

*ISSN 1028-8554*

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

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**2018**

**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 18.06.2018. Подписано в печать 28.06.2018. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Заказ № 2018-2-IPA.

Цена свободная

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

---

# СОДЕРЖАНИЕ

|   |     |
|---|-----|
| ТОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (1936)<br>и ТЕОРИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛЯ (1933 – 1943) КУРТА ЛЕВИНА (1890 – 1947) . . . . .   | 5   |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ  |     |
| О математике в научном статусе психиатрии — Ю. С. Савенко . . . . .   | 8   |
| Три лица психиатрии: этнографический, транскультуральный,<br>антропологический (окончание) — Иосиф Зислин (Иерусалим) . . . . .   | 13  |
| Сексуальная и платоническая эротомания в структуре эндогенных психозов<br>— А. А. Шмилович, Т. А. Файнштейн . . . . .   | 18  |
| ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ   |     |
| Генрикус Корнелиус Рюмке.<br>Клиническая дифференциация в пределах группы шизофрений (1958). . . . .  | 22  |
| Генрикус Корнелиус Рюмке.<br>Невротические “дублеры” человеческого страдания (1956). . . . .  | 28  |
| КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ   |     |
| Нельзя помочь, если не лечить ближайшее окружение — А. А. Шмилович, А. В. Оськин. . . . .   | 32  |
| ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО  |     |
| Соответствует ли Конституции РФ часть 1 статьи 435 УПК РФ? — Ю. Н. Аргунова . . . . .   | 53  |
| ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА   |     |
| Этическая комиссия РОП спряталась в кусты<br>(“Действующим законодательством не предусмотрено...”) . . . . .  | 60  |
| Следователь манипулирует экспертами . . . . .   | 68  |
| Ближайшее окружение манипулирует больным . . . . .  | 71  |
| Деинституционализация по-российски. . . . .   | 77  |
| ОБЗОРЫ  |     |
| Психиатрическая коморбидность. Психиатрия и общество (по материалам конгрессов<br>Всемирной психиатрической ассоциации 2017 – 2018 гг. — Берлин и Мельбурн)<br>— А. Г. Меркин, В. А. Кажин (Германия), И. А. Никифоров. . . . . | 79  |
| ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ   |     |
| Обсуждение прав психически больных без независимых представителей их интересов<br>— Л. Н. Виноградова . . . . .   | 82  |
| Рекомендации Координационного совета уполномоченных по правам человека<br>16 мая 2018 г. в Ялте. . . . .  | 84  |
| Открытое письмо НПА России Уполномоченному по правам человека<br>в Российской Федерации . . . . .   | 85  |
| ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ   |     |
| Галина Серебрякова. Полет в бездну — В. Д. Тополянский . . . . .  | 86  |
| ХРОНИКА   |     |
| Приветствие к юбилею двух прославленных московских больниц . . . . .  | 91  |
| Больница как и церковь должна быть экстерриториальна для силовых ведомств . . . . .   | 91  |
| Съезд психиатров Республики Беларусь . . . . .  | 92  |
| Приход/ход как критерий эффективности труда для научных работников . . . . .  | 92  |
| Отпор дали не врачи-депутаты Думы — у них конфликта интересов не было . . . . .   | 92  |
| Выхолащивание медицинской этики в аптеках . . . . .   | 92  |
| Антисихиатрическая выставка . . . . .   | 93  |
| Отрадная экспертиза Центра им. В. П. Сербского<br>в безнаказанном провокаторском половодье . . . . .  | 93  |
| ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО   |     |
| Хаим-Нахман Бялик (1873 – 1934). Поэма “Сказание о погроме” . . . . .   | 94  |
| Иван Франко (1856 – 1916). Стихотворение “Ассимиляторам”. . . . .   | 97  |
| РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .  |     |
| АННОТАЦИИ . . . . .   | 100 |

# CONTENTS

|   |     |
|---|-----|
| TOPOLOGICAL PSYCHOLOGY (1936)   |     |
| AND THEORY OF PSYCHOLOGICAL FIELD (1933 – 1943) OF KURT LEVIN (1890 – 1947). . . . .  | 5   |
| URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY   |     |
| About mathematics in the scientific status of psychiatry — Yu. S. Savenko . . . . .   | 8   |
| Three faces of psychiatry: ethnographic, transcultural, anthropological (ending)<br>— Joseph Zislin (Jerusalem, Israel). . . . .  | 13  |
| Sexual and platonic erotomania in the structure of endogenous psychoses<br>(clinic, dynamics, prognosis) — A. A. Shmilovich, T. A. Fainshtein . . . . .   | 18  |
| FROM THE CLASSICAL HERITAGE   |     |
| Henricus Cornelius Rümke. Clinical differentiation within the schizophrenia group (1958) . . . . .  | 22  |
| Henricus Cornelius Rümke. Neurotic “doubles” of human suffering (1956). . . . .   | 28  |
| DISCUSSION OF A CLINICAL CASE   |     |
| You can not help if you do not treat the nearest environment — A. A. Shmilovich, A. V. Osokin. . . . .  | 32  |
| PSYCHIATRY AND LAW  |     |
| Does the Constitution of the Russian Federation comply with Part 1 of Article 435<br>of the Code of Criminal Procedure? — Yu. N. Argunova . . . . .   | 53  |
| FROM AN EXPERT’S DOSSIER  |     |
| Ethical Commission of the ROP slinked away (“The current legislation does not provide...”) . . . . .  | 60  |
| The investigator manipulates the experts . . . . .  | 68  |
| The surrounding environment manipulates a patient . . . . .   | 71  |
| Russian-style of deinstitutionalization. . . . .  | 77  |
| REVIEWS   |     |
| Psychiatric comorbidity. Psychiatry and society (materials of the World<br>Psychiatric Association Congresses 2017 – 2018 — Berlin and Melbourne)<br>— A. G. Merkin, V. A. Kazin (Germany), I. A. Nikiforov . . . . . | 79  |
| RESPONSES, DISCUSSIONS  |     |
| Discussion of the rights of the mentally ill persons without independent representatives<br>of their interests — L. N. Vinogradova . . . . .  | 82  |
| Recommendations of the Coordinating Council of the RF Commissioner<br>for Human Rights on May 16, 2018 in Yalta . . . . .   | 84  |
| The Open letter of the IPA of Russia to the Commissioner<br>for Human Rights of the Russian Federation . . . . .  | 85  |
| DOCUMENTS OF EPOCH  |     |
| Galina Serebryakova. Flight into the abyss — V. D. Topolyansky . . . . .  | 86  |
| CHRONICLE   |     |
| Greeting to the anniversary of two famous Moscow mental hospitals . . . . .   | 91  |
| The hospital, like the church, must be extraterritorial for the law enforcement agencies. . . . .   | 91  |
| Congress of psychiatrists of the Republic of Belarus. . . . .   | 92  |
| Coming/leaving as a criterion of labor efficiency for scientists . . . . .  | 92  |
| The rebuff was not given by the Duma doctors — they had no conflict of interests. . . . .   | 92  |
| The emasculation of medical ethics in pharmacies . . . . .  | 92  |
| Antipsychiatry exhibition . . . . .   | 93  |
| Pleasing examination of the Serbsky Center in unpunished provocateur flood . . . . .  | 93  |
| PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS  |     |
| Hayyim Nahman Bialik (1873 – 1934). Poem “The Legend of the pogrom.” . . . . .  | 94  |
| Ivan Franko (1856 – 1916). The poem “Assimilators” . . . . .  | 97  |
| RECOMMENDATIONS . . . . .   |     |
| ABSTRACTS . . . . .   | 100 |

# ТОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (1936) И ТЕОРИЯ ПСИХОЛÓГЧЕСКОГО ПОЛЯ (1933 – 1943) КУРТА ЛЕВИНА (1890 – 1947)

---



Подобно тому, как Холокост не стал фактом общественного сознания в нашей стране, многие грандиозные по значимости вклады в общенациональную методологию, непосредственно касающиеся психиатрии, не ощущимы в основном массиве публикаций наших научных журналов. «Общая психопатология» Карла Ясперса (1020 стр.), переведенная усилиями Л. О. Акопяна, опубликована у нас только в 1997 г., но ее объем, видимо, отпугивает читателей, поэтому не устарел тезисный перевод Н. П. Бруханского третьего издания этой книги на 60 страницах в 1935 г.

