д. В. Савельев письменно ответил за запрос Минюста, что НПА России на территории больницы не существует. Не зная, что это юридический адрес НПА России (хотя письма из Минюста на обум не приходят), не зная истории больницы, с которой мы связаны более 25 лет, он не позвонил ни главному врачу больницы этой эпохи Л. С. Лариной, ни президенту Ассоциации, имея мобильные телефоны обоих. Поступил чисто формально, в лучшем случае как равнодушный чиновник, не входя в рассмотрение существа вопроса, хотя риски для НПА были очевидны и целиком на поверхности. Разумеется, это прежде всего вопрос элементарного этического императива, которого, как мы видим, у него нет. Неужели таково все поколение новых молодых администраторов?

26-й Европейский конгресс по психиатрии

“ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ИНТЕГРАЦИЯ, ИННОВАЦИИ, ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ”

3 – 6 марта 2018 г., Ница, Франция

www.epa-congress.org

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Гюстав Доре “История Святой Руси”

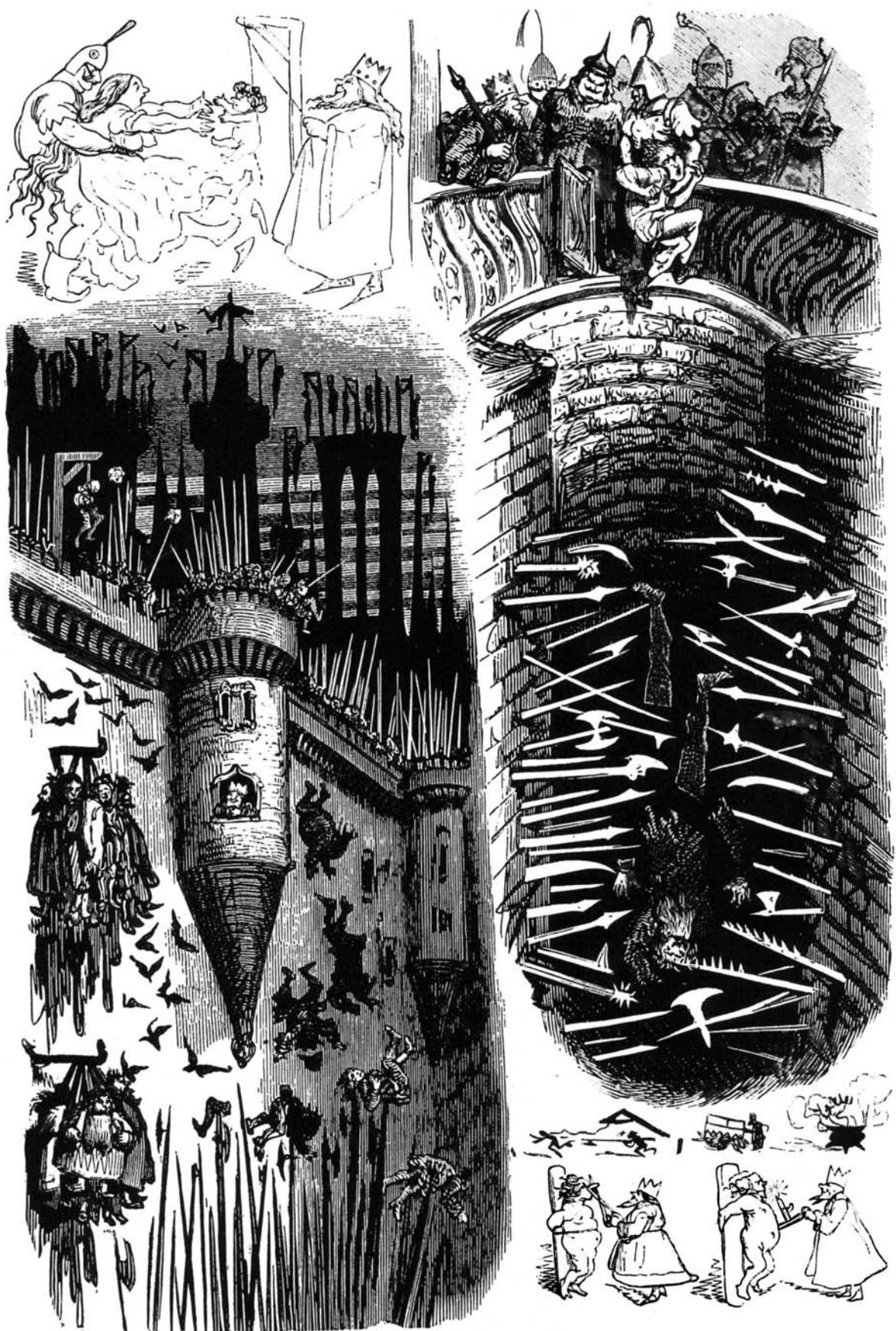
Гюстав Доре (1832 – 1883) — гениальный гравер и рисовальщик, величайший иллюстратор XIX века, начавший рисовать с 4 лет и уже не расстававшийся с карандашом даже в постели, одаренный и музыкально. Уже в 10-летнем возрасте он делал рисунки к “Божественной комедии” Данте, а в 15 лет (1847) выпустил альбом литографий “Подвиги Геркулеса”. Уже в 16 лет он зарабатывал больше, чем знаменитый Оноре Домье на вершине своей славы. А между тем, он научился рисовать без учителя и классических студий, так и не получив законченного художественного образования, и был фактически самоучкой.

