

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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
П. Ю. Завитаев
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)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresensky
Valery Evtushenko
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigory Kotikov
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovsky
Vladimir Prokudin
Victor Topolyansky

Сдано в набор 14.12.2017. Подписано в печать 20.12.2017. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2017-4-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛЯДЫВАЯСЬ НА 2017-Й ГОД И ПРОШЕДШЕЕ СТОЛЕТИЕ: ОСУЩЕСТВЛЕННАЯ АНТИУТОПИЯ	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Уникальный дневник. Преодоление депрессии. Часть 2. Рентгеновски пронизательный взгляд на себя и окружающее благодаря и вопреки депрессии — Ю. С. Савенко	8
Патографический этюд о великом человеке — А. А. Шмилович	13
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Курт Шнайдер. Психиатрия и факультеты (1947)	14
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизоаффективный психоз или шизофрения? — А. А. Шмилович, Е. А. Сахарова	21
Эпилепсия как маска аутоасфиксифилии — А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова, А. Я. Перехов, А. А. Омельченко, В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону).	34
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Оспаривание в суде качества проводимого лечения — Ю. Н. Аргунова	40
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Симуляция или сюрсимуляция?	44
Априорное недоверие к психиатрии в обществе сохраняется.	47
ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕЛИГИЯ	
Нравственный подход к человеку священника и психотерапевта — свящ. Георгий Кочетков	52
Психотерапевтические рефлексии: из сетевых дневников (окончание) — В. Е. Каган (Берлин)	57
ОБЗОРЫ	
XVII Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации — В. В. Мотов	67
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Позарастили стежки-дорожки... — В. Д. Тополянский.	70
ХРОНИКА	
Конгресс ВПА в Берлине	75
Конгресс Национальной медицинской палаты	75
Конференция в Архангельске	77
Международная конференция “Духовные итоги революции в России: коллективный человек и трагедия личности”	78
Всероссийский съезд “В защиту прав человека”	79
Семинар НПА России в Москве.	80
РОП роняет свою репутацию отсутствием безгловости	81
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Даниил Хармс. Меня называют капуцином.	82
Сэмюэль Беккет. Действие без слов. 2	84
НЕКРОЛОГИ	
Федор Ефимович Василюк.	85
Людмила Павловна Рубина	87
РЕКОМЕНДАЦИИ	89
АННОТАЦИИ	90

CONTENT

LOOKING FOR 2017 AND THE PAST CENTURY: IMPLEMENTED ANTI-UTOPIA	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
The unique diary. Overcoming depression. Part 2. X-ray insightful look at yourself and the surrounding thanks to depression and in spite of it — Yu. S. Savenko	8
The pathographic study of a great man — A. A. Shmilovich	13
FROM CLASSICAL HERITAGE	
Kurt Schneider. Psychiatry and faculties (1947)	14
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Schizoaffective psychosis or schizophrenia? — A. A. Shmilovich, E. A. Sakharova.	21
Epilepsy as a mask of autoasfixophilia — A. I. Kovalev, M. N. Kryuchkov, A. Ya. Perekhov, A. A. Omelchenko, V. A. Soldatkin (Rostov-on-Don).	34
PSYCHIATRY AND LAW	
Challenging the quality of the treatment in court — Yu. N. Argunova.	40
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Simulation or sur-simulation?	44
A priori distrust of psychiatry in society remains	47
PSYCHOTHERAPY AND RELIGION	
Moral approach to the person of a priest and psychotherapist — priest George Kochetkov	52
Psychotherapeutic reflexions: from online diaries (ending) — V. E. Kagan (Berlin)	57
REVIEWS	
XVII Congress of the World Psychiatric Association (Part 1) — V. V. Motov.	67
HISTORY OF MEDICINE	
The stitches-paths are overgrown... — V. D. Topolyansky	70
CHRONICLE	
The WPA Congress in Berlin	75
Congress of the National Medical Chamber	75
Conference in Arkhangelsk	77
International Conference “Spiritual results of the revolution in Russia: a collective person and the tragedy of the individual”	78
All-Russian Congress “In defense of human rights”	79
Seminar of the IPA of Russia in Moscow	80
RSP drops its reputation by lack of fastidiousness	81
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVINESS	
Daniil Harms. I'm called a capuchin	82
Samuel Beckett. Action without words. 2	84
OBITUARY	
Fedor Efimovich Vasylyuk	85
Lyudmila Pavlovna Rubina	87
RECOMMENDATIONS	89
ABSTRACTS	90

ОГЛЯДЫВАЯСЬ НА 2017 Г. И ПРОШЕДШЕЕ СТОЛЕТИЕ: ОСУЩЕСТВЛЕННАЯ АНТИУТОПИЯ

Любая попытка исторического взгляда на вещи в нынешней, 2017-ого года российской действительности попадает в контекст выразительной в своей самооблачительности истории с докторской диссертацией министра культуры, утверждения, что история не наука, а мифология. Не принятая научным сообществом эта диссертация волевым решением министра образования и науки была признана заслуживающей звания доктора исторических наук, хотя всем понятно, что адекватнее говорить о докторе мифологических наук, а точнее — пропагандистских наук.

Между тем, согласно выдающемуся труду Густава Шпета “История как проблема логики”, опубликованном в 1916 г. и предвосхитившем современные представления, “подобно тому, как математика (и логика) считается образцом идеальных наук, история может считаться ... образцом всякой конкретной науки. Это — две основные науки, что означает, науки, которые в области данного предмета изучают его в наибольшей полноте”. История — наука чисто описательная, имеющая дело с фактически связанным. Сравнительно-исторический метод создает иллюзию повторяемости причин, тогда как “мы имеем дело самое большее только с аналогией, так как ... речь идет только об употреблении омонимных понятий”. Исторических, т.е. полных повторений не бывает. Шпет высмеял “психологическую причинность”. Основополагающим методом истории является герменевтика.

Характерно, что наибольший вклад в методологию истории внесли Вильгельм Дильтей, Макс Вебер, феноменологическое направление Эдмунда Гуссерля (Густав Шпет, Александр Владимирович Койрэ, Альфред Шюц, Карл Ясперс и др.), школа “Анналов” (Марк Блок, Ле Февр, Фернан Бродель), Джеральд Холтен и Карл Поппер.

Есть вещи и события, в отношении которых все историки согласны: весь мир решительно, принципиально изменился после Первой мировой войны и покатился, набирая обороты, в сторону, которую еще тогда предсказывали Э. Гуссерль и Макс Вебер, в том числе и специально для России, пользуясь консультациями Кистяковского, и такие знатоки России как Густав Шпет, Томаш Масарик, Александр Койрэ и Питирим Сорокин. А это личности, которые уже тогда вызывали безусловное доверие. Макс Вебер и его почитатель Карл Ясперс были в числе очень и очень немногих, кого не смог захватить патриотический угар — сушая психическая эпидемия — в начале войны. Патриотический со стороны всех воюющих стран, включая цвет интеллигенции, ученых, психиатров,

деятелей культуры. Примеров несть числа. Зашкаливала шпиономания. Образ еврея-предателя успешно использовался обеими сторонами в оправдание содеянных насилий (НПЖ, 2014, II, 5 – 9). Началось и мифотворчество историков, преодоленное с тех пор только в достойных образцах. Прослеженные почасово действия всех сторон достаточно четко показывают: мировую войну начал Николай II — самодовольная посредственность. Достаточно прочесть его дневник, свидетельства неоднократно рисовавшего его Валентина Серова, даже монархиста Шульгина. Начал Ходынккой и кончил мученической смертью после революции и переворота, которыми мы ему обязаны, так как сокрушить империю можно было только поражением в войне и таким правлением. Из отечественных психиатров проницательный прогноз принадлежит Н. Н. Баженову (НПЖ, 2013, IV; 2014, I).

Февральская революция 1917 года, относительно бескровная, благодаря обоюдным эксцессам революции 1905 – 1907 гг., установила на 8 месяцев демократический режим, восстановила университетские свободы, вернула В. П. Сербского на кафедру психиатрии, хотя было уже поздно. Октябрьский переворот (25 октября) разгоном Учредительного собрания (6 января 1918 г.) обрек страну на 85-летнее тотальное переустройство общества, в котором ценность человеческой личности была девальвирована даже для верных членов партии. Целенаправленно выращивался homo soveticus, опыт колоний Макаренко был подхвачен впоследствии нацистским режимом, издавшим его собрание сочинений, так же как пример доноительства Павлика Морозова, Любови Яровой и др. Волонтаристское убеждение на волне искусственно вызываемого энтузиазма, что внешние факторы всеисильны, что природу можно мять как глину, лепя требуемую модель, сопровождало всю историю советской власти. При этом с культурой, наукой, выдающимися людьми, в том числе врачами, психиатрами, не считались.

В 1924 г. за строго научную позицию (против специфически советской психологии) был ликвидирован Московский институт психиатрии. В 1927 г. отравлен наиболее знаменитый тогда В. М. Бехтерев, а вскоре затравлены П. Б. Ганнушкин, Л. С. Выготский, Л. М. Розенштейн, А. Б. Залкинд, арестованы Э. Я. Штернберг и Л. Л. Рохлин.

В 1937 г. расстреляны один из наиболее продуктивных психиатров, проторявший феноменологическое направление Ясперса, Н. П. Бруханский и самый выдающийся отечественный философ и культуролог,

основоположник семиотического поворота философии, последователь Гуссерля — Густав Шпет, а также основоположник отечественной психотехники И. Н. Шпильрейн.

Сметались целые научные институты и научные направления, даже целые научные дисциплины (педология, психотехника, психоанализ, евгеника, генетика). Власть давала зеленую улицу тому направлению психиатрии, которое соответствовало ее курсу. Первоначальная экскульпация лиц с психопатией, мягкой шизофренией, спасавшая от террора гражданской войны с приближением Большого террора, с 1922 по 1935 г., уменьшилась в 15,5 раз, а потом снова выросла в несколько раз.

В костоломных условиях разгрома одной за другой научных школ, каждая из них достигала выдающихся успехов. В 1924 г. было разгромлено экспериментально-психологическое направление в психиатрии, в 1936 — психопрофилактическое, в 1951 — психоморфологическое.

Психиатрия — выразительный частный пример того, как Большой террор на фоне перманентного террора, длившегося 35 лет, до марта 1953 г., привел в атмосфере страха в условиях железного занавеса и системы воспитания с детского сада, к индоктринации государственной идеологии и обеспечил почву для исполнения предложения председателя КГБ Юрия Андропова в его письме от 29 апреля 1969 г. в ЦК КПСС об использовании психиатрии для борьбы с политическими диссидентами, по которому было принято секретное постановление Совмина СССР.

Это указание выполнялось в условиях тотальной политизации, введения в законодательство статей, осуждающих за “клевету на советскую власть”, за анекдот, за чтение не той литературы, за разговорчики. К судебным психиатрам попадали люди, которых бы они никогда иначе не увидели.

Господствующая идеология, расширительная диагностика шизофрении, раздутое в условиях одномерной политизации понятие социальной опасности и простое соображение: “кто же бьется головой о стенку?”, — позволяли ставить диагноз так наз. вялотекущей малопрогрессирующей шизофрении на основании не наличия психопатологической симптоматики, а социального критерия: отсутствия приспособления к своему социуму.

В 60-е годы прогремели дело А. С. Есенина-Вольпина и генерала П. Г. Григоренко. Обоих сама власть превратила в политических диссидентов. А. С. Есенин-Вольпин, один из ведущих специалистов в области математической логики, в период гипоманиакального подъема настроения за крамольные разговоры был недобровольно госпитализирован в Институт им. Сербского, но 99 математиков написали письмо в его защиту. Именно он — специалист по логическим парадоксам — сформулировал два фундаментальных до настоящего времени положения: “надо оспаривать не

диагноз, а основания недобровольной госпитализации”, и правозащитный лозунг: “Власть, выполняй свою Конституцию!”.

Нельзя забывать, что руководители нашей психиатрии и судебной психиатрии — А. В. Снежневский и Г. В. Морозов — дважды ставили психотический диагноз психически здоровому человеку — генералу Петро Григоренко, в 1964 и 1969 гг., второй раз за защиту крымских татар, что исполнилось 40 лет осуждению советской психиатрии на Конгрессе ВПА в Голулу и обмена В. Буковского (на Л. Карвалана), вся вина которого состояла в передаче на запад 7 историй болезни. Такие параллельные гомологические ряды можно проводить во всех сферах. Так, за месяц до смерти Ю. В. Андропова в 1984 г. были приняты дополнения в законодательство: заключение до 10 лет за “действия с использованием денежных средств или иных материальных ценностей, полученных от иностранных организаций”, от 2 до 5 лет за передачу “иностранным организациям или их представителям сведений, составляющих служебную тайну”.

Характерно, что руководители нашей судебной психиатрии вместо научного анализа злоупотреблений психиатрией, не говоря уже о покаянии, долго отрицали злоупотребления, а теперь списывают вину на власть, резко преуменьшая масштабы и значение этого эпохального в истории психиатрии явления. Конечно, вина верховной власти намного больше, но давно сказано: каждый заслуживает такую власть, которую терпит.

Мы видим, что — в соответствии с современными представлениями о менталитете, глубинных структурах повседневности — оправдалось утверждение Т. Масарика, что “большевизм ни по теории, ни по практике марксизмом не является”, а представляет “чисто русское явление”, внутренне родственное царизму, хотя красный террор, целенаправленно уничтожавший интеллигенцию и духовенство, по масштабам и жестокости был несравним с прошлым. Истоком этого, согласно Масарику, были “практикуемые государственными органами репрессивные меры, излюбленным приемом которых были на протяжении многих десятилетий ложь и преступления, которые воспитали поколение экспроприаторов и погромщиков”.

Со времени знаменитого “Рассуждения об обмене” А. В. Койрэ, разоблачающего технику лжи тоталитарных режимов, возможности телесуггестии, “коллективного Кашпировского”, только возросли, достигнув своего максимума. Происходило планомерное выкорчевывание “абстрактного гуманизм”, исчезла этика. Что творилось с людьми, когда Большой террор схлынул, передают опубликованные в III-ем выпуске НГЖ отрывки из дневника президента Академии наук СССР. Страх культивируемого доносительства порождал атомизацию общества. Сама социальность как таковая только имитировалась, под-

меняясь исполнением необходимых социальных ролей, лицедейством одних и оглупленным старанием других.

Можно поражаться, что в чудовищных условиях обезличивания и деиндивидуализации, которые длились в пять раз дольше нацистского режима, сохранились и сохранились высокие профессионалы, не связанные догматическими установками. Но основная масса психиатров обучалась в условиях информационного дефицита в духе и букве официальных, прошедших цензуру и самоцензуру учебников психиатрии.

За непродолжительный период либерализации, около 7 лет, с 1987/8 до 1995 гг., последовало неуклонное, с ускорением, движение вспять, вступившее в предсказанную нами в 2001 г. фазу упадка: с 2013 г. игнорирование элементарных приличий в отношении НПА России (которая сама индикатор общественных процессов) вплоть до публичного политического доноса на сайте РОП, ликвидация самостоятельности не только Московского НИИ психиатрии и Национального наркологического центра, но даже отъем лицензии и Мраморного дворца у Европейского университета в Санкт-Петербурге и, более того, лишение автономии Российской Академии наук, а с 2015 г. под демагогическим лозунгом “оптимизации” повсеместные во всех сферах слияния и сокращения больниц, институтов, учреждений, кадров. А профилактическое направление приобрело ярко выраженный полицейский характер.

2017 г. был объявлен Общественной палатой РФ и XVI съездом психиатров годом психического и духовного здоровья”. Он ознаменовался очередным витком реформы здравоохранения, проводимой Минздравом, представляющей поспешное обезьянничание: перенесение западной модели на совершенно иную почву, не имеющую необходимой подготовленной инфраструктуры, и вынужденную реорганизацию психиатрической помощи в силу снижения на одну треть финансирования, тогда как требовалось его удвоение. И все это под победные литавры и фанфары с недопущением НПА на ответственные конференции во избежание критики. Между тем, Правительство уже 24 года нарушает закон, не исполняя его 38 статью, бесконечно имитируя эту деятельность.

Но самым прискорбным является пассивность профессионального сообщества, мастерски разоб-

щенного, профессионально запуганного точечными репрессиями, искусным блефованием, наглой телепропагандой, в частности, юбилеем Большого террора 1937 – 1938 гг., в силу непонимания, что повторения не бывает, что то, что кажется повторением, только аналогия, только омоним. Это обосновано всеми выдающимися учёными и мыслителями от Серена Кьеркегора до Карла Поппера.

Действительно, советский режим вскоре начал воспроизводить царский, а нынешний — с 1995 г. — все явственнее воспроизводит советский. История будто бы повторяется, но это не возвращение к прежнему, а постоянство глубинного слоя, приобретающего в меняющихся условиях новый смысл. Но каждая флуктуация, каждая волна имеет подъем и спад, как молодость и старость. Переживаемое мировой психиатрией время, судя по МКБ-11 с ее переходом от синдромологического к симптоматическому подходу — упрощение, упадок.

Поэтому наша задача — сохранить достойные отечественные традиции: честность и безжалостную самокритику и критику научной, лечебной и организационной деятельности, гуманное отношение к больным и гражданскую позицию, независимую от прессинга власти.

Но еще и дальнейшее развитие выдающихся вкладов XX века — “Логических исследований” Э. Гуссерля и “Общей психопатологии” К. Ясперса, критической онтологии Н. Гартмана и “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера, философии символических форм Э. Кассирера и концепции организма Курта Гольдштейна, неофризской школы Л. Нельсона и синдромологии А. Кронфельда, критического рационализма К. Поппера и открываемого им широкого горизонта новых исследований. Тонкий клиницизм Й. Берце, Х. Груле, В. Майер-Гросса, Г-Й. Вайтбрехта, Клауса Конрада, Э. Я. Штернберга... — та непременная качественная составляющая, без которой одностороннее развитие количественного, дименционального подхода обречено на размывание и релятивизацию.

Ю. С. Савенко

ВНИМАНИЕ!

**На сайте НПА России размещена
история Ассоциации за 1989 – 2017 гг.**

www.npar.ru

Уникальный дневник. Преодоление депрессии. Часть 2 Рентгеновски пронизательный взгляд на себя и окружающее благодаря и вопреки депрессии

Ю. С. Савенко

Проведен психопатологический анализ отрывков уникального дневника акад. С. И. Вавилова и дана динамика его диагностической квалификации. Показано, как состояние тоскливой депрессии с постоянным желанием смерти преодолевается необходимостью скрывать ее, цейтнотом всевозможных дел, но прежде всего, творческой деятельностью высокоорганизованной личности.

Ключевые слова: психогенная депрессия, циклотимная депрессия, депрессивная деперсонализация, депрессивная утрата апперцепции, преодоление депрессии

Прежде всего, перед нами — огромной редкостной силы и драматизма человеческий документ, который даже неловко использовать для анализа, настолько доверчиво непосредственно обнажает душу автор.

Для чего и для кого этот дневник? Автор отвечает на это сам. “Какая-то неясная надежда на то, что кто-нибудь прочтет и так ускользнуть на некоторое время от разрушения”. “Замена убегающей памяти, жалкий призрак надежды поймать уходящее. Если книжку не сожгут... из нее кое-что поймут относительно трагедии человеческого сознания” при его гипертрофии. “Хочется передать действительное психическое мое состояние, но не удастся, неуловимо. Устрашающий объективизм...”

“То, что отмечаю, касается только очень небольшой части жизни”. Большая часть — это работа. “Ужасно, что в этом слишком много “службы”. Для ученого это трагедия, а для философа, еще больше”. “Нестерпимая мучительная мозаика дел, разговоров, наблюдений, сплетен”. Автор мимоходом упоминает, что “очень много писал”, а мы знаем, что это незаурядная научная и организационная деятельность.

Поэтому дневник был явной потребностью хотя бы кратко выразить переполнявшие его мучительные чувства, которые постоянно “приходилось скрывать”, тот чудовищный отрицательный заряд, который вопреки всему сам был энергией, так как высекал, выдавливал ее из себя силой характера и духа.

В отличие от многообразных знаменитых автобиографий, исповедей, мемуаров, дневники и письма сохраняют дыхание текущего момента, которое обычно быстро улетучивается и искажается всевозможными наслоениями последующей жизни. Попытка безжалостно к себе объективно разобраться в своих переживаниях их честной фиксацией делает дневник особенно ценным свидетельством.

Но здесь очередная проблема: можно ли и насколько опираться на самоописание в состоянии депрессивной деперсонализации, которая — впрочем — достигла того редкого ошеломительно трезвого, переступившего через все личное, рентгеновски пронизательного, по выражению самого автора, взгляда на происходящее, которому великие ученые, физики, математики обязаны своими открытиями. Но это чудо понимания, просто в других масштабах, знакомо каждому из нас. Подтверждая давнее наблюдение, что через страдание удастся переступить через все личное, вопреки неоднократно повторяемому в дневнике — “нельзя прыгнуть выше себя”, — автор сам опровергает это, так как в своем депрессивном состоянии постоянной готовности к смерти совершил феноменологическую редукцию, переступив через себя, достиг непредвзятого, даже безпредпосылочного взгляда на вещи, сломал шаблоны обыденного зашоренного стандартными мифами обывательского сознания — то позитивное, что не так уже редко дают жизненные потрясения и даже иные психические расстройства.

Текст дневника может анализироваться в самых разных аспектах. Это и глубоко личный человеческий документ, и на редкость выразительное самоописание психического состояния, и фиксация атмосферы научной среды, и документ эпохи, и даже художественный текст. Но в соответствии с поставленной задачей мы сосредоточимся на профессиональной квалификации депрессивного состояния и его преодолении.

Разворачивающаяся на протяжении пяти лет картина мучительного самоощущения, неотступного желания смерти начинается на фоне легочного заболевания (бронхоэктазы), когда автор в больнице, воспринимаемой как тюрьма, где он остро чувствует, что

из субъекта превратился в объект, узнает 13 августа 1940 г., что у брата на квартире был обыск. В ту пору у людей, переживших Большой Террор, это тотчас предполагало последующую развертку событий. — “Значит грозит арест... Это хуже смерти. Конец научной работы, ошельмование, разрушение жизни близких... смерть матери, сестры, теперь ужас, нависший над братом, ... думать о чем-либо не могу, так страшно... так все делается бессмысленно... хорошо, что мать умерла до этого и как жаль, что сам я не успел умереть”.

Перед нами, казалось бы, хрестоматийная реактивная депрессия с понятной фабулой, длящаяся до трагического известия о смерти брата 5 июля 1943 года в стенах НКВД и более года после. Но сколько же серьезных недоумений и вопросов она ставит.

Наша задача не во втискивании этого живого конкретного примера в привычные устоявшиеся рамки готовых категорий и критериев классификационных схем, а в том новом, что взрывает эти рамки, что им противоречит и требует пересмотра.

Первое, что бросается в глаза, — чуть ли не все признаки депрессии обходятся без лечения, не лишают работоспособности, притом незаурядной. Между тем, такого рода психическое состояние привело бы многих психиатров к решению о госпитализации, даже недобровольной. Ведь это спасло бы, например, Людвигу Больцману и Паулю Эренфесту после его отчаянного письма Петру Капице. Поэтому первое, что следует проанализировать, это каков был риск суицидальных действий у автора. Для этого нужно квалифицировать глубину депрессии. Об этом говорит ее длительность, т.е. стойкость в сочетании со степенью дезорганизации психической деятельности и наличие биологической основы — телесных проявлений депрессии. Об этом последнем мы располагаем крайне скудной информацией — ранние утренние просыпания с душевным беспокойством, чувство непреодолимой умственной и физической усталости, иногда до прострации.

Тонкость артикуляции переживаний, фиксируемых тут же, а не по памяти, даже сам факт систематического ведения такого дневника, позволяет сразу отнести психическое состояние автора к **непсихотическим расстройствам пограничного спектра**, тогда как с профессиональной точки зрения поражает описание многих характеристик, привычно традиционно относимых к клинически значимым в отношении значительной глубины депрессии, и которые оказываются таким образом, взятые как таковые, нерелевантными, для такой оценки.

Несмотря на однотонность по знаку переживания и монотонность по длительности годами не меняющегося фона настроения, последний не растворяет, будь он витального уровня, очерченные переживания, не лишает их разнообразия содержаний и оттенков, контрастируя с трудно вербализуемой бессодер-

жательностью душевной боли, которая характерна для **психотической глубины** дезорганизации. В рамках тоскливого фона настроения присутствует определенная динамика, в том числе сезонная (весенние и осенние ухудшения). Есть динамика и в переживании возможной гибели брата: предельно острая поначалу, часто повторяющаяся, висящая как облако надо всем, постепенно предстает как неизбежность, как закономерное в течение пяти лет состояние, а потом принимается в приемлемой форме: “о Николае ничего. Может быть, нет на свете, это совсем неплохо”.

Нет полной **безрадостности**, неспособности ощутить эмоциональный тон элементарных ощущений, “хочется под лампу с абажуром”. И характерна сочность и живописная яркость отдельных фрагментов: “уютный шкаф красного дерева ...на фоне синей стены с перспективой Невского... и становится жалко жизни”. С необычайной проникновенностью (ярче Соломона Волкова) передает он образ Санкт-Петербурга в сравнении с Москвой. Но качество переживания, безусловно, тоскливое — это опустошение, подавленность и все же безрадостность. В марте 1943 г. “получил 2-ю сталинскую премию, наговорили много хороших слов, как над покойником”. В отличие от тревоги все худшее не предстоит, не угрожает, а уже случилось. Оно бесповоротно. Время остановилось и только крутится на месте.

Чувство “оцепенения” не сопровождалось **замедлением и обеднением психомоторной активности**, наоборот, есть все свидетельства ее продуктивности в 1942 г.: автор очень много читал, очень много писал и еще успевал справляться с огромным объемом работы и частыми поездками, хотя “не хочется двигаться”, но “скачут точки зрения, желания, взгляды, настроения”. А в сентябре 1941 г. — “душевная опустошенность, апатия, усталость, бессилие, мало читаю, мало пишу, мало думаю, мало работаю. Зато яснее механичность жизни, ее случайность, ненужность”. Это не противоречивость, а динамика, а точнее — флуктуации.

Чувство виновности отчетливо выступает только однажды, 18 октября 1942 г., когда записывает: “Бьюсь, что **балансирую на грани сумасшествия**. 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 не за что... Наряду с этим разложением и расшифровыванием окружающего убеждаюсь в собственной бездарности — страшная вина перед родными”. Очень характерна эта связка: ощущение психотической черты с виновностью, самоуничижением, беспомощностью и разложением в глазах на составные части и расшифровывание, когда “совсем все неясно и загадки не разрешить”, что контрастирует с “обычной полной безотрадной ясностью” с эпизодами рентгеновской проницательности. Но чувство виновности перед братом словно табуируется и выступает разве что в косвенной форме: “хожу

в его пальто”, его образ болезненен, даже пугает, “вижу себя в нем”. А основания для виновности были — он не мог не чувствовать, что недостаточно хлопотал за брата. Об ощущении опасности сумасшествия он упоминает еще раз, тоже осенью, 14 ноября 1943 г., спустя четыре месяца после известия о смерти брата: “сознание, оторвавшееся от его прямого биологического назначения... постепенная потеря всего: Бога, близких, людей, природы. Смерть брата поставила последнюю точку в пронзительной безотрадной картине окружающего”.

В контексте описанных характеристик глубины депрессии следует в первую очередь рассмотреть **риск суицидальных действий**. Необычайно часто высказываемое желание смерти всегда пассивно: если бы под рукой был яд или револьвер, если бы самолет разбился, хорошо бы заразиться... “Хочется поскорее умереть любым способом”. “Мне 51 год, жить осталось недолго и не хочется”, “каждый раз уснув, хочется не проснуться”, “как хочется тихо и незаметно убраться на тот свет”. Это указание — “незаметно” — повторяется многократно. “О чем же думать, кроме смерти?”. “Вижу один выход — уйти из жизни”. Т.е. перед нами постоянное выговаривание этой темы, ее подсознательная десенсибилизация, избегание активных действий. Нет активного стремления к смерти, но нет и страха смерти. Это свидетельство, что риск суицидальных действий отсутствует, так как постоянные суицидальные высказывания лишены всякой действительности, но и всякой демонстративности. Действительно, автора удерживает в жизни его научное творчество, его не угасшее любопытство, “творческое знание”, жена и сын, охота за книгами и не утраченное эстетическое чувство. Прежде всего, музыка Баха, творения Леонардо, связанные с юностью виды Флоренции, Венеции и Рима, а потом выстраивается понимание необходимости Абсолюта, Бога.

Несколько раз упоминается, что **хочется спрятаться от людей** в какой-нибудь санаторий, монастырь. Это очень характерно для депрессии и рельефно выделяется даже у интровертов, каким являемся автор. “Спрятаться под одеяло”, но не от страха, а от “человеческой мерзости и собственного бессилия”.

Трудно найти равное по многообразию и яркости описание проявлений того, что **выглядит как депрессивная деперсонализация и дереализация**. Автор “отчетливо чувствует, что стареет, а до сих пор почти всегда казался себе мальчишкой”. Он делается бесчувственным, переживая, адекватно понимая и рефлексируя сложившуюся ситуацию. “Спокойно и хладнокровно”, с “чудовищным объективизмом” смотрит он на окружающее, “пронзительно рентгеновским взглядом” проникает сквозь грим, актерство, декорации социального устройства и функционирования людей, институтов, политических режимов, всего человечества, которые — случайное мимолётное соче-

тание атомов во Вселенной, которое в любой момент может быть стерто каким-нибудь болидом. Он чувствует, как его сознание растёт, ширится, и эта “гипертрофия сознания — ужасное состояние”, хотя космический масштаб философского сознания, как и объективизм, — защитное, целительное средство. Но сюда вторгается “мертвящий агностицизм”, для которого “иллюзия все философские системы”.

Все условно. Все — актеры театрального представления, “надо превратиться в нормального актера, вполне уверовавшего в свою роль”. Но отвращает стереотипная механичность всего этого. “Жизнь вместо пестрой, странной, сложной, тонкой, приветливой и искренней, — какая-то отвратительная казарма, в которой приходится маршировать и кривляться, и фальшивить, фальшивить” (28 ноября 1941 г.).

Все случайно, “гипнотизирует страшно рельефное ощущение случайности всего”. “Соотношение неопределённостей вырвать никак нельзя, не ухватиться ни за какой абсолютный крючок”.

Итак, можно ли квалифицировать все вышеописанное как деперсонализацию и дереализацию? Можно ли такими терминами обозначать потерю иллюзий, утопических представлений, формирование нового мировоззрения вплоть до прихода к религиозной вере, перемены веры, утраты веры?

Конечно, далеко не все это **деперсонализация и дереализация**. Это **депрессивная утрата апперцепции**, т.е. того универсального свойства восприятия, которое состоит в личностном субъективном характере восприятия, привнесении себя во все, что воспринимаешь, понимаешь и делаешь, так называемая автопортретность любой деятельности, личный “почерк” во всем. На этом свойстве построены личностные апперцептивные тесты. При депрессии спадают “розовые очки”, обманчивые иллюзорные восприятия и представления, универсальный компенсаторный самообман, “подстилаемая под все подушка”. И взгляд в самом деле делается пронзительно рентгеновским и безотрадным, начиная с утраты чувства, что еще молод, чуть ли не мальчишка, — чувство, которое всеми адекватно принято считать нормальным признаком здоровья

Понятие персонализации обозначает обычно субъективно неотъемлемое качество осознания **принадлежности своему “Я”** собственных психических и соматических проявлений. Другое дело — переживание **принадлежности своей личности**. В понятие личности включается духовное наполнение, мировоззрение, эстетические и другие пристрастия и приватный мир — все из вещественного и духовного, что тесно спаяно с личностью, круг родных, ближайших друзей, вещей, мест, дел, языка, культуры... Их отчуждение переживается как психотравма: это утрата, изгнание, унижение, низвержение, разочарование... Автор потерял брата, к которому был очень привязан. На определенный период мир утратил для него

смысл. Не только жизнь, — самолюбие, честолюбие, все философские концепции, даже Бог, рассеялись.

Из депрессивной деперсонализации и дереализации в дневнике мы находим классическое переживание или, скорее, просто фиксацию своей бесчувственности, опустошенности, “постоянное одеревенение”, окостенение, окаменение, внутренний холод и “мировой физический холод”. “Холодные немые кругозоры. Сплошная арктика”. Пустота, утрата смысла, чувства необходимости, бесцельность и случайность всего. А также бессилие, слабость, субъективная утрата памяти и воли, снижение способности двигаться, действовать, легкости в этом, необходимость усилий для этого, но особенно пугающие его периоды субъективной утраты способности творчества, “автоматизм: люди, дети, сам действуем как заводные куклы” (август 1942 г.) с лабильностью сознания собственной личности, что выражается в обостренном понимании исполнения всеми социальных ролей, актерства, лицедейства, что деморализует и утомляет. Но дело не ограничивается субъективной депрессивной заторможенностью чувств и воли, т.е. только активности сознания “Я”. Уже спустя год после легочного заболевания, когда бросил 25-летнее курение, отмечает, что “стал совсем другим человеком” и физически (“растолстел как никогда в жизни”), и психически: “никогда не было такого отчаянного холодного пессимизма”. О том, что “исчез прежний “Я”, пишет и значительно позднее (29.07.1945). Таким образом, колеблена идентичность “Я”.

Жесточайшая “самокритика и само понимание, доведенные до отчаянных глубин”, сопровождаются не менее критическим взглядом на окружающих, вплоть до мизантропии, без всякого снисхождения к высокопоставленным коллегам. Глубоко пессимистичен его взгляд в 1943 г. на общественную жизнь и политическую власть, которая приобрела за последние 25 лет “магнетизирующую силу”. “Вижу, что всюду надевают овечьи шкуры, притворяются, но смысл один — перебежать другого, ухватить раньше другого”. “Этика исчезла”. “Надо или примириться, признать себя скотиной, кем-то ... разводимой..., или кончить эту мучительную волюнку... насквозь проглядываю трусливых, подлых окружающих... Примириться — значит от “Я” отказаться, жить для людей... это я понимаю и мог бы. Но нестерпимая фальшь вокруг гонит скорее к смерти...”. “Людьми либо придется добровольно умереть, либо опуститься в животный примитив”.

“Не хочу быть марионеткой”, — пишет автор. Но кончает противоположным: “чувствую себя пешкой, с которой могут сделать, что угодно”. Как тут не

вспомнить В. С. Печерина с его “Замогильными записками”¹.

“Даже самолюбие исчезает, лишь бы не трогали”. “Честолюбие испарилось и так ясно его пустозвонность, прочие инстинкты совсем замерли... И вот я с очень ясным и широким сознанием”. “Бог рассеялся. Только свои, родные”. “Кристаллически ясна статичность, флюктуационность жизни и моей, и общества, и государств и даже планет”.

Мы видим, что временами переживаемое состояние инициирует выстраданные философские размышления, в ходе которых он выходит на новые для себя идеи, продуктивно проблематизирует рутинные представления. Несомненно очень высокий уровень интеллекта, рефлексии, культуры, разносторонней образованности, чтение на итальянском, немецком, английском языках позволяют ему переоткрыть для себя знаменитые категории Карла Ясперса — “человек, потерявший координаты” и “точку опоры” в вышедшей в 1919 г. книге “Психология мировоззрений”, которая положила начало экзистенциальному философствованию.

Невозможно назвать мучительное состояние, в котором годами находился автор, психической нормой или психическим здоровьем, хотя сам автор пишет: “оказывается, и так жить можно”.

Но не таково ли самоощущение многих узников концлагерей или узников “золотых клеток” в отличие от граждан деспотических режимов, убежденных, что образ их жизни и есть благо? Такие вопросы ведут к релятивизму только останавливающихся на полпути в своих размышлениях.

Дневник приоткрывает с редкой ясностью и силой многообразие незримых пыток, которые испытывают люди в состоянии депрессии.

Наша диагностическая квалификация претерпевала по мере чтения и анализа эволюцию. Первоначально — **непсихотическая тоскливая реактивная депрессия**, не завершившаяся и спустя 5 лет, только однажды подходившая к психотической черте, но не переступившая ее, благодаря высокоорганизованной личности, активно преодолевавшей свою подавленность массивной творческой деятельностью. По МКБ-10 этому соответствует “**продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации**” (F 43.21), т.е. легкое депрессивное состояние в ответ на длительную стрессовую ситуацию, но продолжающееся не более двух лет. Как мы видим, это не такое уж “легкое”, и длящееся более двух лет депрессивное состояние, — но и сама психотравма длится более трех лет, а депрессивное состояние сохраняется и спустя пять лет, т.е. стрессовая атмосфера нескончаема. Таким образом, это уже

¹ Высоко одаренный профессор Московского университета, бежавший в эпоху Николая I из России, сделавший все, чтобы его не вернули, объяснял свое поведение тем, что из него легко могли сделать марионетку.

хроническое субклиническое субдепрессивное состояние, связанное с особенностями личности, дискордантной своей среде.

Но массивность классической для депрессии симптоматики, вплоть до поколебленности идентичности “Я”, длительность более пяти лет, суточные и сезонные колебания и то, что содержание психотравмы довольно быстро тонет в общем пессимистическом мировоззрении, заставляют остановиться на диагнозе **психогенно спровоцированной непсихотической эндогенной тоскливой субдепрессии**. Но тем значительнее ее преодоление, обеспечившее социальную успешность выдающегося уровня. **Либо** — исходя из того, что глубина и интенсивность характера переживания — разные понятия, и что депрессивные реакции в отношении своей тяжести представляют параболический конус, который дивергирует в непсихотическом (пограничном) слое и конвергирует в психотическом (витальном) слое — можно говорить о **непсихотической реактивной депрессии с выходом в гипотимное изменение личности, фактически о психически здоровом человеке, у которого глубокая психотравма навсегда оставила “психический шрам”**. Реалистичное представление о психической норме очень далеко от идеализированного ВОЗ-овского, как полного и всестороннего благополучия. Норма — широкий полнокровный многообразный поток, а отношения между нормой/патологией и здоровьем/болезнью представляет многообразную динамику.

В отношении квалификации рассмотренного примера мы бы не ставили точку. Намного продуктивнее проблематизировать многие, вытекающие из него альтернативы.

Из текста дневника хорошо видно, что в благоприятных условиях (во Флоренции, как мечтал автор) он сделал бы еще намного больше и прожил дольше. Или выдающееся творчество всегда требует страдания и жертв?

В завершение следует назвать автора дневника. Это Сергей Иванович Вавилов (1891 – 1951), выдающийся физик в области люминесценции, руководитель двух академических институтов — Физического им. П. Н. Лебедева (ФИАН) и Оптического, в 1938 г. инициатор и руководитель Комиссии по ядерной физике, где впоследствии его ученики сыграли ведущую роль в создании водородной бомбы, с 1932 г. академик, а с 1945 г. президент Академии наук СССР, лауреат 4-х сталинских премий, под его руководством в 1946 г. было сделано открытие, получившее в 1958 г. Нобелевскую премию. В годы войны под его началом были разработаны многочисленные оптические и другие приборы для нужд армии, а после войны он сыграл крупную роль в предотвращении идеологического погрома физики.

Еще большим был вклад в биологию, генетику и агронауку его гениального брата Николая Ивановича Вавилова (1887 – 1943), первого президента ВАСХНИЛ (1929 – 1935) и президента Всесоюзного географического общества (1931 – 1940), получившего всемирное признание, но арестованного в 1940 г. и замученного советской властью, которая далеко превзошла знаменитую фразу при гильотинировании Лавуазье: “Революция не нуждается в ученых”.

Поистине не книжным, а реальным дьявольским хохотом была для Сергея Ивановича сессия ВАСХНИЛ 1948 г., и умер он в годовщину гибели брата.

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

Патографический этюд о великом человеке

А. А. Шмилович

Представлен краткий очерк квалификации уникального дневника, автор которого сам невольно оказался своим психопатологом.

Ключевые слова: депрессия, реактивная депрессия, эндогенная депрессия, психическое увечье.

Насколько же проникновенны бывают дневники отчаявшихся людей! Как не обратить на такие тяжелые переживания внимание, когда перед тобой буквально на глазах катастрофически развивается такая душевная драма, такой перелом сознания и внутреннего бытия?

Безусловно, психопатологическая оценка дневниковых записей несостоятельна и не обоснована по своей сути. Дневники пишутся с различной целью, их соответствие истине может быть невысоким по многим клиническим и социально-психологическим причинам, однако представленные для разбора записи слишком красноречивы, чтобы не делать соответствующих диагностических заключений.

Безусловно перед нами глубокая депрессия с большим количеством симптомов, ставящих ее в ранг тяжелой психопатологии:

- большое разнообразие суицидальных тенденций от косвенных мотивов до прямых намерений;
- явления ангедонии с многочисленными указаниями на бессмысленность существования, когда ничто не приносит удовольствия;
- депрессивное восприятие мира, ставящее все вокруг в ранг либо катастрофы, либо пустоты, либо омерзительной пошлости;
- меланхолическая интерпретация происходящих событий, обрекающая их априори на бессмысленность бытия;
- явления анестетической деперсонализации с отчаянной рефлексией душевной боли и пустоты;
- массивный соматоформный аккомпанемент витальной тоски и многое другое...

Не зная этого человека, можно с известной долей условности говорить об эндогенной депрессии, меняющейся в своей интенсивности с обострениями в осенне-весенний период (дневниковые даты). При таком диагностическом заключении (например, “рекуррентная депрессия”) следует ожидать неблагоприятный исход с высоким суицидальным риском или

ростом прогрессивности с трансформацией патологического процесса на психотический уровень и формированием депрессивно-бредовых или шизоаффективных психозов...

Но это если не знать этого человека. Однако, этого человека не узнать невозможно, поэтому ограничиваться представленной выше трактовкой нельзя.

Удивительная и трагичная судьба двух родных братьев, ставших выдающимися учеными в своих областях Сергея и Николая Вавиловых, не может оставить равнодушным ни одного читателя.

Один из основоположников отечественной генетики — Николай Вавилов, репрессированный и погибший в годы сталинского беспредела, и Сергей Вавилов — президент Академии наук, выдающийся физик, морально раздавленный холодным игнорированием властей его отчаянных просьб о помиловании своего любимого брата. Один уничтожен физически, другой — морально...

Это невозможно пережить без психического увечья! Очерчивая в своем диагностическом размышлении над дневниковыми записями всю совокупность ударов судьбы, пережитых Сергеем Вавиловым, неизменно приходишь к выводу о психогенном характере описанных депрессивных расстройств. Это становится особенно очевидным, когда изучаешь конституциональное предрасположение автора дневника, способствующее развитию таких пролонгированных и болезненных реактивных депрессий: высокий уровень рефлексии, гипертрофированные чувства справедливости и морали, склонность к самопожертвованию, альтруизм и человеколюбие, чувствительность в отношении разрыва родственных связей и потери эмоционально значимого лица. Не случайно смерть Сергея Вавилова также не заставила себя долго ждать, унеся жизнь этого блестящего ученого в результате психосоматического заболевания — инфаркта миокарда, спустя всего лишь 10 лет после написания этого дневника.

Курт Шнайдер Психиатрия и факультеты¹ (1947)



Этот доклад должен показать особое положение, которое психиатрия занимает на медицинском факультете по отношению к остальным его дисциплинам. И затем, какие отношения существуют между психиатрией и другими факультетами, прежде всего, какое значение имеет она для других факультетов, в какой мере она важна для них, распространяется на них, каким образом другие факультеты связаны с психиатрией. Другими словами: речь пойдет не о высокомерном нарушении наших границ, не о психиатрическом всезнайстве, патопсихологизме, не о внедрении психиатрических оценок в чужеродные науки.

Мы имеем в виду только четыре старых факультета, чьи символы смотрят здесь на нас сверху. Мы едва ли можем что-либо сказать о естественнонаучно-математическом. Мы стремимся к простоте и понятности, хорошо зная, что об этих вещах можно также говорить гораздо сложнее. Мне также известно, что во многих отношениях можно придерживаться разных мнений. Но я предполагаю, что Вам менее интересно слушать о том, что можно об этих проблемах думать вообще, и что Вы хотите услышать мои воззрения.

Прежде всего, свой, *медицинский* факультет. На нем психиатрия занимает несопоставимое ни с какой

иной его специальностью особое положение. И из него затем вытекают хотя и не все, но все-таки большинство отношений к трем другим факультетам.

Медицина есть наука о *теле*, в особенности о больном теле и его лечении. И ей поистине нет нужды стыдиться тела. Психиатрия в теперешних условиях тоже является в очень большой мере наукой о теле — или хочет ей стать. Большое количество душевных аномалий и расстройств, болезней “духа”, как еще не-объективно говорят, познается как выражение болезней головного мозга. Это могут быть первичные, непосредственные болезни головного мозга, или же мозг может быть поражен вторично, опосредованно через разыгрывающиеся где-либо в теле болезни, включая внутренние болезни в обычном смысле. Обе эти возможности нельзя резко отделить друг от друга. Мозг всегда является “исполнительным органом”, чье заболевание “обуславливает” психическое расстройство. Психиатрия, однако, ныне представляет собой нечто иное, нежели науку о мозге и равным образом нечто иное, нежели учение о душевных симптомах мозговых болезней. Она также давно уже не только медицина сумасшествия, но в чистом виде наука об аномальной душевной жизни вообще.

При этом она имеет дело с двумя совершенно разными *родами душевных аномалий*: во-первых, с только что упомянутыми *болезненными последствиями* в психической области, и, во-вторых, с *аномальными разновидностями душевной сущности*, которые не

¹ Основные положения доклада, представленного 12 июля 1946 года в рамках хайдельбергских профессорских докладов в старом актовом зале университета. Курт Шнайдер. Крайльсхайм, 7. 1. 1947.