Соразмерный по значимости вклад Курта Левина издан в полноценном объеме только в 2001 г. усилиями Д. А. Леонтьева и Е. Ю. Потяевой с их превосходным аналитическим введением. — Курт Левин. Динамическая психология. Избранные труды. — М.: Изд-во «Смысл», 2001, 572 с. Перевод работ Левина планировался еще в середине 30-х годов, когда он приезжал в Россию и общался Л. С. Выготским и А. Р. Лурией. Однако, отдельные переводы его работ распространялись среди психологов в рукописном виде. Уже современники оценили его гений. Но он не

одиночка — грандиозен весь круг коллег, к которому он принадлежал. Это лидеры гештальт-психологии К. Коффка, М. Вертгаймер, В. Кёлер и А. Гельб (тесно сотрудничавший с Куртом Гольдштейном). Все они, как и Э. Гуссерль, Х. Вернер и сам К. Левин — ученики Карла Штумпфа<sup>1</sup>. Все принадлежали феноменологическому движению. Большинство было не только с психологическим, но и физико-математическим образованием. Все — звезды первой величины, хотя на их жизнь пришлось две мировые войны.

В 1931 г. Курт Левин с поразительной ясностью показал “Переход от аристотелевского к галилеевскому способу мышления в биологии и психологии”, — фундаментальный вклад в науку, начатый Эрнстом Кассирером (E. Cassirer. “Понятие субстанции и понятие функции”, 1910) и Куртом Коффкой (K. Koffka. “Об описательных и функциональных понятиях”, 1922) и завершенный Александром Койре (A. Koyre. “Этюды о Галилее”, 1939). В частности, это означало отказ от ценностных утилитарных антропоморфных понятий и разграничений (“земное/небесное”, “нормальное/патологическое”), отказ от дискретных классификаций с их абстрактно выделенными классами, в которых видится сущность объекта, якобы объясняющая его поведение, отказ от “преувеличеннного значения, которое в современной психологии приобрела статистика... — наиболее явное проявление аристотелевского способа построения понятий”, тем более, что развитие математики и статистики не изменило понятий, с которыми тогда работали, и даже укрепило их господство. Эта “математизация аристотелевского способа мышления, ... стремление психологии последних лет к точности развивались в направлении построения и усовершенствования статистических методов, ... и основывались на честолюбивом желании доказать научность психологии возможно большим количеством математики... означает сегодня препятствие для понимания полной действительности конкретного случая... Ассоциативная психология возвысила частоту и повторение, имеющие решающее значение для аристотелевского построения понятий до уровня содержательного главного принципа психологии”. При галилеевском способе построения понятий “понятие закономерности строго отделяется

---

<sup>1</sup> K. Lewin. Carl Stumpff // Psychological Review. 1937, 44. 189 – 194.

от понятия регулярности... поэтому содержание закона не может более устанавливаться вычислением средних значений”.

За пять лет до этого, в не менее знаменитой работе “Намерение, воля и потребность” (1926) К. Левин так же ясно показал, что “существенным препятствием к тому, чтобы видеть и находить имеющиеся конкретные взаимосвязи в рамках целого (т.е. имеются ли связи по типу гештальта или нет) выступает использование операциональных понятий (печатание на машинке, писание стихов, принесение клятвы, выражение любви, строгание, еда, разговор, задавание вопросов)”. (Операциональные понятия — это определение объектов через описание специальных для них операций). Между тем, ими до сих пор широко пользуются при описании психического. Они “вполне допустимы в юриспруденции, экономике, теории познания и т.п. Однако, в биологической психологии с ними необходимо активно бороться”. На основании отсутствия соответствия фенотипически однотипного и генотипически различным и наоборот, К. Левин предложил “наряду с феноменологическим построением понятий еще и новые понятия — кондиционально-генетические... т.е. не по внешнему виду в данный момент, но по своей сущности, как совокупность возможных способов поведения... Определенный фенотип устанавливается только вместе с указанием определенного комплекса условий для проявления этих возможностей, с указанием определенной ситуации... Это ни в коем случае не исключает тщательного наблюдения и точного исследования феноменологических фактов, наоборот, предполагает их”. В этой работе была дана концептуально намного более научно обоснованная, чем в психоанализе, объяснительная модель психической динамики. И очень близкая к представлениям А. А. Ухтомского о хронотопе (1925), почерпнутых из того же источника (Герман Минковский, А. Эйнштейн): “Абсолютно и реально лишь то, что протекает за тот или иной интервал”<sup>2</sup>.

В 1931 г. Левин обосновал еще психологическую неэффективность наказания в школе. Работа с детьми и проблемой развития привели его к переходу от естественно-научного биологического подхода к социальному-психологическому, что сделало его одним из основоположников экспериментальной социальной психологии. Так он положил начало изучению процессов групповой динамики. Согласно его известной формуле, поведение является функцией в равной мере личности и среды, жизненного пространства. Но здесь мы хотели очертить не его многочисленные выдающиеся открытия, а тот новый стиль мышления и научной работы в целом, который привел к ним.

Левиновский стиль характеризовался обращением к повседневным жизненным ситуациям во всей их

конкретной целостности и во всей временной перспективе, от прошлого до намеченного будущего, не только на поводу ситуации, но и в ее преодолении: полевое и волевое поведение и способность “встать над полем”. Таким образом, это обычно естественные, а не лабораторные эксперименты. Характерно также предпочтение углубленного изучения конкретных случаев, а не большие выборки со статистической обработкой. Гомологом его концептуальных моделей была современна ему постニュтоновская физика. Его понятие психологического поля было выдающимся, экспериментально доказанным прорывом, наряду с понятиями эмбрионального, тканевого, биологического поля и социального поля на макро- и микроуровнях. Наконец, это использование адекватного для моделирования психических процессов математического аппарата топологии и критическое отношение к статистике с ее индуктивизмом.

Хотя К. Левин отталкивался от понятия “физического поля”, он определял “психологическое поле”, исходя из тщательного психологического анализа и критиковал многие физикалистские теории за отсутствие такого анализа. Теория психологического поля, согласно Левину, это такая теория, которая одновременно служит “методом анализа причинных отношений и построения научных конструктов”. Это индивид и все то его физическое и социальное окружение, которое влияет на его поведение. Это силовое динамичное поле в определенный временной период временной перспективы от прошлого до мыслимого будущего, независимо от его реальности, все части которого синхронны на данный момент, так как “временная перспектива непрерывно меняется”. Поведение зависит от поля в целом, а не его частей. Одно из основных требований теории психологического поля — “описывать поле, влияющее на поведение индивида, не в “объективно-физических” терминах, а так, как оно существует для данного человека в данный момент времени. Учитель никогда не сможет адекватно руководить ребенком, если не научится понимать тот психологический мир, в котором живет данный конкретный ребенок”.

«В психологии “объективное” описание ситуации означает описание ее как совокупности тех и только тех фактов, которые составляют психологическое поле данного индивида».

“Различные виды регрессии, наблюдаемые в случаях сильных эмоций, телесных и психических заболеваний, в ситуации тюремного заключения или в старческом возрасте, в определенной степени независимы друг от друга и претерпевают типичные изменения, обратные изменениям, характерные для развития”. Это, по меньшей мере, пять следующих аспектов:

- 1) мера многообразия поведения — примитивизация;

<sup>2</sup> А. А. Ухтомский. Доминанта души. — Рыбинск, 2000, 77 – 80; Лицо другого человека — СПб., 2008, 609 – 614.

## **Топологическая психология и теория психологического поля Курта Левина**

- 2) степень его организации — уменьшение числа иерархических уровней или дезорганизация;
- 3) величина жизненного пространства — сужение сферы деятельности и интересов, временная перспектива сжимается настолько, что поведение начинает все более зависеть от текущей ситуации;
- 4) степень единства индивида — дедифференциация, уменьшение частей в динамическом целом и снижение уровня организации личности до простой взаимозависимости вместо организации;
- 5) мера его реалистичности — “снижение реалистичности от “слепоты” к реальности и неэкономности в действиях при очень сильных эмоциях, вплоть до сумасшествия. Наиболее существенна не

фактическая степень реалистичности поведения, а способность или неспособность вести себя более реалистично”.

Для представления структуры психологических ситуаций К. Левин использует топологические и векторные понятия и модели, подчеркивая, что они “в такой мере сочетают в себе аналитическую мощь, концептуальную точность, конструктивность и пригодность для всего спектра психологических проблем, что это делает их превосходящими любые другие известные в психологии концептуальные средства”.