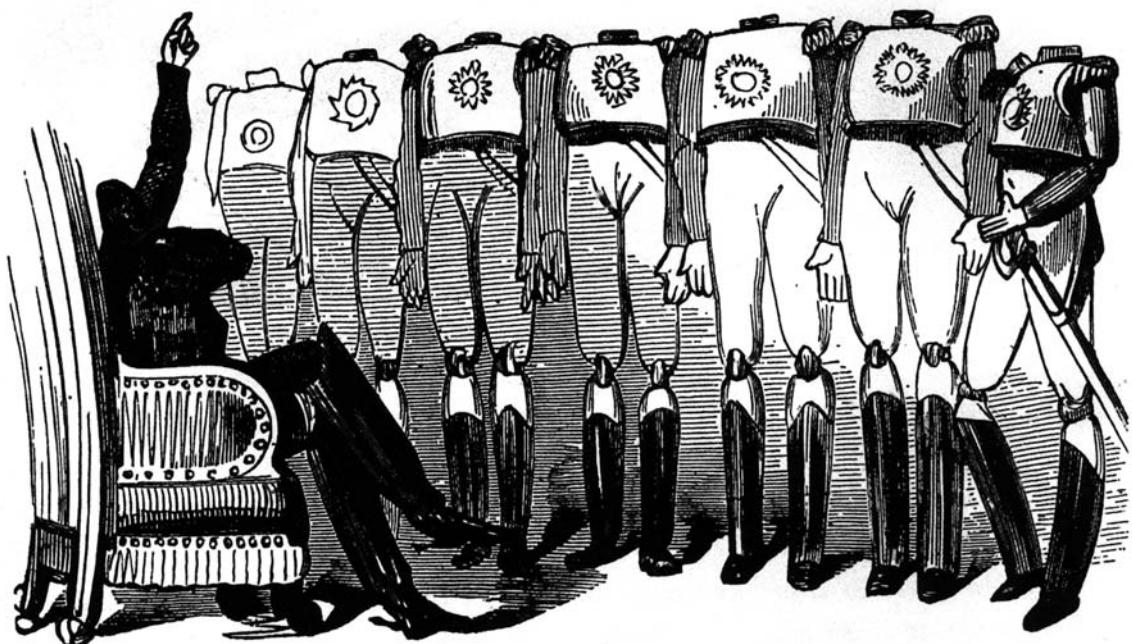
Доре достиг совершенства в неразрывном слиянии рисунков с текстом в иллюстрациях к “Гаргантюа и Пантагрюэлю” Рабле (1854). В том же году он издал “Историю Святой Руси” и в таком же духе “Парижский зверинец”, а до этого иллюстрировал стихи Байрона. В 1855 г. создал иллюстрации к “Озорным рассказам” Бальзака. Славу принесли его иллюстрации к “Аду” (1861). “Чистилище” и “Рай” Данте, созданы спустя 8 лет. В 1862 г. он иллюстрировал сказки Шарля Перро, а в 1863 создал непревзойденные иллюстрации к “Дон Кихоту” для первого французского издания в переводе Полины Виардо и на основе тщательного изучения исторических материалов и мест событий в Испании, и к “Приключениям барона Мюнхгаузена”. В 1865 – 1867 гг. иллюстрировал