являются чем-либо иным по отношению к ней, которые не представляют собой какие-либо болезненные последствия. К ним относятся (наряду с частью врожденного слабоумия и аномальных витальных инстинктивных склонностей) крайне важные аномальные личности, определенную долю которых называют психопатическими личностями, и аномальные душевные реакции на переживания. Если, к примеру, человек имеет склонность к мрачному, депрессивному взгляду на жизнь, все воспринимает беспричинно тяжело, во всем видит печальную оборотную сторону и опасный исход, никогда не в состоянии простодушно радоваться, то он отнюдь не больной, поскольку его особая сущность не может быть сведена к болезненному процессу. Самое большее фигурально и без притязаний на строгую объективность можно говорить тут о “болезни” и “болезненном”. Речь идет на самом деле только об аномальной вариации человеческой сущности, об аномальной личности, депрессивном психопате. Или если человек, сам по себе уравновешенный и по своей природе отнюдь не расположенный к тяжелым переживаниям, реагирует на удары судьбы унынием, апатией или отчаянием и самоубийством, то это вновь не больной в подлинном смысле, а налицо как раз более или менее аномальная психогенная реакция. Существует избыток совершенно по-разному выглядящих аномальных, психопатических личностей; можно выделить не только депрессивных, но и предприимчивых, фанатичных, нуждающихся в признании, бессердечных, безвольных и некоторых других. И точно так же очень разнообразны картины аномальных психогенных реакций на гнетущие, пугающие, угрожающие переживания.

Конечно, можно сказать, что и при этих аномальных разновидностях душевной сущности “на телесной стороне” должно быть нечто *иное*, нежели у других людей. Вполне можно искать смысл, “сущность” аномальной личности в определенной телесной конституции, которую можно представить себе как причину или только как “эквивалент” душевного состояния. Это возможно, но нет сомнений в том, что в таком случае такие телесные причины или параллельные явления можно представить себе просто как аномальные вариации строения или функций тела или определенных систем органов, а не как болезни и их последствия. Как и любую разновидность интеллекта и личности, включая также позитивно оцениваемые варианты, такие, как большие таланты и дарования, можно представить себе телесно “обоснованной”. Коротче: этот вопрос в таком случае полностью совпадает с проблемой взаимоотношения тела и души, и эта проблема является метафизической. Мы привыкли говорить на языке *эмпирического* дуализма. Мы обнаруживаем в опыте взаимно несопоставимые телесный и душевный способы бытия, и даже психиатрические опыты едва ли можем выразить иначе, нежели эмпирически-дуалистически. Мы говорим, что тут опреде-

ленные мозговые данные послужили причиной слабоумия, по крайней мере, что слабоумие “соответствует” мозговым данным. Мы даже не можем выразиться иначе, во всяком случае, лишь с трудом, неуклюже и в известной мере неестественно. Этот способ выражения ни в коем случае не означает исповедание *метафизического* дуализма, признание двух независимых сверхэмпирических реальностей. Даже тот, кто метафизически не мыслит дуалистически, должен и будет использовать этот эмпирически-дуалистический язык. Он соответствует именно структуре мира явлений.

Мы должны были отклониться. Психиатрия, с одной стороны, имеет дело с душевными аномалиями как последствиями болезни, а, с другой стороны, с аномальными разновидностями душевной сущности. В настоящее время дело обстоит таким образом, что об этих болезнях мы располагаем лишь очень неполным и отрывочным знанием. Есть, прежде всего, два психопатологических факта, несомненно восходящие к болезням (т.е. для нас неизменно: к соматическим расстройствам), несмотря на отсутствие знания этих болезней. И именно они количественно играют очень большую роль. Сегодня их именуют шизофренией и циклотимией. В данном случае неизвестны не только лежащие в основе болезни, но даже то, соответствуют ли эти психозы единому болезненному процессу, что, по крайней мере, при том, что мы именуем шизофренией, совершенно непостижимо. Но по поводу всех этих вопросов можно лишь фантазировать. Здесь, таким образом, лежащие в основе болезни представляют собой *постулат*, правда, очень хорошо обоснованный. Частая привязка к генерационным процессам и соматическим изменениям, порой связанным с этими состояниями, является здесь менее важной и убедительной, нежели следующее: при этих состояниях среди прочих симптомов выступают такие, которые не имеют аналогов в непсихотической душевной жизни. Они в подавляющем большинстве не примыкают к переживаниям и не мотивированы таковыми. Решающее влияние на них оказывает не психотерапия, а физическое лечение. Все это, но прежде всего *разрыв смысловой закономерности* (*Sinngesetzlichkeit*) *жизненного развития*, является, несмотря на прочую симптоматику, точно таким же при психозах, чьи соматические причины известны. И, таким образом, вывод о болезни очень хорошо обоснован. Мозговая анатомия при исследовании этих расстройств оказалась несостоятельной, патофизиология находится только в самом начале. На нее мы возлагаем свои надежды, забота о ней является значительной задачей психиатрии. Только познание лежащих в основе этих психозов болезней могло бы привести к истинной терапии; наша нынешняя, правда, отнюдь не бессильна, но является именно “симптоматической” и не основанной на познании болезненных процессов, чего должна была бы достигнуть каузальная терапия.

Наше основное различие последствий болезни и аномальных разновидностей душевной сущности не может детально охватить здесь всяческие сочетания и переплетения обеих групп. Ни принять во внимание вопрос, способны ли эти разновидности (и какие именно) предрасполагать к той или другой болезни, ни вопрос переходов и, кроме того, структуру психических картин, которые при последствиях болезни оформляются личностью и ее переживаниями. И уж тем более оно не учитывает практические диагностические трудности, которые, хотя и сравнительно редко, возникают между обеими группами, будь это только в данный момент или в течение продолжительного времени. Здесь мы придаем значение лишь основному, ибо наша нынешняя цель состоит в понимании только его одного.

Группа аномальных разновидностей душевной сущности переходит повсюду без четких границ в нормальное состояние. Она принадлежит *не к медицине*, ибо не имеет ничего общего с наукой о теле, о больном теле. Последнее, однако, является предметом всех прочих врачей. Даже если они замечают, что душевное порой играет роль при *возникновении* некоторых болезней и имеет большое значение как осложнение, облегчение или усугубление при лечении, *тело* находится в центре их поля зрения. Душевное образует самое большое побочные линии, оно не интендируется *как таковое*. Иная позиция у психиатрии. Она в группе одних лишь душевных разновидностей имеет дело сугубо с душевным, она интендирует его здесь как таковое. И в своей клинической лекции психиатр демонстрирует, наряду с душевными последствиями болезней, также не-больных людей, которые пребывают во внешних или внутренних затруднениях, которые оказались в трудноразрешимых жизненных обстоятельствах, которые не справляются с жизнью в силу своей психопатической личности. Его клиника тем самым в значительной мере становится “клиникой жизни”, выходящей за пределы области болезней и больных людей. Но, впрочем, правильно оценить эти формы может лишь компетентный врач. Только он может отличить их от душевных последствий болезней и тем самым предотвратить ложную оценку, которая может иметь серьезные последствия: упущенные возможности своевременного физического лечения и ошибочные рекомендации. В той мере, в какой психиатр имеет перед собой чисто психологические аномалии, его предмет *методически* выходит за рамки медицинского факультета.

Вместе с тем мы оказываемся на *философском* факультете. Уже занятие психическими расстройствами при болезнях есть психология, и мы слышали, что в очень многих случаях здесь мы еще не располагаем ничем иным, кроме как психической симптоматикой. Но в данном случае в центре внимания патопсихологии все же еще находится постижение болезненных проявлений. По сравнению с одними лишь аномаль-

ными разновидностями человеческой сущности это, однако, совсем иное дело. Здесь же чистая психология, и она относится к философскому факультету. Пока психиатр занимается этой чистой психологией, его деятельность напрямую принадлежит философскому факультету. Это не имеет ничего общего со старыми рассуждениями о том, является ли психиатрия делом врача или философа. Иногда в историко-психиатрических введениях можно прочесть, что “еще Кант” предоставил психиатрию философу. Это, к слову, ни разу не верно. Мне известно следующее место. “Скорбное зло душевных болезней позволяет, если только они не унаследованы, еще надеяться на счастливое исцеление, и тот, чью помощь при этом нужно искать в первую очередь, есть врач. Однако, мне не хотелось бы за просто так исключать философа, который мог бы предписать диету душе; только при условии, что он за это, как и за большинство своих прочих работ, не потребует никакой оплаты”². (В качестве вознаграждения Кант затем шуточно просит врача не отказывать философу при лечении глупости, “буйного помешательства ученого крикуна” и предлагает использовать слабительные средства). То, что психиатрия, как и все прочее, тоже может стать предметом философского рассмотрения, обнаруживается на другом листе. Философия, конечно, не специальность наряду с другими, а объемлющее (*Umgreifende*), которое предоставляет всякому эмпирическому явлению место и значение. И, таким образом, Кант тоже позволяет себе написать опыт о болезнях головы. Только нынешний философ при таком предприятии больше опирался бы на феномены, чем в тогдешнее время, правда, пренебрегали даже врачи: занимались спекуляциями на минимальной опытной основе.

Патопсихология психиатра может многое сказать *психологии*, это обоюдное предоставление и получение. Патопсихологию, которая не обращает внимания на нормальную психологию, можно было бы сравнить с патологической физиологией, которая не опирается на физиологию нормальной жизни. Она была бы дилетантизмом, который, к сожалению, случается довольно часто. С другой стороны, психология многому научилась у патопсихологии: при разработке интенсивно или качественно аномальных функций она часто приобретала познания, которые не были бы возможны без последней.

Для практической *педагогике* психиатрические опыты незаменимы. Подумаем о тех крайне размытых переходах между нормальными и аномальными (психопатическими) личностями, о только врачом осуществляемом дифференциальном диагнозе между начинающимися психозами и психопатиями, о возможности того, что слабоумие может быть обусловлено эндокринно или же соматически. Стало быть,

² Цитата из сочинения Иммануила Канта “Опыт о болезнях головы” (1764). — *Прим. пер.*

психиатр должен, по крайней мере, принимать участие в решении вопросов вспомогательной школы, попечения о беспризорных, олигофренопедагогики, чтобы не допускать опытов с неподходящим объектом, отбирать нуждающихся в физическом лечении, отсеивать психозы. К банальностям привело бы намерение охарактеризовать роль психиатра во всех этих областях. Она, конечно, тоже неоспорима.

Философия в собственном смысле соприкасается с психиатрией больше, нежели с другими медицинскими специальностями. Непосредственно касается она проблемы взаимоотношения тела и души; эта проблема находится в самом ее центре, и отнюдь не случайно, что выше нам сразу же пришлось говорить об этом. Все прочие науки имеют теоретико-познавательные предварительные вопросы и метафизические перспективы, но в промежутке большое пространство, в котором они, не имея необходимости беспокоиться по поводу философских вопросов, могут заниматься плодотворным эмпиризмом. У нас иное дело. Вопреки всем разговорам о “единстве души и тела” и “целостном рассмотрении” психофизическая проблема постоянно стоит перед нами. Ибо, безусловно, наша задача состоит в соотношении явлений соматического ряда с явлениями душевного ряда. Между ними стоит проблема взаимоотношения тела и души, на которую мы, таким образом, все время наталкиваемся, которая постоянно нас беспокоит. Несомненно: мы отодвигаем ее в сторону, придерживаясь описанного “эмпирического дуализма”, и в повседневности довольствуемся этой формулировкой. Но это всего лишь практическая формулировка, образ, род самообмана. Мы никогда не должны забывать, что как раз не знаем, как на самом деле устроено это соотношение, что наша формула является предположением, вынужденным способом выражения. И что до самой глубины клинического значительная часть наших нынешних предпосылок и предположений выглядела бы иначе, если бы мы знали что-нибудь о действительном соотношении обоих рядов. Также может оказаться, что уже принципиальная возможность такого знания является ложной мыслью. Быть может, наши постановки вопросов, наши логические формы мышления вообще несоразмерны метафизическим реальностям, что они вовсе не достигаются ими, что они совсем не могут быть выражены ими, что, таким образом, “знание” было бы совершенно недостижимо. В любом случае мы имеем здесь только многочисленные возможности мышления и, пожалуй, подобный веревочный выбор одного или другого. Здесь как раз метафизическая проблема как таковая неразрешима. Что, однако, не означает, что заниматься этим бесплодно и бессмысленно. Ведь такова уж сущность человека — биться над вопросами, которые неразрешимы (Николай Гартман).

Среди частных дисциплин философского факультета нашего более пристального внимания заслужи-

вает только *литературоведение*. Большую часть того, что нам здесь нужно сказать, можно, сообразуясь со смыслом, равным образом отнести к другим наукам об искусстве, к истории, также к религиоведению.

Задача истории литературы состоит не только в обнаружении исторических связей, изучении литературной стилистики, истолковании и оценке художественных произведений, равным образом она занимается людьми: поэтом и историей его жизни и развития. К тому же она занимается психологией, порой меньше, порой больше. Сегодня интерес к ней заметно упал. Интересуются больше “мифологией” Ницше, нежели его психологией (Э. Бертрам). Я хотел бы признаться, что очень сочувствую этому, но полностью интерес к исторической жизни поэта и старание понять и реконструировать его реальную личность, вероятно, никогда не пропадет. Психиатрия теперь часто может помочь советом историкам литературы при разъяснении, при понимании личностей. Личность поэта в большинстве случаев отнюдь не является простой и “нормальной”. Психиатр в настоящее время обладает очень большим опытом работы со сложными, неуравновешенными, страдающими от себя и от жизни, психопатическими людьми и может для историка литературы сделать более доступным наглядное представление и понимание неординарных личностей, чем это было бы возможно без знания таких, преподнесенных жизнью, моделей. И уж тем более он нуждается в совете психиатра, когда имеет дело с поэтами, которые были больны, чьи душевные аномалии поддаются объяснению только как психозы, как последствия болезней. Так, шизофреник Гёльдерлин вне психиатрического рассмотрения был бы полнейшей загадкой, недоступной никакому пониманию, непостижимым жизненным феноменом. Понимание историка литературы должно было бы в этом случае капитулировать без психиатрической помощи. Психиатрами со времен Мёбиуса написано множество “патографий”, посвященных поэтам и прочим великим людям. В целом, это ряд неприглядных книжечек, от которых можно только со всей решительностью отмежеваться. Однако, по этому поводу я, как Арчибальд Дуглас, вправе сказать: “В том, что причинили тебе мои братья, нет моей вины”. Позвольте мне резюмировать мою критику всех этих вопросов в нескольких тезисах:

1. Психологическое и психиатрическое рассмотрение человека возможно только тогда (и даже в этом случае только ощупью), когда его жизнь представлена со всей очевидностью благодаря множеству свидетельств, документов, писем, дневников, бесед, описаний современников. Люди отдаленных времен и чужеземных культур полностью отпадают. Я только что сказал, что очень многие психиатрические рассмотрения в этой области неприятно удивляют. Прежде всего, часто ставились крайне поспешные, опирающиеся исключительно на смутные аналогии

заочные диагнозы, лишённые какого-либо весомого обоснования.

2. Если психиатр приходит к выводу, что поэт был аномальной личностью, то это отнюдь не является оценкой его персоны. Есть два понятия нормы: идея нормы (Normalidee) и идея разума (Vernunftidee) в смысле Канта. Для первой — мы называем ее средней нормой — аномально то, что отклоняется от обычного, общепринятого, среднего. Это, стало быть, чисто количественное понятие из категории меры. Сейчас почти само собой разумеется, что поэт в этом смысле должен быть аномальным, ведь его личность, вероятно, всегда выпадает из среднего диапазона человеческих личностей. Таким образом, “аномальный” в этом смысле здесь ровным счетом ничего не значит. “Идея разума” — мы называем ее ценностной нормой (Wertnorm) — совсем иная. Она подразумевает некоторое требование, образцовое, желательное, идеальный образ и зависит от мировоззрения и индивидуальной системы ценностей наблюдателя. Для одного в смысле ценностной нормы “этим” нормальным человеком является святой, для другого — разносторонне образованный, для третьего — умелый работник. Эта ценностная норма не имеет к нам как к психиатрам никакого отношения, мы не можем с ней работать. Мы придерживаемся средней нормы, какой бы скучной она ни была, и, таким образом, настоящий поэт для нас является столь же аномальным, как преступный элемент или святой. Стало быть, это отнюдь не оскорбление, отнюдь не позитивная или негативная оценка, если некоторую личность мы характеризуем как аномальную. Аномальный, сверх того, не есть больной — я напоминаю наше основное различие: все душевно болезненное хотя и является аномальным, но не все душевно аномальное является болезненным.

3. Ни в коем случае, равным образом у больных поэтов, констатация аномалии или даже болезненной аномалии не позволяет определять ценность произведения. Ни негативную, ни позитивную: ведь было время, когда — для нас, спустя без малого 25 лет, уже непонятным образом — существовала склонность к восхищению всем, что происходило от душевнобольного. Безусловно, нужно признать, что, в первую очередь, в начале шизофренических процессов возникает порой художественная продукция, которой без них не было бы и которая, благодаря своей оригинальности и особенной странности, обладает своеобразным очарованием. Но это бывает редко, и нельзя отрицать, что психоз почти всегда и почти исключительно представляет собой нечто унижающее человека, беду, разрушение, разрыв человеческого образа. “Скорбное зло душевных болезней”, — слышали мы выше от Канта. Это также и они.

4. Определение жизненного пути как психотического процесса, истолкование жизненного эпизода как последствия болезни не воспрещает усматривать

в них метафизический смысл. Всякую болезнь можно рассматривать таким же образом, и историку литературы никто не может отказать в праве так расценивать поэта, несмотря на его психоз. Поэтому редакторы 6-го тома издания фон Хеллинграта абсолютно правы, когда они говорят о Гёльдерлине, что болезнь описывается “в ее поверхностном образе, на языке врачей как шизофрения или кататония”. Мы, однако, в свою очередь должны ожидать, что ложно определенная потребность в понимании смысла не приведет к отрицанию психиатрических фактов или запрету их диагностического истолкования. Я вспоминаю слова Труммлера о Гёльдерлине: “То, что свершилось, это полная тайна и не может быть предметом той отвратительной науки о болезнях, свидетельствами которой мы уже располагаем”. Безусловно, то, что свершилось, это полная тайна, но одна сторона этого события может и должна тем не менее быть предметом науки о болезнях, и эта наука о болезнях поэтому не отвратительна, как и любая наука не отвратительна, даже тогда, когда она имела бы своим предметом нечто, обычно вызывающее отвращение. Стало быть, каждому следует оставаться в границах своей специальности и не ссориться, а объединяться с другими.

5. Равным образом при истолковании текста психиатр может в некоторых случаях дать совет. Ему известен шизофренический способ выражения, который также может обнаружиться в сочинении шизофренического поэта, что важно порой для констатации начала болезни. В этом случае психиатру следовало бы особенно остерегаться наивных пересечений границы и слишком самонадеянных решений. Первому, самому по себе заслуживающему похвалы патографу Гёльдерлина надо было принять во внимание мнение фон Хеллинграта, что “детская наивность” психиатра не выдвигает в качестве характерного признака болезненного ничего лучшего, “нежели необычайное изумление своего поверхностного образования перед оборотами и выражениями Горация и Пиндара, не говоря уже о Мессии и Библии, перед строением предложений, которые могли быть ему известны из Аристотеля или Гегеля”.

6. Я мог бы почти не останавливаться на психиатрических попытках диагностировать персонажей поэтического произведения. Когда-то это играло большую роль, поэта восхваляли или порицали за психиатрически точные или психиатрически ложные описания и соразмерно этому оценивали его работу. Конечно, это вообще имеет смысл только в том случае, когда целью поэтического произведения становится натурализм. Это направление сегодня ушло в тень, и та психиатрическая литература по праву сошла на нет и забылась. Также художественному произведению со значительной психологической направленностью противоречит, к слову сказать, не имеющий никаких мотивационных связей психоз. Он должен поэтому (клинически неправоммерно) под-

вергнуться психологизации, если поэт намерен использовать его в ином смысле, нежели как *deus ex machina*. Это, однако же, часто случалось, как, например, в случае Офелии или Гретхен.

Отношения психиатрии с *юридическим* факультетом мы обсуждаем не так подробно. Они в своей важности неоспоримы и настолько известны, что мы можем сообщить не очень много нового. В первую очередь мы думаем о науке уголовного права. Мы при этом не совершаем столь излюбленное старыми психиатрами двойное смешение, путая науку уголовного права с криминальной психологией, а последнюю снова с психиатрией. Но суть дела состоит как раз в том, что уголовное право равным образом имеет отношение к преступнику, его личности и его мотивам. Это снова психология, криминальная психология, и она была основана психиатрами, и долгое время ей занимались почти исключительно они. Только в новейшее время ей также активно занялись сами специалисты по уголовному праву; психологи полностью ушли в тень. Знание аномальных личностей крайне важно для знания криминальных преступников. Но дело обстоит отнюдь не так, что всякого преступника или же только всякого рецидивиста и неисправимого позволительно причислять к аномальным личностям. Для этого они, как раз в соответствии со своим бытием, должны представлять собой на самом деле аномальных личностей, стало быть, людей, которые, даже безотносительно к их социальным действиям, являются личностями, отклоняющимися от среднего уровня. Социально негативное по отношению к аномальной личности должно быть чем-то вторичным. Аномальные личности, прежде всего, почти во всякой жизненной ситуации вступают во внутренние или внешние конфликты. Кроме того, консультации психиатра требуют вопросы отсрочки наказания или превентивного заключения и некоторые другие.

Совершенно очевидным образом он востребован в качестве эксперта по *вменяемости*. Везде, где мы явно или скрыто оказываемся перед вопросом о свободном определении воли при каком-либо деянии, этот вопрос в высшей степени обременен философски. Он, во-первых, предполагает, что человек обычно обладает возможностью свободного решения, что он, таким образом, мог бы также действовать иначе, подавляя свои преступные наклонности, налагая запрет на их осуществление. И, во-вторых, что об этом можно судить *извне*. Первую предпосылку мы в данном случае оставляем в стороне, поскольку она просто является условием нашего уголовного права. Однако, мы не можем пройти мимо второй, поскольку она имеет непосредственное отношение к нашей задаче. Нас спрашивают, согласно нынешней формулировке 51§ уголовного кодекса, был ли преступник не способен понимать недозволенность своего деяния или действовать в соответствии с этим пониманием. И за этой второй частью вопроса снова скрывается во-

прос о свободном определении воли. И не только эту вторую часть, но также первую мы теперь фактически почти всегда оставляем без точного ответа. Мы ищем выход в клиническом, отвечаем косвенным образом, опираясь на него, и на самом деле вовсе не соотносим наш ответ с самим деянием. Но в целом, грубо говоря, это просто выражается в том, что мы у нормальных и аномальных личностей подтверждаем вменяемость, а у больных отрицаем. Самое большее, при легком слабоумии или легком артериосклерозе и в подобных случаях мы отвечаем, более явственно ссылаясь на деяние, причем в этом случае мы иной раз также предполагаем ограниченную вменяемость. Равным образом при исключительных состояниях (сумеречных состояниях) мы изучаем душевное состояние именно при совершении деяния. Но в большинстве случаев мы обходим конкретный вопрос и отвечаем, исходя из общей клинической ситуации. Мы, таким образом, отвечаем намного грубее, чем нас спрашивают. На то, о чем нас спрашивают, в действительности не может ответить ни один человек. Эти вещи обременены таким избытком предпосылок, что здесь кажется почти дерзостью даже только соприкосновение с ними. Таким образом, ни доказано, что полностью владеющий собой (*Vollsinig*) и непсихотический во всякое время может понимать недозволенность деяния или действовать в соответствии с этим пониманием, ни обнаружено, что больной во всякое время не способен к этому. Подумаем только о некоторых самоубийствах в качестве примеров из некриминальной жизни: они отнюдь не всегда проистекают из самого психоза, и зачастую к ним ведет прямо-таки последний остаток понимания — это в известной степени еще существующая здоровая часть личности, которая действует. Редукция оценки деяния до общей клинической ситуации представляет собой, таким образом, очень грубый и упрощенный метод. Также при экспертизе для гражданского суда мы отвечаем часто исключительно исходя из нее, равным образом при вопросе о недействительности волеизъявления. Другие вопросы, как, например, при экспертизах расторжения брака или недееспособности, в известной степени носят уже более практически-клинический характер, затрагивают более продолжительные ситуации и проблемы, а не четко ограниченный момент определенного деяния. Изо дня в день психиатр помогает судье установить правду, и также к нему часто прислушиваются при принятии законов. Здесь, как и везде: чем более он остается в пределах своей специальности, чем менее он вмешивается в дела, которые к ней не относятся, тем более он будет влиятелен и эффективен.

Мы завершаем *теологическим* факультетом. Не как если бы мы смешали теологию с религиозной психологией. Но теология тоже имеет дело с психологией — или лучше: теологи. Ибо они люди, которые верят, не верят, стремятся к вере, сомневаются в ней, живут или же не живут в соответствии с христиан-

ской этикой, с трудом или легко справляясь с ней. Они люди, даже если акт веры и нравственности понимают не *чисто* психологически и пользуются помощью благодати. Ныне также существует религиозная психопатология. Трудности веры и этической жизни нередко связаны с определенными аномальными личностями и инстинктивными склонностями. Это особые вопросы, которые мы сегодня должны оставить. Существует, далее, ряд феноменов, отчасти очень спорных в своей интерпретации, которые, по меньшей мере, представляют собой выражение аномальной личности, часто даже выражение психоза, — такие, как переживание одержимости, известные религиозные галлюцинации и внезапные (странные идеи) (Einfälle), экстаз, стигматизм. Мы должны показать теологам, где и как такие события возникают в аномальных и психотических, болезненных душевных состояниях, и объективно и профессионально беспристрастно разъяснить отдельный случай. Как теолог справится с нашим мнением, само по себе является его делом, делом пастырской психиатрии. Но нет сомнений, что в том случае, когда мы констатировали психоз, религиозный феномен утрачивает для него свое значение, обычно даже уже тогда, когда мы можем указать на аномальную личность. Это так и это хорошо, но этого не *должно было бы* быть. Ибо, конечно, еще не решено, что сверхъестественные явления не могли бы как-то воспользоваться аномальной, даже психотической почвой. Но, конечно, будет правильно, если теолог со всем вниманием отнесется к нашему способу рассмотрения. Для этого только один особый пример. Мы знаем сотни, тысячи циклотимических депрессивных, меланхолических в почти однообразной веренице, которые терзаются самообвинениями и часто также объясняют свою греховность влияниями дьявола. Если болезнь излечена, эти мысли полностью уходят вместе с тоской. А точнее, сегодня такие болезни весьма надежно исцеляют физическим лечением. Было бы, конечно, ошибкой считать теперь в этом случае, что сознанию греховности соответствует особая вина, которая, возможно, могла бы даже вызвать это состояние. Против этого говорит уже тот факт, что такие больные редко терзаются действительно достойным сожаления поступком, но чаще всего пустяками, которые совершенно несоизмеримы с тяжестью самообвинений. И как уже сказано: часто кратковременным физическим лечением можно исцелить состояние, против которого оказались бессильны вся психическая помощь, все утешение, вся забота о спасении души. Такие опыты, которые мы делаем ежедневно, всякого теолога убедят в том, что здесь есть болезнь, т.е. физический недуг, к чьим душевным проявлениям, среди всего прочего, принадлежат также беспочвенные самообвинения. Настырное увещание и легкомысленное религиозное утешение свели в могилу уже многих нераспознанных меланхолических. Таким образом, духов-

ное попечение о таких людях без консультации сведущего врача налагает серьезную ответственность.

Относительно оценки великих религиозных деятелей прошлого справедливо все то, что мы сказали о поэтах. В принципе, никогда нельзя, обнаружив аномальные или даже болезненные душевные черты религиозного деятеля, отвергнуть ценность его деяния и его слов. Как и нельзя, к тому же, опровергнуть метафизическую истинность его учения и предположение о сверхъестественности его переживаний. Это, правда, очень часто делается полемическим образом, причем, естественно, обращают внимание на аномальные черты всегда только у того, кого хотят обесценить. Это совершенно несуразное заблуждение, которое в любом случае не достигает цели. Критерии религиозной истины не могут производиться психологией и патопсихологией. Это дело теологии.

Насколько пастырю, практическому теологу необходимо определенное знание психиатрических предметов, вытекает из сказанного. Чем более он сведущ в этих вещах, тем осторожнее, надо надеяться, он будет, и тем чаще он будет обращаться за советом к психиатру. И чем меньше наивного высокомерного рационализма мы проявляем по отношению к нему, тем больше мы будем его убеждать. Некоторые аномальные личности имеют для духовного попечения особое значение, таковы скрупулянты, которые относятся к неуверенным в себе психопатам. Но и психоз может начаться таким образом, что, видимо, впадают в сомнения. Наконец, психиатр также может оказаться полезен в вопросах церковного права, точно так же, как и в других делах. Он может дать заключение о свободе принятия решения об обете или вступлении в брак.

Вы, уже после этого краткого обзора, согласитесь со мной, что всем другим факультетам психиатрия тут, то там многое может сказать, и это отличает ее от всех других медицинских дисциплин. Она делает это с уважением к методам и прежде всего к оценкам других наук. Если она проявляет его, нет также никаких причин испытывать защитный страх перед ней, как это часто случается. Кант сказал: “Философия заключается в том, чтобы знать свои границы”, и в этом смысле мы все должны быть философами.

В том, что я Вам сказал, по большей части нет ничего нового. Прежде всего, в течение десятилетий вновь и вновь возникает нужда в разделении определения душевной аномалии и оценки ее содержания, по словам Хеллпахса, Ясперса и Груле. Я не хотел бы теперь утверждать, что психиатрия действительно осознала и усвоила это в качестве всеобщего достояния. Это происходит медленно и тем медленнее, что, как показывает опыт, противоречит усредненному мышлению медика. Будем же поэтому без усталости вновь и вновь говорить об этом.

Перевод П. Ю. Завитаева

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Шизоаффективный психоз или шизофрения?

Разбор ведет Андрей Аркадьевич Шмилович,
врач-докладчик Елена Александровна Сахарова
(21.09.2017; ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева)

Врач-докладчик: Вашему вниманию представляется пациентка Марина К., 21 год.

Наследственность отягощена. Двоюродная сестра матери перенесла психотическое состояние, лечилась в ПБ, принимала терапию. Мать: 52 года, по образованию повар, работает слесарем. По характеру тревожная, добродушная, хозяйственная, несколько инфантильная. Разошлась с мужем, когда младшей дочери было 11 месяцев, жила с детьми у своей матери. В беседе выявляет значительные нарушения мышления со склонностью к резонерству, амбивалентности, недостаточной критикой к болезни дочери. Отец: 54 года, образование средне-специальное. Со сверхценной религиозностью, адепт секты адвентистов. Непоследовательный в поступках, слывет “позером, странным чудаком”. В настоящее время не работает в связи с алкогольной зависимостью. Сестра: 32 года, училась на фельдшера, социолога, стилиста, фактически опекает больную. Внешний вид крайне вычурный — татуировка на лице, множество пирсинга.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавшей беременности, срочных, но затяжных родов. В раннем развитии без особенностей, детские инфекции перенесла без осложнений, невротических расстройств детского возраста (страхов, снохождения, энуреза) не отмечалось.

Легко сходилась со сверстниками, была живой, подвижной, добродушной, не испытывала потребности в доверительных отношениях со сверстниками, ни к кому не привязывалась. Участвовала в самодеятельности, играла второстепенные роли. Большую часть времени проводила в кругу семьи за уединенными занятиями. С детского возраста читала много околорелигиозной литературы, нередко с молитвами обращалась к богу. Развод родителей в возрасте 6 лет восприняла холодно, посещала вместе с отцом собрания адептов христианской секты.

В школу пошла 7 лет, успевала хорошо, предпочитая гуманитарные предметы. Нарушений дисциплины в препубертате не было. Увлечлась литературой жанра “Фэнтези”, читала запойно, порой не спала ночами, пока не закончит какую-то книгу. Образы многих героинь примеряла на себя. Была склонна к фантазированию.

Mensis с 14 лет, цикл нерегулярный с длительными задержками, не установился до настоящего времени, однако изменениями настроения, болезненностью не сопровождался.

По окончании школы в 17 лет по собственной инициативе поступила на филологический факультет, мечтала овладеть несколькими европейскими языками.

Из токсических воздействий — только курение, алкоголь употребляла эпизодически в небольших количествах.

В 17 лет впервые испытала платоническую влюбленность к однокурснице, никому в этом не признавалась, тогда же резко поменялась по характеру. В институте сторонилась сверстников, стала объектом насмешек и издевательств, не могла постоять за себя, испытывала страх перед ребятами и особенно перед возлюбленной. Сталкиваясь с ней случайно в коридоре, замирала, испытывала чувство оцепенения с ощущением “то жара, то холода” по всему телу. На протяжении года, пока испытывала неразделенные чувства, оставалась подавленной, апатичной, отмечала тоску за грудиной как невыносимую душевную боль, которую “хотелось вырезать или вырвать из груди”. Суточного ритма, бессонницы, снижения аппетита не было. В тот период часто задумывалась о бессмысленности жизни, однако суицидальные мысли “отгоняла от себя”, считая их греховными. Себя чувствовала грешной из-за однополой любви, бесплодно размышляла наедине о смысле библейских фраз, примеряла их на себя. Снизилась успеваемость, пропускала многие занятия, залеживалась дома в кровати. Примерно через год от начала указанного состояния, со слов, “разочаровалась в боге, отказалась от него” и мысленно “перешла к сатане”. Увлечлась соответствующей литературой, музыкой, стала мысленно общаться с сатаной, обращалась за советом, представляя образно как живого человека. Спрашивала совета по любому, даже незначительному бытовому поводу. Мысленно представляла, что тот сопровождает рядом, например, идет с ней в институт, сидит на занятиях. Много думала, каким бы сатана был в реальности, перебирала мысленно разные образы. Представила, что самой подходящей внешностью обладает один из американских рок-музыкантов, увлеклась его музы-

кой, постепенно придумала, что “влюбилась” в этого музыканта, как бы объединив эти две фантазии в одну — “музыкант и сатана стали одним целым”. Считала его лучшим другом, любовником, говорила, что такая дружба — самая надежная защита, так как “ничего не страшно, когда тебя охраняет чудовище”. Слышала собственные мысли, которые приписывала “возлюбленному”, но с которыми вела внутренний диалог. Следовала советам, прислушивалась. Физического присутствия и его влияния не ощущала, считала его ожившей фантазией. Состояние ухудшалось на протяжении двух лет — до 21 года.

Весной 2017 г. (за пять месяцев до настоящей госпитализации) стала возбужденной — рвалась из дома, рыдала, заявляла родителям, что у подъезда ее ждет возлюбленный, который “пришел за ней”. В связи с резким психомоторным возбуждением, осмотрена дежурным психиатром города Кременчуга, госпитализирована в ПБ, где находилась в течение двух дней, выписана по заявлению матери. После выписки принимала rispoleпт 2 мг около двух месяцев, отменила самостоятельно, так как большой себя не ощущала. Состояние оставалось относительно стабильным, была апатичной, бездеятельной. Но сдала выпускные экзамены ВУЗа, получила диплом о высшем образовании.

По настоянию родственников уехала в гости к сестре в Москву. Накануне настоящей госпитализации без видимой причины стала возбужденной. Ощущала присутствие сатаны рядом, слышала его голос как внутри головы, так и извне, который говорил, что покажет “истинную природу людей”. Казалось, что обладала особыми способностями наравне с сатаной, но для “знакомства с истинной природой людей” как бы “сняла их”. Ощущая свою избранность, чувствовала, что “вышла к людям”, но почувствовала их ненависть, желание унижать и бить. В этот момент показалось, что “осознала” истинную “природу людей”, почувствовала себя “наделенной особой властью”. Окружающая обстановка казалась нереальной, измененной, “сделанной”. Чувствовала, что потеряла контроль, не помнила некоторых событий. В таком состоянии по инициативе сестры была госпитализирована в ПБ № 1.

Статус при поступлении: выглядит неопрятной, волосы окрашены в ярко розовый цвет, взъерошены, спадают на лицо, что совершенно не тяготит больную. Сидит в однообразной позе, практически неподвижно, с закрытыми глазами. Движения резкие, малоамплитудные. Время от времени чему-то загадочно улыбается, смеется, старается скрыть эмоции от врача. Беседует с врачом неохотно, часто просит повторить вопрос, периодически к чему-то прислушивается. Напряжена в разговоре, о себе дает скудные сведения, переживаний не раскрывает, ответы короткие односложные. В процессе беседы становится несколько более разговорчивой, намеками говорит о своей принадлежности к “сатане”. Считает, что нахо-

дится в “аду”, называет себя “невестой сатаны”, высказывания обусловлены бредовой трактовкой окружающего. Импульсивна в поступках, неожиданно становится говорливой, монологом говорит о том, что совершенно здорова, пытается убедить врача в том, что не нуждается в лечении, диссимулирует. В устной беседе обнаруживает расстройства мышления в виде паралогичности, разноплановости. В суждениях амбивалентна. Эмоциональные реакции невыразительны, лицо гипомимично. К своему состоянию относится не критично.

Лечение: при поступлении назначена терапия галоперидолом 2.0 в\м 2 р\сут.

На фоне проводимой терапии состояние ухудшилось, стала застыть в однообразной позе, была заторможена, вяла, речь дизартричная, маловнятная. Лежа в постели, практически не двигается, симптом воздушной подушки положительный, стала нарастать температура тела до субфебрильных значений.

К лечению были добавлены раствор аминазина 100 мг\сут в\в капельно на физрастворе, раствор электролитов до 1000 мл\сут, галоперидол отменен. Состояние за время лечения не улучшилось, оставалась тревожной, напряженной, подозрительной, в полном объеме сохранялись галлюцинаторные переживания, спектр бредовых идей расширился, сформировала бредовую концепцию относительно врачей в отделении.

В связи с этим на 14-е сутки больная была переведена в 15 отделение для продолжения лечения.

В 15 отделении проводилось лечение: зелдокс до 80 мг\сут, азалеπτин 25 мг вечером.

На фоне проводимой терапии первое время остается малодоступной, заторможеной, движения резкие, угловатые, “роботоподобные”, о переживаниях рассказывает мало, неохотно, резонерствует, скрывает переживания, говорит намеками. К 25 – 28 дню госпитализации, состояние с положительной динамикой.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС на момент осмотра (21.09.2017): Выглядит на свой возраст, несколько инфантильна. Волосы всклокочены, несколько прядей окрашены в ярко-розовый цвет. Держится скованно, но уверенно. Движения замедленные, угловатые, мимика обеднена, взгляд неподвижный. Охотно беседует, отвечает по существу вопросов, развернуто. Голос маломодулирован, тихий.

Жалоб на самочувствие не высказывает. Говорит, что болеет. Рассказывает о переживаниях в прошедшем времени, не отрицает, что разговаривала с сатаной, считала его лучшим другом, общалась с ним ментально, называла себя его невестой. Отрицает ощущения воздействия, открытости мыслей, какого-либо постороннего влияния на себя и на мышление, отрицает и ощущения “контакта”, в том числе и сексуального с сатаной. Говорит, что одновременно с фантазиями о сатане встречалась с реальным молодым человеком. В настоящее время субъективно отмечает улучшение состояния. Отмечает появление

интересов к “настоящей” жизни. Говорит о желании продолжить учебу и работать по специальности. Движения стали более плавными, живыми, нет выраженного напряжения мышц. Настроение ровное. Мышление остается недостаточно целенаправленным, периодически возникает отвлеченное рассуждательство, остается склонной к субъективному интерпретированию окружающего. Эмоциональные реакции стали более живыми, однако мимика остается бедной. Показатели умственной работоспособности в норме, интеллект на высоком уровне, верно анализирует получаемую информацию, делает логичные выводы. К переживаниям относится достаточно критично, говорит, что подобные переживания были проявлениями болезни.

Консультация Н. В. Захаровой: На момент осмотра состояние определяется остаточной субкататонической симптоматикой с брадикинезией, застывшей мимикой, однообразием поз и безынициативностью с брадифренией в рамках этапа становления ремиссии после перенесенного затяжного психоза. Манифестация заболевания произошла аутохтонно в возрасте 17 лет с картиной сверхценной влюбленности, сопровождавшейся нерезко выраженными психомоторными истеро-невротическими феноменами на фоне субклинической витальной депрессии. Основная особенность аффективного фона в тот период — атипичная эндогенная депрессия протекала без клинически завершенной депрессивной триады, но сопровождалась снижением когнитивных функций, размышлениями о бессмысленности жизни как прототипом суицидальных мыслей с усугублением имевшейся в преморбиде шизоидной акцентуации с религиозностью. Несмотря на полиморфность клинической картины, параноидная симптоматика в тот период не сформировалась, бредовой фабулы как таковой не было. Следующей особенностью психоза является спонтанная смена аффекта без инверсии фона настроения (гипомании или мании не было), но со сменой фабулы сверхценных идей — с любовного на бредоподобное фантазирование. Нарастание психоза происходило в виде особого сочетания сверхценных образований, obsessions и резидуальных бредовых идей, но существенно отличающихся от клинически завершенных форм указанных расстройств (что частично соответствует описанию бредоподобного состояния по Бирнбауму, 1908). Однако, в отличие от классической формы этого расстройства, следует отметить отсутствие отчетливой психогенной этиологии, и последующую динамику с нарастанием психотической симптоматики с присоединением параноидного синдрома и феноменов парафрении и онейризмов на высоте приступа с развитием кататонического синдрома в период лечения в клинике. Учитывая высокий уровень преморбидной адаптации, черты экспансивной шизоидной акцентуации, а также выраженную полиморфность и незавершенность психоза, хорошую переносимость препаратов и сфор-

мировавшуюся критику к перенесенному психозу с установкой следовать врачебным рекомендациям, прогноз относительно благоприятный. В пользу этого свидетельствуют и отсутствие резидуальной бредовой симптоматики с преобладанием в клинической картине становления ремиссии психомоторных нарушений. Нельзя исключить сохранение сверхценных идей одержимости сатаной и склонности к диссимуляции с установочным поведением.

Заключение психолога: На фоне доступности выполнения всех основных интеллектуальных операций отмечается недостаточная целенаправленность мыслительных процессов, эпизодически возникающее отвлеченное рассуждательство, склонность к субъективному интерпретированию. Показатели умственной работоспособности в норме.

Врач-докладчик: Патологии по соматическим показателям нет. Была консультирована и неврологом, и терапевтом, выполнены анализы в полном объеме, лабораторные показатели все в пределах нормы. На свой возраст соматически здорова.

Когда была субфебрильная температура, в лабораторных показателях тоже никаких изменений не было. Лейкоциты крови, сахар крови — все в нормальных пределах. Никаких терапевтических дополнительных назначений не было.

Ведущий: Вопросы, коллеги, прошу вас, по поводу изложенного анамнеза, динамики состояния, терапии пациентки.

— А сейчас она принимает зелдокс? — *Да, она принимает зелдокс в дозе 80 миллиграмм, распределен два раза в сутки, и азалептин, 25 миллиграмм на ночь.*

Ведущий: У меня целый ряд вопросов. Вопрос первый: то состояние, которое у нее развилось на фоне терапии галоперидолом и аминазином внутривенно, Вы восприняли, как кататонический ступор или как развитие шизоаффективного приступа, перехода в гипотоксическую форму? И как разрешилось это состояние на фоне терапии зелдоксом? Вопрос второй. Зелдокс, 80 миллиграмм, возникает вопрос, потому что там дозозависимый эффект очень отчетливый — 120 – 180. И Вы его кололи изначально, это были инъекционные формы, или сразу капсулы, и на 80 миллиграмм что Вы наращивали? И это состояние — эффект от первоначальной терапии галоперидолом — было выражено экстрапирамидной побочной симптоматикой, этими роботообразными движениями и т.д. или кататонической симптоматикой? Была ли она в сознании или где-то летала? Что она рассказывала после выхода из этого приступа? И эти моменты для меня лично главные. — *Относительно первого вопроса. Так случилось, что она находилась в другом отделении, данная симптоматика развивалась довольно быстро, я в этот день была дежурным врачом и непосредственно наблюдала развитие картины. В течение нескольких часов, в ночное время, поднялась температура тела, но выше 37,2 – 37,3*

она не поднималась, явления были кататоническими, был ярко выражен симптом “подушки”, речь была дизартричная, и дизартрия нарастала. Несколько часов подряд ей проводили дезинтоксикационную и инфузионную терапию нейролептиками. Потом у нее довольно долго разрешалось это состояние. Проанализировав состояние при поступлении и в динамике, статус, мы сделали вывод, что симптоматика была именно кататонического характера. И поступала она в состоянии субкататонии и потом она развила, видимо, на фоне начала терапии.

Мы стали давать сразу таблетированные формы. Почему не наращивали дозировку? Потому что, во-первых, была какая-то непонятная ситуация с гипертермией, которая эпизодически возникла и угасла, и все-таки отмечалась положительная динамика, родственники это отмечали, и сама больная. То есть, в принципе, передозировать не было смысла. И на сегодняшний день, учитывая ее состояние, уже в ретроспективе, можно сказать, что это был верный шаг, потому что на сегодняшний день ей этой дозировки хватает. И она сама субъективно, и ее родственники, которые приходят и видят динамику, отмечают положительный эффект.

— А критика у нее сформировалась какая-то к перенесенному психотическому эпизоду? — Да, на сегодняшний день она рассматривает все как произошедшее, то есть в прошедшем времени говорит. Она говорит, что она понимает, что болеет. Она очень ориентирована на посещение дневного стационара, несмотря на то, что она — гражданка Украины, ей родственники помогли сделать регистрацию, потому что она очень хочет посещать дневной стационар, продолжать лечение. Она сама задала вопрос о том, чтобы продолжать лечение и наблюдаться. Родственники также ориентированы на это, динамика показывает, что критика сформирована. Может быть, еще не до конца, но уже в нужном направлении.

— Да, и еще вопрос. С психоактивными веществами не было проблем? — Нет, как я докладывала, эпизодически она курила, эпизодически принимала алкоголь. Был момент в возрасте 19 лет, когда она могла употребить даже бутылку вина, считая, что ей становится легче, когда она переживала свою влюбленность. Но сказать, что это переходило в злоупотребление — нет.

— Пробовали ли Вы добыть кременчугскую выписку? — С кременчугской выпиской сложно, потому что мама сразу же ее забрала, и даже не назвала нам адреса. Она сказала: “Мы не знаем, какой диспансер, какая больница, я была очень расстроена, дочка настаивала, я забрала”.