**Ю. С. Савенко**

### **РЕКОМЕНДУЕМ!**

*П. В. Головненков, Г. А. Есаков, И. М. Мацкевич, У. Хелльманн*

## **НЕОБЫКНОВЕННЫЙ ФАШИЗМ**

**КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ И УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА**

**М., 2017**

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

---

*“Математики, как французы: все, что им говоришь на немецком, они переводят на свой язык, и это тотчас становится чем-то совершенно иным”*

Гете

*“Отличительный признак научного образа действий — это сохранение скептицизма к самым любимым теориям”*

Имре Лакатос

## О математике в научном статусе психиатрии

Ю. С. Савенко

Задача работы — внести ясность в проблему места математики в психиатрии и показать современные ошибки в ее применении на разных этапах исследования и лечения больных. Для преодоления ошибок необходимы сбалансированность и конкуренция различных подходов, даже в рамках отдельного исследования.

**Ключевые слова:** математизация психиатрии, ошибки математизации, математические модели многослойных наук.

Проблемы, обсуждаемые здесь, касаются мировой психиатрии, но будут рассматриваться на примере отечественной психиатрии, которая ярче и откровеннее в своих проявлениях и тенденциях.

Наука — социальный институт, связанный со своим социумом, более того — это часть социума, она фрактальна, т.е. воспроизводит его в своих частях. Научная психиатрия могла состояться только после снятия цепей с душевнобольных.

О кризисном положении в науке и практике нашего предмета написано достаточно. **Задача предлагаемых заметок — сформулировать место математики в психиатрии и показать те корневые основы, которые делают наш предмет научным, то направление в использовании математики, которое позволит рано или поздно выйти из того спада, в котором оказались, и, в первую очередь, подтвердить научный статус психиатрии.**

Знаменитый тезис Платона, приписываемый у нас Карлу Марксу, что в каждой дисциплине столько научности, сколько в ней математики, на самом деле двусторонен: дело не только в естественной незрелости наиболее сложных наук, но и в незрелости математического аппарата, способного адекватно моделировать предмет их изучения. Но, конечно, эта ситуация не равнозначна: **чтобы полноценно применить даже уже существующий математический аппарат, необходим определенный уровень теоретической зрелости науки и ее категориального ап-**

**парата.** Здесь наиболее поучителен драматический пример длительного неприятия выдающегося научного вклада Гете.

Математика применялась в научных исследованиях с глубокой древности. К этому располагало целостное мировосприятие. Математизацию содержал уже первый учебник психологии, опубликованный 200 лет назад (1816) И. Ф. Гербартом, возглавлявшим четверть века после Канта Кенигсбергскую кафедру. Это прозвучало даже в названии его двухтомного труда “Психология как наука, по-новому обоснованная с помощью опыта метафизики и математики” (1824 – 1825). Характерно, что наиболее резкая критика Гербarta исходила впоследствии от автора “Понимающей психологии” В. Дильтея.

Однако, психология намного более простой предмет для математического моделирования, чем психиатрия, в силу того, что это однослочная наука. Психиатрия охватывает все четыре онтологических слоя бытия, а в каждом из них свои собственные качественные особенности и закономерности. Их взаимоотношения сформулированы в 16 законах критической онтологии Николая Гартмана<sup>1</sup>, послужившей философским основанием для Курта Шнейдера и многих

<sup>1</sup> Согласно этим законам, вопреки укоренившейся со времен Аристотеля и Гегеля традиции, категории “низших” слоев бытия всегда сильнее в отношении детерминации, но это не распространяется на содержание “высшего” слоя.

других выдающихся психиатров. Это прямое указание, как и в каком направлении конструировать математические модели, что не исключает любые другие альтернативные подходы [7, 45 – 55].

**Научный статус психиатрии определяет, в первую очередь, клинический метод**, а не математика, которая своим преждевременным вторжением, триумфальным в однослойных науках, грубо затормозила развитие психиатрии и продолжает быть обюдо-острым орудием, требующим, чем оно острее, тем более критически осторожной, осмысленной ювелирной работы, к чему призывает сам предмет нашей дисциплины. Для него современный уровень математического аппарата доказательной медицины — прокрустово ложе, попытка уложить многослойный предмет в однослойные рамки.

**Научный статус психиатрии определяет то, что предшествует математической и статистической обработке данных, и это клинический метод, добывающий эти данные.** Тенденциозно подобранные, они изначально сохраняют эту тенденциозность после любой обработки. Это обстоятельство привело к фундаментальному разветвлению всевозможных попыток избавиться от тенденциозности, предвзятости, предпосылочности, субъективности посредством либо опоры на феноменологический метод, либо радикальным отказом от каких-либо способов подготовки исследовательской выборки, т.е., предпочтения случайной выборки, рандомизации. Это оказалось наиболее экономичным, но дорогой ценой: снижением уровня индивидуализации и профессионализма. Не помог выразительный пример математической генетики, математической биологии, математической психологии. Они не смогли заменить традиционные дисциплины, так же как таксонометрия не смогла заменить таксономию, а наукометрия — науковедение и социологию науки.

Естественное сосуществование этих методов характеризуется решительным предпочтением наиболее простого и устоявшегося метода случайной выборки.

Однако, это не отменяет необходимость феноменологического метода, который является в психиатрии неотъемлемо профессиональным, а не внешне вспомогательным. Важно знать, что сам по себе в общем виде **феноменологический метод** сформировался как универсальный общенациональный логический метод в математической среде. Эдмунд Гуссерль, ученик выдающегося математика Карла Вейерштрасса и выдающихся психологов Франца Брентано и Карла Штумпфа, солидарно мыслящий друг основоположника теории множеств Георга Кантора, тесно общавшийся с оппонентом своей докторской диссертации основоположником семиотики Готлобом Фреге, создал в 1901 г. метод, который сыграл парадигматическую роль для многих наук, от логики до биологии, социологии и психологии, существенно продвинув

развитие их проблематики. Это логико-философский метод постижения феноменов посредством усмотрения сущностей, представляющий строгую процедуру мысленного эксперимента на очищенном от всевозможных предвзятостей и предпосылок поле сознания, когда феномены даются сознанию сами по себе в чистом виде. Это метод, предопределяющий все последующие результаты [9, 13].

В клиническую практику психиатрии его ввел Карл Ясперс в 1913 г. в реалистически упрощенной форме, как психопатологический, а не философский метод, доступный любому клиницисту при определенной выучке, которая была стихийно доступна и отдельным выдающимся психиатрам прошлого.

Что касается самой математической и статистической обработки, то здесь налицо два основных направления приложения усилий: рутинная обработка первичных данных и ее усовершенствование, и постановка перед математиками нестандартных проблемных задач в ходе научных исследований. Как известно, именно задачи прикладной (педагогической и профессиональной) психологии положили начало и разнообразному шкалированию, и матричной презентации, и факторному анализу, и многим другим, широко применяемым методам. При этом не обосновывается их адекватность предмету и поставленным задачам исследования — метричность, линейность, параметричность, количество измерений и мн.др.

Психиатрия предполагает и требует, прежде всего, осмысленного адекватного применения математических и статистических методов и, таким образом, главными методами являются те, что совершаются в уме клинициста, благодаря частому продуманному использованию. Это и постановка проблем, и задавание конкретных вопросов, учет границ адекватности применяемых методов поставленным задачам в конкретных условиях.

Для этого необходимо ясное понимание, что **такое математика и где ее место среди существующих наук**. Наиболее ясно это показано в критической онтологии Николая Гартмана. Математика — это сфера идеального бытия, т.е. бытия вне времени, первичного, независимого от сознания в-себе-бытия, связанного с модусом возможного, но не имеющего отношения к совершенству.

| Формы бытия                                     | Способы бытия   |   |
|---|---|---|
|   | В реальном времени  | Вне времени                                 |
| Первичное, независимое от сознания в-себе-бытие | <b>РЕАЛЬНОЕ БЫТИЕ</b><br>духовное<br>психическое<br>живая природа | <b>ИДЕАЛЬНОЕ БЫТИЕ</b><br><b>МАТЕМАТИКА</b> |
| Вторичное, зависимое от сознания для-нас-бытие  | <b>ПОЗНАНИЕ</b>   | <b>ЛОГИКА</b>                               |

Суть математики составляют методы абстрактных построений [6]. Математические методы — это инструменты и строительные леса, которые не могут подменить разработку проблематики конкретных наук, но само их наличие служит инерционным фактором дальнейшего развития. Однако, непрерывно происходящее саморазвитие математики, которая — не застывшее архитектурное строение, что подчеркивают сами авторы этой метафоры [4], а постоянно достраиваемое и перестраиваемое здание, в котором уже есть немало пустующих помещений, подходящих для решения определенных профессиональных проблем. Так, бесполезные разделы чистой (академической) математики со временем не раз оказывались высоко востребованными [1, с. 31]. “Математика стремится к совместному действию и сбалансированности своих полярных составляющих — логики и интуиции, анализа и конструирования, абстрактной общности и полнокровной конкретности” [11].