“Потерянный рай” Джона Мильтона, “Труженики моря” Виктора Гюго и “Басни” Лафонтена. В 1866 г. создает 238 гравюр ко всем книгам Ветхого и Нового Завета Библии, которые были изданы около тысячи раз. Его цикл “Лондон. Паломничество” (1872) Ван Гог назвал своим любимым произведением искусства. Последняя серия его иллюстраций была посвящена “Ворону” Эдгара По (1882). Всего им было создано более 10 тысяч гравюр, изданных более 4 тысяч раз, а число рисунков еще в 1862 г. перевалило за 44 тысячи. Титаническая работоспособность, удивительное мастерство, неисчерпаемая фантазия, феноменальная память, позволявшая обходиться без натурщиков, сочетались со стремительной решительной манерой творчества и необыкновенной легкостью.

В 1854 г. Доре издал в виде книги-альбома свой самостоятельный цикл “История Святой Руси” из 500 рисунков, полное название которого “Живописная, драматическая и карикатурная история Святой Руси на основании текстов хроникеров и историков Нестора, Сильвестра, Карамзина, Сигура”. Импульсом послужило начало Крымской войны. Вслед за книгой маркиза де Кюстина “Россия 1839 г.” это шедевр проницательного и вполне точного взгляда на нашу историю, сходную с той, которую задолго до этого проходили фактически все европейские страны.





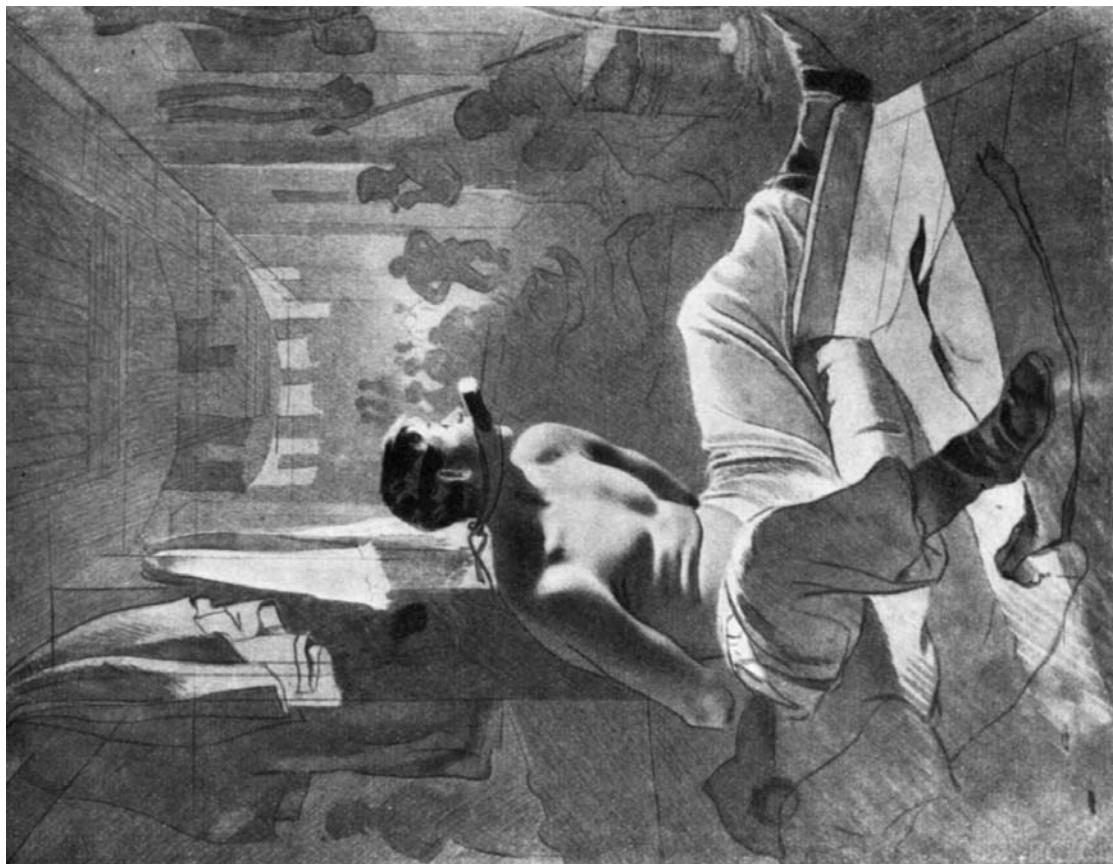


**Тарас Шевченко
(1814 – 1861)**



Державный кулак

Тарас Шевченко (1814 – 1861)