— Она в 15-ое было переведена из другого отделения? — Да. — Из какого? — Из 24-го отделения. — А почему? — В связи с тем, что у нее развилась бредовая концепция по отношению к докторам 24-ого отделения. Сформировались идеи отношения и у нее, и, на-

сколько я понял, у родственников. — К женщине или к мужчине? Я знаю, что в 24-ом отделении разнополый состав врачей. Это важный момент. — Насколько я понимаю, это к Наталье Владимировне. — В этой связи как раз третий мой вопрос. Вы упомянули о расширении фабулы бреда в сторону врачей, и хотелось бы поточнее узнать ее высказывания бредовые. Или поведение, которое указывало на это. — Когда она к нам поступила, она немножко насторожено и отрывочно об этом рассказывала. Сказала, что ей показалось, что у Натальи Владимировны такая фамилия необычная, фамилия у Натальи Владимировны — Великая, и она посчитала, что она такая же великая, как и Наталья Владимировна. Учитывая, что у нее есть определенные отношения с сатаной, то все это было интерпретировано с точки зрения парафрении. — Давайте я прямо спрошу: она ее соперницей увидела в отношениях с сатаной? Были подобного рода высказывания или нет? — Высказываний подобного рода не было, но, возможно, если бы мы конкретно так задавали вопрос... Я, откровенно говоря, так конкретно вопрос не ставила. — А Наталья Владимировна этого не помнит, не было такого? — В основном, разговора не получалось. Она приходила с такой сразу внешне обвиняющей позицией: “Вы! Вы такая! Вы высокомерная! Вы мою дочь лечите! Почему Вы так к ней относитесь? А почему Вы довели ее до такого состояния?” Когда я пыталась что-то объяснить рационально, провести разъяснительную беседу, что ее дочь больна, в чем это проявляется, она категорически это отвергала и обвиняла в том, что врачи ее сделали такой, и непосредственно я. — Тогда я просто не понял, я решил, что это у пациентки расширение бреда в ваш адрес. — Нет, это у мамы. И дело в том, что когда... они же каждый день встречались, и после беседы с мамой у пациентки то же самое. Когда я делала обходы, она относилась ко мне очень подозрительно, она говорила: “Почему Вы мне задаете такие вопросы? Вы мне задаете очень странные вопросы. И что это за вопросы Вы мне такие задаете?” В общем, очень была негативно настроена. И при последнем посещении мамы, когда та ушла, она возбудилась, выбежала в коридор, начала в очень грубой форме меня оскорблять, кричала. — То есть Вы про эту фабулу, связанную с фамилией, не знаете? — Мама очень настороженно вчитывалась в бейджик. И понимаете, как-то все было так, такая трактовка. Конкретно она не говорила лично мне. — Так мама или пациентка? — И мама, и пациентка. — А Вам говорила пациентка? — Мне говорила пациентка. И в беседе с мамой я пыталась у нее вежливо спросить: “Как же так, что же не сложилось у Вас в 24-ом отделении?” Она совершенно об этом умолчала, вообще на эту тему не разговаривала и как-то переводила беседу именно на “когда же выпишут мою дочь?”. Ее даже лечебный процесс, в общем-то, не очень интересовал. Ее интересовало, когда же ее выпишут, и что же дальше нам делать.

— Как отреагировали пациентка и ее мама на предложение прийти на нашу конференцию? — Мама пациентки буквально на пятый или шестой день от момента, когда ее к нам перевели, уехала обратно в Украину. Пациентка интересовалась. Мы с ней обсудили, что близится выписка, и она высказывала сомнения, что, может быть, после такого стрессового фактора она, возможно, должна будет задержаться на несколько дней. Но она это с готовностью приняла. И сегодня она сама спросила, в какое время будет разбор, довольно-таки спокойно спросила. Она уже привыкла, что к ней приходят, и с ней беседует большое количество психологов, потому что она в рамках научно-исследовательской работы еще у нас проходит.

— На каком режиме наблюдения она находится сейчас? — На общем режиме наблюдения. То есть она свободно гуляет с родственниками. Когда приходят ее родственники, они выходят гулять по территории. Она находится в палате для пациентов, которые уже в хорошем психическом состоянии, готовится к переводу или в дневной стационар, или на выписку. Она совершенно свободно передвигается, она ходит на процедуры, в сопровождении персонала, но совершенно без ограничений.

— Если у нее есть установка на посещение дневного стационара, ее можно было несколько дней назад направить в медико-реабилитационное отделение, с учетом ее положительной динамики и режима полустационара? — Мы бы с удовольствием это сделали, просто дело в том, что к ней постоянно сейчас приходят, с ней работает то один психолог, то другой, поэтому она просто занята. Хотя в свободное время, когда у нас социо-реабилитационные мероприятия проводятся в отделении, она в них охотно участвует, она рисует, контактирует с другими пациентками, они что-то лепят. Она охотно занимается, по собственному желанию.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Присаживайтесь вот здесь, я Вам микрофон дам. Марина Сергеевна, здравствуйте! — Здравствуйте! — Марина Сергеевна, меня зовут Андрей Аркадьевич, я сегодня здесь для того, чтобы вместе с коллегами, с докторами помочь лучше разобраться в Вашем состоянии. — С моим недугом, да. — Да. Только такая у нас мотивация, других нет. — Хорошо. — Так что Вы не волнуйтесь, здесь все специалисты, врачи и психологи этой больницы. Не волнуетесь? — Нет. — Ну, отлично! Как сейчас себя чувствуете, Марина Сергеевна? — Гораздо лучше. Раньше я не подозревала о том, что я больная, мне не хватило тех двух дней, которые я пролежала дома на Украине в таком же, похожем заведении, чтобы осознать, что я больная. А тут я как правела здесь время какое-то, уже чуть больше месяца, дней 40, наверное, я тут, примерно, мне этого времени хватило с головой, чтобы понять, что я больна. — В чем же Ваша болезнь? —

Мне кажется, что лучше знать, что ты болен, чем думать, что то, что происходит у тебя в голове, происходит на самом деле. Я поэтому сказала, гораздо лучше. — Я понял. В чем же Ваша болезнь была тогда? Что Вы именно осознали? — Я осознала, что слишком углубилась в свои фантазии, и как бы так объяснить? Я рождена, видимо, с какой-то предрасположенностью к каким-то психическим заболеваниям, мне так кажется, и мои фантазии вышли из-под контроля именно поэтому. Мне так почему-то кажется, я не знаю. — Понятно. — У меня еще есть двоюродная сестра, у которой похожие проблемы. Она иногда тоже появляется в таких клиниках, и как бы так, иногда боялась выйти из дома, что-то ей мешало постоянно. Но сейчас я не знаю, как у нее расположение, как она себя чувствует, потому что мы с ней не общались, я тут месяц целый. — Давайте мы сегодня все-таки о Вас, а не о сестре, да? — Да, хорошо. Но это я так, просто, чтоб Вы знали, может, это... — Марина, фантазии, о которых Вы говорите, я Вам точно могу сказать, это не болезнь. Фантазии есть у всех. — Да, но я же больна и дело не в фантазиях. — А в чем? — Дело в том, что мне кажется, что у меня есть предрасположенность к этой болезни, что они вышли из-под контроля. У нормальных людей не выходят, а у меня вышли, значит, я ненормальная. — Что Вы имеете в виду? Поясните. — Я поверила в том, что я нафантазировала со временем. — То есть сначала Вы это нафантазировали? — Да. — И когда же Вы это нафантазировали впервые? Еще в детстве? — Нет, это было где-то лет 17, когда я только поступила в универ, и я тут краем уха слышала, что вы про меня рассказывали, так, чуть-чуть. — Это не очень хорошо, конечно. — Нехорошо? — Да. — Ну, Вы просто громко говорите, а мы там сидели и молчали. Ну, я только обрывки каких-то фраз слышала. Да, я, действительно, не могла постоять за себя, потому что была очень влюблена и считала, что я виновата. Вот это я услышала четко. — Может быть, тогда Вы, если уж Вы слышали, где-то скорректируете?.. — Но я не все слышала, я только чуть-чуть. — Возможно, какие-то как раз недочеты в этой истории? — А Вы повторите, пожалуйста. — Я так понимаю, что Вы говорите о той самой неразделенной любви, да? — Да, да. — Которая была у Вас в старших классах, в школе? — Нет, нет. — Или это было?.. — В университете. — И речь шла о том, что Вы именно в связи с этим испытывали какие-то постоянные насмешки, издевательства со стороны Ваших сверстников. — Дискомфорт. Насмешек и издевательств не было так уж много, просто это чувство вины на меня давило, больше всего давило чувство... — А в чем вина-то Ваша? — Я влюбилась в девушку, и поскольку я считала себя христианкой, для меня это был *dabble trouble*. Мне было очень тяжело вдвойне из-за этого, потому что я сама от себя не ожидала, что я могу влюбиться в девушку, плюс еще, я же из христианской семьи, а это именно влюбленность под запретом, вот эти все однополюсные отношения, это все считается... — Ну,

Ваша семья, не назовешь уж ее ортодоксами прямо такими, правда ведь? — *Нет, но я просто очень увлеклась, у меня отец этим очень увлекся...* — Он же адвентист, я правильно понимаю, да? — *Я не знаю, как это определить. Просто я не думаю, что он адвентист, они считают себя Движением Восстановления, так оно называется, именно Восстановление. Адвентизм это или не адвентизм, я не могу сказать, что это просто какая-то секта. Так вот, я остановилась на том, что мой отец был для меня моим другом, я его очень любила, в детстве особенно. До 17 лет у нас была такая связь, мы были очень дружны. И для него было самым главным — это Бог и религия, и рок-н-ролл, два, в общем-то, противоположных движения, потому что рок-н-ролл — это музыка бунта, а церковь, наоборот, учит быть нас покладистыми и всеми такими...* — Смиренными, да, именно это слово. *Я забыла, потеряла нить. Я пыталась объяснить, почему я считаю, что у меня болезнь, да?* — Нет-нет, мы начали с вопроса, почему Вы считали себя виноватой, собственно? — *Так вот, это была предыстория. Я такой, как бы так сказать? Увлекающийся человек. И я до 8 класса думала, что, может быть, когда закончится школа, уйду в монастырь, так сильно я считала, что христианство — это правильно, и это мое. Но сложилось по-другому. И я просто хочу объяснить, что для меня было настолько это важно, христианство и все остальное, и на меня давило то чувство вины, что я влюбилась в того, кого якобы не должна была любить. И именно это, я думаю, может быть...* — Кстати, Ваша избранница знала о ваших чувствах? Или как? — *Я думаю, что она догадывалась, но я не уверена.* — Но Вы так ей и не сказали, да? — *В конце концов, произошел coming out, как сейчас принято говорить, я рассказала некоторым ребятам из тех, с кем мы учились. Может быть, по слухам до нее дошло, а, может быть, и нет, этого я не знаю, мне не известно.* — Так вот, как раз мой вопрос был еще и... — *Мне просто не хотелось признаваться в любви человеку, который говорил всем, что он меня ненавидит. И она вела себя в этой истории еще страннее, чем я, мне кажется, потому что если я закрылась своими фантазиями от этого всего, то она говорила всем, что ненавидит человека, который с ней просто не здороваётся. А не здоровалась я с ней потому, что вот это чувство вины на меня сильно давило, и мне было сложно сказать "привет!" даже, так сильно я в нее влюбилась и боялась этой любви. Я очень долго врала себе, что я не люблю ее, где-то до весны от 1 сентября, я ее увидела и влюбилась, это была любовь с первого взгляда. И где-то до весны я себе врала, что это не так. Хотя мои подруги говорили, что очевидно, что...* — Ну, да. Марина, Вы немножко увлекающийся в разговоре человек. — *Да. Я тяну на другую сторону.* — Если я Вас буду останавливать, Вы не обижайтесь, ладно? — *Все, хорошо.* — А то мы тогда ничего не успеем. В связи с этим у меня еще вот такой вопрос. Вы тогда, посчитав себя грешницей... — *Я не*

считала себя грешницей. — А, это, значит, у нас ошибочная информация? — *Да.* — Понятно. Но Вы испытывали какую-то загрудинную боль? — *Да, да.* — Вы описываете, да? Постарайтесь сейчас ее поподробнее описать, что это были за ощущения такие? — *У меня очень болело вот тут, посредине, между грудью, рядом с сердцем. И чувствовалось так, как будто болит сердце, и мне его хотелось вырезать, настолько сильная была боль.* — Вы думали о том, чтобы действительно это сделать? — *Нет. Я никогда не хотела себе навредить, хоть мне и хотелось провалиться сквозь землю, но когда...* — Понятно. Понятно, то есть "хотелось вырезать", это образное выражение? — *Да.* — Это не реальное желание взять нож и резать? — *Я никогда себя не резала и никогда не причиняла себе боль. Некоторые, сейчас это модно, режут себя немножечко, так, чуть-чуть. Но я так не делала, мне это противно.* — А как произошла смена Вашего мировоззрения религиозного? — *Я просто решила, что раз мне нельзя любить того, кого я хочу, то эта религия не для меня. Вот и все. И я отреклась от Бога. Ну, я это так называю, потому что для тех, кто верует, Господь Иисус, он везде, он вездесущ якобы, и когда ты молишься ему, то он тебя слышит. И я просто сказала ему, что нам не по пути.* — Но на место Бога пришел сатана, насколько я понял. — *Он потом пришел. Я целый год проходила, читая разную информацию о разных религиях, мне было это просто интересно, я не хотела подыскать себе новую, просто было интересно. Потом, когда я приехала в Москву, на момент два года назад мне было 19 лет, я решила прочитать Библию Сатаны, и мне это понравилось, и я решила, почему бы и нет? Но сатанисткой я пробыла недолго, это так было, такое...* Я потом много информации на эту тему нашла и пришла к выводу... — Марина, увлечение было недолгим, но очень сильным. — *Ну, да.* — Мягко говоря. События, последовавшие после этого, были очень сильные для Вас, очень значимые, очень много чувств Вы испытывали в этот период. — *Ну, да, так и было.* — Состоялся некий контакт, насколько я понимаю? — *Контакта не было. Я сейчас понимаю, что это все просто моя болезнь, а не...* — Почему Вы решили? Я Вам покажу еще тысячу людей, которые тоже описывают такие же состояния. — *А Вы считаете, что я здорова?* — Я не знаю пока. — *Вы не знаете?* — Пока нет. Я не умею так быстро определять, болен человек или нет, мы же только начали общаться. — *А мы с Вами будем продолжать общаться после этого?* — Если в этом будет необходимость. Может, Вы здоровая, тогда чего со мной общаться? — *Ну, хорошо, давайте это проверим, выясним.* — Давайте. В связи с этим я бы хотел, чтобы Вы прокомментировали Ваши переживания, которые Вы описывали. — *Хорошо, я согласна.* — Вы говорили о том, что как будто бы почувствовали себя невестой сатаны. И как это происходило, на чувственном каком-то уровне или на ментальном все-таки? — *Давайте начнем с философии, с того, что тело Христово, а тело*

Христово — это все, кто ходят в церковь, это считаются невесты Господа. А тут наоборот. Плюс еще, мне хотелось, чтобы он отдельно меня выделил, потому что мне он понравился, я считаю его образ привлекательным. До сих пор считаю образ привлекательным, потому что он не побоялся пойти против своего Отца по легенде, которая гласит. Плюс еще, мне отец с детства говорил, что Господь знает все на несколько тысяч лет вперед, то есть сатана в курсе, что он якобы заранее проиграл или... но он все равно пошел против него, потому что для него это дело принципа, я считаю, что это привлекательно, отстаивать свою точку зрения. И мне очень нравилось, и поэтому я хотела, чтобы он меня отдельно вот так выделил, я об этом фантазировала. Вот и все. — Фантазировала? — Да. — Еще такой вопрос. Человек, который становится невестой сатаны, он приобретает некие полномочия... — Мне сейчас это таким смешным кажется, честно. — А почему? Что здесь смешного? — Потому что это все как-то по-детски и по-дурацки было, мне кажется. Извините, что я Вас перебила. — Смотрите, и этот человек начинает обладать некими полномочиями. — Я не думаю, что он начинает обладать полномочиями, потому что сатана, если он есть, или если его нет, это неважно, по легенде, ему самому виднее, что ему делать. А помощники ему в этом плане не нужны. — Ну, да! — Мне так кажется. Так что я не думаю, что я приобрела какие-то полномочия или что-либо. — Вы знаете, что такое одержимость? — Да, я об этом читала. — Что-то подобное ощущали? — Ну... по-честному, да, было такое пару раз, что чувствовала, как будто бы и мной управляет что-то, и как бы это объяснить? Как будто бы откуда-то извне приходят мысли. Ну, это еще нужно доказать, одержимость это или нет, мне кажется, я больна просто. — Но это еще нужно доказать, больны или нет. — Да, да. — Всему требуется доказательство на этом свете, правда? — Ну, да. — Как будто бы, когда Вы оказались в больнице, Вы были... — В этой? — Да, да, здесь, у нас. Вы были немного дезориентированы, хотя слово “немного” беру назад, сильно дезориентированы. — Сильно. — Утверждая, что Вы находитесь в аду. — Я этого даже не помню, если честно. — А, тем не менее, давайте попробуем сейчас... — Я помню... — Я Вам помогу, может быть, вспомнить. Вас сюда привезли на машине “скорой помощи”, да? — Вот это я помню. А вот то, что я говорила, что я в аду, я не помню, потому что, может, из-за лекарств, может, из-за чего-то еще, может, просто неприятные воспоминания как-то вытеснились... — Не так важно, что Вы говорили. Важны Ваши воспоминания, может быть, даже визуальные. Вы оказались в помещении, где ходят люди с... — Я ничего не видела, никаких существ, ничего такого я не видела. — Я понимаю, но эти существа могли прятаться под белыми халатами. — Да, я помню, был один врач-психолог, или я не знаю, кто он, точно, я ее вижу здесь. Здравствуйте! Просто она мне говорила: “Марина, ты же мне говорила,

что я демон какой-то или что-то в этом духе”. А ей отвечала: “Я не помню”. Я искренне, честно не помнила. Может, это у меня было несколько дней первых или день, я не помню, но вот это вот воспоминание, честно, оно как-то вытеснилось. И, может, я что-то такое и говорила, но я не помню. — Многие люди, которые особенно всерьез верят... — Как я верила раньше? — Да. Они утверждают, что есть в их окружении, как сказать, люди, у которых черты лица какие-то демонические, что они иногда становятся такими, как в масках, такие лицемерные. — Я что-то подобное говорила? — Нет-нет, я просто так рассуждаю, пытаюсь Ваши воспоминания, Вашу память как-то воскресить, понимаете? — А! А, я поняла, о чем Вы! — То есть тот период, который Вы забыли, хотелось бы, чтоб хоть что-то вспомнилось. — Хорошо. Я не вспоминаю, но я поняла, о чем Вы. Я об этом фантазировала просто до этого. — То есть я угадал? — Да. — А Вы фантазировали еще до больницы? — Да, еще до. — Понятно. Еще несколько вопросов буквально, и потом я предоставляю возможность моим коллегам тоже задать, хорошо? — Хорошо. — Да. Ваши взаимоотношения с мамой, она сейчас уехала уже в Украину? — Да, она тут десять дней примерно провела... — Ну, да. Как Вы их, вообще, можете оценить, в целом?

— Это очень сложные отношения. Мы друг друга не понимаем, говорим на разных языках. Если б она была какой-то девочкой из класса из моего, я бы с ней бы не дружила. А вот с отцом бы дружили. Мы друг друга не понимаем, но стараемся. Потому что мы все-таки семья. — А что не так в маме? — В маме что не так? Она — моя полная противоположность, а мне интересней с людьми, которые хоть немножечко увлекаются тем же, чем и я, или хоть немножечко чем-то со мной похожи. Вот так. Но я понимаю, о чем Вы. Вы, наверное, намекаете, что я когда-то говорила, что она тоже лицемерная? Было такое. — Ну, да. — Понятно. Ну, мне так казалось какой-то период, на самом деле. — У Вас были подозрения? — Подозрения? Это такое громкое слово, подозрения. Пусть будет так, пусть будет, у меня были подозрения. Просто понимаете, у мамы появился другой мужчина после папы, спустя там много лет, они уже довольно-таки долго вместе, лет десять. И папа у меня очень любит рок-н-ролл слушать, разные группы такие, например, как Black Sabbath. И мама когда была с ним, в тот период она, типа, тоже была такой фанаткой. А когда встретила этого мужчину, ему больше нравится шансон, прости Господи... Я не говорю, что это плохо, просто, например, у Григория Лепса, который исполняет шансон, голос очень крутой. Я не говорю, что это плохая музыка, там есть, действительно хорошие исполнители, но по большей части там не очень интеллигентные песни поются, в нашем русском шансоне. И тут она вдруг якобы тоже полюбила шансон. И если б ей действительно нравился рок-н-ролл, она бы его слушала и дальше, а не переключилась на музыку любимого мужчины. Так

многие девушки делают. Например: «Я болею за “Спартак”!» “Почему?” “Потому что мой парень Леша болеет за “Спартак”. Фу! Я такое не люблю. — Так папа любитель Black Sabbath? — Да. У него есть пластинка. У него, на самом деле, было много пластинок, просто он их периодически пропивает. Я попросила оставить мне несколько пластинок, и там довольно-таки много осталось, пластинок 70. — А Вы тоже любите Black Sabbath? — Да, мне очень нравится. — Там Курт Кобейн, да? Или... — Нет, Курт Кобейн, это в “Нирване”. — А, “Нирвана”, да, это я перепутал. А в Black Sabbath, там Томи Айомми, это тот, у которого пальцы повреждены, когда он еще работал на заводе. — Да. — Ясно. Последний мой вопрос. Какие у Вас планы ближайšie, что Вы планируете? — Я буду немножечко отдыхать после всего этого. И буду подтягивать свой английский, буду учить немецкий, потому что когда я была влюблена в девушку, мои чувства мне мешали его учить, и я его забросила, и мне за это стыдно, потому что у меня все-таки есть диплом филолога, и я худо-бедно, кое-как сдала последний экзамен на немецкий, но я считаю, что я если уже переводчик, то я должна доучить его до нормального состояния. Я так даже только поздороваться могу и еле-еле построить предложение очень простое на немецком. — Вы планируете, так сказать?.. — Я планирую подтягиваться по предметам. — И работать по специальности, да? Переводчиком? — Может быть. Мне не горит особым желанием работать переводчиком, просто я не знаю, куда еще. И, может быть, спустя год я буду работать переводчиком, а, может быть, я буду учиться. Мне, например, бы очень хотелось еще поучиться. На любую специальность, мне просто понравился сам процесс в университете. — Да. Очень хорошо.

Вопросы, прошу вас, коллеги.

— У меня вопрос, который не имеет близкого отношения к тому, что с Вами случилось. Вы перенесли тяжелую болезнь. Вы просто человек интересный, незаурядный, мне интересно, как Вы относитесь к антироссийской политике вашего правительства? — Я не ожидала, что выплывает этот вопрос. — Вы — человек с Украины, разумный человек. — Хорошо, я Вам расскажу про то, как я учила политологию. Я ее не учила, потому что я считаю, что политики — самые большие лицемеры, которые могут быть. И если бы Бог был, он бы был именно в теле политика, мне так кажется. А сатана, он был бы в какой-нибудь рок-группе, это мое мнение. Просто понимаете, я не учила политологию, потому что я и так знаю саму суть: задурить людям головы, управлять массами, и все. Это как в христианстве, любая власть от Бога, и ты должен с этим просто смириться. А если тебя это не устраивает? Меня, например, мой Президент не устраивает. Я сейчас объясню, почему. Как только эта вся ситуация, наши страны вступили в конфликт, мне позволялось за Правительство голосовать, мне стукнуло 18. И я не знала, честно, за кого. Я

проголосовала за самого смешного. У нас есть Ляшко, если Вы слышали, а у вас есть Жириновский, они как бы похожи. Просто если уже на то пошло, то пусть будет хотя бы тот Президент, который может рассмешить, если уже нам не из кого выбирать. Например, в “South Park” есть такой эпизод, когда сэндвич с говном, прошу прощения, баллотируется в школьные президенты, и там еще его оппонент — это большая клизма. И люди выбирают из клизмы и из куска говна. И просто я решила, что я больше никогда голосовать не буду, потому что это все безумно глупое занятие. Потому что они все равно выбирают за нас. С этим уже можно или смириться, или можно дальше бороться, но я не думаю, что все как один так резко встанут и скажут: “Нет, хватит уже с нас! Вы нам надоели”. Насчет конфликта, это я немножко отдалась, что я могу сказать. Я раньше считала, что мы — братские народы, и мы должны быть вместе дружны. Но так получилось, что такая ситуация, и это разрывает Украину просто на части. Как я отношусь? Уже никак, потому что у меня полно своих других проблем, как вы видите, вот эта конференция. Но если мысль промелькнула такая, то мне бы хотелось, чтобы наступил, наконец, мир. И если бы я была политиком, я бы каким-либо способом уже его достигла, попыталась бы достичь. Если России так хочется наш Крым, я бы им бы пожертвовала как ферзем и этим самым постаралась бы, чтобы было мирное время, а не военное. Просто, на самом деле, мнения разные, что Крым исконно ваш или исконно наш, он, вообще-то, ничейный, там другие народы жили, но это очень долгий и спорный разговор, мне бы не хотелось отдаляться от темы.

— Не будем. Да, не будем. Еще вопросы, прошу Вас, к Марине.

— Я бы поаплодировал просто. — Кому? Мне? — Вам. — Так и есть. (Аплодисменты). — Спасибо.

— Видите, какая популярность у Вас? Любые митинговые высказывания, с моей точки зрения, заслуживают аплодисментов, поэтому я... — Я просто не знаю, как достичь мира, я не политик. Чтобы достичь мира, нужно сначала углубиться в политику, изучить ее. Кстати говоря, наш президент, то был атака! Вы помните его? Это же вообще был капец! Он даже не мог на родном украинском изъясняться, и это было так жалко мне! Я помню, когда Юлия Тимошенко проиграла на выборах этому... как же его, Господи, звали? — Ющенко? — Не, не Ющенко. — Янукович. — Ну, этот, что сидел. — Янукович. — Да, Янукович. Проиграла Януковичу, я расплакалась, потому что она хотя бы может держать марку, а у него все такие бандитские повадки, и плюс он еще родной язык. А вы слышали про Азарова? — У нас клиническая конференция превращается в политические дебаты. Нет-нет, я предлагаю... — Мы просто начали эту тему, мне так стыдно за своих политиков. Вы бы слышали, вообще, как они разговаривают на родном украинском, хуже, чем Вы. — А то я сейчас себя почувствую Соловьевым, который там... — Хо-

тите высказаться? — Ведет эти дебаты. Давайте все-таки мы по поводу Вашего здоровья побольше поговорим сегодня. Это, наверное, самое главное, да? — *Хорошо.* — Все остальное уже вторично. Доктора, прошу вас, еще вопросы какие к Марине? По теме, пожалуйста. Никаких?

— А у Вас есть вопросы ко мне конкретно? — *Ой, у меня очень много вопросов! Давайте мы с Вами поговорим.* — Тогда такой вопрос. Вы узнаете тут врачей? — *Да, я узнаю. Я была в одном отделении, я не помню номера, тут два врача, которые меня лечили.* — Как имя-отчество, не помните? — *Честно, нет, не помню. Женщина...* — Да-да. — *Которая говорила мне, что я считала ее бесом, а я этого просто не помню. И мужчина, который был моим лечащим врачом, и потом, кажется, Вы же стали, да?* — Так, и что? Какие у Вас воспоминания об этом отделении? — *Еще и студентов, конечно, я помню, и тех, кто меня...* — Ординаторов. Да, а какие воспоминания, Марина, об этом отделении? — *Плохие, потому что там был самый жесткий такой набор, мне кажется, психов, и они очень громко кричали, я не могла выспаться по ночам. Они так громко кричали, то: "Мама! Мама!" То еще что-то. А ты просто лежишь и не можешь заснуть, у меня голова разрывалась от этого. И так круглыми сутками. Там, наверное, самое жесткое...* — Но там Вы понимали, где находились? — *Да.* — Вы понимали, что это больница? — *Спустя какое-то время я начала... я вот этот вот, что Вы говорили, я забыла период, который был, может, там было дня два, когда я считала, что в масках, в белых халатах кроется зло. Этот период я забыла, я помню только то, как я лежала там и осознавала, для меня очень-очень медленно доходило, где-то дошло на неделе второй или на какой, я точно не могу сказать, что я на самом деле больная. Но там было очень, очень, очень плохо.* — Марина, а когда было ощущение особой какой-то связи, давайте не будем уточнять, с нечистой силой, была в этот период восторженность какая-то? Эмоциональная восторженность, эйфория. — *Очень-очень-очень-очень редко. Буквально один раз или два.* — Экстаз какой-то? — *Экстаза не было.* — Но Вы понимаете, о чем я спрашиваю? То есть такое состояние... — *Нравилось ли мне разговаривать или быть сатаной?* — ...невероятной радости какой-то. — *Невероятной радости не было.* — Может быть, Вы чувствовали какую-то очень высокую проницательность? Так, что могли прямо читать мысли других людей. Или Вам казалось, что у Вас все вдруг встало на свои места, все сразу... на все вопросы ответы получила, мышление какое-то быстрое, голова прямо становится такой оперативной? — *Был, был у меня такой период какое-то время. Может, недели две он длился примерно. Потом меня забрали в больничку, и я поняла, что мне надо лечиться.* — То есть этот период был прямо перед больницей, да? — *Да* — Такой, какой-то легкости? — *Да.* — Такой. И некоторые... — *Легкости там не было, там просто... как бы это описать? Я*

просто думала, что что-то знаю, что что-то есть. А это мне что-то давало, но не легкость. Лучше не знать кое-каких вещей, мне кажется. — Понятно. Вы планируете лечиться дальше? — *Конечно, я же больная, мне нужно лечиться, обязательно.* — Как Вы себе представляете лечение? — *Я это никак себе не представляю. Я считаю, что нужно довериться специалистам, пусть они делают то, что считают нужным, и все. А то...* — Ну, вдруг он ошибется? — *И такое может быть. Но лучше уже так, чем никак.* — Ну, Вы знаете?... — *Лучше пусть ошибается тот, кто знает больше, чем я, чем я.* — Понятно. Вы знаете, как обычно лечатся такие болезни? — *Без понятия.* — Лекарства используют. — *Ну, и еще что-то?* — И психотерапия, есть такое. — *Меня ж током бить не будут?* — А Вы боитесь этого? — *Нет, я просто шучу.* — На самом деле, это безопасная методика. Так вот, психотерапия, Вы знаете, что такое? — *Я думаю, что нет, потому что тут много собралось людей, которые разбираются в этом, все присутствующее.* — Наверняка слышала, наверное, об этом методе. Психотерапия, это когда без лекарств, человек с Вами садится, начинает разговаривать, вы обсуждаете какие-то трудные моменты Вашей жизни. — *А, я поняла!* — Как Вы к этому относитесь? — *Ну, честно говоря, мне немножко неловко, что вы все узнали обо мне много чего такого, что я никому бы не сказала. Но если вы считаете, что я должна проходить курс психотерапии и разговаривать с психологом, то я его пройду. Просто если специалисты решат, что это лучше, то я пойду. И буду рассказывать все, что нужно. Я сюда поэтому и пришла, я хочу быть нормальным человеком, который может обществу что-то дать и получить взамен. Как ячейка общества нормальная хочу...* — А ячейка общества — это семья, наверное. — *Это семья. Может, я потом ее заведу, если получится.* — Хорошо. Ну, ладно. Спасибо за то, что Вы согласились... — *А Вы-то говорили, что у Вас много вопросов.* — Знаете, у нас все-таки и времени не так много, к сожалению. — *Хорошо.* — К сожалению, мы ограничены во времени, поэтому спасибо, что согласились прийти. — *Не за что.* — Удачи вам, выздоровления. Счастливо! — *Спасибо. До свидания!* — До свидания, Марина.

Врач-докладчик: Дело в том, что пациентка осматривалась комиссионно сотрудниками кафедры, и мы делали выводы вместе. У нас было много времени для того, чтобы обсудить, и мы пришли к выводу, что это эндогенное заболевание эпизодического типа течения. На сегодняшний день это у нее не первый эпизод, который манифестировал в такую кататонно-бредовую форму. Наверное, больше мне нечего сказать, потому что дальше будет видно, когда она будет наблюдаться амбулаторно, какая будет динамика состояния. И еще у нас есть большое заключение нашего эксперта, психолога-диагноста Альберта Анатольевича, дополняющее этот клинический разбор.

Заключение эксперта-психолога: Настоящее исследование мы проводили в рамках исследователь-

ской работы. На фоне сохранности интеллектуальных способностей и достаточного уровня мнестических функций выявляются колебания активного внимания, сниженная, формальная критика к своему психическому состоянию и своим суждениям. Задачи вообще недоступны, но выполняются как с опорой на основные, так и на латентные признаки. В эмоционально-волевой сфере обращают на себя внимание инфантильность, эгоцентричность, индивидуалистичность и демонстративность в поведении, выявляются шизоидные черты и в то же время неуверенность, сензитивность к критике и активность в понимании значимых окружающих. В процессе исследования мышления выявлены личностно окрашенные ассоциации с содержанием тематики сатанизма и сексуальных отклонений. При исследовании содержательных характеристик идентичности личности на первый план выступило большое количество индивидуальных характеристик на фоне отсутствия характеристик социальных ролей. То есть, она не идентифицирует себя с какими-либо социальными ролями дочери, студентки, сестры, и это может нам говорить о наличии ярко выраженной индивидуальности и при этом сложности в выполнении правил, необходимых для исполнения тех или иных социальных ролей. Это к вопросу о социальной адаптации и стрессоустойчивости, которая у нее снижена и характеризует ее.

Консультант Н. В. Захарова: Вчера мы ее осмотрели в отделении подробно. На момент осмотра состояние определяется остаточной субкататонической симптоматикой с брадикинезией, застывшей мимикой, однообразием поз и безынициативностью с брадифренией в рамках этапа становления ремиссии после перенесенного затяжного психоза. Манифестация заболевания произошла аутохтонно, в возрасте 17 лет, с картиной сверхценной влюбленности, сопровождавшейся нерезко выраженными психомоторными истероневротическими феноменами на фоне субклинической витальной депрессии. Основная особенность аффективного фона в тот период — атипичная эндогенная депрессия — протекала без клинически завершённой депрессивной триады, но сопровождалась снижением когнитивных функций, размышлениями о бессмысленности жизни как прототипом суицидальных мыслей с усугублением имевшейся в прямом виде шизоидной акцентуации с религиозностью. Несмотря на полиморфность клинической картины, параноидная симптоматика в тот период не сформировалась, бредовой фабулы как таковой не было. Следующей особенностью перенесенного психоза является спонтанная смена аффекта без инверсии фона настроения, гипомания или мания не развилась, но со сменой фабулы сверхценных идей — с любовного на бредоподобное фантазирование. Нарастание психоза происходило в виде особого сочетания сверхценных образований, obsessions и индивидуальных бредовых идей, но существенно отличающихся от клинически завершённых форм указанных расстройств, что частично соответствует

описанию бредоподобного состояния по Бирнбауму, однако в отличие от классической формы бредоподобного состояния следует отметить отсутствие отчетливой психогенной этиологии и последующую динамику с нарастанием психотической симптоматики с присоединением параноидного синдрома и феномена парафрении и онейризов на высоте приступа, с развитием кататонического синдрома в период лечения в клинике. Учитывая высокий уровень адаптации, черты экспансивной шизоидной акцентуации, а также выраженную полиморфность и незавершенность психоза, хорошую переносимость препаратов и сформировавшуюся критику к перенесенному психозу с установкой следовать врачебным рекомендациям, прогноз относительно благоприятный. В пользу этого свидетельствует и отсутствие резидуальной бредовой симптоматики с преобладанием в клинической картине становления ремиссии психомоторных нарушений, но нельзя исключить сохранение сверхценных идей, одержимости сатаной и склонность к диссимуляции с установочным поведением. Диагноз шифруется как острое полиморфное психотическое расстройство, по МКБ-10 — шизофрения приступообразная, период наблюдения менее года, по DSM-5 — первый психоз, по МКБ-11, бета-версия — точно так же первый психоз за период наблюдения меньше года. Критериев Курта Шнайдера I ранга для постановки диагноза параноидной симптоматики она не набирает. — *Так она болеет с 17 лет или меньше года?* — С 17 лет у нее был, можно сказать, инициальный продром. Вернее, инициальный этап или продром, без психотических каких-то проявлений — сверхценная влюбленность, которая не достигла уровня какого-либо бреда и не сопровождалась психотическими расстройствами, только вот этими застываниями, замираниями и истероневротическими какими-то психомоторными феноменами кратковременно. И субдепрессия с отчетливой витальной тоской, без других каких-либо витальных симптомов. Не было ни нарушений сна, ни аппетита, ни суточного ритма. Потом, аутохтонная смена аффекта без маниакального какого-либо наполнения и смена фабулы идеи на сатану, что, в принципе, укладывалось в смену аффекта с субдепрессивного на сатанинский с учетом ее сверхценной религиозности, в которой она росла, ее адаптации с семейным окружением, значимых взрослых и так далее. При этом у нее сохраняется очень высокий реабилитационный потенциал.

Ведущий: Спасибо большое. Какие есть мнения еще, коллеги? Есть ли какие-то дополнения или иные суждения? Мне кажется очень важным вопрос доктора относительно квалификации того состояния реанимационного фактически, в котором она находилась, дифференцика между злокачественной нейрорегуляторной симптоматикой и фебрильной формой. Есть ли какие-то по этому поводу мысли, высказывания?

А. Л. Шмилович: По-моему, это очень важный момент, и правильные были вопросы заданы. С моей точки зрения, все-таки это развивался фебрильный

приступ, который был оборван правильно назначенным аминазином, который по сути является препаратом выбора, всегда был в тех состояниях, которые трактовались как гипертоксическая шизофрения. Если бы этот приступ не оборвался, а пациентку уже планировали переводить в реанимационное отделение, может быть, было бы правильным назначение даже электросудорожной терапии. Но приступ был благополучно купирован, и сейчас на самом деле идет формирование ремиссии. Но в прогностическом плане очень часто бывают повторные приступы типа клише вот с такими же расстройствами. У нас очень много пациентов, которые несколько раз поступают через реанимационное отделение именно в таком состоянии, с хорошим в последующем выходом в достаточно полную ремиссию. И поэтому очень важно ее амбулаторное ведение, с полустационарным режимом после выписки. Это имеет значение для профилактики повторных острых периодов. Она склонна, с моей точки зрения, повторять приступы, которые удалось купировать при поступлении.

Н. В. Захарова: Я абсолютно согласна в том, что здесь есть риск развития психозов по типу клише как при классической форме рекуррентной шизофрении, именно с фебрилитетом и кататонией. В пользу кататонии свидетельствует то, что наблюдаемые у нее сейчас расстройства не вписываются в рамки дефицитарных расстройств, или дефектных, или негативных расстройств, которые преобладают при так называемой когнитивной форме дефицита, когда задействована префронтальная зона, с нарушением мышления, с нарушением рабочей памяти, всех когнитивных функций. Она бегло думает, она бегло отвечает на вопросы, у нее сохранно чувство юмора, она реагирует на шутки, сама инициирует шутки, и ее брадифрения, брадикинезия скорее всего обусловлена участием структур на уровне базальных ганглиев, а не на дофаминергическом уровне, что обуславливает развитие кататонического синдрома. Поэтому остаточная симптоматика — психомоторная, и больше даже моторная, чем психическая — не присутствует. Это будет свидетельствовать в пользу того, что тогда была перенесена кататония. Если бы это был ступор в рамках параноидной симптоматики с нарушением функций префронтальных областей, тогда бы у нее пострадала очень сильно когнитивная сфера и когнитивно-волевая сфера.

А. Л. Шмилович: Сейчас очень много таких пациентов молодых, 20, 21, 22 года, где заболевание прерывает обучение в ВУЗе, и они, как правильно было сказано, с достаточно высоким реабилитационным потенциалом, но будучи выписанными, они упираются в трудности социальной интеграции. И мне думается, что правильно сейчас мы начали обращать внимание на пациентов с первым психотическим эпизодом, и очень важна преемственность реабилитационная дальше. Очень много студентов в академическом отпуске. Сейчас мы заключаем договор с Российским государственным социальным универси-

тетом, где создан ресурсный центр по сопровождению обучения даже людей с инвалидностью. Мы впервые в этом году отправили туда трех наших пациентов, и у нас есть договоренность, каким образом мы будем сопровождать учебу таких пациентов. Сейчас мы думаем, как решить вопросы и с трудоустройством, в частности, переводчиками, вот она тоже знает языки. Очень много профессий, которые связаны с интернет-технологиями. Мы сейчас организовываем класс, где будет проходить стажировка по интернет-технологиям, есть договоренности с работодателями, и это только начальный период. Мне думается, что надо обратить внимание на таких пациентов не только в плане достижения ремиссии, но очень большие усилия нужно предпринимать для того, чтобы продолжить с ними реабилитационную большую работу. У них есть потенциал, который должен вылиться в трудоустройство, в обучение и так далее. И еще я думаю, что сейчас мы завершаем предварительную работу по изменению приказа главного врача относительно дифференцированных режимов наблюдения и реабилитации. Это неправильно у нас сейчас, что подавляющее большинство пациентов в течение суток находятся в отделении вместо того, чтобы в таком состоянии, в каком она сейчас, уже начинать посещать медико-реабилитационное отделение и другие подразделения на территории больницы, пользоваться этой великолепной территорией и так далее. Это очень важный момент, это терапевтическая среда, которая способствует формированию полноценных ремиссий, и вот на это нужно обратить внимание. У нас будет через несколько дней великолепный концерт в клубе, а в зале будет только треть мест занята, и многие пациенты, которые могли бы выйти из отделения, остаются в отделении — в том числе, и такие, как нынешняя пациентка.

Участник разбора: Я согласна относительно того, что это процессуальное заболевание. Но я хотела бы добавить по поводу начала заболевания у этой пациентки. Большинство специалистов, насколько я понимаю, квалифицировали длительность заболевания менее года, то есть считали этот эпизод первым. Однако из анамнеза, который доложил лечащий врач, известно, что был случай ее влюбленности в девушку. Я считаю, что самым главным тогда были не столько истероневротические расстройства, которыми все это сопровождалось, сколько выраженность идей греховности и виновности в том, что у нее такие переживания. Я могла бы все-таки квалифицировать эти расстройства как бредовые, а не истероневротические.

Ведущий: Спасибо. Есть ли еще какие-то мнения? Если вы позволите, я выскажу собственное мнение, которое, хочу подчеркнуть, естественно, не абсолют.

У меня произошла определенная диссоциация в голове, которая расщепила мое сознание на две части. Одна часть позволяет квалифицировать это состояние клиничко-биологическими инструментами, так скажем, то есть нашими традиционными психиатрическими, а другая часть моего сознания увидела в этом

очень много социально-психологического, и я бы даже сказал, психоаналитического — уж простите, если это слово кого-то оскорбляет.

Начну, естественно, с нашего традиционного клинического разбора. В этом разборе прозвучат классические термины. Пациентку с этой точки зрения можно вполне было бы демонстрировать студентам-ординаторам и аспирантам, и молодым врачам как живой пример из классических учебников клинической психиатрии. При известной и совершенно точно определенной наследственной отягощенности наша пациентка в пубертатном возрасте, погруженная в свои фантазии, о которых мы, конечно, не можем без машины времени сказать, какие они были, бредоподобные, патологические или нормальные физиологические, переживает тяжелую глубокую депрессию в постпубертатном возрасте. В возрасте 17 лет она описывает не истероневротические расстройства, не бредовые переживания какие-то, а самую настоящую эндогенную депрессию с за грудиной болью, с витальной тоской, с переживаниями, наверное, сверхценными, но конгруэнтными депрессии, идей греховности и так далее. Она размышляет о Библии, у нее в этот период, который длился около года, происходит срыв и адаптации социальной, и всего остального, она остается, к сожалению, без необходимой медицинской психиатрической помощи, что я связываю, наверное, с нездоровьем ее мамы, которое, с моей точки зрения, почти уже объективно (со слов Натальи Владимировны, которая с этой мамой имела счастье контактировать) определяется. Мать не видит здесь никакой болезни, она, видимо, абсолютно не сопереживает своей дочери, и дочь остается в своей тяжелой депрессивной болезненной симптоматике на протяжении целого года.

Это, конечно, невероятная травма, которая дала о себе знать, и дальнейшая динамика заболевания в связи с нелеченностью этой манифестной депрессии оказалась катастрофической в буквальном смысле этого слова. Начались психотические переживания, депрессивный эпизод сменился, судя по всему, маниакальным. В мании нарастала бредовая симптоматика, которая достаточно быстро приобрела эротоманический характер, эротоманические переживания, которые описывал Клерамбо в своих трудах, посвященных синдрому психического автоматизма, очень быстро парафренизировались, предметом сексуальных вожделений вместо реальной девушки стал фантастический субъект по имени “сатана”, и, соответственно, образ этого сатаны перенесся на музыканта любимой группы, и фактически с этого момента мы имеем дело уже с устойчивой психотической симптоматикой, которая персистировала на протяжении нескольких лет, как я понимаю, 2-х, примерно 3-х лет, оставаясь под прикрытием, наверное, психопатоподобного фасада. У нашей пациентки было очень много всего разного в жизни.

Ну, и, наконец, вот эту психопатоподобную шапку психоз пробил, и в остром состоянии, с возбуждением, в маниакально-бредовом статусе больная поступаем к нам. На глазах у нас развивается онейроидное помрачение сознания, с описанием двойной ориентировки. Пациентка все-таки высказывала мысли о том, что она находится в аду. Как водится, в этих ситуациях, появляются, конечно же, и кататонические нарушения, и, конечно же, раз уж фабула связана с сатаной, то там и манихейский бред рядом совершенно точно, антагонистические манихейские мегаломанические переживания, и галлюциноз, которым больная была загружена.

В этом тяжелом психотическом состоянии, как я абсолютно здесь соглашусь с Аркадием Липповичем, она начинает делать движения в сторону фебрильного приступа. Это вовремя было остановлено, фебрильный приступ предотвращен, кататоническая симптоматика редуцировалась, острый чувственный, я бы даже так сказал, бред воображения, как его еще называют иногда, начал давать отрицательную динамику, приступ завершился литически, и фактически он вышел в такую вот, с моей точки зрения, хорошую ремиссию, в которой нет аффективных расстройств. Я думаю, что статус у нее сейчас эутимический, хотя вообще можно было бы ожидать какой-то гипомании, потому что после выхода из такого приступа обычно все-таки какой-то аффект остается. Но я этого не вижу. Ну, немножко она развеселилась, когда пустили в ход политические размышления, и ее было трудно остановить, но все-таки остановилась, угомонилась. Ну, разве что только самую чуточку есть что-то.