Анри Пуанкаре писал, что “первое, что удивляет нас или, скорее, должно было бы удивлять нас, если бы мы так не привыкли к нему, это — *почему существуют люди, не понимающие математики?*”. Ведь “человеческий ум извлекает истину как бы из самого себя”. Действительно, каждый из нас, вешая новую картину среди нескольких других, без всяких сложных вычислений наблюдает золотое сечение, автоматически определяет безопасность перехода оживленной улицы, попадание в летящую цель, а пчелы решают задачу на минимум в отношении воска, что определяет архитектуру улья. Давно понято, что это происходит благодаря тому, что мы сами — часть той природы, в которой живем и действуем. И, задавая следующий вопрос: — “*как могут возникать математические ошибки?*”, — Пуанкаре отвечает, что для него очевидно, что это происходит в силу того, что когда между моментом одного умозаключения и другим “проходит много времени, мы теряем многие звенья цепи, попросту забываем их или, что еще серьезнее, забываем их смысл... И придаем слегка другой смысл, и таким образом впадаем в ошибку”. Частично это компенсируется незаурядной способностью концентрировать внимание или выдающейся памятью, но главное — “уловить общую идею всей аргументации” и включиться в адекватную последовательность размышлений, порядок которых гораздо важнее самих элементов”. Это чувство “скрытой гармонии отношений, расположения математических элементов”, эстетический аспект этого целого и есть та особая **логико-математическая интуиция** [16], которая составляет особую математическую одаренность, но способность к которой существенно расширяется устранением всевозможных препятствий, чему служит феноменологический метод. Эта интуиция играет основную роль в рассуждениях математика, хотя не гарантирует от ошибок [4, 10].

Одной из наиболее фундаментальных ошибок основного массива современных исследовательских работ в психиатрии является математическая обработка всего эмпирического материала оптом, а не фракционно. Вместо того, чтобы первоначально обработать все эмпирические характеристики по каждомульному отдельно, и во всех последующих математических и статистических процедурах оперировать только этими вторичными данными, сразу обрабатывается материал для всей исследуемой группы. Тем самым пропускается самое сложное и ответственное звено — индивидуальная интерпретация каждого отдельного случая. Между тем, первичные данные имеют определенное значение только внутри индивидуального целого и нередко значительно различаются в разных целых. Пренебрежение этим девальвирует результаты исследования, так как такой подход представляет пронизывающий все индуктивизм по-элементного мышления. Этот тотальный или, по меньшей мере, **главенствующий индуктивизм — самый фундаментальный просчет мышления, претендующего на научность**. Решительную борьбу с этим начал Карл Поппер [14, 15].

Необходимо всякий раз не только обосновывать адекватность используемых методов в конкретных условиях, но и пытаться обнаружить отсутствие такой адекватности. Современный этап характеризуется снижением уровня требовательности к адекватности (валидности) используемых методов и процедур самому существу специфики предмета нашей профессии и предпочтением заботы о надежности и точности. При этом фактически во всех самых разнообразных сферах жизни (от административной системы управления до конструкции автомата Калашникова) показано решительное преимущество систем, предусматривающих определенный интервал колебаний параметров, а при моделировании преимущества так называемых “размытых множеств”, “частично упорядоченных множеств”, “мягких моделей”, необходимости “люфта”, что обеспечивает необходимую гибкость управления и функционирования, “так как организму важна не особая точность, а преследуемая цель, смысл двигательных актов” [2, 3, 8]. Но элементарное положение, согласно которому частично упорядоченные множества нельзя оценивать числами, множество которых линейно упорядоченное, постоянно нарушается вопреки как раз ненадежности приписываемых им числовых значений, когда **большая надежность достигается за счет меньшей валидности**. Но это мнимая надежность.

Тормозом развития психиатрии последнего десятилетия стала догматизация определенной системы взглядов, в частности, восприятие положений доказательной медицины, разработанных для однослойных биологически ориентированных разделов медицины, как непререкаемых истин, вопреки их неадекватности психическим расстройствам. Так же как шаблониза-

ция лечения вплоть до его алгоритмизации — это свидетельство падения уровня профессионализма и обрекает на него. Вместо творческого использования математического аппарата для решения определенных проблем распространилось его фактически декоративное использование для респектабельности.

Владимир Арнольд наглядно показал, как исключение арифметики и введение начал высшей математики в американских и французских школах привело к беспомощности в оперировании дробями [1, с. 28 – 29]. Нечто подобное происходило в истории науки, когда революционный переход от категориального качественного стиля мышления к количественному и функциональному, т.е. математизации природы (“от Аристотеля к Галилео”), было только качанием маятника, шагами науки от Галилея к Курту Левину и возвращением от “идеального мира” математики к “жизненному миру” и экзистенциальному подходу. МКБ-11 с ее квазиеволюционным переходом от категориального к дименциональному подходу, от синдромологического к симптоматическому (фельдшерскому) подходу, вслед за подменой синдромов кластерами в МКБ-10 — это очередное грубое упрощение, очевидный регресс, продиктованный не собственно научными соображениями, а снижением профессионального уровня в силу омассовления, экономии средств, грубого падения добросовестности в науке и автоматизации. — Специалист и компьютер и другая приборная техника поменялись местами: теперь не машина обслуживает специалиста, а специалист машину, специалисты вообще постепенно сокращаются и устраняются. Замещение специалиста лаборантом, а затем “автоматическим интеллектом”, лишенным каких-либо привходящих разнообразных неучтенных и неучитываемых факторов, кроме заложенной программы, — идеал такого подхода, который еще и устраивает непосредственное общение, коммуникацию с больным. В этих условиях тем остается необходимость сохранять и развивать собственно клиническую систематику, рассматривая МКБ как чисто статистическую классификацию.

Еще в 30-х годах первый президент Американской социологической ассоциации Питирим Сорокин яростно критиковал практику, когда социологические исследовательские группы возглавляют не социологи, а специалисты по математической статистике [17]. Для социолога попытка, например, сформулировать причину войн, так же бессмысленна, как и определение средней температуры по больнице. На конкретные профессиональные вопросы в любой науке ответит только конкретный анализ профессионала, а не математика. **Профессионал** не только обеспечивает замысел и проблемные вопросы научной работы, не только феноменологически фундированый материал для математической обработки, он анализирует и интерпретирует полученные данные, **придает им смысл**, без чего математические и статистические

данные на самом деле остаются многозначными и фактически ни о чем не говорят. Слепое доверие к математическим методам ведет не к поискам конгруентных методов, а приспособляет к имеющимся методам исследуемый материал.

Основными общеметодологическими ориентирами остаются “Логические исследования” Гуссерля, знакомство с которыми одного из самых выдающихся математиков, преемника Давида Гильберта — Германа Вейля (1885 – 1955) привели, по его собственным словам, “к окончательному разрыву с позитивизмом и принятию мною самого свободного мировоззрения в мире” [5].

Однако, именно отрицание лидерами интуиционистской математики Брауэром и Вейлем интуитивной верифицируемости большинства математических высказываний привело Гильberta к “**тотальной формализации математики и полному отказу от притязания на осмысленность**”, оставляя за интуитивными рассуждениями не истинность, а непротиворечивость всей системы”. Это **ограничение логико-математической интуиции было восполнено фальсификационизмом Карла Поппера и конкуренцией исследовательских программ Имре Лакатоса**, которые открыли широкую перспективу дальнейшего развития [14, 15, 12]. Оба — представители критического рационализма, наиболее перспективного направления философии науки. Общая установка этого направления — жесткая критика всего, начиная с собственных представлений. Исходя из этого подхода, полезна также и антипсихиатрия, как направление, вскрывающее болевые проблемы, очевидные для взгляда непрофессионала. Необходимо использование в каждом исследовании конкурентных подходов как подбора исследуемых больных, квалификации и классификации их психического состояния, так и математической и статистической обработки данных. Только это предохранит научный статус психиатрии от деградации.