Кара колодкой (1856 – 1857)



Кара шпитретами (1856 – 1857)

Сергей Лемехов
(1946)





НЕКРОЛОГ

Борис Григорьевич Юдин (14.08.1943 – 6.08.2017)



В августе 2017 года отечественная наука потеряла выдающегося ученого, а мы все — замечательного человека — Бориса Григорьевича Юдина. Это был основоположник и лидер биоэтических исследований в России. Еще в 1975 году он написал работу “Рубежи генетики и проблемы этики”, а 1986 году совместно с И. Т. Фроловым “Этику науки” — самое фундаментальное отечественное издание на эту тему. В 1989 году он целиком вовлекся в проблему биоэтики, как “любви с первого взгляда”. И уже в 1991 году прочитал на философском факультете МГУ первый в России учебный курс биоэтики. С 1990 года он главный редактор журнала “Человек”, с 1992 года зам. председателя Российского национального комитета по биоэтике, с 1997 года — представитель России в Комитете по биоэтике Совета Европы, в 2000 – 2004 годах член бюро этого комитета, член Совета директоров Международной ассоциации биоэтики (1999 – 2017), председатель Этического комитета Минздрава РФ. С 1999 года Б. Г. директор Института человека РАМН. Его путь не был безоблачным, писались доносы, возникали нелепые препятствия, в 2004 году был ликвидирован Институт человека, что стало “ударом по академической гуманитарной науке”. С 2001 года Б. Г. читал курс биоэтики в Институте философии теологии и истории св. Фомы Аквинского. С 2004 — научный руководитель Института гуманитарных исследований Московского гуманитарного университета.

тa, директор Центра биоэтики Института фундаментальных и прикладных исследований МГУ. Велик вклад Б. Г. и в проблему самоорганизации (канд. дис. 1971), “Развитие научного знания, как объект методологического исследования” (докт. дис. 1986 г.).

Борис Григорьевич — член-корреспондент РАН, автор 450 публикаций, в том числе 14 книг.

В интернете размещено несколько его интервью, от которых невозможно оторваться. Его удивительная человеческая сродственность проблематике избранного им дела, простая манера, с которой он выступал, как держался, каким был в непосредственном общении, разительно отличались от красавицей официозного словоблудия, никогда не были скользкими и блестящими, а просто проникали вглубь, вызывали доверие.

Нам посчастливилось на протяжении нескольких десятилетий общаться с Борисом Григорьевичем, он непременный участник многих наших съездов, его выступления, поднятые им проблемы запоминались и транслировались, он был постоянным читателем нашего журнала.

Когда уходят такие люди как Борис Григорьевич, чувствуешь себя осиротевшим. Он был настолько на своем месте, что стал незаменимым. И в истории предмета, и в наших чувствах Борис Григорьевич останется неповторимым.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Рикёр Поль. Философская антропология. М., 2017.

Кирсберг И. В. Феноменология в религиоведении: какой она может быть? Исследование религии только как сознания. М., 2016.

Брак Андре ван дер. Ницше и дзэн. Самоопределение без самости. СПб., 2017.

Бодрийяр Жан. Фатальная стратегия. М., 2017.

Хайдеггер Мартин. О поэтах и поэзии. Гёльдерлин, Рильке, Тракль. М., 2017.

* * *

Вебер Макс. Город. М., 2017.

Жэнгра Ив. Социология науки. М., 2017.

Роман Осипович Якобсон. Под ред. Н. С. Автономовой и др. М., 2017.

Гинзбург В. Л. Об атеизме, религии и светском гуманизме. М., 2016.

Фейман Ричард. Наука, не-наука и все-все-все. М., 2017.

* * *

Футуризм и безумие. (*А. Закржевский.* Рыцари безумия (футуристы). Киев., 1914. *Евг. Радин.* Футуризм и безумие. СПб., 1914. *Ник Вавулин.* Безумие, его смысл и ценность. СПб., 1913). М., 2017.

Канетти Элиас. Спасенный язык. История одного детства. М., 2016.

Назаретян Акоп. Антропология насилия и культура самоорганизации. М., 2017.

* * *

Герцен А. И. Сборник “Наши” и “Ненаши”. //Письма русского. Составитель А. Тесля. М., 2017.

Парос А. В борьбе за правду. М., 2017.