Пациентка, к сожалению, с моей точки зрения, все-таки на сегодняшний день обнаруживает нарушения мышления, и есть изменение аффективной сферы, как мне кажется, есть определенная монотонность, и такая недостаточная выразительность мимических реакций и пантомимики. Это ужасно удручает, потому что после таких приступов острых, острейших ожидаешь, конечно, гораздо более чистую симптоматику, но я предполагаю, что просто сейчас еще некорректно давать оценку негативным симптомам, потому что приступ только-только обошелся. Все, так сказать, раны еще сочатся, мы еще его не залечили до конца, и я абсолютно точно знаю, что вероятность выравнивания дефицитарной симптоматики, которую мы видим сейчас, очень высока, и качество этой ремиссии должно, по идее, быть больше, если мы будем этой пациенткой действительно помогать лекарственным образом или еще каким-либо.

Если говорить о диагностике, я, честно говоря, не понимаю диагноз “шизофрения со сроком наблюдения 1 год”. Я не знаю тех людей, которые знают точно, сколько лет длится шизофрения или сколько месяцев, или дней, я не понимаю, как можно определить время начала этой болезни, и мне странным кажется этот диагноз, по-моему, это просто уход от диагностики. Так же, как, с моей точки зрения, не совсем

корректен диагноз “острое полиморфное психотическое расстройство”, но это уже мои, так сказать, размышления, они навеяны особенными сегодня дебатами касаясь вообще слова “шизофрения”. Очень много говорится о том, что этого диагноза в принципе не существует, что это сборная солянка, которую нужно разбивать на множество разных психических болезней и лечить их по-разному. Сегодня налево и направо такие статьи встречаются, японцы уже отказались от слова “шизофрения”, у них теперь эта болезнь называется “дезинтегративное состояние”. Но я остаюсь на консервативных позициях и считаю, что в данной ситуации мы имеем дело с эндогенным заболеванием с приступообразным течением, и дифдиагноз тут может идти только между шизоаффективным психозом и эпизодической формой параноидной шизофрении. Как правильно сообщили, время покажет, и с реабилитационной целью, конечно же, мы поставим шизоаффективное расстройство.

Это клиническая часть моей диссоциированной психики. Вторая часть социально-психологическая и психоаналитическая.

С моей точки зрения, эта пациентка нуждается в психотерапии, причем в клинической психотерапии, поскольку большая часть ее симптоматики, особенно психотической симптоматики, выстроена из кирпичей ее юношеского невроза. И не бросайте в меня камнями, потому что я сейчас говорю словами, может быть, не совсем клиническими и психиатрическими.

С моей точки зрения, начать можно с анализа ее взаимоотношений с отцом и с матерью. Невероятная связь с отцом, которая до сих пор присутствует, и мы знаем экзальтацию отца и его, так сказать, особое отношение к Богу, давайте так это осторожно назовем, и к рок-н-роллу, и, соответственно, ее высказывания относительно отца и относительно того, что этот человек для нее самый близкий. С другой стороны, ее жесткий, непримиримый, с моей точки зрения, абсолютный антагонизм к матери, и из этого, с точки зрения опять же психоанализа, вполне логично вытекает ее платоническая влюбленность к девушке в семнадцатилетнем возрасте. Тяжелые переживания неразделенных чувств, любви приводят к развитию инверсии влечения, полового влечения. Только полового влечения к мужчине быть не может, потому что есть запрет, но зато может быть половое влечение к некоему сатане, образ которого ассоциируется у нашей пациентки с отцом. С моей точки зрения, это именно так, и поэтому именно сатана становится для нее идеалом, поэтому именно сатана становится для нее предметом вождения, о котором она все время говорит, и поэтому сатана становится тем, кем она стала одержимой.

Сегодня она вышла из психотического переживания, и мне очень не понравилась ее сухая и крайне формальная настроенность на дальнейшее лечение. При всей ее мягкости, эмоциональности и лабильно-

сти ответы на вопросы касаясь того, “будешь ли ты лечиться”, “нужна ли тебе психотерапия” и так далее, были очень сухими и такими, как будто она отвечала на анкету: “Если специалисты знают, значит, все”, “Если надо, значит, надо”, “Если мне назначат курс психотерапии, я пойду и пройду этот курс психотерапии”. С моей точки зрения, такие ответы указывают на то, что психиатры называют недостаточностью критики, а психологи называют незалеченным неврозом. Переживания эти, о которых я говорю, психологические, это кризис личностный, экзистенциальный, который случился с ней в семнадцатилетнем возрасте, и эти переживания никуда не делись, и именно эти переживания являются мишенью психотерапевтической работы на сегодняшний момент.

Я обратил внимание также и на то, что непосредственно перед тем, как отвечать на эти вопросы, у нее вдруг неожиданно ко мне появился интерес. Интерес как к психотерапевту, как к психиатру и так далее. Все слышали, как она несколько раз меня спросила: “А у Вас нет еще вопросов? А мы будем с Вами еще говорить?” И я подумал, что этот интерес тоже, возможно, каким-то образом связан с тем переносом, который уже происходил у нее однажды в жизни, и поэтому, с моей точки зрения, это указывает как раз на то, что здесь есть над чем работать, что здесь есть очень много, так скажем, строительного материала, из которого мы можем слепить ее будущее, ее личностную и социальную стабильность и функционирование.

Поэтому в отношении рекомендаций, которые можно давать в таких ситуациях, особенно когда мы говорим о первичном пациенте, о пациенте с первым эпизодом, как модно это сейчас назвать, и так далее, обходиться без психотерапии просто невозможно, это фельдшеризм абсолютный. Выбирать галоперидол или клопиксол, зипрексу или зелдокс — с моей точки зрения, это совсем не то, чем должна заниматься большая психиатрия. Это, конечно, важно, это значимо, очень хорошо, что работает зипрасидон, и я уверен совершенно, что этот препарат дает свой эффект, может быть, немножко дозировку увеличить, может быть, добавить нормотимика, но этим не должно все исчерпываться. Этой пациентке нужна постоянная, регулярная психотерапия, причем желательна, чтобы психотерапевтом была женщина. С моей точки зрения, это очень важно, и желательно, чтобы это был психотерапевт и психолог, если, так сказать, говорим об этом не документальным языком, понятно, что психотерапевты — это только врачи. Ну, в общем, психолог, который занимается психотерапевтическими методами, и чтобы это был клинический психолог, который очень хорошо разбирается в эндогенных заболеваниях, прекрасно понимает, что и как происходит, какие возможны последствия, где опасные места, а где, наоборот, нужно усилить свое воздействие.

Вот заключение моего диссоциированного сознания. Вот так я хотел сказать.

Эпилепсия как маска аутоасфиксифилии

А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова,
А. Я. Перехов, А. А. Омельченко, В. А. Солдаткин¹

“...какие ощущения, какое чувство! Оно превосходит все, что я знаю! Теперь они могут повесить меня, если они захотят!”

Де Сад.
“Жюстина, или несчастья добродетели”,
1797 г.

Этот клинический случай заинтересовал нас, с одной стороны, как редкий психопатологический феномен — аутоасфиксифилия, а с другой — как вариант до поры до времени скрытой коморбидности, что вызывало долгое время трудности лечебно-диагностического процесса. Перед разбором клинического случая предлагаем Вам краткую литературную справку.

Аутоасфиксифилия — вариант болезни зависимого поведения в виде использования удушения с помощью действий и приспособлений, препятствующих доступу кислорода в легкие и /или головной мозг с целью увеличения удовольствия при достижении полового возбуждения и сексуального удовлетворения.

Это расстройство характерно преимущественно для мужчин, средний возраст которых составляет от 15 до 25 лет, но описаны случаи и у детей 9 – 12 лет [1]. Аутоасфиксифилия зачастую сочетается с другими формами девиантного поведения — трансвестизмом, мазохизмом, фетишизмом и может являться начальным этапом развития садомазохизма [2].

Мотивацией к удушению является желание усилить возбуждение и сексуальное удовлетворение при мастурбации и/ или ощутить риск возможной смерти, опасность быть пойманным, что еще больше усиливает сексуальные переживания. У подростков побуждением к аутоасфиксифилии является желание испытать острые, необычные и незнакомые ранее ощущения, а также сексуальные эксперименты, сопровождающиеся довольно часто псевдомазохистскими фантазиями о рабстве и боли (Blanchard & Hucker, 1991) [2]. Особенно велик риск формирования аутоасфиксифилии вследствие стремления в этом возрастном периоде к формам поведения, связанным с риском для жизни [4]. Источником информации при этом являются беседы со сверстниками, порнографические журналы, но прежде всего телевидение и фильмы, интернет и даже художественная литература, в которой встречаются сцены описания удушения для получения наслаждения [6, 7]. Считается, что даже если информация в интернете, в СМИ носит профилактиче-

ский характер, она все равно может натолкнуть подростка на мысль попробовать данное действие (Li, & Davey, 1996) [2, 7]. У детей младшего и среднего школьного возраста встречаются игры, во время которых удушение производится через стимуляцию вагуса приемом, похожим на пособие Хеймлиха (применяемое при попадании инородных тел в дыхательные пути во время скоропомощных мероприятий). Прослежено, что у некоторых детей увлечение аналогичными играми переходит в аутоасфиксифилию при помощи лигатуры уже в одиночных условиях [7].

Во время эксцессов аутоасфиксифилии чаще всего применяются лигатуры — веревки или шарфы в виде одиночной петли (Hazelwood, 1983), гипервентиляция, удушение при помощи сжатия грудной клетки и шеи каким-либо предметом, в результате чего происходит сжатие сонных артерий, каротидного синуса, сдавление дыхательных путей (R. W. Byard, 1994) [3]. Следует отметить высокий риск смертельного исхода при этом (что случается, как правило, во время самостоятельного практикования аутоасфиксифилии или в группе с применением связывания) [3, 6]. В связи с этим достаточно высок риск смертельного исхода у подростков, у которых аутоасфиксифилия составляет до 6,5 % от общего уровня самоубийств [3]. Считаем важным подчеркнуть, что в этом случае реальное суицидальное намерение отсутствует, также характерным для аутоасфиксифилии является отсутствие других психических расстройств. При аутоасфиксифилии высоко вероятны не только смертельный исход, но и серьезные последствия для здоровья: хронические головные боли, спутанность сознания, амнезия, неврологические расстройства [5, 9].

Несмотря на то, что аутоасфиксифилия существует на протяжении многих веков и во многих культурах (кельтов, майя, эскимосов), впервые упоминание о ней встречается в медицинской литературе только в XIX веке при описании случая аутоасфиксифилии у 12 летнего мальчика [3]. По настоящее время мало что известно об этиологии, механизмах, особенностях клинической картины этого расстройства, частоте встречаемости в популяции, так как лица, практикующие аутоасфиксифилию, успешно скрывают

¹ Ростовский государственный медицинский университет.

свое пристрастие от окружающих, которое становится известным только когда приводит к смерти во время эксцесса. Так, смертность в США в результате аутоасфиксифилии составляет от 2 до 4 случаев на миллион, т.е. 250 – 1000 смертей в год, в Великобритании 150 – 200 смертей в год [3]. Учитывая латентность данного феномена, можно предположить, что частота встречаемости в популяции этого расстройства значительно выше.

Пациент А., 2001 года рождения.

Наследственность: выявлены идеи ревности сверхценного уровня у родственников 1 и 2 степени родства (дед по линии отца необоснованно ревновал бабушку, отец пациента высказывал идеи ревности без повода по отношению к матери пациента, контролируя ее, в том числе на работе, установив прослушивание ее телефона, периодически ведя за ней наблюдение). Наследственность отягощена соматически инсультом деда по линии матери, сахарным диабетом 2 типа у бабушки по материнской линии.

Мать акушер-гинеколог, “сильная, строгая, правильная”. Отец в бывшем сотрудник полиции, в настоящее время руководитель предприятия; целеустремленный, “скажет, как отрежет”, вспыльчивый, но отходчивый. У пациента есть старший на 13 лет единокровный брат и старшие единокровные сестра и брат 1997 и 1995 г.р. соответственно от предыдущих браков родителей. Пациент родился от 5 беременности, протекавшей без патологии, 2-х срочных родов в 39 недель, весом 3800 г, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Из родильного дома выписан на 3 сутки. Находился на естественном вскармливании до 7 месяцев. Держать голову начал до месяца, сидеть в 5 месяцев, пошел в 9 месяцев. Фразовая речь сформировалась к 1,5 годам. Когда пациенту исполнился год, мать вышла на работу. Оба родителя пациента большую часть времени проводили на работе. Пациент с утра до позднего вечера находился с бабушкой по линии матери, с которой сложились эмоционально теплые отношения. По родителям не скучал. Со старшим братом часто дрался. С раннего возраста рос и развивался в структурно и функционально полной семье в противоречивой системе воспитания, с преобладанием доминирующей гиперпротекции: бабушка баловала, мать была более мягка, не наказывала пациента, старалась объяснить его ошибки; отец был категоричен, несколько деспотичен, считал, что “знает, как мальчику будет лучше”, не интересовался мнением сына. Пациент рос веселым, жизнерадостным, ласковым, открытым, капризным, обидчивым, общительным ребенком, “легко сходился с детьми”, “прежде чем что-то сделать — сначала обдумает свой поступок”. Любил подвижные игры. С 3 лет пошел в детский сад, адаптировался в течение месяца. В дальнейшем посещал детский коллектив охотно, активно помогал персоналу. В 6 лет мать отвела пациента на занятия балетом, однако отец не раз-

решил посещать их: “не годится, чтобы мальчик в трико прыгал”. По настоянию последнего пациент стал посещать спортивную секцию по футболу. В школу пошел с 7 лет, также параллельно посещал спортивную школу, продолжая заниматься футболом. С этого возраста большую роль в воспитании пациента принимал отец, так как мать была крайне занята на работе, из-за чего у родителей возникали конфликты. Когда пациенту исполнилось 10 лет, конфликты у родителей участились, они стали ругаться откровенно при пациенте, из-за чего последний “сильно переживал, нервничал, кричал им, что так нельзя”. До 7 класса учился преимущественно отлично. Начиная со средних классов школы, снизилась мотивация к учебе и, как следствие, успеваемость. Учился крайне неохотно, появились трудности с химией, биологией, физикой, английским языком, родители вынуждены были нанимать репетиторов. Любимым предметом оставалась физкультура. В 12 лет увидел по телевизору в кинофильме сцену удушения руками одним персонажем другого. Из любопытства “захотел попробовать это на себе — придушил себя рукой, испытал при этом приятное ощущение, чем был поражен”. С тех пор стал ежедневно душить себя рукой за шею в области сосудисто-нервного пучка до появления приятного ощущения, до момента, пока “рука сама отпуссалась”, но никогда до потери сознания. Боли при этом не чувствовал, “душил, пока не появится кайф”; сначала 2 – 3 раза в день, затем до 8 раз, “чтобы чаще испытывать приятное ощущение при этом”. Между эксцессами представлял, “как будет хорошо, когда начну себя душить”, постепенно появилась потребность душить себя чаще. В начале душил себя дома в общей комнате или в гостиной, мать несколько раз замечала, что “пациент держит руки на шее или убирает руку от шеи, когда она входит в комнату, но не придавала этому значения”. Затем дома эти действия совершал, когда находился наедине, закрывшись в комнате или туалете. В школе незаметно для учителей “поддушивал” себя на уроках. На вопросы одноклассников не отвечал или “говорил им, что это их не касается”. Сексуальный интерес к противоположному полу с 14 лет (8 класс), с этого же возраста стал меняться голос; в 14 – 15 лет ойгархе, мастурбация. В этот период стал более скрытным, большую часть времени уединялся, проводил в своей комнате, стал менее общительным не только с родителями, но и друзьями, стал более капризным, раздражительным, мог сказать неправду (ранее не обманывал), “огрызнуться” с родителями в беседе. Летом 2016 г. в компании подростков попробовал курить (электронную сигарету), но в дальнейшем не пристрастился. К этому времени стал душить себя до 20 раз в день, на фоне чего у пациента в марте 2016 г. случился первый приступ потери сознания: “упал в обморок в туалете”, где его обнаружил старший брат, который видел при этом у пациента судороги верхних и ниж-

них конечностей. Со слов больного, момент потери сознания не помнит: “сидел в туалете, затем очнулся — брат сидит рядом”. После восстановления сознания “чувствовал себя как пьяный”, уснул. Следующий “обморочный” был через неделю, “опять брат вытаскивал меня из туалета, опять были судороги с потерей сознания, после того, как пришел в себя, болела голова”. Был стационарирован в ДГБ г. Новочеркаска с 25.03 по 26.03.2016 г. с диагнозом: судорожный синдром неуточненного генеза, состояние после приступа судорог. На ЭЭГ от 29.03.2016 г. выявлены умеренная дисфункция подкорковых (гипоталамо-диэнцефальных) структур, локальные изменения по типу снижения функции в левой задне-височно-теменно-затылочной области, фокус пароксизмоподобного характера в левой лобной-передневисочной области, выраженный двухфазными острыми тета-волнами единичными комплексами острая-медленная волна, с появлением пароксизмоподобных генерализованных вспышек в подкорково-стволовых образованиях. Специфическая противосудорожная терапия назначена не была. В апреле 2016 г. случился очередной приступ потери сознания с тоническими судорогами: со слов отца, на даче во время обеда внезапно встал, “затем повело голову набок, в таком положении замер секунд на 15”, был усажен отцом на стул, при этом тяжело дышал, не отвечал на вопросы, “был как пьяный”. По дороге домой в машине приступы повторились два раза, после чего наблюдалась рвота. Был госпитализирован в ОКДБ г. Ростова-на-Дону с 19.04 по 24.04.2016 г. с диагнозом: симптоматическая эпилепсия, генерализованная форма, полиморфные приступы (атонические, тонические). По назначению невролога начал прием депакина-хроно с постепенным титрованием дозы до 2000 мг в сутки. Через месяц приступ с потерей сознания и судорогами конечностей повторился снова. Консультирован неврологом РНИМУ им Пирогова, заключение: неклассифицированная эпилепсия. Наиболее вероятна идиопатическая генерализованная эпилепсия (юношеская миоклоническая или эпилепсия с изолированными ГТКС). Лечение продолжал. С апреля 2016 г. по сентябрь 2016 г. приступов не наблюдалось. На видеомониторинге ЭЭГ в динамике от 06 – 07.06.2016 г.: основной ритм соответствует возрасту. Сон модулирован на стадии. Физиологические паттерны сна визуализируются. За время исследования эпилептиформной активности не выявлено. Эпилептических приступов не выявлено. Была уменьшена суточная доза депакина до 1000 мг в сутки. 5 сентября 2016 г. случился очередной приступ: на тренировке “растер” промежность. Дома мать стала это место обрабатывать присыпкой, у пациента при этом появилась эрекция, “стал как будто не в себе, сказал отцу, чтобы тот его поцеловал, при этом на вопросы не отвечал, смотрел стеклянными глазами”, родителей не узнавал, судорог в этот момент не наблюдалось. Длительность данного состоя-

ния менее минуты. По назначению невролога доза депакина была увеличена до 1500 мг в сутки. Родители, обеспокоенные его здоровьем, установили за пациентом строгий контроль, отец стал сопровождать его в школу и на тренировки, запретили ему пользоваться компьютером, выходить гулять с друзьями. В октябре приступ повторился вновь, также приступы повторялись в ноябре 2016 г, несколько раз в январе 2017 г., протекали однотипно: пациент внезапно становился отрешенным, не отвечал на вопросы, “замирал” на несколько секунд, голова поворачивалась в сторону. После приступа чувствовал себя слабым, с трудом мог встать на ноги, быстро засыпал на несколько часов, после чего пробуждался в нормальном самочувствии. Все приступы наблюдались у пациента в первой половине дня (с утра до 13:00). При этом по данным ЭЭГ от 24.11.2016 г., на фоне терапии депакином, наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения количества пароксизмоподобных вспышек в фоновой записи до признаков раздражения, менее четким стал фокус пароксизмоподобного характера, значительно уменьшилось количество комплексов острая-медленная волна, как в самом фокусе, так и в составе пароксизмоподобных вспышек. На МРТ от 29.10.2016 г. выявлена щелевидная киста прозрачной перегородки, асимметрия боковых желудочков резидуального характера. На ЭЭГ от 18.01.2017 г. в динамике: умеренные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга регуляторного характера. Типичная эпилептиформная активность не зарегистрирована. В начале февраля 2017 г., несмотря на положительную динамику электрогенеза и регулярный прием антиконвульсантов, у пациента случился очередной приступ. Отец, проанализировав ситуацию: большинство приступов возникало в утренние часы в туалетной комнате, когда пациент засиживался в ней по долгу, отсутствие улучшения в самочувствии — установил в туалете скрытую камеру.

Видео зафиксировало следующее: пациент сидит на унитазе, обнаженный, при этом левой рукой душит себя в верхней трети шеи, глаза у него закрываются, “ведет” голову в сторону, затем начинаются подергивания верхних и нижних конечностей; приступ длился около 30 секунд. С родителями состоялся разговор, в котором пациент признался, что “душит себя уже два года, чего они раньше просто не замечали”, и что перед каждым своим приступом он себя душил несколько раз. Наличие приступов без предшествующего “душения” отрицал. Родители еще больше усилили контроль за пациентом, старались не оставлять его одного даже в туалетной комнате (стояли под туалетом, периодически стучали в дверь, требовали не закрываться, настаивали на быстром отправлении физиологических функций), сопровождали при каждом выходе из дома, перед сном отец беседовал с ним, пока он не засыпал. В связи с этим у пациента в по-

следние время стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, напряжение.

Госпитализирован в психотерапевтическое отделение для уточнения диагноза и проведения лечения.

Психический статус при поступлении: сознание ясное, ориентирован во всех сферах верно. Зрительный контакт поддерживает. В беседе насторожен, заметно напряжен, но шутит с врачом, на вопросы отвечает по существу. Жалоб не предъявляет. При целенаправленном расспросе, сообщает, что “беспокоят обмороки”, “еще беспокоит то, что за горло себя держал”. Поясняет, что “обмороки”, которыми называет приступы, появились, когда стал “душить себя чаще”. При уточняющих вопросах соглашается, что “скорее всего это болезнь”. Сообщает, что повторял удушения “для получения удовольствия”, оценивая последнее “как самый сильный вариант удовольствия, которое в жизни получал, даже сильнее, чем при мастурбации. Поясняет, что после “удушения” “хочется повторить его снова уже примерно через час”, вне эксцессов размышляет об этом, представляет, “как будет душить себя и как при этом будет хорошо”. Сомнений перед “удушением” не испытывает, “захотел — сделал”, о вредности для организма не задумывался, однако “сейчас начал понимать, что “обмороки”, возможно, от этого”. Говорит в нормальном темпе, со средними голосовыми модуляциями. Фон настроения ровный, эутимный. Расстройств восприятия, представления, мышления, памяти, внимания не выявляет. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критичен.

Экспериментально-психологическое исследование от 22.10.2016 г:

Контакт устанавливается без особых затруднений в процессе совместной беседы с родителями — в разговор не вступает, слушает то, что говорят родители, изредка реагирует мимически или негромко проговаривает вслух что-то неразборчивое, повторить отказывается.

Общение и совместная деятельность организуются легко.

Самооценка: в первичном интервью А. рассказывает о себе и своей семье; свою школьную успеваемость оценивает как “среднюю”, до 8-го класса включительно учился на 4 – 5, в текущем 9-ом классе стали появляться тройки, связывает это со сложностью нового учебного материала по некоторым предметам (алгебра, геометрия, русский), а по другим (география) проблем не возникает; дополнительно посещает подкурсы по алгебре и физике; отношения с одноклассниками хорошие, пользуется авторитетом; давно (9 лет) занимается футболом (вратарь), думал даже стать профессиональным футболистом, однако сейчас видит перспективу в таких профессиях как архитектор, повар; жалобы на него, описанные родителями (прежде всего, придушивать себя до обморока), подтверждает, называет это “вредной привычкой”,

вспоминает, что ещё грызет ногти; сам предположить причину возникновения такой странной привычки не может, при этом соглашается с версией экспериментатора, что это может быть связано с его напряженными отношениями с родителями; других жалоб не предъявляет; при уточняющих вопросах вновь подтверждает слова мамы, что при волнении (выступление перед большим количеством людей) у него потеют ладони; на фоне длительного приема препаратов прибавил в весе (повысился аппетит); в дальнейшей завершающей части обследования-обсуждения принимает предложение включиться в семейную психотерапию.

Собственная активность: остается достаточно упорядоченной и целенаправленной. Интерес к заданиям: первично сохранен, во внешнем плане выражен умеренно. Помощь: практически справляется сам со всеми заданиями, периодически нуждается в одобрении и поддержке.

Фон настроения: реактивно тревожный — волнуется при выполнении экспериментальных заданий, воспринимая их как экзаменационные.

Эмоциональные реакции на различные ситуации эксперимента: при столкновении с трудностями — очевидно беспокоится, расстраивается если не получается выполнить достаточно эффективно; заметно переживает облегчение когда слышит от экспериментатора что его показатели не отклоняются от нормы.

Работоспособность: достаточно высокая. Общий темп деятельности: умеренный. Признаки утомления и истощаемости: не обнаружены. Скорость простых сенсомоторных реакций (*проба “таблицы Шульце”*: 0,34» — 0,30» — 0,41» — 0,33» — 0,47»): в пределах нормы.

Процессы восприятия (соматосенсорный гнозис; зрительный и зрительно-пространственный гнозис; слуховой гнозис и слухомоторная координация): без жалоб; обращает на себя внимание очередная “вредная привычка” низко наклоняться над столом при письме (рисовании), хотя со слов подростка острота зрения не нарушена.

Внимание: допускает ошибки внимания в пределах нормативных скорее из-за волнения.

Память: мнестические способности в норме. Слухоречевая память (проба на чтение стихов наизусть): рассказывает стихотворение из более 4-х четверостиший; проба на заучивание 10 слов: 7, 8, 8, 4, 9 — в ретенции 9; проба на запоминание цифровых рядов (субтест № 6 WISC) — 6 и 4; зрительная простая память: проба на запоминание 9 геометрических фигур — верно: 7; ошибки: 0; зрительно-кинестетическая: проба зрительной ретенции Бентона — ОВ3:4; ООЛ:5; ООТ:0; ассоциативная память: проба “опосредованное запоминание по Леонтьеву” (10 слов) — верное воспроизведение: 5; остальные — близкие по смыслу (при этом комментирует, что ему было легче, если бы он мог сам рисовать свои образы).

Речь: без нарушений. Графические навыки: отдаленные признаки *органического* симптомокомплекса (нарушения перспективы, расположения на листе, пропуск основных деталей) условно (возможно связаны с межполушарной асимметрией), а также признаки *невротического* симптомокомплекса (характерная аффективная заряженность объектов) и индивидуально-типологические особенности (синтетический тип рисунка).

Профиль морфо-функциональных асимметрий: леворукий; подавляющее число признаков в профиле — левосторонние.

Исследование мышления (проба “предметная классификация”, опосредование при запоминании): абстрактно-логический уровень сформирован соответственно возрасту; структурных нарушений, а также доминирующей субъективности рассуждений не выявлено; эпизодически отмечена оригинальность обобщений; конструктивное мышление развито достаточно (проба прогрессивные матрицы Равена: 92 %).

Исследование субъективно-личностной сферы.

Шкала субъективной самооценки: амбивалентен в обнаружении у себя черт типов И, Э, Г отрицает — А, Ш; *Шкала объективной самооценки*: превышение МДЧ выявлено по шкалам Н (9), Э (8), Г (8); *конформность*: умеренная (К = 3); *склонность к диссимуляции*: возможна (Д-Т = 4); *реакция эмансипации*: умеренная (Е = 3); *психологическая склонность к делинквентности*: низкая (d = 2); *черты мужественности-женственности*: маскулинные; *риск депрессии*: отвергает (-4). *Диагностирован*: смешанный тип (ЭН). *Резюме*: полученный результат можно предварительно расценить как напряженность аффективных защит (Э) и поведенческий тип отреагирования (Н).

ИТДО (индивидуально-типологический детский опросник).

Шкалы достоверности: L (0); F аггравация (3); данные достоверны;

Основные шкалы: экстраверсия (4) — интроверсия (2); спонтанность (2) — сензитивность (2); агрессивность (6) — тревожность (2); ригидность (5) — лабильность (6).

Проективные методы (Сонди-тест, МЦВ, ТАТ, проективное рисование): конфликты эдиповой стадии, амбивалентность чувств, ощущение внутренней дисгармонии; субъективизм личностной позиции с преобладанием агрессии; своеобразии мотивов поведения и высказываний, избирательность в контактах; потребность в актуализации своей индивидуальности; возможны затруднения при адаптации к обыденным формам жизни. Склонность к соблюдению собственных моральных норм и установок. Испытуемый в своей жизни стремится к соблюдению норм совести, справедливости, терпимости. Старается не показывать стремление к значимости, скрывает тонкие движения своего нрава, старается удерживать агрес-

сивные тенденции, однако агрессия может манифестировать при грубом нарушении окружающими его жизненных принципов. Проективная негация. Столкновение притязаний — с одной стороны желание их вынести в мир, с другой стороны отказ от них. Приспособление происходит путем отказа от проецируемых желаний. Внутренний мир достаточно реалистичен. Общая тенденция — приспособление к требованиям реальности.

Заключение: таким образом, при обследовании на первый план выступают признаки дефицита микросоциальной адаптации (в виде патологических неосознаваемых привычных действий) у подростка-леша. Данных в пользу патохарактерологического формирования или эпилептоидных черт личности не выявлено.

В период госпитализации был проведен сравнительный анализ полученных в разное время церебральных нейровизуализационных методов исследования.

Магнитно-резонансная томография (представленные диски от 19.04.16 г, 1.06.16 г и снимки от 23.03.16 г) — дата исследования 15.02.2017 г: **Головной мозг, МР-ангиография, гипофиз нативно. Заключение**: МР-признаки аномалии Арнольда-Киари, кисты прозрачной перегородки; незначительной дилатации ликворосодержащих пространств головного мозга вероятнее всего резидуального генеза; не исключается гипоплазия мозолистого тела; незамкнутый Виллизиев круг, гипоплазия правой позвоночной артерии; полиповидная гиперплазия слизистой основной пазухи справа, верхнечелюстной пазухи справа — не исключает полипоз — без отрицательной динамики от 26.03.16 г.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ПРЕДСТАВЛЕННОГО СЛУЧАЯ

Заболевание развивалось по механизмам болезни зависимого поведения и включало в себя специфическую морфофункциональную и личностно-семейную предрасположенность. В процессе обследования у пациента были выявлены врожденные мозговые дисгенезии (МР-признаки аномалии Арнольда-Киари, кисты прозрачной перегородки; незначительная дилатация ликворных пространств головного мозга, вероятнее всего, резидуального генеза; не исключается гипоплазия мозолистого тела, незамкнутый Виллизиев круг — отсутствует задняя левая соединительная артерия; гипоплазия правой позвоночной артерии). С раннего возраста рос и развивался в структурно и функционально полной семье, однако, в противоречивой системе воспитания с преобладанием доминирующей гиперпротекции, с последующей объективизацией конфликтно-скандальных отношений между родителями, что стало для пациента фактором, вызвавшим нарастание психо-эмоционального напряжения.

Заболевание началось в препубертатном возрасте (12 лет) по механизмам оперантного научения с формирования психической зависимости аутоасфиксифилии в виде обсессивного влечения к совершению действия, способности достигать психического комфорта при реализации патологического влечения (“удушения” “хочется повторить ...”, вне эксцессов размышляет об этом, представляет, “как будет душить себя и как при этом будет хорошо”). В течение первых двух лет заболевание прогрессирует, на что указывает рост толерантности — увеличение количества эксцессов (то есть формирование синдрома измененной реактивности) и нарастание психологического дискомфорта в периоды между удушениями (“хочется повторить его снова уже примерно через час”). Данный феномен укладывается в критерии аддиктивного поведения Брауна-Гриффитса.

Прямую взаимосвязь между патологическим эксцессами и сексуальным влечением пациент отрицает, но по качеству переживаний высказывает сопоставимые ощущения, даже более выраженные по силе (“... сильнее, чем при мастурбации”), что может объясняться, по видимому, началом развития болезни в досексуальную стадию. На фоне прогрессирования расстройства в условиях регулярной гипоксии мозга развивается коморбидное заболевание в виде симптоматической эпилепсии (приступы четко привязаны к периодам асфиксии и никогда не возникали аутохтонно), чему способствовала морфофункциональная предрасположенность (по данным нейровизуализации и ЭЭГ).

Аутоасфиксифилия, выявленная у данного пациента, относится к болезни зависимого поведения (нехимической зависимости). Согласно критериям МКБ-10 диагноз соответствует рубрике F65.8 — другие расстройства сексуального предпочтения.

Сопутствующий диагноз: острые эпилептические симптоматические приступы.

Терапия: в отделении пациент получал комплексную терапию, которая включала в себя сочетание медикаментозного лечения (малые дозы комбинации бутирофенона, соли лития, бензодиазепина, вальпроат) и психотерапии. В процессе полугодового лечения (терапия после выписки продолжалась в амбулаторных условиях) была получена положительная динамика. В связи с отсутствием эпилептических

приступов, по согласованию с неврологом-эпилептологом, был постепенно отменен вальпроат. Эксцессов удушения за указанный период выявлено не было.

На этапе амбулаторного лечения семья пациента была включена в программу психотерапевтического взаимодействия, включавшую в себя семейную терапию и индивидуальную терапию в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Внутрисемейное взаимодействие выстраивалось по типу доминирующей гиперпротекции со стороны родителей и протестных форм поведения со стороны клиента, причем поведение родителей носило более торпидный характер и труднее поддавалось психотерапевтической коррекции. Отмечалось сопротивление и со стороны пациента в виде затягивания выполнения полученных заданий и периодического повторения протестных реакций в адрес родителей. Несмотря на имеющиеся трудности все время психотерапевтического контракта пациент удерживался от зависимых форм поведения. Однако, психотерапия носила непродолжительный характер и была прекращена по инициативе семьи, что не позволяет нам выразить уверенность в закреплении новых рациональных схем внутрисемейного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Andrew P. J. When Self-Pleasuring Becomes Self-Destruction: Autoerotic Asphyxiation Paraphilia. The International Electronic Journal of Health Education, 2000; 3(3):208 – 216.
2. Burgess A. W., Hazelwoot R. R. Amer. J. Orthopsychiat, 1983; 53: 166 – 170.
3. Byard R. W. Autoerotic death — characteristic features and diagnostic difficulties. J. Clinical Forensic Medicine, 1994; 75: 71 – 76.
4. DuRant R. H., Smith J. A., Kreiter S. R., et al. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med, 1999; 153: 286 – 291.
5. Ernoul A., Orsat M., Mesu C., et al. Les jeux de non-oxygenation et l'hypoxyphilie: De l'asphyxie volontaire passagere a l'addiction. Annales Medico-Psychologiques, 2012; 170: 231–7.
6. Le D., Macnab A. J. Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools. Inj Prev, 2001; 7: 231 – 233.
7. Linkletter M., Gordon K., Dooley J. The choking game and YouTube: a dangerous combination. Clin Pediatr, 2010; 49: 274 – 279.
8. Shields B. E., Hunsaker D. M., Hunsaker J. C. Autoerotic Asphyxia. Part I. American J. Forensic Medicine and Pathology, 2005; 26(1): 45 – 52.
9. Urkin J., Merrick J. The choking game or suffocation roulette in adolescence. Int J. Adolesc Med Health 2006; 18: 207 – 208.

Оспаривание в суде качества проводимого лечения

Ю. Н. Аргунова

Приводится судебная практика оспаривания пациентами качества проводимого лечения, в том числе обоснованности назначения лекарственных препаратов, в рамках ст. 47 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”.

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

Статья 47 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании” предоставляет пациенту право обжаловать в суд фактически любые действия врачей-психиатров, в т.ч. оспорить обоснованность и качество проводимого ему лечения.

В каких случаях пациент вправе рассчитывать на компенсацию морального вреда от некачественного лечения?

Пациент может добиться через суд компенсации морального вреда, если его здоровью был причинён вред.¹ Для этого потребуются установить наличие причинной связи между проведённым лечением и последовавшим ухудшением психического состояния пациента, например, между преждевременной (по мнению пациента) выпиской его из стационара и возникновением оснований для повторной госпитализации.

Потерпевший как истец должен представить доказательства, подтверждающие факт повреждения здоровья, размер причинённого вреда, а также доказательства того, что ответчик является причинителем вреда или лицом, в силу закона обязанным возместить вред.² Таким образом, необходимым условием для компенсации морального вреда в связи с причинением вреда здоровью является установление самого факта повреждения здоровья. Установленная ст. 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен представить сам ответчик.

¹ Поскольку потерпевший в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях испытывает физические или нравственные страдания, факт причинения ему морального вреда предполагается. Установлению в данном случае подлежит лишь размер компенсации морального вреда.

² См. постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26 января 2010 г. № 1 “О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина”.

Имея намерение подать иск, пациент не всегда понимает, что наступивший вред здоровью мог быть и следствием его собственных необдуманных действий, например, в случае отказа от продолжения стационарного лечения, приёма назначенных препаратов после выписки.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Алтайского краевого суда (апелляционное определение от 20 августа 2014 г. по делу № 33-6700/14) оставила без изменения решение Рубцовского горсуда об отказе в удовлетворении исковых требований К. к Краевой психиатрической больнице о компенсации морального вреда, причинённого в результате ненадлежащего лечения.

К. была доставлена в психиатрический стационар, где дала согласие на лечение. Вскоре она написала заявление об отказе от дальнейшего лечения, была осмотрена комиссией врачей-психиатров и выписана в удовлетворительном состоянии к труду. Как следует из заключения комиссии, на момент осмотра К. была ориентирована в полном объёме, упорядочена в поведении, обманов восприятия не наблюдалось, признаки тяжёлого психического расстройства и показания для недобровольного лечения отсутствуют.

Впоследствии К. вновь была доставлена бригадой скорой помощи в психиатрический стационар. По словам её коллег, состояние К. ухудшилось: она дезориентирована в окружающей обстановке, не реагировала на обращённую речь, кружилась в танце, делала нелепые записи в амбулаторных картах, портила меддокументацию, не пускала никого в кабинет. Поскольку пациентка отказывалась от лечения в условиях стационара, а по заключению врачебной комиссии она нуждалась в таком лечении, больница обратилась в суд с заявлением о недобровольной госпитализации, поскольку К. представляла опасность для себя и окружающих. Тяжесть состояния пациентки обосновывалась частыми психомоторными пароксизмами и сумеречными расстройствами сознания. Суд удовлетворил заявление больницы. В судебном заседании К. находилась в отрешённом состоянии, что суд воспринял как проявление болезни.

По мнению истицы, ответчик нарушил гарантированное законом право на качественную медицинскую помощь. Отказавшись от стационарного лечения, она не отказывалась от лечения в полустационарных или

амбулаторных условиях, однако была выписана к труду в отсутствие рекомендаций по адекватному лечению, что повлекло повторную госпитализацию, во время которой ей были назначены препараты, не соответствующие клинической картине заболевания, а также имеющие в качестве побочного действия возникновение эпилептических приступов. Нарушение её прав заключалось также в доведении до «вегетативного состояния» к моменту судебного заседания, когда истица была не способна осознавать происходящее с ней. Нравственные страдания выражались чувствами беспомощности, унижения и страха, вызванными применением непропорциональных её состоянию мер. Чувство унижения усугублялось тем обстоятельством, что эти меры были применены её коллегами — врачами-психиатрами.

По делу была проведена СПЭ. В заключении экспертов указывалось, что на следующие сутки после назначенного К. лечения наступило улучшение. Врачебная комиссия после беседы с К. удовлетворила её заявление об отказе от дальнейшего лечения, несмотря на то, что К. нуждалась в его продолжении. В день выписки К. непосредственной опасности для себя и окружающих не представляла, и удерживать её в стационаре врачи не имели права. Выбор вида дальнейшего лечения или отказ от амбулаторного лечения с выходом на работу зависел от волеизъявления самой К. При повторной госпитализации клиническая картина характеризовалась психопатоподобным состоянием на фоне изменённого сознания, что может квалифицироваться как «эпилептический психоз». Нейролептики (аминазин, галоперидол) были назначены только при возбуждении, однако, в связи с отсутствием меддокументации комиссия не может ответить на вопрос о реальном введении данных препаратов испытуемой. Перечень препаратов, в т.ч. аминазин с галоперидолом, указанных в листе назначения, соответствует рекомендуемым стандартам лечения. Они обладают противосудорожным и антипсихотическим действием. Заторможенность с утратой памяти на период судебного заседания может объясняться проявлением заболевания, состоянием изменённого сознания после эпилептических приступов, а не воздействием нейролептиков. Продолжительность пребывания К. в стационаре допустимую норму не превышала. В рекомендациях Минздрава и ФСС России от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34,02-08/10-1977П нет указаний об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при эпилепсии. По врачебной практике они составляют не менее месяца после последнего приступа. Данных о том, что отсутствие продолжения лечения К. после выписки повлияло на её повторную госпитализацию, нет.

В апелляционной жалобе К. указала на нарушение принципа независимости эксперта, который предполагает иерархическую или институциональную независимость, а также практическую независимость экспертов. СПЭ проводилась в АККПБ им. Эрдмана. Эта больница, как и ответчик, является краевым учреждением здравоохранения и подведомственно Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Главное управление в свою очередь является учредителем ответчика и собственником его имущества. Соответственно оно заинтересовано в сохранности имущества подведомственных учреждений и в исходе настоящего гражданского дела. Между экспертным учреждением и ответчиком имеется институциональная зависимость, и проведение СПЭ в таком

учреждении не соответствует положениям ст. 6 Конвенции о защите прав человека и основных свобод о праве каждого на справедливое судебное разбирательство. Однако суд отклонил ходатайство К. о проведении повторной СПЭ.

Как указала Судебная коллегия, признаков тяжёлого психического расстройства и оснований для недобровольного лечения у К. обнаружено не было. После выписки она не лишена была возможности обратиться за лечением в амбулаторных условиях. Причинной связи между выпиской из стационара и последующим изменением состояния здоровья К. не установлено. Не подтверждены также доводы К. о неадекватной медикаментозной терапии при повторной госпитализации, повлекшей частые психомоторные пароксизмы и сумеречные расстройства сознания, доведение пациента до «вегетативного состояния» к моменту судебного заседания. Доказательств неоправданной продолжительности лечения не имеется. Следовательно, факт нарушения прав истицы со стороны ответчика не установлен.

Вправе ли пациент через суд требовать от лечащего врача назначить ему тот или иной лекарственный препарат?

Судебная практика отвечает на этот вопрос отрицательно. Суды исходят из того, что лечение пациенту назначается лечащим врачом. При этом пациенту не предоставлено право требовать назначения того или иного лекарственного препарата.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Алтайского краевого суда (определение от 18 июня 2013 г. по делу № 33-4867/2013) оставила без изменения решение Бийского горсуда по жалобе П. на нарушение права на бесплатное предоставление лекарственных средств при оказании психиатрической помощи в Психиатрической больнице г. Бийска. Суд отказал заявителю в удовлетворении требований.

П. обратилась на приём к врачу-психиатру с жалобами на плохую память, сонливость и просила выписать льготный рецепт на препарат <...>³, который улучшает мозговое кровообращение, концентрацию внимания, умственную деятельность, настроение. Участковый врач-психиатр Б. Г. С. отказала в выписке данного препарата, ссылаясь на отсутствие его в списках аптеки. Зав. диспансерным отделением Б. Е. Н. отказалась заказать лекарство в аптеку для П. Заявитель полагала, что эти действия нарушают её право на бесплатное получение жизненно необходимого лекарства по льготным рецептам. Предлагаемые врачами препараты, по её мнению, не приносят пользы, а от одной таблетки указанного ею препарата она сразу чувствовала прилив сил.

П. просила суд признать, что врач-психиатр Б. Г. С. должна вначале записывать жалобы больного, а потом назначать с согласия больного необходимые ему лекарства из Перечня жизненно необходимых лекарственных средств. П. просила обязать врача Б. Г. С. и зав. диспансерным отделением Б. Е. Н. не допускать нарушения законности — выписывать льготные рецеп-

³ В рассматриваемом судебном постановлении наименование препарата не приводится.

ты на жизненно необходимые лекарственные средства, несмотря на их отсутствие в списках аптеки.

По мнению П., врач назначил ей другой препарат необоснованно, поскольку он с более тяжёлым побочным действием, на которое П. и жаловалась врачу, когда просила назначить <...>. Она полагала, что оснований для отказа в его назначении не имелось, и что этот отказ обусловлен желанием врачей-психиатров причинить вред её психическому здоровью.

Суд установил, что П. находится на консультативном наблюдении у врача-психиатра. Её жалобы отражены в медкарте. Врач определил состояние больной при обращении, указал диагноз и рекомендовал лечение, назначив препараты.

Статьёй 21 Закона о психиатрической помощи предусмотрено, что врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. При этом пациенту не предоставлено право требовать назначения того или иного лекарственного препарата. В связи с этим, по мнению Судебной коллегии, суд обоснованно отклонил требования П. о признании незаконными действий врачей больницы, выразившихся в отказе в назначении указанного ею лекарственного препарата. По делу не установлено доказательств того, что указанный препарат П. не был выписан по иным причинам, помимо медицинских показаний (отсутствие в Перечне жизненно необходимых лекарственных средств и т.п.). То обстоятельство, что препарат <...> позже был назначен П. врачом-невропатологом другого лечебного учреждения, на выводы суда не влияет.

В каких случаях замена назначенного пациенту лекарственного препарата может быть признана судом незаконной?

Если замена препарата была произведена не лечащим врачом пациента, а иным врачом, например, зав. отделением и без необходимого для этого медицинского обследования пациента, то такие действия признаются незаконными.

Так, Судебная коллегия по административным делам Челябинского облсуда (апелляционное определение от 7 февраля 2017 г. по делу № 11а-1644/2017) частично удовлетворила иски о признании незаконным решение зав. отделением Областной специализированной клинической психиатрической больницы № 1 об отмене Г. Н. лекарственного препарата МНН “Этосуксимид” (торговое название “Суксилеп”). В удовлетворении требования об обязанности возобновления назначения данного препарата отказано.