Как ни восхищают достижения информатики, “искусственного интеллекта”, не следует забывать, что они остаются в зависимости от введенных данных и обучения, т.е. от современного уровня представлений тех, кто вводил эти данные и обучал компьютерные программы. Сравнивая возможности компьютерных программ с рядовыми человеческими способностями, тестируя их на IQ, творческое мышление и специальные способности, можно ожидать от компьютеров, прежде всего, известного феномена чудо-счетчиков — людей, мгновенно совершающих вычисления грандиозной сложности, но вовсе не преуспевающих в повседневной жизни, нередко даже с низким IQ. Хотя IQ мерит банальный, а не творческий интеллект, он не ограничивается цифровым выражением, а всегда рассматривается в неразрывной связи с профилем по 11 субтестам, т.е. представляет **многообразие** невербальных и вербальных способностей. Именно

многообразие обеспечивает успешность приспособляемости и выживаемости в реальных условиях. Все, что живо в мире, уже этим доказывает свою состоятельность. Можем ли мы всерьез ожидать, что компьютерные программы могут превзойти возможности человеческого мозга и человеческих способностей, если даже узнать их устройство мы никогда до конца не сможем? Но даже если бы эта фантастическая возможность свершилась, человек останется уникальным существом за счет своих слабостей, душевных и моральных страданий.

Итак, научный статус психиатрии основывается: 1) на 200-летнем клиническом опыте, 2) уже 100 лет преображенном феноменологическим методом, полноценное усвоение которого еще предстоит, и математическая природа которого как и клинической интуиции позволяет улавливать психопатологические инварианты; 3) а также на наличии в течение последнего полстолетия еще незадействованного математического аппарата, адекватного предмету нашей дисциплины. Это, в частности, аппарат теоретико-множественной и алгебраической топологии и топологической алгебры, адекватный также и для произведений искусства. “Топологической психологией” Курта Левина уже более 80 лет, а в психиатрии топологическим моделям посвящены только отдельные работы.

Очень характерно, что математики, независимо от противостояния даже в вопросе о том, конструируем ли мы истину или открываем ее (как считали и Гуссерль, и Кантор, и Фреге, и Поппер), выработали такие понятия как “интеллектуальная смелость”, “интеллектуальная честность”, “интеллектуальная

совесть” (Г. Вейль) и даже “интеллектуальное преступление” (И. Лакатос), называя так слепую приверженность какой-то идеи, и “математическое мракобесие” (В. Арнольд).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арнольд В. И. Что такое математика. — М., 2008.
2. Арнольд В. И. “Жесткие” и “мягкие” математические модели. — М., 2013.
3. Бернштейн Н. А. Новые линии развития в физиологии и их соотношение с кибернетикой // Вопросы философии, 1962, 8, 77 – 87.
4. Бурбаки Н. Очерки по истории математики. — М., 1963.
5. Вейль Г. Математика и логика. Призрак модальности // Избранные труды. М., 1984.
6. Вейль Г. Математическое мышление. — М., 1989.
7. Гартман Н. // Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. М., 2013, с. 45 – 55.
8. Гельфанд И. М., Розенфельд Б. И., Шифрин М. А. Очерки о совместной работе математиков и врачей. — М., 1989.
9. Гуссерль Э. Логические исследования. Т. I // Философия как строгая наука. — Новочеркасск, 1994, 175 – 353. Т. II // Избранные работы. — М., 2005, 75 – 184.
10. Клейн М. Математика. Утрата определенности. — М., 1984.
11. Курант Р., Роббинс Р. Что такое математика. — М., 1947.
12. Лакатос И. Фальсификация и методология научно-исследовательских программ. — М., 1995.
13. Мотрошилова Н. В. Кантор и Гуссерль: взаимодействие идей. Влияние Гаусса. Вейерштрасс и Гуссерль. Дедекинд и Гуссерль // Ранняя философия Эдмунда Гуссерля. М., 2018, с. 193 – 216, 540 – 552.
14. Поппер К. Логика научного исследования. — М., 2004.
15. Поппер К. Предположения и опровержения. — М., 2004.
16. Пуанкаре А. О науке. — М., 1983.
17. Сорокин П. Человек и общество в условиях бедствий. Влияние войны, революции, голода, эпидемий на интеллект и поведение человека, социальную организацию и культурную жизнь. — СПб., 2012.

# Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический<sup>1</sup>

Иосиф Зислин (Иерусалим)

*Как и другие науки, антропология обречена испытывать постоянное напряжение между неповторимой, крайне богатой реальностью, которую она изучает, и жесткими и упрощающими инструментами анализа для осмыслиения этой действительности.*

Томас Эриксен

В статье в историческом аспекте проанализирован концепт “антропологической психиатрии”. Выделены и разделены два ее основных элемента: собственно антропологическая психиатрия и антропология психиатрии. Рассмотрена связь антропологического подхода с подходом транскультуральным и этнографическим. В статье впервые представлена типология транскультуральных синдромов: 1. синдромы “этнографические”, описанные в рамках одной культуры и присутствующие только у аборигенов, 2. синдромы столкновения, возникающие у пилигримов и 3. смешанные синдромы. Подчеркнута возможность и необходимость, на основании антропологического подхода, включить культурно-когнитивные аспекты поведения диагноза в поле исследования. Такие “культуральные синдромы диагноза” рассмотрены на примере моральных паник, возникающих во врачебной среде, имплицитного применения эмного и этного типов описания и явления остеенсии.

**Ключевые слова:** антропологическая психиатрия, антропология психиатрии, этнография, транскультуральные синдромы, моральные паники, остеенсия, эмный/этный подходы.

## Заключение

*Мясник свинью режет, она визжит.  
“Путем (этим и) пращуры твои,  
и предки твои ходили, и ты идешь.  
Зачем же ты визжишь?”*

*Шумерская пословица, II тыс. до н.э.*

Если бросить даже поверхностный взгляд на антропологию, обнаружится, что антропологический подход применим ко всем явлениям, где присутствует человек. Именно человеческий фактор придает индивидуальному или социальному явлению антропологичность. Так можно говорить об антропологии денег, антропологии брачных отношений, антропологии права, антропологии глупости или конкретного единичного действия (плевания, испражнения, подмигивания и т.п., что столь близко медицине). Перефразируя слова известного британского антрополога Бронислава Малиновского, писавшего, что “<...> Антрополог не скован в своих изысканиях жалкими остатками былой культуры, разбитыми табличками, потускневшими текстами и фрагментарными надписями. Ему нет нужды восполнять зияющие пробелы многотомными, но всего лишь гипотетическими комментариями. Под боком у антрополога находится сам творец мифа” [Малиновский 2015], можно сказать, что и под боком у психиатра, а может быть даже и ближе, находится и творец и “исполнитель” болезни. Надо только внимательно в него взглянуться.

В контексте нашей работы мы должны разделить две области применения антропологии в психиатрии. Первая — собственно *антропологическая психиатрия*, т.е. применение антропологических методов и подходов для лучшего понимания страдания нашего пациента. Вторая — *антропология психиатрии*, т.е. рассмотрение собственно психиатрической области практики как определенного вида деятельности, как целостной единицы. Так можно изучать, например, поведение психиатров (как индивидуальное, так и коллективное); эффект выгорания; диагностические предпочтения; стили описания; типы взаимоотношения с пациентом и т.п. Аналогом антропологии психиатрии оказываются, например, исследования по антропологии отдельных профессиональных или социальных групп. В таком контексте антропологическая психиатрия является частью медицинской антропологии.

Как может заметить внимательный читатель, первых три проанализированных в нашей работе фактора относятся именно к антропологической психиатрии, тогда как фактор четвертый — рассмотрение культурных кодов и тактик диагноза — к области антропологии психиатрии.

“<...> От литературно обработанных пересказов текстов к фиксации не текста как такового, а формы его воспроизведения конкретным рассказчиком (паузы, покашливанья и пр.); от описания этнической традиции в целом к описанию традиции отдельной деревни, а затем и мировосприятия одного конкретного человека — вот смена стандартов, произошедшая в третьей четверти XX в.” [Березкин 2004].

<sup>1</sup> Окончание. Начало — см. НПЖ, 2018, 1.

## Иосиф Зислин

В название статьи мы вынесли три родственных термина, используемых современной психиатрией, — этнографический, транскультуральный, антропологический — и попытались показать их схожесть и различие.

Логика изложения приводит нас к мысли, что транскультуральная психиатрия, оставаясь в парадигме чисто психиатрической, не может играть особенной роли в клинической практике и проблемы, указанные в статье, разрешить не может. Более того, большая часть вопросов ею даже не ставится. Говоря упрощенно, транскультуральная психиатрия не там ищет транскультуральные синдромы. И в этом скорее беда, чем вина такого подхода.