* * *

Тополянский В. Д. Лейб-хирург последнего императора. //Знамя. 2016, 8, 157 – 178.

Тополянский В. Д. Позаастали стежки-дорожки. //Знамя. 2017, 7, 161 – 188.

Нордштейн Мих. Бактерии на государственной службе. //Знамя. 2016, 8, 179 – 191.

* * *

Кубин Альфред. Из моей жизни. М., 2017 (Знаменитый австрийский график и писатель 20 века (1877 – 1959) — наиболее проникновенный выразитель шизофренического внутреннего мира).

Маринетти Ф. Т. Как соблазняют женщины. Кухня футуриста. М., 2017.

Рудницкий Евг. Музыка и музыканты Третьего Рейха. М., 2017.

Зачевский Е. А. История немецкой литературы времен Третьего Рейха (1933 – 1945). СПб., 2016.

Зачевский Е. А. Пути-перепутья немецкоязычной литературы 20 века. СПб., 2017.

Бьюз Тимоти. Цинизм и постмодерн. М., 2016.

Кулии Станислав. Архитектон. 2017.

Джосслит Дэвид. После искусства. М., 2016.

* * *

Глорье-Детуш И. Как говорить с детьми. М., 2017.

Пришвин М. М. Цвет и крест. СПб., 2017.

Манрике Хайме. Улица Сервантеса. История создания главного романа мировой литературы. М., 2017.

Жене Жан. Мастерская Альберта Джакометти. М., 2017.

Стейнбек Джон. Русский дневник. М., 2017.

ABSTRACTS

A unique diary. Overcoming the Depressive State (Part 1)

This is the first part of the work, which contains excerpts from a unique diary for several years, depicting a chronic melancholy status with a constant intention to death, overcome by extraordinary activity. The author calls colleagues to qualify this state with the greatest possible completeness for discussion in the second part of the work. The work is proposed as a productive independent form of scientific publications.

Keywords: Depressive states. Self-description of his state in his diaries.

On the nature of depressive disorders in alcoholic patients

*A. G. Gofman, P. A. Ponizovskiy,
T. A. Kozhinova, I. V. Yashkina*

The article describes different types of depression that can be observed in patients with alcohol dependence. The authors reproduce the methodology of the clinical interview adopted in somatic psychotherapy, which allows to identify the most important symptoms for making a diagnosis. It is emphasized that identification of characteristics of somatic sensations experienced by patients helps to distinguish between endogenous, situational (neurotic) and alcohol-induced depression.

Keywords: alcohol addiction, depression, melancholy, anxiety, somatization.

On the terms of appeal actions for psychiatric care

Yu. N. Argunova

The author presents a comparative legal analysis of the provisions of the Law on Psychiatric Care, the Code of Administrative Proceedings of the Russian Federation and the Civil Procedure Code of the Russian Federation on the timing of judicial appeal against acts of providing psychiatric care. Judicial practice is analyzed. Methods for resolving legal conflicts are suggested.

Keywords: appeal of actions to provide psychiatric care; patient's rights.

Resurrection of the Soviet approach in forensic psychiatric practice with respect to social danger

On a concrete expert example, it is shown how forensic psychiatrists identify the notion of "social danger" from the point of view of the investigation and from the point of view of psychopathology, whereas a person with mental disorder who recognized as irresponsible, should appear in the field of professional criteria. "Psychopathologically deducible danger exceptionally is a subject of psychiatry" — the name and essence of the program work on this topic on the Association's website.

Keywords: social danger in psychiatry, social danger in criminal law.

Healthy or sick?

A. S. Slusarev, M. Y. Kozlov

The author presents the analysis of the clinical picture with an emphasis on descriptive and longitudinal study of psychopathological features, their dynamics, interaction and hierarchy; demonstrates the need for professional discussion of diagnostic judgments regarding ambiguous and complex clinical cases.

Keywords: Schizophrenia, differential diagnostics, structural dynamic analysis.

Energy saving as the way to resilience and survival of dangerous spheres employees

Å. Yu. Sokolov, A. I. Adaev

Clashes are emergency situations, after the end of which participants of military operations are often demonstrated the long-term painful consequences in the form of various psychosomatic frustration, as a result of extraordinary negative emotional impact on the central nervous system of the extreme situations connected with deadly risk. Article is devoted to prevention of post-fighting, stressful deterioration of health of the military personnel through skillful, competent use of methods of self-control at various stages of fighting capacity.

Keywords: emergency situations, methods of self-control.