В своём иске Г. Н. — инвалид 1 группы указала, что по состоянию здоровья нуждается в постоянном приёме нескольких лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом. С 1 января 2013 г. препараты ей перестали выдавать. Решением суда первой инстанции на Минздрав Челябинской области возложена обязанность обеспечивать её лечение необходимыми препаратами. Однако решение суда не исполнено, а препарат “Этосуксимид” ей отменён решением зав. отделением больницы. Ответ об отмене препарата подписан главврачом.

Г. Н. полагала, что её права на получение лекарственного обеспечения в виде препарата “Этосуксимид” 1000 мг/сутки нарушены решением зав. отделением и главврачом. Во исполнение решения суда препарат ей обязаны выдавать до его отмены лечащим врачом. Зав. отделением её лечащим врачом не является. Отмена препарата произведена без её обследования и уведомления. Замещающий препарат не назначен, не учтены медицинские рекомендации иного специалиста.

Ответчик утверждал, что суд не установил, какие именно права Г. Н. нарушены и нарушены ли они именно в результате действия ответчика, что ст. 47 Закона о психиатрической помощи в данном случае не применима. Пациент получал лечение в соответствии с показаниями. Отмена либо назначение препаратов и порядок лечения пациента устанавливается лечащим врачом — специалистом, имеющим высшее медицинское образование, а не самим пациентом или его родственниками. Согласно ст. 21 Закона о психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Пациенту не предоставлено право требовать назначения того или иного препарата.

Судебная коллегия с таким утверждением больницы не согласилась. Согласно ст. 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения всеми медорганизациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Порядок и стандарты утверждаются Минздравом России. Назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Г. Н. страдает заболеванием «прогрессирующий миоклонус — эпилепсия — болезнь “Унферрихта-Лундборга”». Препараты “Этосуксимид”, “Леветирацетам” в числе других препаратов назначены Г. Н. 10 октября 2013 г. комиссией врачей-психиатров больницы № 1. Нуждаемость по жизненным показаниям в постоянном приёме данных препаратов подтверждена комиссией 18 апреля 2014 г. Препараты назначены лечащим врачом, а также врачом-неврологом Областной клинической больницы № 3, где истица находилась на лечении во время приступов.

9 июня 2015 г. решением зав. отделением больницы препарат Этосуксимид отменён пациентке в связи с тем, что по сообщению Минздрава данный препарат отсутствует на фармацевтическом рынке. Рекомендовано пересмотреть лечение, также рекомендован другой препарат и консультация с зав. кафедрой психиатрии. 10 июня 2015 г. главврач больницы сообщил в Минздрав Челябинской области об отмене пациентке Этосуксимида. 1 июля 2015 г. Г. Н. обратилась за повторной консультацией к зав. кафедрой. Та указала, что “учитывая резистентность данной формы эпилепсии, своеобразии клинической картины со статусным течением заболевания, а также прогрессирующим негативным тяжёлым прогнозом, нецелесообразна замена препаратов, тем более что аналогов Этосуксимида нет”.

Судебная коллегия сослалась на ст. 2, 70 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, согласно которым именно на лечащего врача возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи, по установлению диагноза, основанному на всестороннем обследовании пациента.

В нарушение требований ст. 62 КАС РФ ответчиком не представлены доказательства, подтверждающие наличие оснований для отмены назначенного Г. Н. препарата. Не представлено сведений о том, что отмена препарата произведена по результатам обследования пациента, проведённого по рекомендации лечащего врача, что отпала нуждаемость истца в лечении названным лекарственным средством. При этом были учтены рекомендации иного специалиста — зав. кафедрой психиатрии, к которой Г. Н. обращалась за консультацией.

Судебная коллегия пришла к выводу, что решение зав. отделением больницы об отмене препарата не может быть признано законным и обоснованным, в связи с чем подлежит отмене, а требования Г. Н. в данной части удовлетворению.

Учитывая, что оснований для отмены препарата не имелось, и отсутствуют сведения о том, что назначение Г. Н. данного препарата отменено, Судебная коллегия не нашла оснований для удовлетворения требований истца в части возложения на ответчика обязанности по возобновлению лекарственного препарата, поскольку решение о его назначении является действующим. При этом отсутствие данного препарата на рынке и как следствие не выписывание на него рецептов (на что указывает ответчик) также не является основанием для принятия решения об отмене назначенного пациенту препарата.

Хотя дела, связанные с оспариванием качества проводимого лечения, не входят в число наиболее распространённых категорий дел по обжалованию действий врачей-психиатров, и медорганизации, и пациенты могут извлечь из рассмотренных выше дел определённый урок по недопущению и разрешению конфликтных ситуаций.

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

Симуляция или сюрсимуляция?

В последнее время все чаще приходится иметь дело, как в приводимом примере, с диагнозом “симуляция”, выставляемом на основании поведения, выглядящего нарочитым. При этом, казалось бы, очевидные признаки симуляции оказываются достаточным основанием для этого очень серьезного по своим последствиям диагноза. Но, по обыкновению, альтернативные диагнозы не рассматриваются, и дифференциальная диагностика не проводится, вопреки предписанию специальной, на редкость удачной инструкции Минздрава России.

Между тем, универсальное методическое требование, особенно необходимое при рассмотрении поведения, выглядящего нарочитым, предписывает иметь в виду три уровня его укоренения:

1. Сознательный, осмысленный, произвольный, рациональный (собственно симулятивный).

2. Подсознательный, произвольный, истерический (тюремные психозы, истерический ступор и т.п.).

3. Бессознательный, произвольный, инстинктивный, собственно биологический (по типу примитивных реакций вплоть до кататонического ступора и т.п.).

Симптоматика любого из этих уровней не исключает симптоматику других уровней. Поэтому наличие отдельных сознательных попыток симуляции или истерическая окраска поведения не исключают наличия более глубоких психопатологических механизмов. Из этого следует сложность квалификации того, что выглядит как симуляция. Давно, со времен Крафт-Эббинга, хрестоматийная истина, что чем грубее видимость симуляции, тем — парадоксальным образом — вероятнее сюрсимуляция, т.е. естественно защитное, в соответствии с субъективным восприятием ситуации, поведение, на деле психотического уровня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА на заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 09 августа 2016 г. № 774 на И. К.

Настоящее заключение составлено 4 апреля 2017 г.,

по запросу адвоката Спириной Л. В.

на основании представленных ксерокопий следующих документов:

- заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов “Федераль-

ного медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского” от 09 августа 2016 г. № 774,

- заключение первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов “Республиканского психоневрологического диспансера” Республики Калмыкия от 12 января 2016 г.;

- выписной эпикриз “Республиканской больницы им. П. П. Жемчуева” Республики Калмыкия, 22.06 – 28.06.2016;

- заключение психиатра от 25.06.2016;

- заключение консилиума от 27.06.2016;

- выписка из амбулаторной карты № 300/15 с 12.10.2016 по 28.02.2017;

- обращение адвоката Спириной Л. В. от 30.03.2017, для оценки полноты, всесторонности и научной обоснованности ответов комиссии экспертов Центра им. В. П. Сербского на поставленные перед ними вопросы и ответа на вопрос:

- не противоречит ли диагноз симуляции, выставленный И. К. комиссией экспертов, его последующему состоянию и поведению?

В заключении комиссии экспертов Центра им. Сербского от 9 августа 2016 г. на 7 страницах и 7 строчках, психическому состоянию уделено 14 строчек, психологическому исследованию 7 строчек, обоснованию делаемых выводов на 16 поставленных вопросов — 2/3 страницы. Однако это не столько обоснование, сколько категорическое утверждение своей квалификации состояния и поведения И. К. на протяжении июля 2017 г. как симуляции (Z 76.5 по МКБ-10), без каких-либо сомнений и дифференциации с возможными альтернативными оценками, вопреки требованиям специально утвержденной Минздравом России Инструкции “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)” от 12.08.2003 № 401.

И. К. 12.01.2016 г., через полтора месяца после инкриминируемого ему деяния, вел себя на амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизе адекватно и хорошо справился с психологическими тестами. В июне 2016 г. И. К. перенес операцию с общим наркозом, во время которой была зафиксирована клиническая смерть около 2 минут с последующим острым гипоксическим психозом. То и другое оставляет неизгладимый след и невозможно без последствий.

Между тем, эксперты утверждают, что *“после проведенной 22.06.16 г. операции И. К. перенес временное психическое расстройство с делириозным помрачением сознания, параноидными идеями, суицидальным поведением, из которого ко времени производства настоящей комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы он полностью вышел... Особенности поведения И. К. в настоящее время со стремлением продемонстрировать обманы восприятия, собственную интеллектуальную несостоятельность нелепы, нарочиты, противоречивы, не укладываются в целостную клиническую картину какого-либо психического заболевания, не отражаются на его дифференцированном поведении и поэтому их следует расценивать как симулятивные (по МКБ-10 Z 76.5). В настоящее время по своему психическому состоянию И. К. также может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания, понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действия и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных прав и обязанностей); а также обладает способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей. В применении принудительных мер медицинского характера И. К. не нуждается”*.

После возвращения в Калмыкию в августе 2016 г. состояние И. К. ухудшилось: он был недоступен контакту, пытался совершить суицид. *“Взгляд растерянный”* (13.01). С 16 января 2017 г. более месяца не принимал пищу. Дата окончания голодовки не документирована. К 25 февраля потерял 18 кг, снизилось артериальное давление, отказывался от передач, прогулок, инъекционной витаминотерапии, оказывал сопротивление, на вопросы отвечал только звуками и жестами. 12 октября, 13 октября, 24 ноября 2016 г. был осмотрен тремя разными психиатрами, которые выставили одинаковый диагноз: **“Органическое расстройство личности (гипоксического генеза). Психоорганический синдром, апатический вариант”**. 28 декабря, 13 января и 19 января осмотрен четвертым психиатром, подтвердившим этот диагноз. 24 января заседание врачебной комиссии Республиканского психоневрологического диспансера рекомендовало неотложную госпитализацию в психоневрологический диспансер. 7 марта 2017 г. И. К. был доставлен из СИЗО в судебное заседание без верхней одежды (в футболке) и босиком, где находился в наручниках с 10 до 15 час., и, не реагируя ни на что, лежал на скамье. В вызове в судебное заседание врачей-психиатров судьей было отказано, а все доводы адвоката были оставлены без внимания со ссылкой на заключение экспертов центра им. Сербского. Прокурор зачитал обвинение, но понял ли его И. К. и признает ли он вину, осталось непонятным даже судье, судя по его

соответствующему вопросу, адресованному адвокату. В течение полутора лет, с 25 ноября 2015 г. по настоящее время, И. К. содержится в СИЗО под стражей.

Еще во время прохождения стационарной экспертизы в Центре им. Сербского *“в один из дней отказывался от приема пищи, указывая, что его хотят отравить, ужинал выборочно”*. Это указание не дает права рассматривать последующий длительный отказ от пищи однозначным образом. Указание экспертов психиатров на *“демонстрацию обманов восприятия”* не находит подтверждения в констатирующей части заключения.

Эксперт психолог, не имея возможности провести экспериментально-психологическое исследование, ограничился наблюдением и анализом материалов уголовного дела. И. К. не вступал в контакт, *“не реагировал на обращенную к нему речь, не смотрел на собеседника, сидел в однообразной позе, не корректировался”*. Важным выводом психолога является его заключение об *“отсутствии повышенной внушаемости и склонности к фантазированию”*. Однако свой клинико-психологический анализ он ограничил ответом на 14 – 15 – 16 вопросы, засвидетельствовав, что *“в момент правонарушения И. К. не находился в состоянии физиологического аффекта, а также ином другом выраженном эмоциональном состоянии (стресс, фрустрация, растерянность и др.), которое могло бы существенно повлиять на его сознание и деятельность”*.

Это не вполне соответствует данным констатирующей части, где описано раздражение И. К. на непочтительное поведение потерпевшего, что корреспондирует с данными о двух сотрясениях головного мозга в 2007 и 2008 гг. Однако значительно важнее другое. Полностью отсутствует клинико-психологический анализ на предмет симулятивного поведения и сама его констатация. Хотя среди заданных 16 вопросов такого вопроса не было, но выявление симуляции, как сознательного осмысленного защитного психологического механизма и притом рефлексивного психологического процесса, является делом психолога. Именно эксперт психолог не мог бы не заметить поведенческие проявления симуляции при непосредственной встрече с И. К. и попытках общения с ним. Именно эксперт психолог должен был объяснить, каким образом И. К., который не симулировал в период первой экспертизы и справился с экспериментально-психологическими тестами, начал симулировать после острого психоза со спутанностью сознания по делириозному типу и неадекватным поведением, развившимся после клинической смерти. Ведь это двойной парадокс, который свидетельствует разве что о **сюр-симуляции**, учитывая ее гротескную грубость, о которой пишут эксперты Центра им. Сербского, т.е. симуляции психически больного или психически снизившегося человека. Это последнее находит полное

подтверждение в диагнозах, которые ему многократно выставлялись после проведенной экспертизы в Центре им. Сербского.

Таким образом, мы, скорее всего, имеем дело с видимостью симуляции, а именно, с органическим диссоциативным расстройством (F 06.5) на выходе из транзиторного гипоксического психоза и на интеллектуально сниженной по органическому типу почве.

Другой возможностью является переход острого гипоксического психоза в затяжную или даже хроническую форму с фасадом диссоциированных расстройств, в частности, псевдодементных.

Эти две возможности совершенно необходимо было подробно обсудить экспертам психиатрам, коль скоро они поставили диагноз симуляции. Такого рода коллизии не редкость, и процент экспертных судебно-психиатрических ошибок при них наиболее высок. Ясность вносит само время, на протяжении которого длится такого рода состояние.

В данном случае все проще: неоднократно выставившиеся диагнозы “органического расстройства личности”, приравниваемого в МКБ-10 к “лобному синдрому” и даже к “состоянию после лоботомии” и “апатической формы психоорганического синдрома” — оба соответствуют органической деменции, т.е. необратимому мнестико-интеллектуальному снижению, которое бесполезно лечить, но и бесполезно наказывать, т.к. перед нами уже совсем другая личность, опасная разве что для себя, что зафиксировано в нескольких серьезных суицидальных попытках в остром психотическом состоянии.

Итак, 50-летний подполковник внутренней службы, дежурный помощник начальника колонии, с положительным послужным списком, оказавшись в ситуации уголовного преследования в связи с обвинением в нанесении телесных повреждений заключенному, повлекших его смерть 20 ноября 2015 г., отрицал свою причастность к его избиению, “считал себя психически здоровым человеком”, и не обнаруживал никаких признаков симуляции во время амбулаторной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы спустя полтора месяца после этого события (12 января 2016 г.). После клинической

смерти, длившейся в течение нескольких минут, в связи с аспирацией содержимого желудка во время операции с общим наркозом, у него развился острый гипоксический психоз “с делириозным помрачением сознания, параноидными идеями и суицидальным поведением”, с выходом в состояние выраженного мнестико-интеллектуального снижения с диссоциированным расстройством психики, нередко производящим внешнее впечатление симуляции, но являющееся защитной реакцией значительно снизившейся в интеллектуальном отношении личности. Это выразительная картина радикального изменения состояния и поведения И. К. до и после клинической смерти, часто дающей ослабоумливающие последствия, проигнорирована экспертами Центра им. Сербского, которые не провели сравнительный анализ своей и амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы и не обсудили это различие. Не менее выразительно грубое противоречие выводов экспертов психиатров и эксперта психолога, который не поддержал их заключение о симуляции, хотя это было в большей мере в его компетенции.

Итак, заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов Центра им. В. П. Сербского от 09.08.2016 г. невозможно признать ни полным, ни всесторонним, ни научно-обоснованным, а выставленный диагноз симуляции не учитывает ни факт клинической смерти, ни перенесенный гипоксический психоз и противоречит состоянию и поведению И. К. на протяжении уже более 8 месяцев после этой экспертизы, согласно заключениям многих психиатров.

Чтобы удостовериться в основательности обосновываемой здесь нами позиции об органическом диссоциативном расстройстве (F 06.5) на выходе из транзиторного гипоксического психоза и на интеллектуально сниженной по органическому типу почве, позволяющей непротиворечивым образом квалифицировать состояние и поведение И. К., необходимо провести очередную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, предпочтительно в Екатеринбурге или Санкт-Петербурге.

Ю. С. Савенко

Априорное недоверие к психиатрии в обществе сохраняется

Обращение матери капитана полиции Семькиной О. М. к Президенту России В. В. Путину

Уважаемый Владимир Владимирович!

Я вынуждена обратиться и к Вам за спасением своей дочери.

В настоящее время **моя дочь Семькина Оксана Михайловна** служит в **Центре кинологической службы ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области** в звании капитана полиции на должности старшего инспектора-кинолога. Ветеран боевых действий, за 15 лет безупречной службы имеет множество наград и поощрений от руководителей различных уровней, неоднократный призёр и чемпион всероссийских соревнований специалистов-кинологов. Работу со служебными собаками считает своим призванием.

Моей дочери документально известны многие факты нарушения закона и превышения должностных полномочий руководителем ЦКС. Штат укомплектовывается людьми, ничего общего не имеющими с кинологией. Большинство сотрудников, занимающих должности кинологов, не работали и не работают со служебными собаками, но при этом получают за это деньги, премии и надбавки. Реально работающих кинологов с собаками не хватает, поэтому кинологи работают практически без выходных. Но работа в выходные, праздничные дни, сверхурочное время не учитывается никак. Приказы не издаются, табеля ведутся формально, переработка не учитывается. Сотрудники вынуждены нести службу часто до полного физического и морального истощения под угрозой увольнений и расправы со стороны руководства. Сотрудники кинологического центра, применяющие служебных собак для поиска взрывчатых веществ, ежедневно рискуют своими жизнями, а особенно в настоящее время — время всемирного терроризма.

Моя дочь хотела перевестись на службу в родной город Ставрополь, а когда об этом узнало руководство ЦКС — начались гонения. Её пытались неоднократно привлечь к дисциплинарной ответственности, чтобы немного приструнить, но наказать было не за что, поэтому они пошли другим путём. На протяжении последних месяцев на мою дочь оказывается жёсткое давление. Она вынуждена была записывать все разговоры с начальством и опасалась за свою жизнь. 5 августа 2017 г. руководитель ЦКС сообщил мне, что моя дочь находится в больнице.

От её коллег по службе я узнала, что мою дочь с применением физической силы некоторыми сотрудниками ЦКС во главе с руководителем принудитель-

но доставили в психиатрическую больницу им. Кашенко, при этом намеренно оставив ее без средств связи, т.к. разбили телефон.

В течение нескольких дней мне ничего не было известно о моей дочери и о состоянии её здоровья. Лечащий врач фактически никакой информации не дала, и разговаривать со мной не захотела, что говорит о том, что помещение моей дочери в клинику было незаконным.

Теперь все факты о нарушениях закона руководством ЦКС, которые документально известны моей дочери, легко списать на её невменяемость. Вот так закрывают рот людям, недовольным происходящим беспределом. Всё, что произошло, очень смахивает на хорошо продуманную и уже неоднократно действующую систему уничтожения неугодных людей. Моя дочь далеко не первая, в отношении кого действующим руководством кинологического центра допускались нарушения закона и элементарных человеческих правил приличия и порядочности. Об этом можно судить хотя бы по волне недовольства, которая поднялась в социальных сетях, после опубликования моего открытого письма Москальковой Т. Н., уполномоченной по правам человека Российской Федерации. Действующие сотрудники кинологического центра в разговорах между собой признаются, что боятся ослушаться незаконных распоряжений начальства, т.к. ему за это ничего не будет, а они станут испытывать такие же гонения как моя дочь.

Я очень сомневаюсь, что местные органы объективно смогут разобраться в сложившейся ситуации.

ЦКС руководит человек, уверенный в своей безнаказанности, т.к. все его нарушения и незаконные действия покрываются руководством ГУ МВД по СПб и ЛО. Мое обращение к вам — это крик матери о помощи.

Помогите! Моральное и физическое здоровье моей дочери под угрозой. Помогите остановить беспредел!!!

Меня поддерживают многие бывшие и действующие сотрудники полиции, как уже пострадавшие от начальника ЦКС, так и ныне работающие. Многие люди не могут одновременно ошибаться.

В связи с изложенным, от своего имени и от имени сотрудников просим:

1. Уволить начальника ЦКС ГУ МВД по СПб и ЛО и его заместителя, и назначить на их место честных, порядочных и обладающих специальными знаниями в области кинологии сотрудников.

2. Прекратить незаконное психиатрическое преследование Семькиной Оксаны Михайловны.

3. Разрешить Семькиной Оксане Михайловне перевод в другое место службы (г. Ставрополь) с целью продолжить службу в полиции.

Гресь Антонина Тадеушовна, город Ставрополь

Кроме того, мать Оксаны обратилась с письмом ко всем с просьбой собрать подписи в защиту ее дочери.

Комментарии НПА России

Благодаря сетям эта история получила широкий общественный отклик, за короткий срок под протестом было собрано более 130 тыс. подписей. Всполошились и психиатры. Первым мне позвонил проф. Корнетов из Томска и, высказав свое возмущение, спросил: “Что может сделать в этой ситуации Ассоциация?”

Характерно, что такого рода звонки адресуются нам, а не РОП, хотя главный врач психиатрической больницы им. П. П. Кащенко д-р Олег Васильевич Лиманкин является вице-президентом РОП, а сама больница произвела на нас после ее (правда, давнишнего) посещения впечатление, как одна из самых образцовых, а позднее это укрепилось прекрасной организацией ее юбилея, к которому было издано несколько монументальных томов по ее истории и деятельности.

Описанная коллизия является рутинной, за исключением бурной реакции общественности, которой мы могли бы порадоваться на фоне преобладающей общей пассивности, всеобщего неверия в возможность добиться справедливости, если бы не многочисленные примеры протестов, организуемых — по всем уже хорошо разработанным сценариям — различными маргинальными организациями и самой властью.

Наш почти 30-летний опыт позволяет увидеть в этом вынесенное в заголовке проявление априорного недоверия к психиатрии в обществе. Оно сформировалось не на пустом месте. Нигде и никогда психиатрию не использовали в политических целях в таких масштабах, как у нас. А потом долго отрицали это. В последнее десятилетие мы неоднократно сталкивались с принудительной госпитализацией по пункту “а” там, где имелся только пункт “в” в силу простого удобства, а еще чаще с определением режима принудительного лечения из 4 возможных — самого жесткого вместо амбулаторного принудительного лечения, и с определением сроков принудительного лечения, как за реальное преступление, сводя на нет экскульпацию, т.е. освобождение от наказания психически больных людей.

Вопреки полярности представленных в данном случае позиций, мы видим их совместимость. Обнаружение у человека психического расстройства не перечеркивает содержание его творчества, требований

и разоблачений. А мера адекватности, правдоподобности и вероятности этого содержания всегда на виду, и вовсе не это, как известно, является основанием усмотрения психического расстройства, а форма их проявления. К сожалению, эта элементарная истина не принимается в счет обеими сторонами. При всей доказательности ответа больницы необходимо включение в конкретный более объемлющий контекст, который всегда многомерен. А другая сторона не знает о самом существовании транзиторных психотических расстройств, которые могут длиться только несколько дней, а то и часов.

Так приходится расплачиваться за потерянное доверие к психиатрии. Это отношение распространилось во всем мире не только к государственной психиатрии, но и к предмету психиатрии как таковой, в форме мощного антипсихиатрического движения.

Ю. С. Савенко

4 сентября мы получили обращение матери С. с просьбой помочь в “освобождении” дочери, которая была принудительно помещена в психиатрическую больницу. В социальных сетях было опубликовано ее обращение к Президенту, которое за несколько дней собрало более 130 тыс. подписей. В обращении говорится, что помещение в ПБ — месть за разоблачение массовых злоупотреблений администрации, в том числе, грубых нарушений трудового законодательства. Такая реакция обычно пассивной общественности — прискорбное свидетельство полного недоверия к психиатрии и психиатрам. Никто даже не задумался о том, что у человека действительно могло возникнуть психическое расстройство, требующее лечения. Особенно если учесть описанный в заявлении режим работы с постоянными ночными дежурствами, отсутствием полноценных выходных и отпусков, постоянного стресса и т.п.

Поскольку встретиться с самой С. или получить какие-либо документы в тот момент было невозможно, мы обратились за комментарием к главному врачу Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. Кащенко д-ру О. В. Лиманкину, который одновременно является вице-президентом Российского общества психиатров и имеет репутацию человека, посвятившего свою жизнь лечению и реабилитации людей с ментальными расстройствами. В свое время его больница произвела на нас очень хорошее впечатление, помимо хорошо организованного лечебного процесса там много внимания уделяли реабилитационным мероприятиям: работали кружки, устраивались концерты, выездные экскурсии, было открыто общежитие для лиц, утративших социальные связи, и отделения со свободным режимом.

В объяснении д-ра Лиманкина говорилось, что С. была доставлена в их больницу после осмотра психиатром ведомственной поликлиники, который описы-

вае ее неадекватное поведение: в 8 часов утра перелезла через ворота на ведомственную территорию, была агрессивна, нецензурно бранилась, хватала окружающих за одежду, разбила планшет одного из сотрудников, не реагировала на замечания.

Психиатры в таких случаях всегда оказываются в трудном положении, поскольку не могут привести возмущенному обществу подтверждения необходимости поместить человека в стационар, будучи связанными врачебной тайной. Их единственная защита — разрешение суда на недобровольное лечение. Первоначально суд такое разрешение дал и даже направил С. на судебно-психиатрическую экспертизу в ПБ № 6, где она пробыла 8 дней и где был выставлен диагноз острого психотического расстройства и была подтверждена необходимость стационаризовать С. по пункту “в” закона о психиатрической помощи. Надо сказать, что пункт “в” — это самый неопределенный из всех оснований принудительной госпитализации, так как предполагает наличие такого психического расстройства, которое нужно лечить в стационаре, поскольку оставление человека без психиатрической помощи может привести к тяжелому вреду его здоровью. Непонятно, однако, какой тяжелый вред мог быть нанесен, и почему при описании агрессивного поведения С., психиатры для обоснования необходимости госпитализации не ссылались на пункт “а” — непосредственная опасность для себя и окружающих, что было бы гораздо убедительнее.

Повторное заседание суда, для решения вопроса о возможности недобровольного лечения состоялось 8 сентября и длилось 6 часов (!) — небывалое время для дел о недобровольной госпитализации. В результате суд оставил исковое заявление больницы без рассмотрения, поскольку — вслед за адвокатами — решил, что оно подписано не уполномоченным на это лицом. В тот же день С. была освобождена из больницы, и общественность праздновала свою победу, а больница подала жалобу в Ленинградский областной суд, поскольку не согласна с вынесенным определением.

Случившееся — тревожный звонок для психиатров. Почему люди так боятся общения с психиатрами, рассматривают лечение как наказание и пытку, а психиатрический диагноз как способ борьбы с неудобными? К сожалению, в последнее время, психиатры дают немало оснований для этого. Любой психиатрический диагноз ведет к запрету работать в госорганах, медицинских и педагогических организациях, водителем, владеть оружием и даже управлять личным автотранспортом. Незначительное правонарушение, совершенное человеком с психическими расстройствами, может закончиться годами, проведенными в психиатрической больнице. Эксперты легко выносят такие рекомендации по делам о клевете, разжигании розни и терроризме, понимание которого стало столь широким, что туда попадают любые высказывания в социальных сетях.

Правозащитные организации выступили с инициативой провести независимое комиссионное освидетельствование С., и НПА России готова принять в этом участие. Вот только согласится ли сама С. на такое исследование? Кроме того, нужно иметь в виду, что существуют транзиторные, т.е. временные, психические расстройства, которые могут длиться несколько дней или даже несколько часов и проходить без каких-либо последствий.

Л. Н. Виноградова

Приложение:

Информация больницы по случаю С.

С. была доставлена в приёмное отделение СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко” 04.08.2017 г. в сопровождении сотрудников кинологической службы, по направлению поликлиники № 1 МСЧ МВД.

По данным направления, начиная с 31.07.17 г. сослуживцы отмечают внезапное изменение поведения С., ее неадекватность и агрессивность, что стало причиной постоянных конфликтов на работе. 04.08.17 г. в нерабочее время (8 часов утра) С. перелезла через ворота на ведомственную территорию, была агрессивна, нецензурно бранилась, хватала окружающих за одежду, разбила планшет одного из сотрудников, на замечания не реагировала. В сопровождении сотрудников службы была доставлена в психиатрический кабинет ведомственной поликлиники. После осмотра врачом психиатром, зафиксировавшим наличие острого психического расстройства, была направлена на госпитализацию в психиатрический стационар.

В приёмном отделении СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко” осмотрена дежурным врачом; выявлены признаки острого психического расстройства. Поступила в стационарное отделение СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко” 04.08.2017 г. в 21-15. От госпитализации и лечения С. отказалась, поэтому 05.08.2017 г. была освидетельствована комиссией врачей психиатров больницы на предмет обоснованности госпитализации и лечения в условиях психиатрической больницы в недобровольном порядке. Комиссия пришла к выводу, что С. страдает психическим расстройством в форме острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) и подтвердила обоснованность госпитализации С. в недобровольном порядке по п. “в” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

06.08.2017 г. представитель СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко” по доверенности, подписанной главным врачом больницы, обратилась в Гатчинский городской суд Ленинград-

ской области с административным исковым заявлением о госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке. Судом было принято определение о принятии административного искового заявления к своему производству и о продлении пребывания С. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения административного искового заявления о госпитализации гражданина в недобровольном порядке в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. При этом судом в отношении С. была назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в СПб ГКУЗ “Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)”, где С. находилась с 14.08.2017 г. по 23.08.2017 г., затем была возвращена в СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кашенко”.

С момента возвращения С. в отделение — после проведения ССПЭ и в ожидании повторного заседания суда — на больницу и лечащего врача оказывалось беспрецедентное давление со стороны адвокатов С. Последние позволяли себе крайне некорректные высказывания в отношении врачей, персонала. Используя специфическую юридическую лексику и знания “нужных законов”, угрожали “пустить по этапу... дать двоечку по строгачу...”, обвиняли врачей в сговоре с определенными людьми с целью избавиться от пациентки. В глобальной сети данный случай получил всестороннюю огласку. На одном из ресурсов был организован сбор подписей под обращением к Президенту РФ с просьбой вмешаться в данное дело. На одном из центральных телеканалов в вечерних новостях был показан сюжет, телезрителям было предоставлено административное исковое заявление, составленное врачами больницы при оформлении документов на недобровольную госпитализацию. При этом репортеры указали персональные данные врачей, проводивших комиссионное освидетельствование, чтобы “страна знала своих героев”. После этого один из врачей и члены его семьи подверглись оскорблениям и угрозам в социальных сетях.

В этот период изменилось отношение пациентки к врачам: при поступлении после ССПЭ она была относительно корректна в высказываниях, установился формальный терапевтический контакт с лечащим врачом, но в дальнейшем, по мере её индукции “защитниками” и нарастания общественного резонанса, контакт приобретал всё более негативный оттенок. 04.09.2017 г. у С. наблюдалось резкое ухудшение психического состояния, потребовавшее срочного медикаментозного купирования. Утром следующего дня С. рассказала о произошедшем адвокатам, те обвиняли врачей в стремлении “специально заколоть... свести её с ума... обтяпать как нужно...”,

угрожали судебным преследованием. После этого инцидента врачами были поданы жалобы в адвокатскую контору на поведение юристов.

Производство по делу было возобновлено 08.09.2017 г. — состоялось судебное заседание, которое длилось более шести часов. С самого утра у здания суда наблюдалось скопление людей из “группы поддержки”, корреспондентов различных телеканалов, которые получили информацию о предстоящем заседании от адвокатов. Само заседание суда проходило в закрытом режиме. Крайне некорректное поведение адвокатов и “группы поддержки”, настаивавших на открытом слушании, заставило судью вызвать двух судебных приставов для присутствия в зале заседания. В ходе слушания адвокаты дважды заявляли отвод судье, прокурору, секретарю, аргументируя их личной заинтересованностью. Отводы были отклонены. Позиция больницы была однозначной — о необходимости лечения пациентки в условиях психиатрического стационара в соответствии с пунктом “в” Закона “О психиатрической помощи...”. При опросе судом лечащего врача адвокатами всячески коверкались и некорректно истолковывались употребляемые медицинские термины.

В ходе судебного заседания было оглашено заключение ССПЭ о том, что С. страдает психическим расстройством в форме острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1); её психическое расстройство является тяжёлым и обуславливает существенный вред её здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если С. будет оставлена без психиатрической помощи, а также обуславливает невозможность её лечения вне стационара (в амбулаторных условиях) в настоящее время. Оглашение заключения ССПЭ вызвало бурю негодования со стороны адвокатов и очередной отвод судье, заявление о “продажности экспертизы”.

После этого адвокаты сделали заявление о том, что первоначально поданные больницей документы не соответствуют требованиям закона. По их ходатайству Гатчинский городской суд вынес определение об оставлении без рассмотрения административного искового заявления больницы. Суд установил, что административное исковое заявление подписано неуполномоченным лицом, так как в доверенности, выданной на имя и.о. заместителя главного врача по медицинской части, подписавшей иск, не указано право на подписание административного искового заявления.

Присутствовавшая на заседании суда представитель административного истца на иске настаивала и поддерживала административные иски требования, указав, что доверенность, выданная и.о. заместителя главного врача, предоставляет ей право на предъявление административных исковых заявлений в суд и право подписи заявлений. По мнению больницы, административное исковое заявление, указанное

в первой части доверенности, можно трактовать как просто заявление в дальнейшем тексте доверенности. Исковые требования поддержал и прокурор, однако эти возражения не были приняты судом во внимание. 08.09.2017 г. в 17-30 С. выписана из зала суда в сопровождении матери; лечащим врачом ей даны рекомендации по амбулаторному наблюдению и лечению у психиатра по месту жительства.

В настоящее время определение Гатчинского городского суда больница обжалует в Ленинградском областном суде, считая определение об оставлении административного искового заявления без рассмотрения незаконным по следующим основаниям. В доверенности, выданной на имя и.о. заместителя главного врача, предусмотрено ее право действовать в качестве законного представителя Административно-го истца, в том числе заключать от имени учреждения договоры, выдавать доверенности, предъявлять иски, в том числе административные иски, в том числе административные иски. В абзаце четвертом данной доверенности оговорено, что полномочия поверенного предусматривают право подачи и получения заявлений, с правом подписи всех необходимых документов и заявлений, а также

выполнения всех действий и формальностей, связанных с данным поручением. Из буквального толкования текста доверенности следует, что главный врач больницы уполномочил и.о. заместителя главного врача подписывать любые заявления, в том числе и административные иски.

Больница полагает, что обжалуемым определением нарушены права и законные интересы административного истца, поскольку судом изначально было принято определение от 06.08.2017 г. о принятии административного искового заявления СПб ГБУЗ “Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кашенко” о госпитализации С. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, к своему производству и о продлении пребывания С. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения административного искового заявления, а также о назначении судебно-психиатрической экспертизы С., подтвердившей диагноз, установленный врачами больницы и обоснованность госпитализации С. в недобровольном порядке.

Нравственный подход к человеку священника и психотерапевта¹

Свящ. Георгий Кочетков²

Показана связь понимания “нормы” и нравственности, необходимость открытости, живого общения, самокритичности, восприятия своей болезни как ответственности, а не просто наказания. Знать свое призвание — лучшее средство от уныния, черпать силы в духовности, в себе, в чувстве присутствия Бога, в благодарности за это. Обсуждается внутренняя тактика больного с религиозным бредом — не спеши, “не отвергай и не принимай”. Свобода это не произвол. Надо ставить себе вопросы и границы, воспитывать в себе чувство меры, чувство такта и чувство вкуса. Это путь к духовному аристократизму, который стоит на чести и достоинстве. Потеря чувства меры и вкуса — тревожный признак. Важно не навязывать своей веры и представлений, а освободить от всего, что порабощает. Отсюда дополнительность священника и психотерапевта.

Ключевые слова: норма и нравственность, психотерапия и религия, духовная поддержка при унынии, тактика при религиозном бреде, взаимодействие священника и психотерапевта

Вопрос о нравственном подходе к человеку — больному душевно или находящемуся в пограничном состоянии, или условно здоровому, но отягощенному греховными состояниями, к человеку, которому требуется духовная и душевная врачебная помощь — возник совсем не случайно.

В. Франкл, известный австрийский психиатр и психотерапевт говорил о разграничении задач, о том, что священнику необходимо спасти душу человека, охваченную грехом, а врач лечит болезни³.

Здесь возникают некоторые проблемы, которые касаются границ воздействия: на какие процессы может влиять врач-психиатр и психотерапевт, а на какие нет; кто в том или ином случае может помочь и кто более необходим человеку — врач-психиатр, психотерапевт или священник; как разграничить эту тонкую область духовного и душевного строя и физического состояния больного; может ли психотерапевт перевоспитывать пациента, влиять на его мировоззрение?

Почему такое понятие как нравственность, так важно в этих вопросах. Попробуем разобраться с этим и поразмышлять.

Нравственность — категория философская и социальная, проявляется в отношении к человеку с особой необходимостью, когда заходит речь о его свободе. В философии под нравственностью понимают

“внутреннее правило и качество, некоторая внутренняя интериоризированная сторона морали общества, которая проявляется в этике”⁴. По определению И. Канта — это “некоторая ощущаемая зависимость частной воли от общей”⁵.

Отсылка к воле оказывается совершенно не случайной, так как в вопросах психотерапевтической помощи и духовного руководства, именно направленность и употребление воли или силы влияния оказывается принципиально важной.

Как у большинства понятий, связанных с человеком, общего определения психотерапии нет. Это такая область, которая в разных контекстах, в разных состояниях, в разных возрастных периодах, в разных традициях и духовных культурах выглядит по-разному и по-разному воплощается.

Психотерапия как воздействие переживаниями, безусловно, присутствует в церкви: присутствует в самом храме, присутствует на исповедях, в проповеди, когда человек читает Библию и хочет поделиться этим. Клиническая психотерапия — это лечебное воздействие, лечение больного и болезни, здесь происходит помощь больному, смягчение и облегчение расстройства, коррекция, преобразование его душевного состояния с лечебной целью. Неклиническая психотерапия помогает решению душевных проблем, индивидуальному росту, повышению уровня адаптации, раскрытию творческого потенциала и т.д.

¹ В основе публикации текст доклада, подготовленного для “Консторумских чтений” 2016 года.

² Профессор, ректор Свято-Филаретовского православно-христианского института.

³ Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 2012. — 366 с.

⁴ Философский энциклопедический словарь / Под ред. Е. Губского и др. — М.: “ИНФРА-М” 2009. — 576 с.

⁵ Кант И. Основы метафизики нравственности. — СПб.: “Наука”, 1995. — 528 с.

Человек — “существо впечатлительное”, это свойство имеет не только душевную, но и духовную природу, и слава Богу, что в нем не оторвать одного от другого. Человек впечатлителен потому, что он таким образом взаимодействует с миром, но еще и потому, что он всегда ищет этого глубинного познания себя, мира, жизни, других людей — в прошлом, в настоящем и будущем.

Священник, ставя перед собой задачу помощи человеку, старается его увидеть целостно, дойти до глубины, помочь впитать глубинные вещи. Это не просто целостность духа, души и тела, но целостность во всем богатстве этих влияний и какой-то наследственности, предрасположенности, а также силы благодати. Священник старается увидеть, что для этого человека нормально, где те рамки, которые нельзя ему переходить, чтобы не впасть в патологическое состояние и не погрешить против Бога, себя и людей. А если это патологическое состояние уже есть, то как и к чему его направить, какие ему нужны впечатления, чтобы плохое из его душевно-психической и духовной жизни ушло?

Священник, даже если он не очень опытен или не очень просвещен и научен, всегда ориентируется на заповеди Божьи и традиционные нормы. Не он их придумал, но он им доверяет, он доверяет Богу, он доверяет Священному Писанию, он доверяет традиции церкви, писаниям отцов, опыту молитвы.

Он пытается восстановить человека, не формировать из него что-то свое, не подгонять под себя, а именно восстановить в соответствии с тем, что мы соотносим с понятием “образ и подобие Божие” в человеке. Конечно, эта норма очень тонкая, ее нельзя провести жестко. Те, кто пытается это делать — совершают большую ошибку. Таким образом, мы выходим на проблему понимания “нормы”.

Если человек, священник, психотерапевт знает норму, то он сразу видит отклонение, сразу видит патологию у другого человека и пытается этого человека поддержать, как-то вдохновить. Однако в мировой практике уже не первый день “антипсихиатры” упрекают психиатров в том, что последние ставят диагноз больным “по меркам политических симпатий” (известная формула психиатра/антипсихиатра Томаса Саса)⁶.

Вот почему мы здесь так ценим нашу христианскую православную веру: она много говорит нам об этой норме. Мы себя не уравниваем с Господом Богом, ведь нам ясно, что не мы устанавливаем эту норму. Мы хотим познать её в своей жизни и жизни окружающих нас людей. И благодаря этому откровению и церковной традиции, которая зиждется на откровении, мы судим о качестве своей жизни: что нормально, что перспективно, что качественно, а что уводит в сторону. И не стоит озирааться направо и налево, надо

идти своим путем, который определил тебе Господь. Необходимо этот путь познавать, так как он всегда живой, он всегда не механический и по алгоритму не вычисляется.

Отсюда, из понимания “нормы”, и возникают нравственные задачи, как в церкви, так и в области психотерапии.

Современная психология и психотерапия стараются придерживаться недирективного подхода, и все же, у пациентов возникают настороженные вопросы по поводу, например, гипнотерапии: “А как же с моей верой, с моей личностью будет?” Это хорошо, что возникают такие вопросы. Для человека верующего известна и понятна соотносимость духа, души и тела. В нормальном случае психотерапия воздействует на душевные процессы, и человек вправе выбирать: принимать или не принимать это воздействие. Клинический опыт специалистов этой области свидетельствует, что если человек внутренне не приемлет какие-то суггестивные воздействия и внушения, то сеанс не состоится.

Воздействие на мировоззрение и на духовное содержание человеческой жизни не является задачей психотерапии, и предполагается, что его не должно быть. Однако, специалисты (психиатры, психотерапевты) тоже люди, и волюно или невольно зачастую их общение становится оценочным. И чем харизматичней психотерапевт, тем сильнее может быть его влияние. Поэтому вопрос о возможности его воздействия на мирозерцание человека стоит всегда, особенно в тех случаях, когда врач или психолог апеллируют к ценностной иерархии или оперируют онтологическими или экзистенциальными понятиями. Определить пределы вмешательства здесь очень важно!

Но во всех случаях, будь то клинический или воспитательно-просветительский подход, возникает вопрос: насколько психотерапевт вправе наставлять, переручивать, менять мирозерцание больного?

В церкви есть свои определенные нравственные учения, есть своя этика, которая похожа на многослойный пирог. Церковь — это народ Божий, это люди, и в ней кому больше дано, с того и больший спрос⁷. Значит подход уже никак не может быть стандартным. Он соотносен с Божьим откровением, но соотносен и с историей, и с обществом, примерно так же, как думает любой психотерапевт. Потому что мы понимаем, что человек живет в среде, у него есть внутренняя жизнь, но есть и соотносимость с Божьей волей и откровением. Человек должен быть открытым к тому и другому. Закрытость может быть опасна, она может нести очень много ненужных болезненных явлений внутри человека, внутри его психики, в его жизни вообще.

⁷ Из Евангелия от Луки: гл. 12, ст. 48: “...И от всякого, кому дано много, много и потребуется; и кому много вверено, с того больше взыщут”.

⁶ Сас Т. Фабрика безумия. — М.: “АСТ”, 2008. — 512 с.

Повторюсь, что здесь у священника нравственные ограничения в очень большой степени определены заповедями и святоотеческой традицией. У психотерапевта задача иная. Он тоже опирается на сложившиеся культуру и традиции, но ему значительно больше приходится двигаться или “плясать” от своего клиента или пациента. Он должен выработать персональный, индивидуальный подход к человеку. Он, может быть, даже не считывает какие-то личностные, очень тонкие характеристики, но личные и индивидуальные считывает⁸. И он по-своему смотрит на то, как человек общается, способен ли он к живому общению, к пониманию, к взаимопониманию, как он относится к людям, к свободе и насилию — это некие контрольные показатели. Мне кажется, что эти вещи находятся близко к центру душевных проблем.

У Карла Гюстава Юнга есть такая фраза: “Процесс психологического развития, который мы называем христианским...”⁹. Она не связана с психотерапией и тем более не связана напрямую с христианством, но ее можно понимать в контексте формирования рефлексивного сознания — сознания самокритичного, нравственного, а значит и христианского. Исследования психиатров и психологов показывают, что рефлексивное сознание появляется как некий этап формирования психики — и это есть установленный и даже непреложный факт. Это рефлексивное сознание, по-особому искаженное у душевно больного человека, священник может подправить (конечно, в пределах своей компетенции, отличной от врачебной), как-то скорректировать его болезненные переживания, что на медицинском языке называется “появлением критики” к своему состоянию, которое может возникать иногда благодаря лекарству, иногда благодаря психотерапии.

Христианство направляет человека смотреть на себя другими глазами — глазами Христа. Наш большой друг, психиатр и психотерапевт Б. А. Воскресенский говорил как раз по этому поводу, что ему особенно близка фраза из стихотворения Иосифа Бродского: “И то, чего вообще не встретишь в церкви, теперь я видел через призму церкви”, — о греческой церкви, которую разрушали, о взгляде на себя¹⁰. “Я всегда делюсь этим с больными. Даже тяжелые душевнобольные говорят: “Мне помогает вера, я стал воспринимать болезнь как крест, не как просто нака-

зание, но так сложилась жизнь, и я должна вести себя по-христиански, как должно”. В таких случаях улучшается отношение к окружающим, становится более ответственным лечение, больной сам идет к доктору и говорит, если ему стало хуже. В этом смысле и для меня путь психологического развития — христианский” — говорит Б. А. Воскресенский.

Критичность может открываться с различных сторон. Если, положим, большой алкоголизмом не признает свою болезнь болезнью, то он может признать, что пьянство — грех! Или при болезненных формах депрессий, можно напрямую говорить, что для верующего человека все эти состояния (неблагоприятные условия воспитания в детстве, промахи, проступки, грехи недавнего прошлого и т.п.) не имеют значения. Ему можно сказать: “Вы крещены, у вас другая жизнь, забудьте обо всем, то старое уже ни имеет значения”. Здесь возможности веры и священника гораздо больше, чем при специализированном врачебном, медицинском подходе.