При сравнении двух подходов — транскультурального vs и антропологического, как нам кажется, можно отметить их центральное различие. Транскультуральная психиатрия исходит из неявного предположения — то, что кажется нормальным в рамках одной культуры, может превратиться в патологическое в другой. Соответственно с этим предположением, транскультуральная психиатрия должна представить нам инструменты, позволяющие провести такое разделение: “Это определяется культурой, а это болезнью”.

Вот что, например, пишет американский автор в книге “Шизофрения”:

“<...> Конкретное убеждение является бредом не само по себе, а в зависимости от того, насколько оно отличается от принятых в данном обществе или среди носителей данной культуры взглядов и мнений. Человек, верящий, что им манипулируют его предки, может считаться абсолютно нормальным, если он вырос в долинах Южной Каролины, где вера в возможность подобного воздействия предков широко распространена. С другой стороны, если он вырос в Скардэйле, то эта его убежденность с *большой вероятностью* (Курсив наш. — И. З.) может быть признана симптомом шизофрении. В частности, высоким уровнем параноидных убеждений могут отличаться представители национальных меньшинств, и эта убежденность может быть основана на реальной дискриминации и преследованиях. Бывает довольно трудно оценить степень *патологичности* бредового мышления у некоторых представителей определенных культурных сообществ, например бред величия у глубоко религиозных людей или параноидный бред у людей, связанных с разведывательными службами. Представьте себе, например, дилемму, перед которой оказывается мать-настоятельница монастыря, когда новенькая монашка заявляет ей, что непосредственно общается с Девой Марией, или глава ЦРУ, которому один из его тайных агентов сообщает, что за ним установлено непрерывное наблюдение. Суждения и убежденность подозреваемых в наличии шизофрении людей всегда должны сопоставляться с культурным контекстом и рассматриваться лишь в качестве одной из граней

этого заболевания. Иногда некоторые люди своими странными суждениями и мыслями обращают на себя внимание, но решить, являются ли эти высказывания настоящим бредом, бывает очень трудно”<sup>2</sup> [Фуллер 1996].

Такой подход нам кажется совершенно не оправданным, ошибочным, и вот по какой причине. Любое действие, суждение, верование и т.п. может быть, как признаком нормы, так и симптомом патологии. Да, безусловно, встречается немало примеров того, что в одной культуре является нормативным, а в другой оказывается неприемлемым или даже запретным. И здесь имеют значение множество факторов: этнокультурные стереотипы, психология, история и т.д.<sup>3</sup> Но это не относится к психиатрической дилемме болезнь / неболезнь — говорим ли мы, например, о ревности, снижении настроения или вере в инопланетян и т.п. Причем все эти проявления встречаются как в рамках единой культуры, так и при сравнении разных культур или социумов. Но не принадлежность пациента к той или иной культуре и не признание социумом границ нормы дает нам возможность отнести определенное явление к классу патологии или классу нормы, а лишь весь контекст поведения конкретного индивидуума, взятый как единое целое, основанное на врачебной логике.

Одной из возможных причин такого, как в цитированном выше отрывке, подхода к постановке диагноза “бред”, является имплицитное приравнивание бреда к нелепому, невозможному, “неправильному” содержанию.

И не зря именно в диагностике бреда сходятся все нити транскультурального напряжения. Именно содержание бреда наиболее ярко отражает культурные влияния, и пути преобразования приобретенного сюжета в личностный смысл. Причем именно врач маркирует высказывание как нелепое и бizarное [Zislin 2012]. Но содержание, взятое вне контекста поведения, не является основополагающим маркером. Любой психиатр знает, что часто самые нелепые и несусранные высказывания не имеют никакого отношения к бреду, а верные и строгие логические пропозиции могут являться абсолютно болезненными.

Само по себе, вырванное из контекста, явление, слово или действие не поддается классификации и пониманию, и смысл его от нас ускользает.

<sup>2</sup> Данный пассаж был подвергнут критике и в работе Б. Вознесенского [Воскресенский 2016]. Б. А. Воскресенский совершенно справедливо критикует автора цитаты за упрощенный взгляд на психопатологию.

<sup>3</sup> См., например: “<...> Даже происхождение “чужих” этносов мыслится как противоестественное, как результат нарушения моральных норм и табу (инцест, связь с животным или демоническим существом); прародителями “чужих” этносов могут быть и маргиналы из числа “своих” — преступники, разбойники, изгои” [Белова 2016].

## Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический

Ситуация в психиатрии ничем не отличается от ситуации в любой гуманитарной науке. Всякое исследование литературного произведения, например, направлено на проявление смысла текста, выявление явных и скрытых метафор и перекличек с другими текстами<sup>4</sup>. Примеров таких не счесть и в других науках о человеке. Приведем только три, в какой-то мере перекликающихся с клинической практикой.

В некоторых ситуациях средневековое поведение — разбивание иконы (аналог хульного действия, которое вполне может наблюдаться в болезни) — совсем не обозначало святотатство и иконоборчество, а лишь просьбу к святому о заступничестве [Майзульс 2017]. Призыв в северно-русском поминальном плаче покойнику встать из могилы (клинический аналог — беседа с умершим в рамках острого стрессового психотического состояния) означает только просьбу к усопшему из могилы не вставать и домой не приходить [Алексеевский 2007]. Третий пример касается случаев самооскопления [Панченко 2002; Zislin 2002]. Такое действие, ранее являвшееся частью нормативной религиозной практики у секты скопцов (кстати, практики однозначно преследуемой и наказываемой обществом), может иметь место в рамках криминального поведения, суицидной попытки вне рамок психоза или быть симптомом психотического состояния [Zislin 2002]. Попробуем развить этот пример. В современных религиозных практиках самооскопление не присутствует. Предположим, что сегодня появляется религиозный деятель, призывающий выполнить самооскопление или даже реально его выполняющий. Без всякого сомнения, такой человек на определенном этапе попадет на психиатрическую экспертизу. Здесь и возникнет центральный вопрос: будет ли диагностика строиться только на том, что в современном обществе это действие не практикуется и однозначно маркируется как неприемлемое, или она будет ориентироваться на понимание клинической картины и смысла действия конкретного человека?

И это лишь три примера из бесконечного ряда. Смысловая разница, которую мы пытались таким образом продемонстрировать, аналогична разнице между словом, как оно определяется в словарной статье, и словом в тексте. Любая область исследования, связанная с интерпретацией факта, строит свое понимание на выявлении смысла явления, через включение его в максимально точный и полный контекст. Так, антрополог К. Гирц отмечает “<...> Как только мы начнем рассматривать поведение человека .. с точки зрения

символического действия — действия, которое нечто обозначает, подобно голосу в речи, цвету в живописи, линии в письме или звуку в музыке, — вопрос о том, является ли культура моделью поведения, или складом ума, или одновременно и тем и другим, потеряет смысл” [Гирц 2004].

Антрапологический подход, который мы пытаемся обосновать в настоящей статье, позволит перенести акцент с узко понимаемого влияния культурного фактора на болезнь на более широкое понимание, которое мы можем обозначить как понимание в контексте, т.е. контекстное. Такой подход поможет приблизиться к пониманию вопроса, почему именно те или иные сюжеты всплывают в определенное время и в определенном месте и как культура диагноза влияет на понимание конкретного сюжета, позволит признать, что существует гораздо более широкое поле культурных проявлений в болезни, чем мы классифицируем сегодня.

В историческом плане с определенной натяжкой можно выстроить следующую линию развития: психиатрия этнографическая, сосредоточенная в основном на описании редких, необыкновенных болезней вне западной культуры и создании своеобразных этнографических музеев в психиатрии<sup>5</sup>, — психиатрия транскультуральная, признающая примат культурного фактора в понимании отдельных нозологий, — психиатрия антропологическая. В отличие от двух предыдущих, психиатрия антропологическая базируется на представлении, что внекультуральных явлений в психиатрии быть не может. При этом следует отметить, что выделяя такую линию развития, мы совсем не считаем ее эволюционной, т.е. такой, где один этап развития полностью заменяет предыдущий. Как и в биологии, а тем более в культурном развитии, архаичные формы совсем не отмирают, а продолжают и иногда вполне мирно сосуществовать с формами новыми. Это же происходит и в нашей области.

Анализируя пациента, описывая его психопатологию, мы должны учитывать не только его культурный фон, но и по возможности динамику его “окультуривания”. И лучше всего — через развитие фольклора, языка, нарратива и сюжетной базы [Зислин 2017а]. Но не культура определяет, что нормально, а что нет. Культура и социум, конечно, могут маркировать (и маркируют) некоторые явления как ненормальные или неприемлемые, используя для этого свои языки и символы. Однако это не та ненормальность, которой оперирует психиатрия.