Концепция трихотомии (дух-душа-тело) помогает сформулировать понятие нормы богословским языком. Оно, с одной стороны, апофатично: если нет душевного расстройства — нарушений эмоциональной сферы, восприятия, сознания, то каким бы странным человек ни был, во что бы он ни верил, в какие бы он политизированные или иные объединения ни вступал — он здоров. Но к апафатизму всегда добавляется катафатизм: если мы действительно видим очевидные болезненные реакции и явления, очевидные патологии, которые приводят к разрушению, то мы все равно призываем человека к положительному. В христианстве есть основополагающие моменты, которые мы связываем с достойной христианской жизнью и Божьей благодатью — это любовь, свобода, истина, Дух Божий, красота, доброта, вера, надежда и творчество — все то, к чему можно призвать человека, — к благодарности, в конце концов, в том числе и к смиренному принятию болезни.

Если у человека нет благодарности, и он приходит с унынием за помощью, то первое, что я говорю ему: “Вы не знаете своего призвания, и вы недостаточно благодарите Бога! Если ваше сердце наполнено благодарностью и вы знаете свое призвание, что Бог вам дал не случайным и единократным образом, но на всю жизнь, то вы никогда не будете унывать, вы будете видеть благое, настоящее содержание в своей жизни!

Благодарить надо не абстрактно — за все и вся, но в первую очередь надо благодарить за то, где вы чувствовали присутствие Бога и Его помощь вам! Если вы почувствовали его помощь, хотя бы на миг в течение дня, то за это в конце дня надо благодарить Бога! Это будет означать, что Ваш день прошел не впустую! Бог явил Себя в вашей жизни! А если вы прожили так, что Богу места не было в вашей жизни, и благодарности нет, — тогда вы неизбежно попадаете в

⁸ В нашем понимании “личностные” характеристики — это характеристики человека предстоящего пред Богом, ведь родиться личностью “свыше” можно только в Боге, в общении с Богом, в предстоянии пред Ним. А “личные” характеристики — это проявления связанные с культурой и социумом, земным началом.

⁹ Юнг К. Г. Психологические типы. — М.: “Академический проект”, 2017. — 538 с.

¹⁰ Бродский И. А. Остановка в пустыни/ Остановка в пустыне. Сборник стихов. — СПб.: ИГ “Лениздат”, 2016. — 272 с.

это состояние уныния”. Далее идут более индивидуальные рекомендации. Но первое важно для всех.

Примерно такой подход в случаях уныния. Такое часто бывает на исповедях. Это близко к психотерапии. Хотя я говорю о духовных вещах, но они проходят и через душевные вещи, и все вместе — это предмет нашей заботы.

Иногда из уст врачей или на конференциях звучат такие рекомендации, как: “...сходите в храм, помолитесь...”! Но этого совершенно недостаточно. Священник не фокусник и Господь Бог тоже не фокусник! Конечно, воздействие молитвы, единодушного и единомысленного собрания очень велико. Но далеко не сразу и не так радикально они исцеляют человека. Это может поднять его, если он упал и ему надо подняться. Это первый импульс. Но затем надо будет еще много сделать: трудиться и трудиться — прежде всего над собой.

Иногда возникает вопрос о разграничении психопатологических переживаний с религиозным содержанием и мистики, как собственно духовного акта. Здесь тоже важно сотрудничество врача и священника. В этом вопросе мы можем снова обратиться к опыту Б. А. Воскресенского, который подсказывает, что строка “...и чьи-то имена и числа вонзаются в разъятый мозг” из стихотворения В. Ф. Ходасевича¹¹, в каком-то смысле, помогает диагностировать психопатологическое переживание. Бог не вторгается в нашу жизнь насильно: “Се, стою у двери и стучу”¹². Такое неклиническое разграничение не является собственно лечебным воздействием против бреда, но это помогает наладить контакт и как-то побудить больного обратиться к врачу для более решительного лечения.

Религиозный бред носит всегда характер завлекательный: “...вот мне было явление”. И здесь не просто разобраться: то ли явление было от Бога, то ли от больной души? Это всегда очень трудно! Чтобы не ошибиться, надо смотреть по духу и по плодам. Это универсальное средство! Бывают разные духи и разные плоды. Кроме того, для этого должны быть предпосылки. Человеку надо говорить о смирении: кто ты такой, чтобы тебе давались откровения? И надо, чтобы человек поставил перед собой такой вопрос сам, чтобы он сам себя спросил: “А я кто такой, чтобы мне давались такие откровения?”

Пока твой опыт откровений не признан церковью, то лучше подходить с позиций “и не отвергай, и не принимай”, но подожди, не спеши выполнять сказанное, особенно, если это будет во вред кому-то или тебе самому. А если какое-то есть сомнение в этом, то уж точно не спеши принимать. Но сразу и не отвер-

гай, пока ты не утвердился в том, что это что-то чуждое тебе.

Тут мы выходим еще на один аспект — это вопрос ответственности. Ответственность как отношение между намерениями, поступками и оценками предполагает границы, а как раз границ зачастую человек поставить себе не может. Это касается и здоровых, и больных людей, а также уже упомянутых уныния, болезненных депрессивных состояний, расстройств шизофренического спектра.

Ответственность всегда связана с позицией “взрослого”: что человек на себя берет. Таким образом, выстраивается ряд критериев, по которым можно лучше понять человека: в каком он состоянии сейчас находится и что ему важно сказать, что ему лучше делать.

Этическая норма как раз призывает человека к ответственности, к мужеству, к состраданию, к свободе, а не к бесшабашности и хаосу. Эти нравственные требования должен учитывать и психотерапевт: что важно для человека, что стоит наверху его иерархии ценностей, что может и что не может стоять в этой иерархии. Свобода может быть, а произвола быть не должно!

Эти вопросы надо ставить и задавать каждому человеку. Ко мне приходят люди, которые никогда перед собой таких вопросов не ставили, и никто никогда перед ними таких вопросов не ставил — ни жизнь, ни школа, ни родители. Такие взрослые как дети — они очень жестоки и за свои действия не отвечают, и границ себе ставить не умеют.

Потому же и вопроса “выбора” люди перед собой не ставят: что более соответствует цели, а что менее? Люди вопросов себе не ставят и не умеют их решать: у них все зависит от обстоятельств. “У каждого свои ценности, у каждого свои цели” — девиз или слоган постмодернизма. Люди, впитавшие его идеи, его толерантность, уже не различают и не замечают, что доброе, а что недоброе, не различают добра и зла. И в этом смысле постмодернизм духовно опасен!

И это все, безусловно, связано с нашей нравственной позицией: во-первых, мы уважаем свободу другого человека, а во-вторых, мы принимаем его таким, какой он есть, но при этом хотим, чтобы он стал лучше.

Мы должны принимать человека не с осуждением, не с пренебрежением, как и Господь принимает нас. Он принимает нас такими, какие мы есть, но тоже хочет, чтобы мы стали лучше.

Мы верим, что человек есть икона Бога. Пусть разрушенная, расколотая, исковерканная, но икона Бога. Мы верим, что есть призвание к богоуподоблению. Мы верим, что человеку открывается тайна любви и свободы, что человек призван к познанию истины. Эти вещи и этические, и мистические одновременно.

¹¹ Ходасевич В. Ф. “Встаю расслабленный с постели...” (1923). Стихотворения. Серия: Поэзия XX века. — М.: “Проф-Издат”, 2007. — 208 с.

¹² Откровение Иоанна Богослова 3:20.

Нравственные ограничения здесь оказываются и для психотерапевта и для духовника общие: прежде всего, “не навреди”. Психотерапевт и священник должны исходить из того, что человек во всем должен знать свою меру. Человеку вообще надо ориентироваться на три вещи — чувство меры, чувство такта, чувства вкуса. Это все относится к мере, это с разных сторон об одном и том же, но это разные стороны. Эти три качества нужно в себе воспитывать. Они все относятся к аристократической культуре. И они относятся к духовному и одновременно душевному началу в человеке.

Часто мне приходится говорить не только о мере, такте и вкусе, но еще о чести и достоинстве. Люди не только по отношению к себе его не знают, но и по отношению к другому. Они могут обесчестить другого человека, даже не замечая этого, как и посягнуть на его достоинство.

Честь и достоинство — это то, на чем стоит и наша аристократическая, и наша аскетическая культура. Аристократизм духовный и аристократизм светский в этом отношении сходятся, но они с разных сторон подходят к этому вопросу. В духовном аристократизме больше этики, а в светском — больше эстетики. Это тоже две стороны одной медали.

С аскетикой еще труднее. Ведь все было профанировано в безбожное время, все было осмеяно, а затем доведено до какого-то абсурда: ты можешь поститься и при этом пойти и кого-то ограбить.

Все это важная духовно-нравственная работа. Чувство вкуса, меры и такта человек должен в себе развивать. Вот почему так важны адекватное восприятие искусства и природы. Поэтому и психотерапия пользуется этими возможностями, мы слышаны об арттерапии, библиотерапии, терапии творческим общением с природой и др. А что такое музыка — это вкус, такт, в прямом смысле “такт”, и, конечно, мера. Хорошее произведение, прежде всего, отличается этими вещами. Если что-то нарушается, то это произведение чем-то уже нехорошо.

Все это как раз и нравственно. Как только человек становится бестактен, как только он теряет чувство меры и вкуса — тут есть необходимость беспокоиться и священнику, и психотерапевту. Если это относится к обществу, культуре, к профессиональной деятельности, к семейной жизни, по отношению к себе, тем

более если происходит регулярно и агрессивно — это то, что должно интересовать психотерапевта, то, где он должен восстанавливать “норму”, проводить эту самую “нравственную работу”.

Если это внутренние терзания, а также согрешения, ошибки, грехи, и если это относится к Богу, к церкви и ближним, то это забота священника.

Важно было бы людям духовным, священникам и психотерапевтам здесь договориться о том, что мы не навязываем людям свою веру, мы не навязываем никому свои представления — политические, культурные, национальные.

Мы можем человека освобождать. Освобождать от всего, что его порабощает, что его закикливает, ввергает в ужас, панику, страх, что не даёт ему нормально смотреть на жизнь, на мир, на себя, на окружение. Психотерапевт тоже может восстанавливать и созидать “нормальное”, наставлять человека на его путь, который соответствует его призванию, его характеру.

Мы не случайно утверждаем, что образ Божий дан каждому человеку, каким бы он ни был: грешником или праведником, человеком современных взглядов или архаичных, человеком устойчивым в психике или крайне неустойчивым. Мы на человека смотрим в этом смысле одинаково. Мы хотим восстановления этих норм самоосознания и осознания того, что вокруг человека. Потому наша общая культура и наша вера чрезвычайно важны. Они нам помогают увидеть себя и другого человека, даже если сам он вышел из другой веры, из другой культуры, из другой традиции. Поэтому мы можем говорить о взаимной дополнительности служений священника и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библия. — М.: “РБО”, 2004. — 1294с.
2. Бродский И. А. Остановка в пустыне. Сборник стихов. — СПб.: ИГ “Лениздат”, 2016. — 272 с.
3. Кант И. Основы метафизики нравственности. — СПб.: “Наука”, 1995. — 528 с.
4. Сас Т. Фабрика безумия. — М.: “АСТ”, 2008. — 512 с.
5. Философский энциклопедический словарь / Под ред. Е. Губского и др. — М.: “ИНФРА-М” 2009. — 576 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 2012. — 366 с.
7. Ходасевич В. Ф. Стихотворения. Серия: Поэзия XX века. — М.: “Проф-Издат”, 2007. — 208 с.
8. Юнг К. Г. Психологические типы — М.: “Академический проект”, 2017.— 538с.

Психотерапевтические рефлексии: из сетевых дневников 2011 – 2016¹

Виктор Каган

* * *

“Пришла проблема пола...”

Сын в 8 классе после урока биологии, посвящённого размножению (в мае! — подростковый гон в степени весны) сказал: “Батя, сегодня о размножении рассказывали. Об одноклеточных — вполне. Но чем больше клеток было в размножающихся организмах, тем больше училка спотыкалась, заикалась и краснела, а когда дело до человека дошло, то я бы, чесслово, лучше рассказал”. Это был 1978-ой — как раз вышла наша с Д. Н. Исаевым первая книга по детской сексологии. Ближайшим январём он был в зимнем лагере, откуда дней через пять раздался звонок: отчислен за сексуальный разврат, срочно забрать! Понёсся, теряясь в догадках. Оказалось, воспитательница после отбоя приникла ухом к двери мальчицовой спальни и, сгорая от стыда, чуть не прожгла дырку в полу и не провалилась на первый этаж, едва не устроив пожар... У меня отлегло от души, и я поинтересовался, что же такое воспитательница услышала. Оказалось, очень толковый и внятный, не в пример школьной учительнице, хотя и не без вставок народной речи, рассказ о размножении человека. Мы просидели с директрисой за чаем часа полтора — ввёл её в курс темы и рассказал о принятой во многих странах методике “подсадной утки”, когда с неформальными лидерами группы с согласия родителей проводятся занятия, а уж потом они сами доносят это до сверстников, которые верят им в силу особенностей этого возраста больше, чем взрослым: ну, так сын просто воспроизвёл эту методику, благодарность с занесением в личное дело объявлять ему не надо, но, может быть, и выгонять не за что? На том и сошлись. Потом я распахивал ниву детской сексологии — книги, статьи, лекции без счёта для врачей и педагогов, заработал кучу обвинений от Медведевой, Шишовой и иже с ними в растлении и геноциде русского народа на деньги враждебных организаций типа ООН и прочих. И вот в 2010-ом мне пересылают письмо растерянного отца из Петербурга об уроке в 8-ом классе в одной из “породистых” школ: “У дочери сегодня на уроке биологии была тема “Половой акт”. Из этого урока ребёнок узнал: 1. Сперма очень полезна для кожи лица, но при этом отвратительна на вкус и имеет неприятный запах. 2. Что, если в браке мужчина изменяет, а женщина при этом устраивает истерики, то женщина — дура. 3. Что в сексе один из партнеров

должен быть активным, а “не оба как бревно”. 4. Что мальчики обычно “не могут найти дырочку и попадают в попу”. 5. Подробно была освещена тема оргазма. 6. Училка сообщила, что она сама в аналогичном возрасте ничего ЭТОГО!!! не знала и в этом виноват Брежнев. Вопросы психологии отношений, ведущих к половому акту, не обсуждались, видимо, как не важные и на стрельбу не влияющие. Я не ханжа, но они там, похоже, сдвинулись совсем. Или я, может, чего не понимаю”.

Прогресс потрясающий — 20 лет работы явно не прошли даром. Хоть плачь ...

* * *

То, что клиент и мы за ним следом называем страхом смерти, является страхом жизни и чего-то в жизни, который вербализован через смесь сопротивления (невротической защиты) и культурных клише, настоянную на психологических теориях. Потому и работа напрямую со страхом смерти практически всегда неуспешна, а анализ успешной показывает, что терапия была адресована проблемам жизни.

* * *

Злость, гнев — нормальная человеческая реакция: возникает в ответ на что-то и как-то разряжается или разрешается, минует. Она локальна, ситуативна и не нуждается в оправданиях. И добрый человек может разозлиться, разгневаться. Злоба (злобность, озлобленность) как черта личности всегда деструктивна — деструктивностью движимая, она находит для себя оправдания, переопределяет себя в добро. И святой может разозлиться, но святоши, как правило, злобны — причина в них самих, а поводы они находят или создают.

* * *

Что бы вы сказали, если бы парикмахеры оказались представителями одной профессии с теми, кто стрижёт траву, деревья, баранов, деньги, красильщиками тканей, малярами, художниками и т.д.? А ведь в психологии примерно это и происходит.

* * *

Лечить и лечиться надо по возможности быстро, а выздоравливать по возможности медленно.

* * *

Хорошая сессия это не тогда, когда я вёл и привёл пациента к чему-то. Хорошая сессия это когда пациент был максимально свободен в своём исследовании себя и своей несвободы.

¹ Окончание. Начало в НПЖ, 2017, 3, 57 – 66.

Психологические моды. Шейте сами.

В нынешнем сезоне — нарциссизм, зависимость-созависимость, позитивность. Берётся любое психологическое явление и толкуется с использованием полубившегося фасончика-термина, в который можно вкладывать любое содержание вплоть до противоположного.

* * *

Клиент приходит ко мне не за тем, чтобы я с ним что-то сделал, а за тем, чтобы сделать нечто со мной вместе. Задача № 1 — не мешать ему. Задача №2 — по возможности помогать. Выполнения первой сплошь и рядом бывает достаточно. Не выполняя её, я не могу выполнить вторую, когда в ней есть нужда.

* * *

Ортодоксальные сторонники медицинской психотерапии теперь опираются на то, что психотерапия должна быть обоснована не только академической наукой, но и критериями ЕВМ — Evidence Based Medicine (основанная на доказательствах медицина). В российской медицине, говорят они, происходит научная революция — парадигма индивидуального подхода сменяется парадигмой ЕВМ. Гештальт-терапия, экзистенциальная терапия и др. для них бездоказательные бирюльки.

Мне это видится, как попытки навязать психотерапии регресс к тому, от чего она отправлялась и что долго цвело буйным цветом в советской психотерапии (были исключения, конечно, но не отменявшие правило). Навязать, думаю, не удастся, но попытки налицо.

* * *

Хорошо сказано, мол, обменяемся яблоками, и у нас будет по яблоку, обменяемся мыслями — будет по две мысли. Обмениваясь словами, обменяемся ли мы мыслями? Обмениваясь мыслями, обменяемся ли смыслами? А если обменяемся, то что будем делать с двумя смыслами одного и того же? Смыслы, думаю, штучно производятся внутри человека, а не доводятся и доходят. И хорошо. Иначе — всеобщий синдром психического автоматизма, шизофрения.

* * *

Феномен, конечно, не специфически сетевой, но многократно усиливается отсутствием возможности физического контакта с оппонентом. Едва ли не любое обсуждение в социальных сетях быстро отливается во взаимные упрёки в невежливости (хамстве, некультурности...) и ограниченности (глупости, быдловатости...) с нередким поиском врагов и паранойальным видением в оппоненте и его высказываниях злонамеренности. Так маленькие хилые очкарики играют в бои терминаторов, становясь в своих переживаниях себя большими, сильными, умными и т.д. Карлики, играющие в гигантов и теряющие границы игры и жизни.

* * *

В неутрахающем восторге от фразы известного психотерапевта: “Психотерапия же, вероятно, появилась уже после возникновения речи”. Только успевай читать и — “О, сколько нам открытий чудных...”

Психотерапевт в публичном пространстве.

Несколько дней назад обсуждали тему “Врач/психолог в интернете”. Мнения, естественно, были разные. Но вот встречаю в Сети мнение практикующего, преподающего и много выступающего психотерапевта: *«Что я думаю про “Левиафан”. Одним словом: кинопрокинематография. Фильм, поставленный по сценарию. И да, некоторым юзер... юзрителям это может нравиться»*

Не вижу в нём ни мотивированной оценки фильма вообще, ни, тем более, профессионально мотивированной оценки. Вижу бирки, клейма — фронтальную инвективу: фильм — некая субстанция, сценарий — тоже, симпатизирующие фильму зрители — туда же. На скамеечках это высказывается без учёных слов..

Будь я потенциальным пациентом, к так выступающему терапевту не обратился бы. Потому что не вижу в этом тексте внимания к тому, к чему жду от терапевта внимания — к переживаниям людей в очень эмоционально насыщенном фильме: услышит ли он мои, приди я к нему?! И потому, что, если вдруг мне фильм понравился, я оказываюсь *“некоторым юзером... юзрителем”*, которому *“это может нравиться”* — представителем явно негативно оцениваемой группы: к обращению это никак не располагает, так как о являющемся условием психотерапии безусловном принятии меня таким-какой-я-есть с моими такими-какие-они-есть-переживаниями тут и речи нет. Учусь я у автора текста или читай/слушай его выступления по разным вопросам, сказанное выше, мягко говоря, не повышало бы его авторитет в моих глазах. Мне скажут, что надо разделять работу и личную жизнь, что в своих выступлениях за пределами рабочего места и отношений с пациентами человек имеет право делать и говорить, что и как хочет. Имеет, конечно, если в этическом кодексе статьи на это нет. Но в восприятии, условно скажем, потребителя он всё равно остаётся представителем профессии. И никуда от этого не деться...

Who is who?

Время от времени мне достаётся на орехи от коллег по врачебному цеху за представление о немедицинской психотерапии и следующем из неё праве психологов заниматься ею. Но если понятие *врач* для меня понятно и легко отличается от *целителя, знахаря* и др., то с понятием *“психолог”* сложнее. В немедицинской психотерапии (психологической практике) занято множество непсихологов — прошедших обучение тому или иному виду психологической практики физиков, математиков, экономистов и т.д. Они могут блестяще работать, но являются ли они, следует

ли называть их психологами, если они не получили фундаментального/университетского психологического образования? Не называет же себя врачом обучившийся гипнозу человек. Вопрос вроде бы качается между риторическим и схоластическим. Но экспансия психологической помощи требует определённости базовых профессиональных понятий, без чего трудно, если вообще возможно, устанавливать границы ответственности разных её видов. Человек с университетским дипломом психолога может быть прекрасным исследователем или преподавателем, но полным нулём в психологической практике, где ему дают фору люди без таких дипломов, от писаний которых у грамотных психологов волосы на голове встают дыбом. Но речь не об этом. Речь только о том, кто есть кто в системах организации и регуляции психологической помощи.

* * *

Когда-то, уйдя из “большой психиатрии” в, как тогда говорили, “пограничную” и психотерапию, заметил несоизмеримость степени усталости. Работая в госпитальной “большой психиатрии” в довольно плотном режиме — полторы ставки плюс 9 – 10 ночных дежурств в месяц, уставал меньше, чем при всего-навсего ставочном психотерапевтическом приёме. Потребовалось время, чтобы уловить и понять разницу. Психиатр защищён невидимой стеной диагноза: больной по одну сторону, он по другую; переживания больного интерпретируются в терминах симптомов-синдромов и не достают до собственной души — не царапают, не ранят вспышками и взрывами ассоциаций с собственной жизнью. В психотерапии этой стены нет, и переживания пациента оказываются в той или иной степени отражением тебя с твоими собственными переживаниями. И так столько раз, сколько у тебя сегодня пациентов. Со временем и опытом научаешься контролировать это и выработать защиты (как? — отдельный вопрос), чтобы и себя не пережечь, и пациенту не навредить, не только не ободаться о них и не дать им создавать ненужные артефакты, но и использовать их на пользу работы.

* * *

Как Журден, открывший, что он говорит прозой, мы сейчас, огорошенные техническим прогрессом, открываем *клиповое мышление*, не замечая, что оно всегда было, хотя и без имени; раньше клипы создавались другими способами, и у психологии есть языки, позволяющие описывать их участие в мышлении. По существу, создаём новый клип *клиповое мышление* и рассуждения о *клиповом мышлении* сами являются его частью.

Cancer Survivors Plaza.

Впервые попал туда летом 1995-го — мне хотели показать вращающийся на водной подушке гранитный шар весом 5 тыс. фунтов (примерно две с четвертью тонны). Это было красиво, но не более того. Но

потом подошёл к табличке неподалёку от шара и прочитал, как помню: “Этот гранитный шар весом 5 тыс. фунтов символизирует рак. Эта машина всё время в движении. Положи на него руку, останови его и раскрути снова в любом направлении. Попробуй. Твоё усилие может изменить направление движения этой огромной массы — рака”. И это было поразительно — такой мощный психологический заряд просто на улице и для всех, потому что на место рака легко подставить любую другую свою болезнь или заботу. Уже потом пошёл по скверу, читая таблички с лаконичными и чёткими советами заболевшим, телефоны для связи с волонтерами, пережившими сходную форму рака и готовыми поддержать, постоял у замечательной скульптурной аллегории выхода ... Потом, уже живя в Далласе, не упускал случая побывать там. Возил туда своих пациентов, организованного и руководимого Ella Vorodyansky дневного центра для пожилых, и видел, как это работает — и вообще, и у пациентов с онкологией. Вспоминаю это место до сих пор с оттенком благодарного удивления перед тем, как это замечательно — вынести культуру и психологическую помощь на улицу, не замыкая их в музейных залах и лечебных учреждениях, и перед тем, как много могут простые человеческие потребность и готовность помогать, не требуя вознаграждения и не ожидая, что всё возьмёт на себя государство.

Депрессия.

Ни сном, ни духом я не сторонник лечения всех депрессий антидепрессантами и, тем более, только антидепрессантами. Годами глушить ими невротические депрессии или истероидные квазидепрессии — глупость, чреватая многими неприятностями для пациентов. Ни сном, ни духом не отрицаю полезности психотерапии при большой депрессии. Но не лезущая ни в какие ворота и тем не менее достаточно распространённая голая психотерапия большой депрессии под аккомпанемент *blah blah blah* не распознающих её психологов о злонамеренности фармфирм и психиатров граничит с преступлением.

* * *

В лекции на Яломовском фестивале в Москве (29.09.2014) и потом на нескольких своих мастерских и лекциях, обкатывал их, но, вероятно, пора остановиться. Хотел дать рабочие (и работающие) определения: а) на простом русском языке без ненужного наукообразия, б) приложимые к психотерапии независимо от школ и направлений.

Психотерапия — *светская профессия, использующая специально организуемое общение для помощи пациенту в совладании с беспокоящими его телесными и/или душевными проблемами.*

Экзистенция — *переживание человеком себя и мира в динамике отношений с собой и миром.*

* * *

“Отчаянные недуги врачуют отчаянные средства. Или никакие” (Шекспир). Но как ни круты бывают ситуации на группах для меня очень важно, когда потом участники отмечают бережность работы. Такие слова не лежат дежурными штампами отзыва и, если они произносятся, значит это пережито. Себя в терапии переживаю как спутника в тяжёлом путешествии, но не создателя полосы препятствий и комнат ужасов, которые выбьют из пациента/участника спасительный инсайт. Это мои границы или ограничения — да какая разница? Если кому-то нужны такие полосы и комнаты, значит, не ко мне; простите ставшее банальным “каждый выбирает по себе” — то, сё, пятое, десятое и терапевта или ведущего тоже.

* * *

Чтобы не страшно было уходить, надо просто жить, а не трагить жизнь на страшилки о будущем уходе. Страшно уходить, если перед уходом понимаешь, что и не жил вовсе.

* * *

“Экзистенциальной психотерапии как таковой не существует” (Ирвин Ялом).

Экзистенциальной психотерапии как специальной методологии со своим неизбежно ограниченным набором техник и методик, действительно, нет. Экзистенциально-терапевтический рецептурник не составить, экзистенциальной терапии на полугодичных курсах не выучиться. Но психотерапия в культурной динамике человека и усилиями восприимчивых к ней терапевтов — в частности, самого И. Ялома — движется в сторону интеграции и экзистенциализации. Экзистенциальное перестаёт быть сахаром вприкуску, растворяется в терапии и изменяет её, чтобы она могла вступать в диалог с человеком — этим, здесь, сейчас, быть в диалоге “Я — Ты”, а не “Я — Оно” — взаимодействовать с человеком, а не воздействовать на *носителя симптома*. Могу лишь повторить то, что давно твержу: что не экзистенциально, то не психотерапия. Экзистенциальное может скрываться в фоне гештальта терапии, может становиться фигурой, но оно всегда в терапии есть. Другое дело — чувствует ли, осознаёт ли и признаёт ли терапевт этот экзистенциальный нерв психотерапии.

* * *

Журналист и политический активист Барбара Эренрайх в книге “Улыбайся или умри” говорит о том, что доктрина позитивного мышления используется политиками как средство контроля над обществом и приводит к кризисам. В целом разделяю содержание и пафос сказанного, но с одной оговоркой. Речь у Б. Эренрайх, на мой взгляд, идёт не о собственно позитивном мышлении, а о широкой волне вульгаризации понятия. Здесь не место обсуждать, какой, как возникающий и на что именно спрос современного человека эта вульгаризация удовлетворяет — это

тема для отдельного большого разговора. Меня больше занимает, как психотерапевты/психологи на этот спрос отвечают. И думаю, что немалую роль в этой волне вульгаризации играет усиливающаяся тенденция становиться учителями жизни. Мы начинаем учить позитивному мышлению, обедняя его содержание, предполагая, что в воле самого человека мыслить позитивно или непозитивно, что позитивному мышлению можно выучить, как арифметике или пользованию вилок, забывая о том, что наша задача помочь человеку к нему прийти, т.е. преодолеть барьеры на пути к нему — работать с невротическими по своему существу переживаниями, мешающими изменить жизнь. Другими словами, подменяем психотерапию обучением. Но можно ли научить тому, что сам не умеешь, и так ли уж позитивно мыслим мы сами? Для чего нам выходить за границы профессии, становясь учителями жизни и ставя пациента в роль ученика? Это может быть приятно, может потешить самолюбие или с публикацией очередного текста — честолюбия, но и только. При этом за удручающе поверхностным знанием психологии почти неизбежно следует размытость становящейся резиновой терминологии, изобретение собственных “теорий” и т.д. И да — это может помочь зарабатывать. Но что ни говори, деньги всё-таки пахнут, а мыльные пузыри лопаются.

* * *

Иногда слышу от студентов-психологов гордое, мол, я уже приём веду, у меня есть клиенты. Спрашиваю — на каком основании? В ответ слышу в лучшем случае о хаотическом участии в паре-тройке тренингов. И тогда думаю, что их плохо учат или они плохо учатся, если не понимают основополагающих вещей. Вижу побегавших по пёстрому ковру тренингов людей, уверенных, что они таким образом прошли подготовку к психологической практике — это примерно как взять по несколько уроков у пианиста, скрипача, духовика, осветителя, художника-декоратора и претендовать на выступление в качестве музыкального ансамбля. Получается отражающееся в объявлениях представление себя как одновременно психолога-консультанта, психоаналитика, специалиста по картам Таро, остеопата биоэнергетика ... Да и академические психологи со многими заслугами в науке и званиями не отстают, если не идут впереди, полагая, что их научная работа это основание для консультирования живых людей с их проблемами. Но с какой стати психолог, посвятивший годы исследованию особенностей зрительного внимания в условиях преодоления полосы препятствий курсантами разных военных училищ, вдруг принимается учить народ отношениям в паре или воспитанию детей? Вот и возникает вопрос — насколько мы понимаем и уважаем профессию психолога-практика?

* * *

Делить людей на слабых и сильных это твоя собственная слабость. Потому что невозможно помочь

человеку, не уважая его право страдать, не принимая его право давать слабину. Ни “слабому” невозможно помогать, глядя на него свысока-неприязненно, ни “сильному”, индуцируя его своими установками культа силы и успешности и не принимая его, когда он окажется “слабым”, от чего никто не застрахован.

Бог и вечность в психотерапии.

Вера есть недоказанное знание, и одни знают, что бог есть, а другие — что его нет. Примем, что он есть. Если это так, то он всемогущ, вездесущ, всеведущ и непостижим. Стаскивать его за бороду в психотерапию нет никакой нужды — он и так здесь. Забывать, что он дал человеку свободу — в том числе верить в него или нет или, как говорят, в человеке снял ответственность с себя, тоже негоже. Суесловить о Творце — непостижимом! — в мирских тварных целях, а других психотерапия как мирская, светская профессия перед собой не ставит, так же неприлично, как подменить её миссионерством. Брать на себя функцию спасения души клиента через его излечение — гордыня, один из смертных грехов. Мне ближе взгляд Вяч. Вс. Иванова на бога как внешнего наблюдателя созданного им мира и на человека — как наблюдателя внутреннего. И потому привлекать бога к исполнению терапевтических задач и достижению терапевтических целей — примерно то же, что молиться об обретении велосипеда. Он не старик Хоттабыч и не Сивка-Бурка.

Меня не пугает временность моего существования настолько, чтобы авансом заигрывать с вечностью. Мне нравится жизнь во временности и жаль тратить время этой жизни, отвлекаясь от неё на вечность, о которой я ничего не знаю. Моя задача — помогать клиенту принимать жизнь и себя в ней, быть в ладах с жизнью, совладать с ней и её временностью, а не погружать его в невротические фантазии о вечности.

* * *

Чем дальше, тем больше занимают меня тексты о зрелой — личности, сексуальной любви, духовности и прочих мыслимых и немислимых вещах. Читаю и в желании познакомиться с достигшими зрелости и просвещающими не достигших авторами прошу: “Проведите! Проведите меня к нему — я хочу видеть этого человека!”. В ответ тишина.

* * *

Границы возможностей психотерапии должны определяться до психотерапии. Ссылаться на них уже по факту неудачи — значит переводить стрелки ответственности с себя на психотерапию и пациента вместо того, чтобы ответить себе на малоприятные, но продуктивные вопросы о том, что я сделал не так, что недоделал, что мог сделать ещё и/или иначе и т.д.

* * *

Пациент может делать всё, что ему угодно, терапевт — то, что должен и может.

* * *

Момент, с которого в работе с новым пациентом становишься психотерапевтом, это смена ощущения своей малости и слабости перед неизвестностью, неопределённостью, которая может поглотить тебя, ощущением открытой включённости в неё; а потом, в следующих сессиях, смена иллюзии знания включённостью в сидящее перед тобой незнаемое.

* * *

Спротивление обычно понимается как парадоксальное противодействие пациента терапии, с которым терапевту надлежит бороться и преодолевать его. Фрейд делил его на исходящее от Я, Оно и Сверх-Я. Есть множество так или иначе продолжающих это, растущих из этого и бог весть из чего ещё классификаций сопротивления и следующих из них способов борьбы с ним. Мы изрядно поднаторели в рассуждениях о нём, интерпретации его и манипулировании этим термином. Но полвека работы со всеми её удачами и неудачами, победами и поражениями убеждают меня в том, что главное — не единственное, но главное, чему пациент сопротивляется, это тому, что, как и когда я делаю. Оно не парадокс, не злой умысел, не ведомо голосами Оно, Я, Сверх-Я, комплексов и т.д. Оно закономерная и в принципе здоровая реакция на мои действия по отношению к этому пациенту в это время в этой ситуации — на то, что я не вижу и/или не принимаю реальность пациента и потому *volens nolens* не считаюсь с ней или покушаюсь на неё. Поэтому первое, что я должен сделать, это проанализировать свои действия и только потом, если они по гамбургскому счёту не были причиной сопротивления, только потом искать их причину в пациенте.

* * *

Выводить психотерапию из науки это примерно то же и с тем же результатом, что искать в учебнике химии секрет изготовления бабушкиного пирога.

* * *

Сначала разделяем человека на тушу и душу, а потом из нескольких букв до бесконечности пытаемся сложить слово “психосоматика”, как мальчик Кай слово “вечность”..

* * *

“Хорошо, когда человек обманывает ваши ожидания, когда он расходится с заранее составленным представлением о нём. Принадлежность к типу есть конец человека...” — Борис Пастернак не о психотерапии, естественно, писал. Но слова его точно приложимы к ней. Она невозможна там, где передо мной сидит шизоид, циклоид, нарцисс, невротик и т.д., где она “психотерапия шизоидного характера” или чего-то ещё. Она начинается там, где мой взгляд не убивает человека, чтобы уложить его в научный гробик рубрики, градации, диагноза и проч., где она не раскраска трупных пятен, а диалог с этим сидящим пере-

до мной человеком. Для этого я сам должен быть живым.

* * *

У терапевтической эмпатии есть две стороны. Одна видна со стороны пациента и если он говорит, что я сегодня был эмпатичен, значит, так оно и есть, даже если я под аккомпанемент его речи думал о певчих птичках. Это *его* восприятие происшедшего и меня. Другая видна с моей стороны как мои умение и свойство. Она важна, но с тем, что ей принадлежит ключевое место, а остальное не так важно, согласиться не могу. Дело не только в том, воспринимаю ли я пациента эмпатически, а и в том, что я с этим восприятием делаю. Оно может резонировать с моим состоянием так, что терапия обрушивается, как мост под шагающим по нему в ногу строем. Может пугать, раздражать, ассоциироваться с вроде бы переработанным опытом и оживлять его, задевать моё неосознаваемое, диктуя глушить дальнейшую эмпатию, вырывать меня из состояния терапевтического принятия и присутствия, вести к контрпродуктивным действиям. Может быть золотым ключиком терапии.

Сочувствие и сопереживание.

Сочувствие вольно или невольно, осознанно или нет всегда с позиции со стороны и сверху, в нём причудливо смешиваются страх, что и со мной может быть так, радость, что этого нет, замалывание греха этой радости спасательством и глушащим собственный страх псевдознанием с бесполезными советами. Движимое самыми благими намерениями, оно по существу направлено на избавление сочувствующего от неприятных эмоций: и внутренний голос тебе: “Господи, лишь бы это закончилось! Душа разрывается!”, а язык другому: “Да что ты? Брось, не бери в голову! Всё это ерунда. Улыбнись — всё прекрасно!” и можно наконец улыбнуться вместе с тем, кому сочувствовал, малость ещё и гордясь тем, какой ты чуткий и замечательный. Оно — действие для/ради сочувствующего, создающее защищающую от сопереживания отстранённость.

Сопереживание — вместе с другим, принимаемым с его правом на его эмоции и переживания, оно открывает возможность слушать и поддерживать, не соря словами и не залезая с ногами в чужие переживания и жизнь. Оно — действие для/ради другого.

Психотерапевт может попасть в сети сочувствия и запутаться в них вместе с пациентом, защищаясь от сопереживания и/или прикрывая своё чувство бессилия создающей иллюзию терапевтического действия активностью — “Я же должен (-на) что-то делать!”. При этом упускается из вида лежащий под рукой способ делания — терапевтическое неделание. Уже само осознание и принятие того, что неделание и есть дело, помогает обойти грабли сочувствия и включиться в переживания пациента, не посягая на его право переживать то и так, что и как он переживает, но принимая и разделяя его реальность.

* * *

Один из признаков того, что психотерапевт развивается как профессионал, это растущая неуверенность, помогающая не впадать в самоуверенность, определяться в неопределённости и каждый раз нащупывать путь. “Сине-море-по-колени-пеше-переходящеский” терапевт похож на спасателя, который колотит тонущего спасательным кругом по башке.

* * *

Пока тебе интересно бесплатно оказывать помощь и радоваться результатам, остерегись начинать самостоятельную практику.

* * *

«...человека, стремящегося приспособить науку к такой точке зрения, которая почерпнута не из самой науки (как бы последняя ни ошибалась), а извне, к такой точке зрения, которая продиктована чуждыми науке, внешними для нее интересами, — такого человека я называю “низким”» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 26, ч. II, с. 125). Часто вспоминается при чтении текстов психотерапевтов о политике, культуре и т.д.

* * *

Сколько людей, молясь что богу, что психологии, усердно разбивают лбы. И хорошо, если только свои.

* * *

Никакие психологи не избавят тебя от проблем, если ты думаешь, что наличие проблем избавляет тебя от ответственности.

* * *

С каждым пациентом приходится заслуживать звание психотерапевта с нуля.

* * *

Т. Г. Шевченко в дневниках, когда оказался в Петербурге после солдатчины: “Денег нет. Написал бы с кого-нибудь портрет, но заказчика нет, а даром работать совестно”. Действительно, инвестирующий в свою подготовку деньги и время терапевт не должен работать бесплатно. Но без портрета отпускать оплатившего портрет заказчика ещё более совестно. Однако то и дело слышу, что психотерапевт проводит с пациентом время своей драгоценной жизни, что и должно быть оплачено, а остальное — ответственность пациента.

* * *

Цивилизационное ускорение набирает такую скорость, что эволюция человечества принимает революционные формы, с которыми человеческому сознанию трудно справляться. Фазность, этапность развития, требующая времени для прохождения этапов и связанных с ними кризисов развития свёрнута в очень короткие промежутки времени, кризисы развития остаются неразрешёнными, что осложняет дальнейшее развитие. В этих условиях обострение борьбы ретро- и проспективного неизбежно обостряется — не успе-

вающий адаптироваться к переменам человек хватается за прошлое как за спасительную соломинку. Но она не спасает и превращается в копьё, нацеленное на проявления возникающего на глазах будущего. Что и видим во всех сферах жизни практически по всему миру. К сожалению, диалог прошлого и будущего слишком часто выходит из берегов продуктивности на поля сражений с неизбежными человеческими и цивилизационными потерями. Так это во всём, так и в психологии и психологической практике.

* * *

Проповедничество в психотерапии сегодня стало сильной тенденцией. Приправляемое поверхностным обращением к разным наукам, шпигуемое вынутыми из контекстов цитатами и в разном масштабе — от деталей сиюминутной жизни до жизни вечной — оно претендует на знание того, как правильно жить, и так или иначе, вольно или невольно становится чем-то вроде квазирелигий. Это квазирелигии школ и направлений, групп внутри них, индивидуальных домыслов. Беда не в том, что они есть — в конце концов, невозможно жить в мире, не создавая его картины для себя. Беда, когда благие побуждения начинают претендовать на место картины для всех и отодвигают на задний план собственно психотерапию — конкретную помощь конкретному человеку в его конкретной жизненной ситуации с ответственностью не за то, что я хотел сделать, а за то, что реально делаю.

* * *

Во Вторую мировую войну перед США и Великобританией встала проблема: как повысить живучесть бомбардировщиков. Самое простое решение: усилить броней те места, куда попадали снаряды. Но это увеличит вес самолета — в полной броне он не взлетит. Военные обратились к математику и специалисту по статистике Абрахаму Вальду. Он нарисовал два самолета. Серый — без повреждений. Черным отметил, где чаще всего бывают пробойны. Вальд предложил такое решение: “Ищите места, где уцелевшие бомбардировщики не повреждены. Это самые уязвимые места. Они вернулись только потому, что туда не попали”. Раз самолет долетел с пробойнами, значит они не критичны. Стоит противнику попасть в серые места — экипаж погибнет. Метод Вальда получил название “систематической ошибкой выживших”. Критерий Вальда ориентирует статистику на самые неблагоприятные условия. — Wikipedia.

Что-то похожее происходит в психотерапии. Работаем по пробойнам — прослеживаем их возникновение, латаем, зализываем, затыкаем, помогаем жить/совладать с ними и избегать их. Но пациент, коль скоро он сидит перед нами, и так живёт и нередко не только совладевает с ними, но и летать без них не хочет или не может и тогда сопротивляется нашим попыткам. Все или почти все наши теории и терапевтические легенды это чёрные зоны на карте души. Даже

говоря о потенциале/ресурсах мы сплошь и рядом имеем в виду затыкание пробойн, использующее то, что нам кажется ресурсами. На самом деле они сплошь и рядом оказываются серыми зонами — местами критической уязвимости, нуждающимися в укреплении и дополнительной защите. И это, возможно, то главное, чем и в чём мы можем пациенту действительно помочь.

* * *

Вчера угораздило на ночь пожевать пару умных статей по психологии на птичьем языке учёности. Во сне явилась статья в Википедии *Росказ*, повествующая об отличии этой новой формы прозы от *рассказа*, из которой запомнилось к пробуждению: “Судя по голосам читателей, слово *росказ* арифметически модально авторской концепции *рассказа*...”. А потому что незачем есть на ночь всякую дрянь...

* * *

“Наша задача — быть проводниками, друзьями и толкователями для людей во время их путешествия по их внутреннему аду и чистилищу. Говоря более точно, наша задача — помочь пациенту дойти до той точки, где он сможет решить, продолжать ли ему оставаться жертвой или покинуть это положение жертвы и пробираться дальше через чистилище с надеждой достичь рая”. Р. Мей.

Хорошая метафора, ничего не скажешь, особенно вторая фраза. К сожалению, заземление метафоры первой фразы часто приводит к позиции “Я проводник, друг и толкователь” вместо выраженной Меем задачи *быть*, т.е., *стать* им. Причём не просто *раз навсегда для всех стать*, а каждый раз в работе с каждым пациентом *становиться*, чтобы быть. Без этого я пекущий пироги сапожник, тачающий сапоги пирожник, слепой поводырь слепого.

* * *

А. М. Свядощ всегда напоминал о принципах диагностики, первый этап которой — диагностика негативная: исключение самых тяжёлых диагнозов и второй, если они исключены, диагностика позитивная, непременным условием которой является звучание предположительной причины в клинической картине. К сожалению, они сплошь и рядом не соблюдаются: психиатры по принципу “Не психологизируй” игнорируют второй этап, а психологи по обратному принципу “Не психиатризируй” — первый. В результате по невротической депрессии и депрессии как нормальной реакции на ненормальные обстоятельства лупят из тяжёлых психофармакологических орудий, а при депрессивной болезни тащат в экзистенциальные поиски.

* * *

Как много зависит от выбора слов. Одно дело, когда *подходить друг другу* значит *заполнять свои дыры другим человеком* и совсем другое — *поддерживать и расширять возможности друг друга быть*

самими собой и реализовывать себя. Дыра в душе — хорошая метафора, из которой, однако, никак не следует, что дыра эта была до появления другого, который, якобы, заполнил её собой.

* * *

Интерпретация возникает там и тогда, где и когда я не услышал пациента. Каждая “теория” (в кавычках, поскольку в психотерапии теорий в строгом смысле слова нет) задаёт канву интерпретации её направление, содержание и язык интерпретирования. Интерпретация, в свою очередь, мешает услышать, заслоняет сказанное и говоримое пациентом, переводит мой диалог с пациентом из плоскости Я — Ты в плоскость Я — Оно/Интерпретация. Что тут курица, что яйцо и что было первым — не слышу и потому интерпретирую или интерпретирую и потому не слышу — может быть либо так, либо этак, а чаще то и другое вместе в порочном круге. Совсем не интерпретировать невозможно. Лучшее, что могу сделать это “положить интерпретацию на ум”, дать отстояться и свериться с происходящим в сессии; худшее — повести терапию по её колее, в которой рано или поздно пациенту станет тесно. Чтобы слышать пациента, теории не нужны. Это не значит, что их не нужно знать — наоборот, нужно, но они должны быть переварены настолько, чтобы не мешать живому процессу терапии и не заслонять то, о чём пациент говорит. Слышать — не способность, которая у одних есть, а у других нет, не обладание натренированным и всегда работающим навыком, а постоянное усилие, удающееся каждый раз больше или меньше, лучше или хуже.

* * *

Врач-психотерапевт, полагая секс с пациентами нарушением, заключает свою статью: *“И в заключение я бы хотел сказать о том, при каких условиях секс с клиентами, как мне кажется, все-таки возможен. Во-первых, для этого должно быть более мягкое отношение к таким ситуациям в обществе и в общении, чтобы терапевт и клиент могли спокойно обсуждать с другими людьми такие ситуации, а не стараться изо всех сил сохранить это в тайне. Во-вторых, терапевт должен соответствующим образом организовать свою личную жизнь, либо быть свободным, либо состоять в свободных отношениях, в которых у партнеров есть право на секс с другими людьми. Последнее правда кажется мне мало реалистичным, но вдруг. В третьих, это должен быть секс в рамках терапевтических отношений и в процессе терапии. Для этого терапевтический кабинет должен быть специально оборудован. Секс должен быть связан с запросом клиента, и на него должен быть заключен контракт. Сам процесс должен быть организован в соответствии со всеми принципами терапевтического эксперимента, должно быть ясно обозначено начало эксперимента, клиент должен принять ответственное решение о выполнении эксперимента, терапевт должен контролировать*

скорость выполнения эксперимента, следить за реакциями клиента, поддерживать его осознание происходящего и так далее и тому подобное”.

Идея специально для секса оборудованного кабинета поражает воображение. Что называется, вперёд, ребята. Остаётся только по-быстрому изменить общественное отношение к сексу терапевта и клиента. Впрочем, оно в России таково, что особого труда это не составит. Так и представляю контракты бихевиориста, гештальтиста, экзистенциального терапевта на секс с клиенткой. Одно большое упущение у автора — всё-таки большинство терапевтирующих психологов женщины. Никакой заботы о прекрасной половине терапевтов. Или автор сексист и сексуальный шовинист? Также не рассмотрен терапевтический секс в однополых парах “терапевт-клиент” и т.д. Как, например, должен быть оборудован кабинет психолога с учетом разно- и многообразия сексуальных предпочтений? Наконец, не рассмотрены вопросы ценообразования — такая терапия должна быть дороже посещения борделя и на сколько или, учитывая необходимость заботы о психическом здоровье популяции, дешевле? А если серьёзно, то вне зависимости от замыслов и мотиваций автора статья она шаг к легализации того, что в психотерапии недопустимо. Остаётся надеяться, что эхо шага не отзовется маршем.

* * *

Удивительным образом, хотя что в этом удивительного, самые неожиданные тексты читаешь как тексты о психологии, Эдуард Бормашенко в эссе “У единицы” в журнале “Семь искусств” пишет: *“Мы не твёрдо знаем, что представляет собою единица, но ловко управляемся со счётом. Таков путь всякого познания, упаковывая непонимание в первичные понятия, мы бодро движемся дальше, скользя по фундаментальным проблемам, и оправдывая поверхностность несомненным успехом. Потом глубинное непонимание даст о себе знать, но это же — потом”.*

Мы, мягко говоря, не твёрдо знаем, что представляет собой сидящий перед нами человек как единичное уникальное бытие, но бодро судим о Человеке, человечестве и т.д. и потом переносим это на отдельного человека, испытывая удовлетворение от того, как мы его прекрасно поняли, ничего в нём не понимая.

Что такое психотерапия.

“Психотерапия представляет собой планируемый межличностный процесс, в ходе которого человек с меньшими нарушениями (психотерапевт) пытается помочь человеку, испытывающему более серьёзные нарушения (клиенту), решить его проблемы” — Sol L. Garfield.

Смелое и красивое определение, спорить с которым, искренне уважая то, что Garfield делал, никоим образом не хочу, тем более, что привлекает его честность, заставляющая ввести тараканов терапевта в оп-

ределение и сказать не “помогает”, а “пытается помочь”. Но между сказанным и услышанным всегда есть некий зазор, в котором перевариваешь услышанное, делая из текста для всех текст для себя.

“Планируемый” читаю скорее как “умышленный” в смысле замысленности, неслучайности и ещё потому, что “планируемый” по существу отвергает неопределённость как неотъемлемую сторону реальности вообще и терапевтической, в частности. Особенно по отношению к межличностному процессу, который не может быть планируемым терапевтом просто по определению. И вообще читаю “межличностный процесс” как “общение”. Насчёт меньших и больших нарушений у терапевта и пациента — это ещё бабка надвое сказала, у кого они больше и у кого меньше. Для меня это разговор не о соотношении калибра нарушений, а о совладании (совладание — каждый раз процесс, а не раз навсегда достигнутый результат) терапевта со своими так, чтобы они, как минимум, не мешали терапии, а хорошо бы и помогали. Делаю я из своих тараканов помощников, или они водят меня на поводке — в зависимости от этого мои большие, чем у пациента, тараканы могут помогать, а меньшие мешать.

* * *

Был такой слоган в советское время: “Партия наш рулевой”, в раннюю перестройку вызвавший ответ: “Партия, дай порулить”. В детстве приходилось много ездить поездом. Вагон общий, помню ещё с перего-родками между отсеками не до потолка, или плацкартный. В плацкартном справа от столика была такая крутящаяся ручечка — так и не знаю для чего. Но лет в 5 – 7 очень мне нравилось представлять, что с её помощью я веду поезд. По мельканию пейзажа за окном видел, как поезд мне подчиняется. Клял ручку на поворот — чувствовал, как поезд слегка кренится в нужную сторону, видел поворот по дыму паровоза... Всё было очень по-настоящему... Глядя на сетевые баталии, порой вижу взрослых мальчиков и девочек, толкающихся у ручечки — покрутить её, поуправлять, насладиться ролью машиниста в поезде, несущемся неведомо куда.

* * *

Интересное чувство возникает, когда +50 мальчи-ки и девочки поздравляют друг друга с “днём варенья”. Как будто их посадили кружком в горшечной и посередине поставили банку варенья...

* * *

В. Каверин в “Собеседнике” говорит, что восьмиклассником будучи, Юрий Тынянов в сочинении на тему “Жизнь хороша, когда мы в ней необходимое звено” написал: “Если хочется жить — не надо думать, если хочется думать — нельзя жить”. А хочется, живя, думать и, думая, жить.

* * *

Психотерапия — своего рода танец вдвоём. Позиция психотерапевта тем продуктивнее, чем больше

ему открыто поле для этого танца, и чем лучше он чувствует партнёра.

* * *

Коллега в статье “Семейная психотерапия — это развод” не видит смысла в семейной психотерапии, иллюстрирует это примерами из своей практики и полагает, что единственное, что может психолог, это быть посредником в разводе. Семейную терапию не практикую. Но замечу, что она возможна и продуктивна не тогда, когда один супруг на поводке притаскивает к терапевту другого, и не как средство предотвращения развода или способствования ему, а когда клиентом терапевта является пара — когда это их обоим добровольный выбор. Да ведь и посредничество в разводе может быть успешным, когда психологического посредничества хотят оба, в противном случае работают адвокаты разводящихся.

Типажи.

- Так старается казаться, что не остаётся ни сил, ни времени быть.
- Надо было... надо было... надо было... а больше ничего не было.
- Родился в рубашке и с тех пор не меняет её.
- Так уговаривает не волноваться, что ушёл — и стало спокойно.
- Отдал бы последнюю рубашку, но стесняется ходить с голой грудью.
- Любит юмор... залюбил до смерти.
- С вечера до утра боится не заснуть.
- Из страха сделать что-то не так не делает ничего.
- Хлебом не корми, но дай требовать хлеба.
- Не уместается в собственные представления об идеальном человеке.
- Скромно хвастает.
- Так клянётся в любви, что со второго слова не веришь.
- Твоя копейка бережёт его рубль.
- Хочет вспомнить, чего хочет.
- Без спроса помогающий.
- Ставший психотерапевтом, чтобы не платить психотерапевтам.
- Лишённая обоняния любительница хороших духов.
- Всю жизнь вкладывает в сочинение некролога себе.
- Что есть сил старается не перенапрягаться.
- Нашёл смысл жизни в чтении лекций о смысле жизни.
- Добрый мизантроп.
- Пишет заготовки к черновикам и гордо публикует.
- Так страстно любит себя, что начинаешь верить в непорочное самозачатие.
- С оловянными глазами клянётся в любви.
- Шутит, как печатает шаг на плацу.
- Мокрые губы ниточкой.

- Полчаса не может закончить фразу, начинающуюся словами: “Я тебя внимательно слушаю”.
- Извилины, требующие регулярной завивки.
- Альтруист — отдаёт жизнь улучшению мира, на себя нет времени.
- Увеличивается в росте, называя Толстого Лёвушкой.
- Требуем приёма в Союз Писателей на том основании, что назвал Набокова и Быкова графоманами. Личностный ростовщик.
- Тщательно моет руки перед грязным делом.
- Оживает только на кладбище.
- Мечтающий помечтать.
- Наслаждается, сочувствуя тебе, и обижается на твой эгоизм, если лишаешь его этого удовольствия.
- Красив до потери рассудка... собственного.
- Гений глупости.
- Мы скромный человек.
- Так заботится обо всех, что всем остаётся только заботиться о нём.
- Наступает на грабли, как в холодную воду входит, но наступает.
- Начинает с хамства, чтобы потом ценили его вежливость.
- Говорит правду так, что лучше бы соврал.
- Тяжёлая длань нежности.
- Красив только в роли несчастного.
- Спрашивает разрешения послать подальше у посылаемого.
- Человек, которому бог дал шкатулку головы и в ней мозг, но забыл дать ключик и приложить инструкцию по пользованию.
- Да, говорит, я дурак, но вы-даю-щий-ся, так что помалкивай, серость.
- Борется за свободу слова — не может связать двух слов.
- Хочет осчастливить всех, но не знает с кого начать.
- Торгующий бескорытием.
- Сидя на обочине жизни, учит других жить.
- Всю жизнь входит в одну реку, но не может понять — то ли он не тот, то ли река не та.
- Раскальвает взглядом очки у себя на носу.
- Всю жизнь то жалобно, то зло оплакивает свою жизнь.
- Собирается собраться и никак не соберётся.
- Лысеющий нарцисс — три нафабранных волоса от виска к виску четыре раза — глядит на мир жгучим брюнетом.
- Думает, что зажёванная его мозгами мысль это мнение.
- Жалеет себя, себя не жалея.
- Вертлявостью языка компенсирует неповоротливость ума.
- Самостоятельная несамостоятельность.
- Укусил себя за локоть и умер от бешенства.
- Любуясь собой, утонул в зеркале.
- Нищий с повадками миллионера.
- Посланный подальше — вводит адрес в навигатор.
- Любит поесть, но ленится жевать.
- Педантичный мечтатель.
- Так боится потерять свободу, что не снимает с неё ошейника.
- Добрый мизантроп.
- Идиот, гордящийся отсутствием у него синдрома Дауна.
- Вещает о своей доброте, играя желваками на скулах.
- Так старается казаться, что не остаётся ни сил, ни времени быть.
- Надо было... надо было... надо было... а больше ничего не было.
- Сначала обманывает себя, потом говорит правду, только правду и ничего кроме правды.
- Произносит: “Я — добрый”, а звучит: “Люди злые”.
- Даже в пустыне найдёт на кого обидеться.
- Не жалея ни сил, ни времени, ни денег, усвершенствует свой невроз.
- Безликий член Академии Имиджологии.
- Любит человечество, не размениваясь на людей.
- Танцует от печки, не слезая с неё.
- Сидит на диете, чтобы не пришлось её соблюдать.
- Панические атаки при мысли, что панические атаки излечимы.
- Слово “люблю” произносит со сжатыми кулаками.
- Так много знает, что не может припомнить, как много знает.
- Любит возить саночки и боится кататься.
- Всю жизнь ищет медведя, наступившего ему на ухо.
- И в люксе президент-отеля чувствует себя королевой в хлеву.
- Это ж типа б@я ох@@@ь как культура речи нах@@ упала.
- Стучите и откроется... И стучит — ногами.
- Её семья состояла из жертв, которым она принесла себя в жертву.
- Смыкающий у тебя на горле дружеские объятия.
- Свободный от желания быть свободным.
- Даже в туалет шествующий при галстукке.
- Прекрасно воспитанный ужасными родителями.
- Затюканный своим совершенством.
- Способный даже замечательным анекдотом во-гнать в тоску.
- Весело умирающий от скуки.
- Настолько болен, что и помереть нет сил.
- Необъятная любовь, от которой не спрятаться.
- Пропавший в бездне вкуса.

XVII Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (часть 1)

Всемирная психиатрическая ассоциация — международная организация психиатров, насчитывающая 138 коллективных членов — психиатрических профессиональных организаций из 118 стран и представляющая более 200 тыс. психиатров со всего мира, провела свой XVII конгресс в Берлине с 8 по 12 октября 2017 г.

Россия представлена в ВПА двумя организациями: Независимой психиатрической ассоциацией России и Российским обществом психиатров.

Научная программа охватывала широкий спектр вопросов психиатрии и психотерапии. Более 900 проведенных за 5 дней сессий были объединены в 44 крупные темы, среди которых: новая классификация психических расстройств, нейрокогнитивные, психотические, аффективные расстройства у пациентов разного возраста, расстройства личности, фармакотерапия психических расстройств, факторы риска в психиатрии, вопросы коморбидности, методы визуализации в психиатрии, использование техник виртуальной реальности в лечении пациентов некоторых диагностических категорий, судебная, аддиктивная, социальная психиатрия, реабилитация, эпидемиология в психиатрии и ряд других. Достаточно широко были представлены темы прав психиатрического пациента, социальной справедливости в психиатрии, дискриминации лиц с психическими расстройствами.

На симпозиуме, посвященном психиатрическому разделу предполагающейся к одобрению в 2018 г. МКБ-11 (председатель Michael First, докладчики Wolfgang Gaebel, Mario May — люди все заслуженные, известные), отмечалось, что одной из основных задач было сделать новую классификацию более полезной для применения в клинической практике и в равной степени пригодной для использования в различных областях мира. Подчеркивалось, что все предложенные изменения основывались на полученных после введения в действие МКБ-10 новых научных данных, характеризующихся адекватной надежностью и воспроизводимостью. Процесс пересмотра, как отмечалось, был транспарентным, с участием специалистов из разных стран и разных областей знаний. Среди значимых изменений в разделе “Шизофрения и другие психотические расстройства” — (1) отказ от типов шизофрении, (2) введение спецификаторов, позволяющих психиатру указывать степень выраженности симптомов по шести позициям: позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные

и когнитивные симптомы. В сущности, сделано то, что видим в DSM-5, принятой в США в мае 2013 г. Да это и неудивительно, все трое заслуженных, известных коллег — активные участники работы над проектом DSM-5, а американец Dr. First — профессор психиатрии в Колумбийском университете в Нью-Йорке, насколько помню, еще и координатор ВОЗ, обеспечивающий взаимодействие и контролирующий деятельность рабочих групп, готовящих изменения в различные отделы главы МКБ-11, касающейся психических и поведенческих расстройств.

Предлагающиеся изменения в разделе “Расстройства настроения” включают рекомендацию указывать при формулировании диагноза первым эпизод, затем расстройство, которому эпизод принадлежит. Что можно, например, представить, как: “Маниакальный эпизод с психотическими симптомами, биполярное расстройство, тип 1”, а не “Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод маниакальный с психотическими симптомами” (F31.2, МКБ-10). Расстройства настроения разделены на (1) Биполярные расстройства, которые включают в себя: (а) биполярное расстройство, тип 1; (б) биполярное расстройство, тип 2; (с) циклотимическое расстройство; и (2) Депрессивные расстройства, делящиеся на: (а) единичный эпизод, депрессивное расстройство; (б) повторный (повторяющийся) эпизод, депрессивное расстройство; (в) дистимическое расстройство; (г) смешанное депрессивное и тревожное расстройство. Участники семинара имели возможность попрактиковаться в применении предложенных диагностических критериев МКБ-11 для специально подобранных случаев.

Среди выступавших **на симпозиуме по судебной психиатрии** коллега из Китая Xiaoping Wang представил работу, дающую общее представление о судебно-психиатрической практике в его стране.

В 2015 г. в Китае в 240 судебно-психиатрических экспертных учреждениях было произведено более 60 тыс. судебно-психиатрических экспертиз, что в полтора раза больше, чем в 2010 г. Китайская “формула невменяемости” содержит, как и в России 2 компонента: интеллектуальный (понимание) и волевой (контроль) и также, как и в России, в большинстве случаев суды соглашаются с рекомендациями психиатров относительно вменяемости. Стандартная формулировка для правонарушителя, не способного вследствие психического расстройства нести уголовную ответственность за свои действия: “не виновен

по причине психического расстройства” (“not guilty by reason of a mental disorder”). На членов семьи или опекунов лиц с психическими расстройствами, совершивших уголовно-наказуемые деяния и признанных “невиновными по причине психического расстройства”, возлагается обязанность по наблюдению за ними и контролю за соблюдением назначенного лечения. Когда это необходимо, правительство (китайским коллегой употреблено слово government (правительство), а не court (суд), как мы могли бы ожидать) может назначить таким лицам принудительное лечение. Большинство правонарушителей с психическими расстройствами получают лечение в обычных психиатрических больницах. Лишь немногие направляются в специализированные судебные-психиатрические больницы. К настоящему времени таких учреждений Китае 25 с общим количеством коек 7 тыс. Из них 23 контролируются службой общественной безопасности, 2 — системой здравоохранения. Как следует из представленных китайским коллегой материалов, Китай — одна из немногих стран, где количество стационарных психиатрических коек увеличивается. Например, в период с 1990 по 2009 гг. ежегодное увеличение числа психиатрических коек составляло 3%.

Возможности виртуальной реальности (VR) в психиатрии рассматривались на секциях под председательством Wim Veling из Нидерландов и Julia Diemer — коллеги из психиатрической клиники в небольшом (12 тыс. человек) городке Вассербург в Германии, которая представила интересный доклад “Виртуальная реальность: новый метод для оценки и терапии психических расстройств”. В нем, в частности, отмечается, что для многих исследователей и клиницистов технологии VR представляются привлекательными, т.к. позволяют вовлекать пациента в различные сценарии, оставаясь на месте — в лаборатории или в лечебном учреждении. Например, приборы виртуальной реальности помогают восполнить недостаток, свойственный нейробиологическим тестам, выполняемым в традиционных условиях, а именно, отсутствие экологической валидности. Методики VR позволяют симулировать эффект присутствия пациента, например, в классе, и выявлять дефицит внимания в данной среде. Или, например, создавать виртуальную квартиру или супермаркет и “вводить” туда пациента для оценки его функционирования в повседневной жизни (способности взаимодействовать с окружающими, совершать покупки, выполнять другие задачи повседневной жизни).

Другая область, где технологии VR получили распространение в последнее время — лечение психических расстройств, в особенности — тревожных расстройств. Многие ситуации, вызывающие у пациента тревогу, могут быть реализованы в VR, позволяя тем самым психиатру применять VR как, так сказать, “титруемую терапию воздействием” для лечения тревожных и связанных со стрессом расстройств. Такого рода методики, известные как VRET (Virtual Reality Exposure Therapy) наиболее интенсивно изучались

для применения в лечении специфических фобий, например, страха высоты или полета на самолете, а также посттравматического стрессового расстройства. С появлением более совершенных симуляторов реальности, позволяющих создавать комплексные социальные ситуации, исследователи получили возможность применять VR для лечения социального тревожного расстройства. Автор полагает, что в ближайшем будущем VR может стать стандартным инструментом для диагностики и лечения в психиатрии.

“Улучшение социальных когнитивных функций у лиц с психотическим расстройством: предварительные результаты пилотного исследования динамического интерактивного социального когнитивного тренинга в Виртуальной Реальности (DiSCoVR).

Автор — нидерландский коллега Saskia Nijman.

Нарушения в распознавании эмоций, психического состояния других людей, в оценке социальных ситуаций — характерны для лиц с психотическим расстройством. Такого рода социальный когнитивный дефицит является четким предиктором проблем в социальном функционировании. Мета-аналитические исследования показывают, что социальное функционирование может быть улучшено с помощью тренинга социальных когнитивных функций (SCT), однако, неясно, насколько устойчивы результаты во времени. Стимулы и техники, типично используемые в SCT не могут адекватно представлять социальные взаимодействия реальной жизни. Несколько ключевых моментов, имеющих место в реальной жизни, отсутствуют в обычных тренинговых материалах, в особенности — взаимодействие, взаимовлияние. VR, которая в высокой степени реалистична и интерактивна (позволяет взаимодействие и взаимовлияние), выявляет истинные реакции, реальные, гениальные психологические ответные реакции, и среда и виртуальные люди (аватары) в ней, реагируют на действия пациента. Автор приводит данные пилотного исследования 25 пациентов психиатрических учреждений северной части Нидерландов, получавших социально-когнитивный тренинг с использованием виртуальной реальности (DiSCoVR): 16 занятий в течение 8 недель, направленных на следующие социально-когнитивные домены: эмоциональное восприятие, понимание социального контекста и взаимозависимости эмоций, мышления и поведения, выработку адекватного поведения в социальных ситуациях.

Mar Rus-Calafell — клинический психолог из Оксфорда — представила данные исследования возможности **AVATAR — терапии для лечения устойчивых к психофармакотерапии вербальных галлюцинаций** у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Суть метода сводится к тому, что под руководством психиатра или психолога пациент создает компьютерный визуальный виртуальный образ (аватар), представляющий собой того или то (если речь идет о неживом объекте), кто или что, по мнению пациента, является источником слышимого им “голоса”. В процессе терапии пациент вступает во взаимо-

действие с аватаром, который контролируется врачом (с помощью специальной компьютерной программы врач модулирует голос аватара и контролирует содержание его речи, делая ее все менее неприятной и угрожающей для пациента, что позволяет пациенту чувствовать себя “сильнее” голоса, позволяет начать “контролировать” слышимый им голос). Автор приводит первые обнадеживающие результаты рандомизированного контролируемого исследования пациентов, получавших AVATAR-терапию.

Российские психиатры на конгрессе провели секционное заседание под председательством проф. П. В. Морозова, посвященное последним достижениям отечественной психиатрии. Среди рассматривавшихся тем: вопросы коморбидности в психиатрии, развитие служб, позволяющих оказывать всестороннюю психиатрическую помощь, психосоциальное лечение шизофрении и ряд других.

Диплом ВПА по международной психиатрии: дизайн и предоставление образования мирового класса для врачей. На одной из сессий под председательством Greg Shields, Великобритания, обсуждался проект создания ВПА и университетом Мельбурна серии доступных для психиатров из стран с низким и средним уровнем дохода бесплатных онлайн курсов, ведущих к возможности получения сертификата, диплома и даже степени MSc от университета Мельбурна. Потребность в такого рода курсах велика, т.к. во многих частях мира ощущается серьезная нехватка психиатров, а программы психиатрической подготовки студентов-медиков и начинающих врачей часто недостаточного качества. Почти половина населения мира живут в странах, где 1 психиатр приходится более, чем на 100.000 населения, в развивающихся странах находятся менее трети общего числа факультетов психиатрии.

Вопросам **социальной справедливости в психиатрии** был посвящен специальный симпозиум (председатель Frank Schneider), где рассматривалась тема нарушения прав человека в психиатрии. Отмечалось, в частности, что в истории психиатрии основные права человека часто нарушались, в особенности, в учреждениях, предназначенных для ухода и лечения психиатрических пациентов. Евгеника в прошлом имела заметное отрицательное влияние на психиатрию во многих частях мира, а темные стороны истории нашей дисциплины длительное время игнорировались. В Германии например, во времена национал-социализма в психиатрических учреждениях были убиты около 300.000 пациентов. В Бразилии более 60.000 пациентов были лишены жизни в одном из самых крупных психиатрических учреждений. В Австралии насилию и жестокому обращению подвергались со стороны переселенцев коренные жители страны. В Южной Африке апартеид оказал огромное негативное влияние на семьи, социальные институты и психиатрическая помощь черным жителям ЮАР была на существенно более низком уровне, чем белым.

Тема: **Психиатрия и искусство** была представлена значительным количеством мероприятий. Упомя-

ну лишь о фотовыставке **“Люди в цепях: как обращаются с психически больными в странах Западной Африки”**. Это передвижная экспозиция из музея истории психиатрии психиатрической больницы Freundeskreis St. Camille в Германии, состоящая из цветных фотографий большого формата. Из пояснительных текстов к фотографиям узнаем, что до настоящего времени в деревнях Бенина и Берега Слоновой Кости (Кот-д’Ивуар) тысячи людей с психическими расстройствами живут в цепях. Они прикованы к деревьям либо сидят закрытыми в темных клетках неделями, иногда годами. Обращаются с ними как животными, и они умирают в неволе. Общество их боится, поскольку преобладает точка зрения, что эти люди одержимы бесами. Местная организация под названием St. Camille de Lellis с 1991 г. пытается снять с них цепи и организовать уход и лечение в создаваемых с ее помощью специальных центрах. Некоммерческая организация из Германии “Freundeskreis St. Camille” более 20 лет поддерживает эти усилия, помогая персоналом, лекарствами, пищей. Цель — вернуть людей с психическими расстройствами в их деревни и обеспечить их длительным психофармакологическим лечением.

Стоит упомянуть также выступление американского психиатра и концертирующего пианиста Ричарда Когана на тему: **“Шуман: биполярное расстройство и творческий процесс”**. Доктор Коган регулярно выступает на съездах АПА, с “лекциями-концертами”, в которых его мастерская игра на фортепиано комбинируется с комментариями, короткими лекциями о выдающихся композиторах, психических расстройствах и творческом процессе. По мнению д-ра Когана, Роберт Шуман представляет собой один из лучших примеров сложных взаимоотношений между креативным гением и психическим расстройством. Этот выдающийся композитор XIX века игнорировал традиционный стиль и создавал композиции, которые основывались на чистом стремлении выразить свое собственное внутреннее состояние. Шуман писал исполненные мощи вещи по побуждению внутренних голосов, но его вербальные галлюцинации были для него и тяжелейшей пыткой. Коган также анализирует, насколько выраженные колебания настроения могут быть как потенциально полезны, так и вредны в творческом процессе.

Отвлекаясь несколько от темы, можно предположить, что участвовавший в конгрессе проф. П. В. Морозов, мог бы составить с коллегой Коганом великолепный дуэт. Петр Викторович — прекрасный музыкант, в начале 1970-х гг. ВИА 2 московского мединститута “Камертон”, душой которого был П. В., с его композицией “Никто не похитит нашу юность” стоял в хит-параде Виктора Татарского рядом с “классиками жанра” того времени — “Поющими гитарами” из Питера и “Веселыми ребятами” из МГУ.

В. В. Мотов (Московская область)

Продолжение обзора — в следующем номере

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Позарастали стежки-дорожки...¹

В. Д. Тополянский

12.

...Фактически на протяжении XX столетия в медицине постепенно возобладало технократическое мировоззрение, оперировавшее категориями редукционизма и воинствующего детерминизма. Такое мышление способствовало не только милитаризации, но и дегуманизации медицины, обреченной заниматься не конкретной личностью, а неким больным, не лечением, а борьбой с болезнью и даже не столько восстановлением здоровья, сколько возвращением выздоравливающего к утраченной трудоспособности.

Те, кому довелось так или иначе “проходить” философию, навсегда уяснили, что бытие определяет сознание, но мало кто задумывался о наличии обратной связи. Между тем милитаризация сознания неизбежно сказывалась на профессиональной деятельности как практических врачей, так и медицинской администрации, что обуславливало, в свою очередь, усугубление кризиса в системе здравоохранения.

13.

...Авторы концепции социалистического человеколюбия не догадывались, видимо, что употребление эпитета способно поменять сущность понятия на прямо противоположную. Может быть, они невнимательно читали классиков. Между тем М. Горький в одной из своих поздних статей разъяснил, что пролетарский (позднее социалистический) гуманизм означал неугасимую ненависть к врагам рабочего класса.

Особенности социалистической разновидности гуманизма легко открывались уже в первые недели самостоятельной врачебной работы. По поводу квалифицированного обслуживания больных фельдшера скорой помощи выдвинули простой и доходчивый тезис в форме риторического вопроса: *будем лечить — или пусть живет?* Общедоступность оценивали на практике старинной поговоркой: *кому густо, а кому пусто*. Кроме того, саму идею общедоступности наглядно опровергала ведомственная (в первую очередь, кремлевская) медицина с ее расширенным и не доступным для городских больниц ассортиментом

лекарственных средств, с надежной охраной лечебных учреждений и персоналом, который аттестовали распространенным выражением: *полы паркетные, врачи анкетные*. В бескорыстие узких специалистов (особенно известных проктологов или урологов) не верил никто.

Отслужив несколько лет выездным врачом скорой помощи, я поступил на должность ординатора терапевтического отделения одной из крупных московских больниц. Как-то раз онколог-консультант нашей больницы просветил меня относительно оборотной стороны бесплатного лечения. Представленных ему на консультацию больных он осматривал настолько поспешно и формально, что мне пришлось просить его умерить темпы диагностических суждений. “*Зачем? — удивился он. — Ведь с них нечего взять!*”. И, увидев мое недоумение, пояснил: “*Лечиться даром — даром лечиться*”. Потом это изречение я слышал от хирургов, неврологов, гинекологов и других специалистов в самых разных лечебных заведениях, за исключением Института туберкулеза, где мне посчастливилось провести около пяти лет в период, как выражались позднее, брежневского застоя...

14.

Гражданская война оставила у первых вождей советского здравоохранения стойкий комплекс защитников осажденной крепости, уверенных в том, что лучший способ обороны — наступление, а лучший путь к миру — подготовка к новой войне. “*Борьба на фронтах гражданской войны не кончилась*”, — провозглашал профессиональный революционер Н. А. Семашко. “*Борьба перешла в иные формы*”, — продолжал он, санкционируя издание нового журнала “На фронте здравоохранения”.

Автор первой советской военной доктрины М. В. Фрунзе выдвинул программу милитаризации всей страны — от военного воспитания в школе до развития промышленности в соответствии с нуждами армии. Вожди здравоохранения учредили, в свою очередь, военные кафедры при медицинских институтах, охарактеризовали военную подготовку студентов как дело государственной важности и, по согласованию с военным ведомством, добавили в учебный план специальные предметы, сократив преподавание

¹ Отрывки из текста, опубликованного в журнале “Знамя”, 2017, 7, 161 – 188.

врачебных дисциплин. Первый начальник Главного военно-санитарного управления Красной армии З. П. Соловьев возвестил и две кардинальные задачи советской медицины: отбор для службы в армии “высококачественного человеческого материала” и санитарная оборона населения. С тех пор и встала медицина в строй, и учили студентов то уходу за больными, то устройству автомата. Никогда не узнать, сколько светлых часов съели военные занятия у людей самой мирной профессии и какую пользу больным принесли военные сборы студентов или лекции о способах убийства на войне, венчавшие курсы повышения квалификации врачей.

Согласно этическим установкам XIX века, врач не должен был брать в руки оружие даже при вызове на дуэль; больным же рекомендовали не доверять свое здоровье доктору, способному покуситься на жизнь ближнего своего... Большевики ввели в обиход самобытный термин *здравоохранение*. Когда же возникло понятие охраны здоровья, тенденция к милитаризации мышления превратилась фактически в один из принципов советской медицины, причем на чисто вербальном уровне органы здравоохранения сблизилась с другими органами — охраны общественного порядка, государственной безопасности, обороны. Деловое сотрудничество между всеми органами охраны развернулось уже в 1919 году, когда Наркомздрав, НКВД, ВЧК и Центральный карательный отдел Наркомата юстиции заключили между собой соглашение относительно врачебного наблюдения арестованных и осужденных. В последующие годы караемая, как и вся страна, медицина проявляла порой готовность стать карающей, и лагерные врачи казались изредка беспощаднее следователей. Позднее, когда в конформизме усмотрели основное проявление душевного здоровья, а в инакомыслии — признаки поврежденно-го рассудка, особые задачи были возложены на советскую психиатрию. Но это уже совсем другая тема.

В качестве специального органа государственного управления Наркомздрав, учрежденный в июле 1918 года (с 1946 года — Министерство здравоохранения), получил неограниченную власть над всем медицинским персоналом страны и сразу превратился по сути в крупного феодала — владельца земельных угодий в виде курортов, капитальных строений (в том числе бывших дворцов или загородных вилл) и множества вассалов. Окончательное закабаление служащих советского здравоохранения произошло, однако, лишь 10 апреля 1936 года, когда Совнарком СССР принял постановление о персональной регистрации всех врачей, фармацевтов, фельдшеров, медицинских сестер и акушерок “в целях обеспечения полного их учета”. Отныне каждый медицинский работник должен был регистрироваться в городских или районных отделах здравоохранения не только “по прибытии на постоянное жительство” или “выбытии из него”, но

даже при изменении места службы без переезда по новому адресу.

На врачебном съезде в мае 1922 года Семашко усылал осторожную критику в адрес Наркомздрова, напоминая о высокой эффективности ликвидированной большевиками земской и страховой медицины, а также информацию о невыносимом материальном положении врачей, безудержной эксплуатации их труда и повсеместном произволе медицинского начальства. Донесли до него и требования отмены унижительной и совершенно нелепой трудовой повинности, введенной большевиками после захвата власти. Только описание чудовищного голода в стране Семашко пропустил мимо ушей.

Об итогах врачебного съезда нарком здравоохранения размышлял на протяжении шести суток, а на седьмые его осенило: делегаты возжелали демократии и затеяли “поход” против советской власти. Вот теперь Семашко догадался, что он должен предпринять без промедления. Соответствующие указания содержались в февральском циркуляре ЦК РКП(б) 1920 года: *“Вменить в обязанность Особому Отделу [ВЧК] требовать от всех коммунистов и комиссаров все необходимые для него сведения, а коммунистам и комиссарам — быть постоянными осведомителями Особых Отделов и точно исполнять все их задания”*. И верный солдат партии Семашко 21 мая 1922 года поспешил уведомить Политбюро о замеченных им опасных “течениях”... В результате навеки успокоилось на сороковом году своего существования самое популярное в стране, негосударственное Пироговское общество врачей, уже изрядно подточенное октябрьским переворотом. На разрешенный через два с половиной года новый врачебный съезд собрались делегаты, обученные единогласно принимать нужные партии и медицинскому начальству резолюции.

15.

...Временами ко мне навевывался человек нестандартный, хотя внешне совсем не примечательный, Алексей Викторович Виноградов — автор превосходного руководства для врачей “Дифференциальный диагноз внутренних болезней”. Однажды профессор показался мне непривычно возбужденным и даже утратившим как будто часть присущей ему сдержанности (или, быть может, осмотрительности). Застыв в дверях, он произнес своим фальцетом, звучавшим чуть более резко, чем прежде, несколько обрывистых предложений: *“Раньше я здесь (в кардиологическом центре) каждого стукача знал и в лицо, и по способностям. Знал, кто и куда носит. Точно знал, что и кому следует наболтать, чтобы донесли по нужному адресу и без особых искажений. Но сейчас мне кажется, что стучат все; не знаешь, с кем и о чем можно поговорить без опаски.. и это не пройдет никогда”*.

От подчиненных мне медицинских сестер требовали регулярно кропать доносы на старшую сестру моего отделения, а заодно и на меня. Трое самых нерадивых девиц прониклись важностью порученного им задания, и все вместе или поочередно чуть ли не ежедневно мчались к заместителю главного врача по терапии, чтобы *сигнализировать* о замеченных ими неполадках в отделении. Полагаю, что каждую из них чем-то основательно припугнули; они же прочно усвоили житейскую мудрость страны неизбывных советов: *лучше стучать, чем перестукиваться...* “Как Вы не понимаете, — с досадой объяснила мне заместитель главного врача по терапии, — это *обычный метод работы администрации*”. Спустя десять лет я случайно узнал, что она по-прежнему служила заместителем главного врача. Высоко ценимый большевиками принцип доносительства не подлежал, очевидно, пересмотру и оставался одним из рычагов управления постсоветским здравоохранением.

16.

До катастрофы 1917 года каждый студент, завершивший университетское образование и вступавший во врачебное сословие подписывал факультетское обещание. Вместе с правами врача он принимал на себя обязательство “помогать, по лучшему своему разумению, всем страждущим, прибегающим к его пособию”, и ничем не омрачать чести своей корпорации. Отныне не было для него ни хороших, ни дурных людей, ни бедных, ни богатых пациентов, а лишь всякий раз конкретный больной, страдающая личность, нуждающаяся в его поддержке и сочувствии. Так продолжалась многовековая традиция врачевания...

В отличие от запланированного марксистско-ленинской теорией бесклассового общества, в советской державе сложились два класса — новый класс, или номенклатура, и класс прочего населения (класс крестьянства последовательно уничтожали с 1918 года). Соответственно государственному устройству сформировались и две медицинские системы...

...Классовую медицину довольно быстро приравняли к своеобразному ответвлению промышленно-сти, извратив тем самым подлинный смысл врачебного труда. Уже во второй половине XX столетия вместо прежней культуры врачевания в стране укоренилась субкультура медицинского производства с отчетливым переплетением поточных линий в виде поликлиник и диспансеров, небольших лечебниц и крупных стационаров. Цеховое врачебное ремесло, так или иначе штучное, сменила самобытная потогонная система, которая бесперебойно функционировала и продолжает функционировать с целью выполнения какого-либо плана (например, плана по обороту коечного фонда лечебного учреждения или плана по числу пролеченных больных; в одной из московских больниц заведующий патологоанатомическим отделением

публично отрапортовал однажды о выполнении плана по числу вскрытий).

Советское здравоохранение, к недоумению рядовых его тружеников, превратилось в “убыточную отрасль” государственного хозяйства, а сам врач — в уникальный гибрид промышленного рабочего, вынужденного отбывать трудовую повинность на медицинском конвейере, и мелкого чиновника, наделенного плохо контролируемой властью над больными...

Классовая медицина с ее диктатом конвейера и принуждением к труду (в частности, обязательными бесплатными ночными дежурствами) совершенно обесмыслила и врачебное творчество. Давно известно, что лица, стоящие на низкой ступени просвещения и нравственности, понижают самые высокие идеалы и самые возвышенные идеи до собственного ординара.

Творческая личность рано или поздно вступала с ними в конфликт и тут же приобретала ярлык либо диссидента, либо просто хулигана.

Правящая партия рассматривала некомпетентность как важный признак благонадежности, а публичные заверения в безграничной преданности социалистической догме и верховному вождю — как одно из проявлений безусловного профессионализма. В соответствии с этой точкой зрения волшебное искусство врачевания — невразумительное для непосвященных и оттого подозрительное, как все непонятное, — официально перевели в разряд обслуживания населения. Предназначение доктора низводили, таким образом, до исполнения функций не то официанта или продавца, не то сапожника или парикмахера, обязанных обслуживать клиентов без всяких затей и без простоя, без особой учтивости, но по возможности корректно. С чувством глубокого и полного удовлетворения, как выражалась советская пресса, восприняло (и продолжает воспринимать) население врачей в качестве лиц, состоящих во всеобщем услужении...

...Разница между служением обществу бесклассовой медицины и обслуживанием населения классовой медициной была столь же существенной, как поведение человека свободного и крепостного...

Тем не менее, в безбрежном, казалось бы, абсурде советского здравоохранения оставались и профилактическое направление, и острова гуманного отношения к больным, и профессионалы, владевшие искусством врачевания, и отдельные ученые, обогатившие мировую науку блестящими исследованиями.

Если для кризиса западной медицины с лихвой хватило одного технократического мышления, то на мировоззрение советского здравоохранения оказали влияние еще два постулата, внедренные в массовое сознание на фоне угасания религиозного чувства после создания и укрепления тоталитарного режима. Первый из них утверждал право силы, второй — право вождя. В соответствии с первым, некий класс призван управлять миром благодаря своему историческо-

му предначертанию или физическому и умственному превосходству; отсюда вытекало, в частности, положение о справедливых и даже прогрессивных войнах. Согласно второму, человечество ведет к совершенству и, следовательно, к всеобщему благоденствию вождь (лидер или просто сверхчеловек), отвергающий прежние религию, мораль и законы. К принятию первой догмы невольно подталкивала концепция Дарвина, второй — учение Ницше. Обе догмы способствовали постепенному вытеснению из советского здравоохранения остатков милосердия, нечаянно унаследованных от земской медицины.

20.

...Очень скоро после распада Советского Союза в прессу была вброшена информация о предстоящей коммерциализации российской медицины, балансирующей как будто бы на грани банкротства. На фоне громкого (правда, быстро затихшего) возмущения населения по поводу преобразования врачей в торговцев здоровьем осталось почти не замеченным появление страховых компаний — посредников между бюджетными структурами и лечебными учреждениями. Совместными усилиями Минздрава и страховых компаний удалось переиначить советское здравоохранение в довольно сжатые сроки.

Былое врачевание сменила коммерческая медицина с ее холодным расчетом, алчной погоней за барышами и нескрываемым безразличием к больным. Ошеломленное население обнаружило вдруг, что поликлиника, находившаяся в шаговой доступности от дома, либо закрыта, либо преобразована в какой-то “центр”, и попасть на прием к участковому терапевту, не говоря уже о консультации узкого специалиста, стало гораздо сложнее. В советское время старались максимально приблизить поликлинику к населению. Теперь же ликвидация или укрупнение поликлиник (соединение их в малопонятные “центры”) означали в сущности реализованную попытку затруднить получение бесплатной медицинской помощи и вместе с тем сократить бюджетные отчисления на так называемое амбулаторное звено здравоохранения. Авторы проекта жесткой экономии бюджетных ассигнований явно не предполагали, что реорганизация поликлиник может рассматриваться и как один из этапов искоренения прежней медицины и низведения ее до уровня в лучшем случае примитивного фельдшеризма. Нисколько не заботило их и нарушение прав граждан в связи с отменой амбулаторного территориально-участкового принципа, возникновением первоначально гигантских очередей (заметно сократившихся, правда, после введения в практику записи на посещение врача через Интернет) и уменьшением времени, разрешенного на прием больных в поликлинике.

В 2012 году министр здравоохранения В. И. Скворцова публично объявила о повсеместном введении

обязательных медико-экономических стандартов лечения каждого заболевания, включенного в соответствующий перечень. С тех пор врач в своей практической деятельности вынужден опираться не на здравый смысл или требования морали, не на собственный клинический опыт или знания, усвоенные в студенческие годы, а лишь на составленные чиновниками инструкции и схемы, регламентирующие все вплоть до средней продолжительности любой болезни.

Страховые компании, присвоившие себе права непререкаемых арбитров, заинтересованы, прежде всего, в максимальном расширении объема добровольного страхования, наряду с уменьшением выплат по обязательному медицинскому страхованию; поэтому они действуют по принципу из старого анекдота: *кто ей платит, тот ее и танцует*. Сотрудники этих компаний внимательно следят за тем, чтобы лечение не самого больного, а найденной у него (пусть даже ошибочно диагностированной) болезни полностью соответствовало шаблону, отраженному в инструкции. В противном случае адекватное обследование и рациональная терапия получают ярлык неправильных или даже неграмотных, а на лечебное учреждение налагают штрафные санкции.

Вслед за обязательными стандартами вступило в силу подготовленное еще в 2010 году решение о так называемом одноканальном финансировании лечебных учреждений. Если раньше больницам отпускали деньги по смете, где была четко расписана каждая статья расходов (отдельно на питание больных, отдельно на лекарства, отдельно на жалование персоналу и т.д.), то ныне лечебному учреждению выделяют определенные суммы из фондов обязательного медицинского страхования не по смете, а за “объем оказанных услуг”. Одновременно модернизировали привычные понятия: былую врачебную помощь нарекли “медицинскими услугами”, тогда как сам больной превратился в “пролеченный случай”.

Одноканальное финансирование заставило лечебные учреждения внедрять у себя платные услуги, с одной стороны, и усердно демонстрировать значительный объем услуг по обязательному медицинскому страхованию — с другой. В результате врачам пришлось заниматься различными подтасовками и, в частности, выбирать из медико-экономических стандартов самые “дорогие”, а относительно “легкие” диагнозы заменять более “тяжелыми”. Поскольку каждый “пролеченный случай” оплачивают отдельно, больничная администрация принялась требовать от врачей ускоренной выписки больных из стационара, что способствует увеличению оборота койки. Так как верифицировать диагноз посредством обязательных исследований и стабилизировать состояние больного за несколько дней, проведенных в стационаре, далеко не всегда возможно, пациентам предлагают либо продолжить лечение в амбулаторных условиях (что вы-

глядит все менее реальным), либо вновь поступить в больницу, но уже “в плановом порядке” (хотя ожидание очереди на плановую госпитализацию растягивается нередко на несколько месяцев, причем обязательно надо собрать в поликлинике кое-какие анализы, а потом заменить часть из них, уже успевших “устареть”, на более “свежие”).

Форсированная починка здоровья (наряду с постоянной угрозой штрафных санкций) упразднила все три основных врачебных заповеди (*пойми, помоги и не вреди*) и резко увеличила повседневную нагрузку на медицинский персонал, что послужило основанием для невеселой шутки: *больница — это место, где больные мешают врачам работать с медицинской документацией*. В итоге возникла ситуация оскорбительная (хотя и мало кем ясно воспринимаемая) и для врача, и для пациента. Думающий врач унижен необходимостью не работать, проявляя творческую активность, а только воплощать на практике распоряжения начальства. Больной, не утративший чувства собственного достоинства, унижен обращением с ним, как с автомобилем при техническом осмотре, но не как с личностью, требующей к себе уважения. Словно ведьмино заклятье, медицинская псевдореформа фактически обратила стационары в производственные предприятия, а бывшее врачебное сословие, обладавшее логическим мышлением, — в одноликую шеренгу исполнителей, наделенных взамен индивидуально-го сознания незыблемыми догмами.

Но нет, как известно, предела совершенству: на свет появилась еще одна химера бюрократических из-

мышлений, нареченная “оптимизацией”. Увеличение оборота койки позволило Минздраву, департаменту и районным отделам здравоохранения приступить к уменьшению коечного фонда по всей стране и, как следствие этого, к сокращению врачебных ставок, штатной численности медицинского персонала и юридических лиц. В рамках “оптимизации” в Москве и на периферии ликвидировали ряд клинических отделений и некоторые больницы с массовым увольнением сотрудников под предлогом “улучшения амбулаторной помощи населению” или, как выразилась, министр здравоохранения В. И. Скворцова, дабы сравняться с западными эталонами. Заодно и санитарок перевели в разряд уборщиц служебных помещений с понижением оклада — экономия небольшая, но *в хозяйстве и веревочка пригодится*.

Очевидная для всех и все же внезапная для многих дегуманизация врачебной деятельности невольно возбуждает иной раз сожаление об утрате советской системы здравоохранения. Все-таки раньше врача не ограничивали в его праве лечить не абстрактную болезнь, а конкретного больного, лечить не по трафарету, сотворенному безвестными чиновниками, а сугубо индивидуально в соответствии с особенностями личности пациента и персональными вариантами течения патологического процесса. Впрочем лучше всего высказался по примерно такому же поводу Н. В. Гоголь: *“Тогда только с соболезнованием узнали, что у покойника была точно душа, хотя он по скромности своей никогда ее не показывал”*.