Еще одной отличительной чертой антропологического подхода является то, что в нем принимается во внимание и учитывается фигура диагноза, и рассматривается она не только как субъект, но прежде всего как объект культурного анализа.

<sup>4</sup> “<...> Смысл постигается путем исторически достоверного истолкования текста. По степени строгости и доказательности филологическое истолкование может не уступать естественнонаучному <...> и далее <...>. Филолог изучает смыслы лишь постольку, поскольку они нашли выражение в языке, и, наоборот, рассматривает язык прежде всего как манифестацию культуры” [Пильщиков 2008].

<sup>5</sup> Этот подход и породил термин “этнопсихиатрия”.

## Иосиф Зислин

Учитывая эти положения, необходимо признать, что психиатрия транскультуральная является лишь частью и, видимо, не самой важной в психиатрии антропологической. И это не просто терминологическая игра. Если траектория развития транскультуральной психиатрии предполагает в основном использование понятий культурологии для своих утилитарных целей, то психиатрия антропологическая, с одной стороны, дает гораздо более широкий набор необходимых контекстов, а с другой — предлагает включение собственно данных психиатрии для развития лингвистики, фольклористики, культурной антропологии. Мы предполагаем, что именно такой подход позволит выстроить и описать контекст развития явления и соответственно приблизиться к пониманию его смысла. Сугубо клинический метод дает нам лишь малую часть контекста. Достроить контекст и тем самым приблизиться к пониманию позволит лишь использование других, не клинических, оптик. А уже задача врача соотнести свое понимание с нормой или патологией.

Выше мы указывали, что антропологический подход совершенно не отменяет подход транскультуральный, наоборот, именно он позволяет вычленить чистые транскультуральные феномены и сравнить их как во времени, так и в пространстве.

Мы не стремились представить дело таким образом, будто концепт “антропологическая психиатрия” является нашим изобретением. Вовсе нет. Без сомнения, многие работы, выполненные формально вне данного поля исследования, по духу являются вполне антропологическими [см., например, Самохвалов 1993, 2011; Гильбурд 2007 и др.]. Задача настоящей статьи в другом — попытаться понять концептуальные рамки антропологической психиатрии и очертировать ее методологию. Нам представляется, что именно упор на методологию, отличную от доминирующей в клинике, важен для сегодняшнего докризисного периода, в котором находится психиатрия [Зислин 2016].

А если мы и можем достроить контекст, то во избежание недоразумений стоит упомянуть, что эпиграф к заключению настоящей статьи относится исключительно к самому автору, и ни к кому другому.

## ЛИТЕРАТУРА

- Адоньева С. Дух народа и другие духи. СПб., 2009.
- Алексеевский М. Мотив оживления покойника в северно-русских поминальных притчаниях: текст и обрядовый контекст // Антропологический форум. 2007. № 6.
- Архипова А. и др. “ГРУППЫ СМЕРТИ”: ОТ ИГРЫ К МОРАЛЬНОЙ ПАНИКЕ // РАНХиГС. М., 2017. <https://rggu.academia.edu/AlexandraArkhipova>.
- Белова О. Этнокультурный стереотип: между нормой и антинормой // Норма и аномалия в славянской и еврейской культурной традиции / Отв. ред. О. В. Белова. М., 2016.
- Березкин Ю. // Антропологический форум. 2004. № 1.
- Бинсвангер Л. Экзистенционально-аналитическая школа мысли // Экзистенциальный анализ. Изд. 2-е, перераб. М., 2014.
- Воскресенский Б. Основы психиатрии. Ч. 1. М., 2016.
- Гильбурд О. Шизофreniya: Семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М., 2007.
- Гирц К. Интерпретация культур / Пер. с англ. М., 2004. [http://yan-ko.lib.ru/books/cultur/girc=interpret\\_cult.pdf](http://yan-ko.lib.ru/books/cultur/girc=interpret_cult.pdf).
- Дмитриев А. В., Сычев А. А. Скандал. Социологические очки. М., 2014.
- Зислин И., Куперман В. Симуляция психоза: семиотика поведения // Русская антропологическая школа. М., 2004. Вып. 2. С. 267 – 287. <https://independent.academia.edu/JosefZislin>
- Зислин И. Почему постмодернизм не угрожает современной психиатрии? Тезисы и вопросы к проблеме // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII. Вып. 4. С. 71 – 74.
- Зислин И. К Вопросу онтогенеза бредового нарратива // Независимый психиатрический журнал. 2. 2017 (а). <https://independent.academia.edu/JosefZislin>
- Зислин И. Архипова А. Радченко Д. “Синий Кит” и моральные паники: антрополого-психиатрический подход // Сухаревские чтения. 2017 (б). <https://independent.academia.edu/JosefZislin>.
- Исследователь и объект исследования // Антропологический форум 2. 2005.
- Корнетов Н. А. Клиническая антропология психических расстройств — раздел медико-антропологической парадигмы в психиатрии. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. СПб., 1999. № 3. С. 86 – 91.
- Kraus A. Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии // НПЖ. 2006. № 1.
- Майзуль М. Наказание святых: благочестивое богохульство в Средние века и в раннее Новое время // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. 2017. № 2.
- Малиновский Б. Секс и вытеснение в обществе дикарей. М., 2011.
- Малиновский Б. Миф в первобытной психологии// В кн. Малиновский Б. Избранное: Динамика культуры/ пер. с англ. М., СПб.2015
- Панченко А. Христовщина и скопчество: фольклор и традиционная культура русских мистических сект. М., 2002.
- Панченко А. Моральные паники, оstenсия и теории заговора // Тезисы конференции “Теории заговора в русской культуре: мотивы, сюжеты и топосы”. СПб., 7 дек. 2017 г. // [www.pushkinskijdom.ru/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=11194](http://www.pushkinskijdom.ru/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=11194)
- Пильчиков И. Стандарты современного филологического комментария // Комментарий исторического источника: Исследования и опыты. М., 2008. С. 36 – 45.
- Самохвалов В. Эволюционная психиатрия. 1993.
- Самохвалов В. П., Гильбурд О. А., Егоров В. И. Социобиология в психиатрии. ВИДАР, 2011.
- Сахаров А. В., Говорин Н. В., Ступина О. П., Озорнин А. С., Колчанова. Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема “групп смерти” // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; С. 42 – 47.
- Сивков Д. Множественная реальность головного мозга: Рецензия на книгу Dumit J. (2004) Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity. Princeton, Oxford: Princeton University Press // Социология власти. Т. 28. № 1. (2016).
- Смирнов А. Субстанциальная и процессуальная картина картина мира (к вопросу о типологии культур и картин мира) // Философская антропология. 2015. Т. 1. № 1. С. 62 – 81// <http://iphras.ru/uplfile/toot/biblio/phn/6.pdf>.
- Фуллер Т. Шизофрения: Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб., 1996.
- Христофорова О. Б. Упавшая крыша и дочь колдуна, или о коллективности представлений и индивидуальности толкований // Запретное / допускаемое / предписанное в фольклоре. М., 2013. С. 228 – 248.