XVII Всемирный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

8 – 12 октября в Берлине состоялся XVII Всемирный Конгресс ВПА. Представителем НПА России на генеральной Ассамблее был экс-вице-президент Ассоциации проф. Виктор Ефимович Каган, проживающий в настоящее время в Берлине. По его словам это была очень живая рабочая атмосфера сотрудничества и взаимного интереса, блестяще организованное электронное голосование более чем по 20 позициям. Подробный отчет о конгрессе представлен в рубрике “Обзоры”. Президентом ВПА на очередной 3-х летний срок стала Хелен Херманн из Австралии, которую мы поддерживали на предыдущем голосовании и с которой у нас сложились дружеские отношения. Сле-

дующим президентом с большим отрывом был избран Afzal Javed из Великобритании, зональным представителем ВПА по 10-й зоне (куда входит Россия и другие страны бывшего СССР) в отсутствие конкуренции стал проф. Олег Скугаревский из Республики Беларусь. Всего 14 голосов не хватило проф. Петру Морозову для того, чтобы занять пост Секретаря по образовательным программам (его опередил представитель Гонконга Roger Man Kin NG). В условиях изоляции России на международной арене это его большой личный успех. Особенностью берлинского Конгресса, как, впрочем, и предыдущих, была высокая терпимость к антипсихиатрическим демонстрациям.

Конгресс Национальной медицинской палаты

С 30 октября по 1 ноября 2017 г. в Москве прошел Конгресс Национальной медицинской палаты “Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения”, организованный совместно с Министерством здравоохранения. Как было заявлено, стратегическая цель Конгресса — “консолидация всех участников отрасли для повышения здоровья населения Российской Федерации”, актуальная задача — “формирование стратегии развития здравоохранения на ближайшие 5 – 10 лет”. На Конгресс приехало более 5000 чел., было проведено более 30 круглых столов и конференций.

Национальная медицинская палата была создана в 2010 г., ее учредителями стали 35 различных организаций, в том числе и такие, которые на первый взгляд не имеют прямого отношения к медицине, например, Российская ассоциация железнодорожного транспорта и Российский союз промышленников и предпринимателей.

Ее главными целями были провозглашены:

- введение системы саморегулирования в профессиональной деятельности на принципах обязательного членства в медицинских объединениях;
- представление интересов медицинских работников — физических лиц, участвующих в Палате, перед государством и обществом;
- содействие совершенствованию системы охраны здоровья населения.

- управление профессиональной деятельностью врачей, фельдшеров, медицинских сестер и акушерок;
- подготовка и переподготовка медицинских кадров с целью улучшения качества оказания медицинской помощи;
- создание системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций;
- регулирование этических аспектов деятельности медицинских работников при обращении с пациентами, юридическими лицами и иными субъектами профессиональных отношений.

За эти годы к НМП присоединились 76 профессиональных и 80 территориальных медицинских организаций, сильно отличающихся друг от друга и отражающих все разнообразие российского здравоохранения. Так членами многих профессиональных организаций помимо врачей определенной специальности являются юристы, психологи, социологи и врачи смежных специальностей. В некоторых территориальных медицинских объединениях помимо врачей представлены и медицинские сестры, что отражает единство лечебного процесса. Безусловно, сегодня НМП — самое крупное медицинское объединение, которое претендует на то, чтобы представлять все медицинское сообщество страны и тесно сотрудничает с Минздравом. Представители НМП принимали активное участие в разработке ФЗ-323 “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, в част-

ности ст. 76, посвященной профессиональным медицинским организациям, создаваемым медицинскими работниками. В этой статье, в частности говорится, что “медицинские профессиональные некоммерческие организации, основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации, вправе принимать участие:

1) в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий;

2) в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования;

3) в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; и

4) в формировании аккредитационных комиссий и проведении аккредитации специалистов.

Кроме того, “медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам), которые соответствуют критериям, определяемым Правительством Российской Федерации, федеральным законом в установленном им порядке может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья”.

Независимая психиатрическая ассоциация говорила о необходимости автономии и саморегулирования медицинской профессии с самого начала своего возникновения. Это было одним из пунктов нашей программы. Мы всегда считали, что такие вопросы, как аттестация врачей и стандарты образования и медицинской деятельности должно решать профессиональное сообщество, а не чиновники Минздрава.

Прошло более 5 лет с момента принятия Закона об основах охраны здоровья граждан и создания Национальной медицинской палаты, и Правительство, наконец, решило, что может передать “отдельные функции” регулирования медицинской деятельности профессиональному сообществу. Речь идет, прежде всего, о проведении аккредитации и аттестации медицинских работников, а также участия в тарификационных комиссиях и разработке программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Однако, для того, чтобы передать эти полномочия, необходимо определить правила построения этого медицинского сообщества. “Конечно, — как сказала помощник министра здравоохранения И. А. Андреева, — “органы власти не вмешиваются в деятельность некоммерческих организаций, но в данном случае речь идет о здоровье людей”.

Итак, как же должно быть организовано медицинское сообщество, чтобы Минздрав согласился передать ему часть своих полномочий? Обсуждение этого вопроса стало одной из центральных тем Конгресса.

Согласно предлагаемой программе, в каждом субъекте Федерации должно существовать территориальное объединение врачей, в котором будет числится не

менее 25 % от общего количества врачей данной территории. Под общим количеством понимаются не только врачи, работающие в сфере государственного здравоохранения, но и сотрудники частных фирм, ведомственных предприятий и т.п. Причем это должны быть только практикующие врачи, удовлетворяющие определенным требованиям, а именно: 1) наличие диплома о медицинском образовании; 2) трудовой договор с организацией, оказывающей медицинскую помощь; 3) функциональные обязанности лечащего врача. Научные сотрудники, различного рода консультанты в этот список не попадают. Медицинские сестры должны образовать свои собственные объединения. Робкие возражения аудитории, о том, что таким образом медицинское сообщество окажется “разрезанным”, что врачей нельзя отделять от среднего медицинского персонала, в расчет не принимались. Нужно стремиться к обязательному членству врачей в такой организации, чтобы в каждом субъекте федерации была только одна медицинская организация, которая объединяла бы большую часть врачей территории. Именно этой организации, основанной на личном членстве, и будут впоследствии передаваться права аккредитации, аттестации и участия в тарификационных комиссиях. Кроме того, могут создаваться профессиональные союзы или ассоциации, которые объединяют представителей одной медицинской специальности. Юристы, психологи, социологи и т.п. могут принимать участие в работе таких ассоциаций, но с ними нужно заключать отдельные соглашения.

Членство в территориальной медицинской организации должно стать обязательным, в профессиональной — добровольным. Предлагается разработать унифицированный устав для врачебных сообществ, и даже ввести унифицированное название — лучше всего — по аналогии с Национальной медицинской палатой — Медицинская палата такого-то региона.

Все эти территориальные и профессиональные медицинские сообщества объединяются в рамках Национальной медицинской палаты, которая заключает договор с Минздравом. Вице-президент Национальной медицинской палаты С. Б. Дорофеев даже выступил с докладом “Дорожная карта”, в котором представил свое видение этого перехода.

В числе первых пунктов значилось внесение изменений в ФЗ-323 и новая редакция постановления Правительства № 907 от 10.09.2012 г. Предлагалось заменить ст. 76 закона новой главой, в которой будут определены основные понятия (врач, территориальное объединение, профильные объединения врачей и т.п.) и принципы “саморегулирования” медицинской профессии: цели и задачи, полномочия, источники финансирования, порядок взаимоотношения с органами исполнительной власти, отчетность и даже “государственный контроль и надзор за деятельностью медицинских палат”.

Очень актуальный всегда вопрос о финансировании работы таких организаций, особенно с учетом их

новых полномочий и функций, в некоторых регионах уже решен: каждый член медицинской организации обязан перечислять 0,9 % своей зарплаты в фонд организации. Это прописано в его трудовом договоре.

Итак, медицинскому сообществу предстоит серьезная перестройка. Сколько времени это займет, и как к этому отнесутся рядовые члены этого сообщества? Такие вопросы не обсуждались, хотя по Конституции

членство в общественных организациях является сугубо добровольным. Похоже, что все саморегулирование сводится к тому, чтобы всех пересчитать, построить, жестко очертить круг прав и обязанностей, передать медицинскому сообществу некоторые полномочия и предоставить ему самому искать средства на выполнение новых обязанностей. Очередная оптимизация медицинской деятельности.

Конференция в Архангельске

12 – 13 октября в Архангельске состоялась научно-практическая конференция по психиатрии “II Муратовские чтения. Междисциплинарный подход: практика, интеграция, право”, приуроченная к Международному дню психического здоровья. На конференции присутствовали более 150 человек, и ее состав отражал заявленный в названии междисциплинарный подход. Среди участников были врачи-психиатры, психологи, представители социальной службы и службы опеки и попечительства, представители судебного и адвокатского сообщества, организаций, занимающихся защитой прав людей с психическими расстройствами, уполномоченный по правам человека в Архангельской области и т.п.

Архангельская область — крупнейший субъект Российской Федерации в европейской части России и крупнейшая область в Европе. Территория Архангельской области составляет 587 кв. км, при том что население — всего около 1 млн. 130 тыс. чел., из которых 350 тыс. проживает в Архангельске. Чрезвычайно низкая плотность населения в отдаленных районах определяет структуру психиатрической помощи: 74,3 % всех психиатрических коек сосредоточены в Архангельске, в отдаленных районах психиатрическую помощь обеспечивают с помощью развития российско-норвежского проекта “Поморская модель”, который состоит в интеграции психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения, и внедрении информационных, в том числе дистанционных, технологий. Психиатры работают в тесном контакте с социальными службами, в области действует государственное бюро по оказанию бесплатной юридической помощи, активно работает Уполномоченный по правам человека Любовь Викторовна Анисимова, которая понимает специфику людей с ментальными нарушениями, считает, что это одна из самых уязвимых групп населения, нуждающаяся в ее особом внимании. На встрече с представителями НПА России — исполнительным директором Л. Н. Виноградской и руководителем юридической службы Ю. Н. Аргуновой Любовь Викторовна подчеркнула, что она регулярно посещает психиатрические организации области и следит за тем, чтобы ограничения, неизбежные в случае тяжелых психических расстройств, не были избыточными и дискриминационными.

В рамках “Концепции социальной поддержки совершеннолетних граждан с ментальными особенностями здоровья в Архангельской области на 2016 – 2020 годы” разработан широкий план мероприятий, направленных на расширение сферы социальных услуг для этой группы населения путем, в том числе, привлечения НКО и волонтеров. Предполагается развитие службы профессиональной опеки над недееспособными гражданами — ноу-хау Архангельской области, которое позволяет людям с тяжелыми психическими расстройствами проживать дома под присмотром профессиональных опекунов. В целях снижения стигматизации в Архангельской области принят термин “лица с ментальными особенностями здоровья”.

Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова выступила на пленарном заседании конференции с докладом “Новое в законодательстве о правовом положении граждан с психическими расстройствами”, в котором акцентировала внимание аудитории на противоречиях между законодательными актами, множестве возникающих коллизий и необходимости совместного поиска путей их разрешения. Она также обратила внимание на отсутствие механизма реализации некоторых норм, в частности ст. 38 Закона о психиатрической помощи о создании Службы защиты прав пациентов, находящихся в стационарных психиатрических учреждениях, ст. 58 ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” о независимой медицинской экспертизе и т.д. Ее выступление вызвало неподдельный интерес присутствующих и множество вопросов и закончилось индивидуальными консультациями по вопросам соблюдения прав пациентов. В рамках конференции представителями НПА России Л. Н. Виноградской и Ю. Н. Аргуновой была проведена секция-семинар по правовым вопросам психиатрии, на которой рассматривались проблемы правовых рисков деятельности врача-психиатра и оказания бесплатной юридической помощи лицам с ментальными нарушениями, обсуждалась роль общественных организаций в реализации прав этой категории населения, новые подходы к применению недобровольных мер в психиатрии и перспективы создания Службы защиты прав пациентов, находящихся в стационарных психиатрических учреждениях, как медицинских, так и социального обслуживания.

Международная конференция “Духовные итоги революции в России: коллективный человек и трагедия личности”

8 – 10 ноября 2017 г. в Центре “Преображение” под Истрой прошла представительная международная конференция в рамках акции национального покаяния “Духовные итоги революции в России: коллективный человек и трагедия личности”. Конференции предшествовал концерт-размышление “Октябрь 1917” в зале им. Рахманинова “Филармония-2” в Москве. Докладчиками были ведущие сотрудники института философии РАН, МГУ, РГГУ, Высшей школы экономики, Института российской истории РАН Москвы и Санкт-Петербурга, Международного общества “Мемориал”, Института демографии, Института культурологии, Института русского языка, Дома русского зарубежья и др., а также несколько профессоров Католического университета Милана.

На пленарном заседании первого дня “Итоги русской катастрофы XX века” были зачитаны доклады “Траектория российской экономики на фоне войн и революций (1861 – 2016 гг.)” (С. В. Смирнов), “Демографические итоги послереволюционного столетия” (А. Г. Вишневский), “1917 год и судьбы православного прихода” (Т. Г. Леонтьева). На пленарном заседании второго дня “Советский вариант коллективного человека” — “Тоталитарный эксперимент над человеком” (Г. Б. Гутнер), “Психиатры и психиатрия в советскую эпоху: от одномерно-догматической и многомерно-релятивной деиндивидуализации” (Ю. С. Савенко), “Откуда взялся “простой советский человек” (В. П. Булдаков) и “Советский человек как субъект перевоспитания” (В. Ю. Файбышенко). Каждое пленарное заседание завершалось четырьмя секционными. На секционном заседании “Трагедия личности” д-р Б. А. Воскресенский выступил с докладом «Понятие психического здоровья “до” и “после”». Второй день конференции завершился дискуссией “Духовные итоги революции”, ведущие — Д. С. Гасак, первый проректор Свято-Филаретовского православно-христианского института, председатель Преображенского братства и Ю. В. Балакшина, доктор философских наук, доцент этого ин-

ститута. На пленарном заседании третьего дня “1917: от оценок прошлого к ответам для настоящего” были зачитаны доклады “К вопросу о “палитре” Великой русской революции” (Н. Н. Смирнов), “Россия 1917 — разбитые мечты о небывалом мире” (Адриана Дель Аста). “100 лет Октябрьской революции: христианский персонализм как ответ на вызовы XX века” (Паоло Петракка) и доклад А. А. Кара-Мурзы. Конференция завершилась итоговым круглым столом “Что дальше? В поисках ответа на вызовы революции” (О. А. Седакова, МГУ; прот. Георгий Митрофанов, Адриано Дель Аста, свящ. Георгий Кочетков). Материалы будут опубликованы на сайте www.psmb.ru.

Избранная тема, уровень и характер ее раскрытия, состав участников, атмосфера конференции, ее блестяще продуманная организация, даже место проведения, вопреки мрачной действительности вселяли надежду, оправдывая свой девиз: “Имеющие надежду!”

Уместно привести здесь предложенные для дискуссии вопросы:

1. Какие итоги революции в духовной жизни страны и народа представляются вам самыми глубокими и разрушительными?

2. Существует ли, с вашей точки зрения, какой-либо положительный смысл опыта пережитого Россией XX века? В чем вы его видите?

3. Какие общемировые и внутрироссийские процессы сделали возможной победу революции в России?

Вопросы к итоговому круглому столу “Что дальше? В поисках ответа на вызовы революции”:

1. Какие из духовных проблем, обнаруживших себя 100 лет назад, остаются актуальными в России сегодня?

2. Есть ли надежда на преодоление “антропологической катастрофы” XX века? Какие личные церковные и общественные усилия на этом пути нужны и возможны?

Всероссийский съезд “В защиту прав человека”

26 – 27 ноября 2017 года в гостинице “Космос” состоялся съезд “В защиту прав человека”. Первый Всероссийский чрезвычайный съезд в защиту прав человека был проведен в январе 2001 года в связи с явственно проступившими последствиями прихода к власти выходцев из спецслужб. Второй год шла вторая Чеченская война, которой правозащитники активно противостояли. Неутешительные многообразные приметы и прогнозы относительно положения с правами человека сбылись, в немалой мере из-за слабости и неопытности только начавшего формироваться гражданского общества, которому пришлось и в постсоветское время начинать с лозунга “Соблюдайте Конституцию!” — с которого начиналось правозащитное движение советской эпохи.

В первом зачитанном докладе Л. М. Алексеевой и Л. А. Пономарева было констатировано, что и “сегодня, спустя более 16 лет, главными нарушителями Конституции, ответственными за массовые нарушения прав человека, являются силовые структуры... Урезание прав и свобод граждан происходит под флагом борьбы с терроризмом и экстремизмом. Число осужденных по уголовным статьям за преступления против основ конституционного строя и безопасности государства (ст.ст. 275 – 284.1 УК РФ) с 2003 года увеличилось в 28 раз. Это отражает усиление давления государства на общество. Главным экстремистом у нас стало государство... Может возникнуть ситуация неконтролируемого насилия “всех против всех”. В отличие от начала 90-х годов у нас нет согласия между думающей частью общества и властью. Все больше и больше активных и образованных людей уезжает из страны...” Отравляющее воздействие на людей гостелепропаганды показывает насколько государственным экстремизмом поражены все ветви власти. “Многие принимаемые законы противоречат Конституции и нормам международных договоров, к которым Россия присоединилась”, их отличает наличие крайне нечетких формулировок. Так совершенно резиновой стала статья 282 УК РФ, применяемая за лайки и репосты в социальных сетях (“разжигание ненависти и вражды”), а уголовная статья об “оскорблении чувств верующих” — вообще не юридическое понятие. Широкие возможности для злоупотреблений предоставляет “антинаркотическое законодательство”. Созданный в 2008 г. Центр “Э”

МВД России по сути выполняет функции Пятого управления КГБ СССР, которое следило за диссидентами и преследовало их. “Мы считаем, что центр “Э” в нынешнем виде должен быть ликвидирован. Наиболее массовыми идеологическими репрессиями последнего времени являются гонения на организацию “Свидетели Иеговы”. Тем самым около 200 тыс. россиян одновременно были объявлены экстремистами за антиэкстремистскую проповедь пацифизма. Репрессиям подверглись инициаторы общероссийского референдума за ответственность власти перед народом. В списке центра “Мемориал” уже около 200 политзаключенных. Государственный экстремизм проявляется в применении пыток и бездействии СК и Прокуратуры в случаях обращений по этому поводу, даже в привлечении к уголовной ответственности за так называемый “ложный донос”. Травля инакомыслящих на федеральных телеканалах, атмосфера вражды начали проявляться с 2012 года. Между тем, “ни одно государство не может нормально существовать, если власти не противостоят сильная оппозиция, имеющая равные права” ... Правозащитным сообществом сформирован реестр 18 репрессивных законов и трех статей УК РФ, принятых в 2012 – 2013 гг., нарушающих Конституцию. Критический доклад Сергея Адамовича Ковалева отгенил “позиции провластных и привластных правозащитников”, тогда как “правозащитник всегда оппонент власти, любой власти”.

В первый день работы съезда были обсуждены следующие темы: правоохранительная система и права человека (ФСИН, Росгвардия, полиция); свобода собраний и объединений; свобода выражений мнений, СМИ; независимость судов; трудовые права и социальный протест; социальные права (медицина, образование). Во второй день обсуждалось взаимодействие правозащитников и стратегия правозащитного сообщества.

В резолюции на 5 листах содержались требования по всем перечисленным разделам, а также по ситуации в Чечне и общественному контролю. Предложено учредить антипремию Юлиуса Штрейхера (главный редактор антисемитской газеты “Штурмовик”, казненный по приговору Нюрнбергского трибунала за призывы к геноциду) за самый заметный вклад в атмосферу ненависти и лжи.

Семинар НПА России в Москве

“Защита прав граждан с психическими расстройствами: объединение усилий правозащитников и психиатров” — семинар с таким названием состоялся 27 – 28 ноября в Москве, в гостинице “Космос”. Семинар был организован НПА России и адресован представителям правозащитных организаций. На него приехало около 30 человек со всей страны, от Мурманска до Комсомольска-на-Амуре, подавляющее большинство из них — юристы, в том числе адвокаты. Поскольку после объявления о семинаре было получено более 50 заявок, нам пришлось провести отбор по принципу: 1 регион — 1 человек и “кто раньше подал, тот выиграл”.

Эксперт НПА России В. Я. Евтушенко, врач-психиатр, кандидат медицинских наук, обрисовал широкую панораму развития психиатрической помощи в XX и XXI веках, показал динамику представлений о психических расстройствах и отношении к психически больным, рассказал о современных методах лечения. Руководитель Общественной приемной врач-психиатр Н. В. Спиридонова рассказала о том, гражданам с какими расстройствами чаще всего обращаются, и как с ними работать, чтобы и разобратся в ситуации, и обеспечить свою безопасность.

Ведущим лектором семинара была руководитель юридической службы НПА России кандидат юридических наук, советник юстиции Ю. Н. Аргунова, которая познакомила присутствующих с многообразием нарушений прав граждан с психическими расстройствами, поделилась своим опытом юридического консультирования и судебной защиты таких людей. При рассмотрении системы законодательства, регулирующего правовое положение граждан с психическими расстройствами, особое внимание было уделено тактике использования правовой позиции Конституционного Суда РФ и постановлений Европейского Суда по правам человека. Подробно обсуждалось применение недобровольных мер в психиатрии: помимо недобровольных освидетельствования и стационарирования, речь шла о диспансерном наблюдении, а также применении мер физического стеснения и изоляции.

Недееспособность, ограниченная дееспособность, восстановление дееспособности — еще один большой блок семинара, который неизменно вызывает интерес у аудитории, поскольку эти вопросы остаются чрезвычайно актуальными. Обсуждался также вопрос

о “независимой психиатрической экспертизе”, с просьбой о проведении которой к нам часто обращаются. Что под этим подразумевается? Что можно посоветовать? Большое внимание было уделено обсуждению оснований назначения, правилам проведения судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз в гражданском и уголовном процессе, и главное — тому, как оспорить выводы экспертной комиссии, на чем следует акцентировать внимание. Все это активно обсуждалось с аудиторией, которая оказалась чрезвычайно подготовленной и заинтересованной.

По запросу участников были также освещены темы контроля за психическим здоровьем и защиты прав военнослужащих по призыву, а также лиц, находящихся в местах лишения свободы (Л. Н. Виноградова), — темы, которыми НПА России занимается уже много лет в сотрудничестве с Союзом комитетов солдатских матерей России, Фондом “Право Матери”, Центром содействия реформе уголовного правосудия и другими правозащитными организациями.

Эксперт Общественной палаты РФ, помощник депутата Государственной Думы С. А. Колосков рассказал, какие нарушения прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, встречаются наиболее часто, обсудил с участниками возможности контроля и помощи, предложил всем включиться в продвижение проекта об обеспечении бесплатной юридической помощью граждан, проживающих в психоневрологических интернатах.

В конце каждого дня было выделено время для обсуждения конкретных случаев. В результате, семинар завершился подробной юридической консультацией, которую участники дали специально приехавшей на семинар женщине. Она является потерпевшей по уголовному делу и столкнулась с произволом следователя, который отказывался знакомить ее с материалами дела и незаконно направил ее на судебно-психиатрическую экспертизу. Юридический разбор случая продолжился и после окончания семинара: специалисты присылали свои советы и комментарии по электронной почте. Мы полагаем, что это свидетельствует о том, что аудитория была выбрана правильно, и полученные на семинаре знания будут активно использоваться участниками в их работе по защите прав граждан с психическими расстройствами.

Российское общество психиатров роняет свою репутацию отсутствием брезгливости

Сайт Российского общества психиатров очередной раз разместил обширный текст давнего сотрудника Центра им. В. П. Сербского Ф. В. Кондратьева — «“Правозащитное” злоупотребление психиатрией» — образец пропагандистской продукции, который грубостью своей очевидной дезинформации выполняет роль страшилки, сигнала — держитесь подальше от НПА.

На сайте текст слегка отредактирован по сравнению с книжным изданием, убраны самые грубые нелицепотности, которые позволяют читателю сразу понять, с чем они имеют дело.

Показательно, что в 1996 году Кондратьев писал: «Будучи студентом, я отчетливо помню тот азарт, с которым шельмовали “идеологически чуждых” профессоров коллеги с их же кафедр. Сколько же было подгасовок и заведомо ложных патологоанатомических заключений о причине смерти политически значимых лиц, трудно подсчитать». Уже на тот момент, когда Кондратьев писал это, он сам шельмовал других, вот только без всякой наивности.

Если в 50-е годы такие “уроки ненависти” носили у большинства глубоко укорененный искренний характер, за которым стояла унитарная идеологическая система, то в постсоветский период она повторяется в виде фарса, примитивизма и грубость дурного вкуса которого **роняет престиж Российского общества психиатров в глазах отечественного и междуна-**

родного сообщества и навсегда в истории отечественной психиатрии.

В ноябре 2017 г. проф. Б. Н. Пивень направил на сайт РОП следующее обращение.

ПУТЬ ДЛИННОЮ В 28 ЛЕТ

Уважаемые коллеги! Хочу воспользовавшись сайтом Российского общества психиатров, предложить Вашему вниманию текст, представленный его автором Ю. С. Савенко на сайте Независимой психиатрической ассоциации России (www.npar.ru) “Осуществленная утопия. Первый эксперимент самоорганизации в психиатрии”.

Текст объемом 87 стр. содержит фактический материал и посвящен приближающемуся юбилею Ассоциации — ее 30-летию. В тексте отражены история создания ассоциации и ее деятельность в течение последних 28 лет. Судя по содержанию текста и моим личным оценкам, Ассоциация внесла значительный вклад в развитие отечественной и мировой психиатрии. Полагаю, что рекомендуемый текст заинтересует широкие круги психиатрической общности и пойдет на пользу в деле дальнейшего развития психиатрии.

Проф. Б. Н. Пивень

Это обращение было проигнорировано.

26-й Европейский конгресс по психиатрии

**“ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:
ИНТЕГРАЦИЯ, ИННОВАЦИИ, ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ”**

3 – 6 марта 2018 г., Ницца, Франция

www.epa-congress.org





Даниил Хармс (Ювачев) (1905 – 1942), один из лидеров ОБЭРИУтов. Значительная часть творчества посвящена детской литературе. Родился в семье народовольца, сосланного на Сахалин. Сам был арестован в 1931 г. и сослан на два года в Курск. В августе 1941 г. арестован по доносу и, чтобы избежать расстрела, симулировал сумасшествие. Умер голодной смертью в феврале 1942 г. в блокадной Ленинграде в психиатрическом отделении тюрьмы “Кресты” (Арсенальная, 9).

Даниил Хармс Меня называют капуцином

Меня называют капуцином. Я за это, кому следует уши оборву, а пока что, не дает мне покоя слава Жана Жака Руссо. Почему он все знал? И как детей пеленать и как девиц замуж выдавать! Я бы тоже хотел так все знать. Да я уже все знаю, но только в знаниях своих не уверен. О детях я точно знаю, что их не надо во все пеленать, их надо уничтожать. Для этого я бы устроил в городе центральную яму и бросал бы туда детей. А чтобы из ямы не шла вонь разложения, ее можно, каждую неделю, заливать негашеной известью. В эту же яму я столкнул бы всех немецких овчарок. Теперь о том как выдавать девиц замуж: это по-моему еще проще. Я бы устроил общественный зал, где бы, скажем, раз в месяц, собиралась вся молодежь. Все, от 17 до 35 лет, должны раздеться голыми и прохаживаться по залу. Если кто кому понравился,

то такая пара уходит в уголок и там рассматривает себя уже детально. Я забыл сказать, что у всех на шее должны висеть карточки с именем, фамилией и адресом. Потом, тому кто пришелся по вкусу, можно послать письмо и завязать более тесное знакомство. Если же в эти дела вмешается старик или старуха, то я предлагаю зарубить их топором и волочить туда же, куда и детей, в центральную яму.

Я бы написал еще об имеющихся во мне знаниях, но, к сожалению, должен идти в магазин за махоркой. Идя на улицу, я всегда беру с собой толстую, сучковатую палку. Беру я ее с собой, чтобы колотить ею детей, которые подворачиваются мне под ноги. Должно быть за это прозвали меня капуцином. Но подождите, сволочи, я вам обдеру еще уши!

12 октября 1938 года

Из дневниковых записей

Меня интересует только “чушь”: только то, что не имеет никакого практического смысла. Меня интересует жизнь только в своем нелепом проявлении.

Геройство, пафос, удаль, мораль, гигиеничность, нравственность, умиление и азарт — ненавистные для меня слова и чувства.

Но я вполне понимаю и уважаю: восторг и восхищение, вдохновение и отчаяние, страсть и сдержан-

ность, распутство и целомудрие, печаль и горе, радость и смех.

31 октября 1937 г.

Ошибочно думать, что вера есть нечто неподвижное и самоприсущее. Вера требует интенсивного усилия и энергии, может быть, более чем все остальное.

Сомнение — это уже частица веры.

Действие без слов. 2.

Сэмюэль Беккет

(1906 – 1990)

Пантомима разыграется в глубине сцены на узкой платформе, установленной от кулисы до кулисы и ярко освещенной по всей длине.

Из двух персонажей первый, А, медлителен и неуклюж (комические трюки, когда он одевается и раздевается), второй, Б, точен и быстр. По этой причине продолжительность действия обоих персонажей примерно одинакова, хотя Б производит больше действий, чем, А.

Краткое содержание

На полу, рядом, в двух метрах от правой кулисы (по отношению к зрителю), лежат два мешка, принадлежащие А и Б, первый правее второго, то есть ближе к кулисе. Рядом с мешком Б — небольшая кучка тщательно сложенной одежды (В) — куртка и брюки, на них — шляпа и пара ботинок.

Справа выходит палка с острым наконечником. Она держится строго горизонтально. Острие останавливается в тридцати сантиметрах от мешка А. *(Пауза.)* Острие отходит назад, на мгновение останавливается, втыкается в мешок, вытаскивается, снова останавливается на прежнем месте в тридцати сантиметрах от мешка. *(Пауза.)* Мешок неподвижен. Острие снова отходит назад, немного дальше, чем в первый раз, на мгновение останавливается, снова втыкается в мешок, вытаскивается, занимает прежнюю позицию в тридцати сантиметрах от мешка. *(Пауза.)* Мешок шевелится. Палка с наконечником покидает сцену.

А, одетый в рубашку, выползает на четвереньках из мешка, замирает, предается грезам, складывает ладони, молится, грезит, поднимается, грезит, вынимает из кармана рубашки маленький пузырек с таблетками, грезит, проглатывает одну таблетку, убирает пузырек, подходит к кучке одежды, грезит, одевается, грезит, вынимает из кармана куртки большую обгрызенную морковку, откусывает от нее, коротко жует, сплевывает с отвращением, убирает морковку, грезит, подбирает оба мешка и несет их, шатаясь от тяжести, к центру платформы, там ставит их, грезит, раздевается (остается в рубашке), швыряет одежду в беспорядке на пол, грезит, снова вынимает пузырек, проглатывает еще одну таблетку, грезит, встает на колени, молится, забирается на четвереньках в мешок и замирает. Мешок А теперь находится слева от мешка Б. *(Пауза.)*

Появляется палка с наконечником, установленная на платформе № 1 с большими колесами. Острие останавливается в тридцати сантиметрах от мешка Б. *(Пауза.)* Острие отъезжает назад, на мгновение останавливается, втыкается в мешок, вытаскивается, занимает прежнюю позицию в тридцати сантиметрах от мешка. *(Пауза.)* Мешок шевелится. Палка с наконечником покидает сцену.

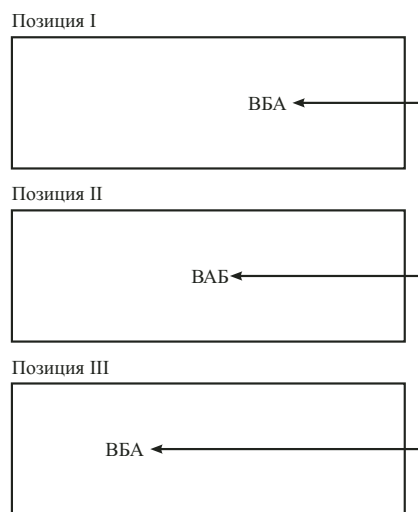
Б, одетый в рубашку, выползает на четвереньках из мешка, поднимается, вынимает из кармана рубашки большие часы, смотрит время, убирает часы, делает несколько гимнастических упражнений, снова смотрит на часы, вынимает из кармана зубную щетку и энергично чистит зубы, убирает щетку, смотрит на часы, энергично трет

кожу на голове под волосами, вынимает из кармана расческу и причесывается, убирает расческу, смотрит на часы, идет к одежде, одевается, смотрит на часы, вынимает одеждуную щетку из кармана куртки и энергично чистит щеткой одежду, снимает шляпу, энергично водит щеткой по волосам, надевает шляпу, убирает щетку, смотрит на часы, вынимает из кармана куртки морковку, откусывает от нее, жует и с аппетитом проглатывает, убирает морковку, смотрит на часы, вынимает из кармана куртки карту местности, изучает ее, убирает карту, смотрит на часы, вынимает из кармана куртки компас и справляется по нему, убирает компас, смотрит на часы, подбирает оба мешка и несет их, шатаясь от тяжести, останавливается в двух метрах от левой кулисы, кладет мешки, смотрит на часы, раздевается (остается в рубашке), складывает одежду точно такой же кучкой, как вначале, смотрит на часы, потирает кожу под волосами, причесывается, смотрит на часы, чистит зубы, смотрит на часы и заводит их, забирается на четвереньках в мешок и замирает. Мешок А теперь опять слева от мешка Б, как вначале. *(Пауза.)*

Появляется палка с наконечником, установленная на первой платформе с колесами, сзади на некотором расстоянии следует вторая, точно такая же. Острие останавливается в тридцати сантиметрах от мешка А. *(Пауза.)* Острие отъезжает назад, на мгновение останавливается, втыкается в мешок, вытаскивается, снова останавливается в тридцати сантиметрах от мешка. *(Пауза.)* Мешок неподвижен. *(Пауза.)* Острие снова отъезжает, немного дальше, чем в первый раз, на мгновение останавливается, снова втыкается в мешок, вытаскивается, снова останавливается в тридцати сантиметрах от мешка. *(Пауза.)* Мешок шевелится. Палка удаляется.

А вылезает на четвереньках из мешка, замирает, складывает руки, молится.

ЗАНАВЕС.



АВАНСЦЕНА

1959 г.

НЕКРОЛОГИ

Федор Ефимович Василюк

28 сентября 1953 года – 17 сентября 2017 года



17 сентября 2017 года ушел из жизни Федор Ефимович Василюк, доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии ПИ РАО, заведующий кафедрой индивидуальной и групповой психотерапии МГППУ, президент Ассоциации понимающей психотерапии.

Федор Ефимович родился в 1953 году в семье геологов в Донецке. Опыт покорения горных вершин в экспедициях с отцом, ветераном войны, явным образом вырос в мужество покорения доселе не взятых вершин отечественной психологии. Он — первопроходец отечественной психологической практики: создатель первого в России Центра психологического консультирования и психотерапии, первого в России журнала по психотерапии — Московского психотерапевтического журнала, первого в России факультета психологического консультирования, первого всемирно признанного отечественного психотерапевтического подхода — понимающей психотерапии.

Ф. Е. Василюк учился у лучших: А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, А. Н. Леонтьев, М. К. Мамардашви-

ли, В. П. Зинченко и др. Сильное влияние на его жизнь и творчество оказали личные встречи с Карлом Роджерсом, митрополитом Антонием Сурожским, архимандритом Виктором Мамонтовым. Для многих людей встреча с самим Федором Ефимовичем являлась поворотным моментом в жизни. При всей устремленности к созданию живой психологии, он являлся глубочайшим экспертом в методологических проблемах современной психологии и психотерапии. Его монографии и статьи всегда вызывали активные дискуссии, многие из них стали классикой: “Психология переживания” (1984) переведена на множество языков, книга “Переживание и молитва” (2005) получила высочайшую оценку в мире. Многие тексты до сих пор до конца не осмыслены. Более сотни статей, вышедших из-под его пера, свидетельствуют об уникальном даре Слова — живого, чуткого и поэтического. Он удивительным образом умел увидеть и дать имя тонким и неуловимым материям переживания и сопереживания, выявляя их суть, вызывая человека к подлинной жизни и развитию.

Федор Ефимович Василюк

Помимо всех этих заслуг — тысячи учеников, клиентов, коллег, каждый из которых испытал на себе его участие, веру, творческий гений, вдохновлялся кротостью и могуществом, горением и тончайшим чувством юмора... Он по праву мог зваться Человеком. Огромное число людей Федор Ефимович берег в своей памяти, знал по имени, относился к каждому предельно лично. Где бы ни был, ежедневно он с любовью предстоял перед Богом, вознося молитву за ушедших и живущих. Будем и мы ценить и хранить память о нем. Продолжать его и общечеловеческое дело, продолжать учиться у него, как быть живыми и прожить по-настоящему, бесстрашно встречая испытания, с любовью утверждать то, во что верим.

“Человеческое горе не деструктивно (забыть, оторвать, отделиться), а конструктивно, оно при-

звано не разбрасывать, а собирать, не уничтожать, а творить — творить память”.

Ф. Е. Василюк. Пережить горе, 1991

Вечная память.
Друзья, ученики, коллеги

С болью от невосполнимой утраты нам остается добавить, что Федор Ефимович был другом НПА России, чутким, деятельным, верным и деликатным другом. Горько сознавать, что недостаточно часто общался с ним, не помышляя, что будет поздно.

Ю. С. Савенко

Людмила Павловна Рубина

(1934 – 2017)



30 октября 2017 года умерла виднейший психиатр Санкт-Петербурга Людмила Павловна Рубина.

Людмила Павловна прошла школу профессора Самуила Семёновича Мнухина вместе с практически всем послевоенным поколением ленинградских психиатров. Клинико-теоретические позиции и дух школы Мнухина определили и профессиональный уровень Людмилы Павловны, пережившей блокаду Ленинградки, и ее отношение к профессии, в целом, и к интересам больных детей, в частности.

Очень скоро по окончании ординатуры Людмила Павловна заняла ответственный пост главного врача диспансера Выборгского и Калининского районов, самого крупного в городе. Эта должность предполагает знание множества организационных и юридических тонкостей, умение выстроить оптимальные отношения с руководством района на благо прежде всего больных и руководство большим коллективом психиатров, каждый из которых тоже был личностью, зачастую весьма незаурядной. Должность главврача ежедневно требовала от Людмилы Павловны всего, чем наградила ее природа и научила жизнь — твердости характера и цепкости мышления, знания людей и снисхождения к их слабостям, бескомпромиссности и при необходимости способности к компромиссу, жесткости при несоблюдении прав и интересов больных и ежедневной готовности к роли профессионального

эксперта. Личностные особенности вместе с качеством работы стали залогом искренней симпатии и уважения подчиненных, а также признания и крайне уважительного отношения руководства Ленинграда и Санкт-Петербурга.

Умение четко и аргументировано не только излагать, но и отстаивать свои взгляды, как по клиническим, так и по организационным вопросам, готовность и умение полемизировать на районном, городском и любом самом высоком уровне, добиваясь от вышестоящего начальства решений, гармонизирующих жизнь ее подопечных и их не очень счастливых родственников, обеспечили Людмиле Павловне высокий авторитет в кругу врачебной и научной психиатрической общественности и лидерство в профессиональном цехе. Последнее наиболее рельефно было продемонстрировано на демократических выборах главного психиатра города. На этот пост Людмила Павловна была избрана практически единодушно.

К этому времени Людмила Павловна уже несколько лет успешно руководила детской психиатрической больницей № 9. На этом поприще Людмиле Павловне удалось реализовать давно ею задуманную реформу по выведению детской амбулаторной службы из ведения городских диспансеров для взрослых и сформировать единую в своей преемственности детско-подростковую амбулаторную и стационарную систему

оказания психиатрической помощи детям и подросткам. Дискуссии по организации общего мощного объединения, оказывающего в амбулаторных и стационарных условиях психиатрическую, психотерапевтическую и другие виды специализированной помощи были достаточно бурными. Людмиле Павловне пришлось доказывать правоту своих решений не только коллегам, но целесообразность их руководству города. В конце концов, благодаря глубокому и четкому пониманию проблемы, аргументированному изложению необходимости перемен, Людмиле Павловне удалось добиться не только понимания их городскими властями, но также финансовой и организационной поддержки с их стороны. На территории бывшей больницы им. Филатова был построен современный психиатрический городок, входящий в систему общего «Центра восстановительного лечения».

Верная клятве Гипократа, одним из постулатов которой является: «считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями... и т.д.», а также будучи благородным интеллигентным человеком, одним из самых главных качеств которого является чувство благодарности, Людмила Павловна Рубина активно содействовала присвоению «Центру восстановительного лечения» имени своего учителя профессора Самуила Семеновича Мнухина, сохранив его имя в истории города навсегда. Ум, обаяние и масштаб личности помогли Людмиле Павловне не

только в этой славной исторической миссии. Профессиональный и жизненный опыт вместе с доброжелательностью и деловой принципиальностью сделала ее центром притяжения не только для сотрудников, коллег, но и для любого приличного и неравнодушного человека, стремящегося быть в чем-то полезным делу, которому Людмила Павловна отдала жизнь.

30 октября Людмилы Павловны не стало. Психиатрия потеряла не только видного специалиста, но и крупномасштабную личность, каковые всегда были наперечёт. Покинув этот мир, Л. П. оставила всем, тесно общавшимся с нею, кроме боли и горечи светлую память о себе.

Психиатры Санкт-Петербурга

Не только клинический и организационный талант, — широкий горизонт, чутье нового и его активное освоение привлекли Людмилу Павловну к семинарам НПА России еще в 1990-х годах, и с тех пор эти ее неувядающие качества, постоянная готовность действительно помочь, а в последнее время — вопреки тяжелой болезни — выразить солидарность, были высоко ценимы нами, неизбалованными таким отношением со стороны ведущих администраторов психиатрии.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Гадамер Ханс-Георг. Загадка времени. М., 2016.

Хайдеггер Мартин. Черные тетради (в трех томах). М., 2017.

Ласк Эмиль. Логика философии и учение о категориях. М., 2017.

Айленд Х., Дженнингс М. У. Беньямин. М., 2018.

Бенуа Петерс. Деррида. М., 2018.

* * *

Горбунов С. Альберт Швейцер. Одна жизнь для людей. М.-СПб., 2017.

Франкль Виктор. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия. Новосибирск, 2017.

* * *

Панов Е. Н. Человек созидатель и разрушитель. Эволюция поведения и социальной организации. М., 2016.

Келер Петер. Фейк. Забавнейшие фальсификации в искусстве, науке, литературе, истории., М., 2017.

* * *

Кимерлинг. Выполнять и лукавить. Политические кампании поздней сталинской эпохи. М., 2017.

Смертность от внешних причин в России с середины XX века. М., 2017.

Хвостов А. А. Феномен социальной смерти (социологическое исследование). Саратов, 2016.

* * *

Сабанеев А. А. Воспоминания о России. М., 2017.

Армени Ританна. Об этой любви никто не должен знать. Иннеса Арманд и Владимир Ленин. СПб., 2017.

Зыгарь Михаил. Вся кремлевская рать (краткая история современной России). М., 2017.

Зыгарь Михаил. Империя должна умереть (история российских революций в лицах. 1900 – 1917 гг.). М., 2017.

* * *

Василий Кандинский, Арнольд Шёнберг. Переписка 1911 – 1936. М., 2017.

Бурлюк Давид. Филонов. М., 2017.

Фаликов Борис. Величина качества. Оккультизм, религии Востока и искусство XX века. М., 2017.

* * *

Перуц Лео. Эх. Яблочко, куда катишься... М., 2017. (Знаменитый роман австрийского писателя “пражской школы” экспрессионизма, выдающегося мастера психологии и интриги, чье имя по праву стоит в одном ряду с именами Франца Кафки и Густава Майринка). М., 2017.

Кобо Абэ. Тетрадь кенгуру. М., 2017.

Шмидт Арно. Ничейного отца дети. Трилогия. СПб., 2017.

ABSTRACTS

X-ray insightful look at yourself and the surrounding thanks to depression and in spite of it

Yu. S. Savenko

The author conducts a psychopathological analysis of fragments of the unique diary of Acad. Sergey Vavilov and describes the dynamics of its diagnostic qualification. He shows how the state of dreary depression with a constant desire for death is overcome by the need to conceal it, permanent lack of time, but above all, the creative activity of a highly organized personality.

Key words: psychogenic depression, cyclothymic depression, depressive depersonalization, depressive loss of apperception, overcoming depression.

The pathographic study of the great man

A. A. Shmilovich

A brief sketch of the qualification of a unique diary is presented, the author of which, involuntarily, turned out to be the psychopathologist of himself.

Key words: depression, reactive depression, endogenous depression, mental mutilation.

Challenging the quality of treatment in court

Yu. N. Argunova

The author presents judicial practice of challenging by patients the quality of the treatment, including the reasonableness of the prescription of medicinal products, within

the framework of Article 47 of the Law of the Russian Federation “On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens in its provision”.

Key words: challenging actions to provide psychiatric care; patient’s rights.

Moral approach to humanity of a priest and psychotherapist

Priest George Kochetkov

The connection between the understanding of “norm” and morality, the need for openness, lively dialogue, self-criticism, perception of one’s illness as responsibility, and not just punishment are shown. To know one’s vocation is the best means from despondency, to draw strength in spirituality in oneself, in the sense of the presence of God, in gratitude for it. The tactic of treating a patient with religious delirium is discussed — do not hurry, “do not reject and do not accept”. Freedom is not arbitrariness. We must put ourselves questions and boundaries, to cultivate a sense of proportion, a sense of tact and a sense of taste. This is the path to spiritual aristocracy, which is based on honor and dignity. Loss of sense of proportion and taste is an alarming sign. It is important not to impose one’s faith and ideas, but to release from everything that enslaves. Hence the addition of a priest and psychotherapist.

Key words: norm and morality, psychotherapy and religion, spiritual support in case of despondency, tactics in religious delirium, interaction of priest and psychotherapist.