## Три лика психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический

- Эриксен Т. Что такое антропология? М., 2014.
- Alegria M. et al. Cultural Relevance and Equivalence in the NLAAS Instrument: Integrating Etic and Emic in the Development of Cross-Cultural Measures for a Psychiatric Epidemiology and Services Study of Latinos//Int J Methods Psychiatr Res. 2004; 13(4): 270 – 288.
- Bar-El I., E. Witztum, M. Kalian, D. Brom. "Psychiatric Hospitalization of Tourists in Jerusalem". Comprehensive Psychiatry. Vol. 32. No. 3, May/June 1991, 238 – 244.
- Cohen S. Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers. L. 1972.
- DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition/ APA. Washington DC. 2013.
- Dégh L. Does the Word "Dog" Bite? Ostensive Action: A Means of Legend-Telling // Journal of Folklore Research. Vol. 20. No. 1 (May, 1983). P. 5 – 34.
- Engstrom E. Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice. Cornell University Press. 2003.
- Gadit A. Ethnopsychiatry — a review// Journal of Pakistan Medical Association v. 53, N. 10. 2003 [http://www.jpma.org.pk/full article\\_text.php?article\\_id=285](http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=285).
- Halim N. Mad Tourists: The “Vectors” and Meanings of City-Syndromes // file:///G:/Cultura%20Bound%20Syndromes/Mad%20Tourists%20City%20Syndromes.pdf.
- Honigman T. Culture and Personality. N. Y., 1954. P. 17.
- Kaiser B. “Thinking too much”: A Systematic Review of a Common Idiom of Distress // Social Science & medicine 2015.
- Kirmayer L., Minas H. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective // Can J Psychiatry. V. 45. 2000.
- Kuperman V. Narratives of Psychiatric Malingering in Works of Fiction // Medical Humanities, 32, 67 – 72. 2006
- Levine R., Gaw A. C. Culture-bound Syndromes // Psychiatr Clin North Am. 1995 Sep; 18(3): 523 – 36.
- Littlewood R. From Elsewhere: Prophetic Visions and Dreams Among the People of the Earth // Dreaming Vol. 14. No. 2–3, 94 – 106. 2004.
- Marano L. Windigo Psychosis: The Anatomy of an Emic-Etic Confusion // CURRENT ANTHROPOLOGY Vol. 23, No. 4, August 1982.
- MacDonald A. Anthropological Psychiatry//J Natl Med Assoc. 1925 Oct.–Dec.; 17(4): 197. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623947/>
- Machleidt W., Sieberer M. From Kraepelin to a Modern and Integrative Scientific Discipline: The Development of Transcultural Psychiatry in Germany // Transcultural Psychiatry 50(6). 2013. oxfordreference <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199657681.001.0001/acref-9780199657681-e-9521>.
- Proto-ostension // [http://www.ostension.org/proto\\_ostension.html](http://www.ostension.org/proto_ostension.html).
- Patel V., Simunyu E., Gwanzura F. Kufungisisa (thinking too much): a Shona idiom for non-psychotic mental illness // The Central African Journal of Medicine Jul; 41(7) 1995.
- Patel V., Mann A. Etic and Emic Criteria for Non-psychotic Mental Disorder: a Study of the CISR and Care Provider Assessment in Harare // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1997) 32: 84 – 89.
- Raguram R. Culture-bound Syndromes // In Cultural Psychiatry: Euro-international Perspectives edited by A. Tarik Yilmaz, Mitchell G. Weiss, Anita Riecher-Russsler. 2001.
- Theoretical Medicine and Bioethics Volume 16, Issue 1, March 1995.
- Verwey G. Anthropological Psychiatry in Germany During the First Half of the Nineteenth Century // Psychiatry in an Anthropological and Biomedical Context. Philosophical Presuppositions and Implications of German Psychiatry, 1820–1870. Dordrecht Holland. 1985.
- Zislin J., Katz G., Raskin, et al. Male Genital Self-Mutilation in the Context of Religious Belief: The Jerusalem Syndrome // Transcultural psychiatry June 2002.
- Zislin J. Folk Concepts in Psychiatry and Cultural Bizzareness. // 1<sup>st</sup> International Conference on Cultural Psychiatry in Medeterian Countries. Tel Aviv. Israel 5–7 November. 2012. [https://independent.academia.edu/Josef\\_Zislin](https://independent.academia.edu/Josef_Zislin).

# Сексуальная и платоническая эротомания в структуре эндогенных психозов (клиника, динамика, прогноз)

А. А. Шмилович, Т. А. Файнштейн<sup>1</sup>

Клинико-психопатологическое исследование 98 больных позволило установить связь сюжетных особенностей эротического бреда со структурой синдрома. Сексуальная эротомания более характерна для женщин и сопровождается суицидальной и гетероагgressивной активностью.

**Ключевые слова:** эротомания, любовный бред, бред сексуального воздействия, гетероагgressивное и суицидальное поведение.

Классические описания бредовых расстройств с любовно-эротической тематикой берут свое начало с середины XIX в. (Esquirol, 1838 г., Krafft-Ebing R., 1890 г., Clérambault G., 1925 г., Raschka L. B., 1979 г. и другие). В отечественной психиатрии за последние полвека вышло несколько фундаментальных работ, посвященных эротомании в рамках эндогенных заболеваний (Чхеидзе Н. Г., 1974 г., Пепеляева Т. И., 1980 г., Смулевич А. Б., Пинаева Е. В., 2002 г.). В указанных исследованиях основное внимание уделялось любовно-платоническим бредовым переживаниям и эротомании непсихотического уровня. В иностранной литературе последних лет отсутствуют сколько-нибудь масштабные исследования эротического бреда. Публикации на эту тему в основном состоят из обзоров литературы и описаний отдельных клинических случаев. Из этих обзоров следует, что единого понимания клинико-динамических и прогностических характеристик эротомании в настоящее время нет.

Фабула эротического бреда в клинических описаниях большинства психопатологов представлена 5 вариантами: 1. Любовный бред притязания по Serieux P., Capgras I. (1909 г.) — определяется уверенностью пациента во взаимной любви к человеку, как правило, социально равному больному. Этих больных отличает высокая активность, направленная на достижение счастливого воссоединения с возлюбленным. 2. Эротомания Клерамбо, при которой больная (чаще женщина) убеждена в том, что в нее влюблен (иногда взаимно) высокопоставленный человек, но их счастью мешают разные причины — “мнимая” жена объекта, интриги и прочее. Эта разновидность любовного бреда проходит стадии надежды, разочарования и озлобления. Clérambault G. определил такую эротоманию как “психоз притязания”. 3. Бред эротического преследования Крафт-Эбинга — характеризуется уверенностью пациентки в том, что ее преследует нежеланный поклонник с целью интимной близости. 4. Бред сексуального воздействия на половые органы,

как отличный от бреда эротического преследования, выделили Чхеидзе Н. Г., 1974 г. и Пепеляева Т. И., 1980 г. 5. Синдром инкуба или злого духа заключается в физическом воздействии метафизического существа на больного обычно во время сна. Одним из вариантов такого неприятного воздействия является сексуальное насилие (Raschka L. B. 1979 г.).

Как видно, эротический бред крайне разнообразен, как по сюжетным особенностям, так и по психопатологической структуре. Его синдромально-нозологическая принадлежность и клинико-прогностические характеристики существенно разнятся, что делает актуальной работу по диагностическому уточнению этой психопатологии с целью разработки дифференцированных подходов к терапии и реабилитации больных с эндогенным эротическим бредом.

**Целью** данного исследования было феноменологическое описание двух клинических вариантов психотической эндогенной эротомании: сексуальной и платонической, а также их классификация по синдромально-динамическому принципу для уточнения прогноза и оценки рисков гетероагgressивного и суицидального поведения.

## Материалы и методы исследования

Клинико-психопатологическим методом исследовано 98 больных с эротическим бредом психотического уровня, страдающих параноидной шизофренией (86,7 %), шизоаффективным психозом (4,1 %), острыми полиморфными транзиторными психотическими расстройствами с симптомами шизофрении (8,2 %) и хроническим бредовым расстройством (1,0 %). В исследование вошли 79 женщин и 19 мужчин от 18 до 65 лет.

**Результаты исследования:** Выделено 2 клинических группы психотической эротомании: сексуальная эротомания (СЭ), проявлявшаяся преимущественно сексуальной тематикой эротического бреда (47 % общей выборки — 46 больных) и платоническая эротомания (ПЭ), при которой центральным сюжетом любовного бреда являлись асексуальные платонические чувства (53 % общей выборки — 52 пациента). Для сравнения этих групп было решено больных с СЭ от-

<sup>1</sup> Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва.

## Сексуальная и платоническая эротомания в структуре эндогенных психозов

нести к основной группе, а с ПЭ — к группе сравнения. В основной группе выделено 2 клинических подгруппы: с бредом изнасилования у женщин или гомосексуального совращения у мужчин (31 пациент) и с псевдогаллюцинаторными половыми актами (31 человек), при этом у 16 больных этой группы в динамике заболевания в различной представленности встречались оба вида отмеченной психопатологии.

В группе СЭ наиболее часто встречались фабулы сексуального воздействия, изнасилования и гомосексуального совращения, а также синдром инкуба. ПЭ представляли различные проявления эротомании Клерамбо, бреда любовного притязания и бреда эротического преследования Крафт-Эбинга.

Механизмы бредообразования при различных формах эротомании существенно различались. Всего выделено 4 психопатологических механизма развития эротического бреда: галлюцинаторный, аффективный, конфабуляторный и чувственный.

Галлюцинаторный эротический бред развивался в 70,4 % всех случаев и основывался на различных псевдогаллюцинаторных переживаниях. Тактильно-висцеральные псевдогаллюцинации имели различную степень интенсивности от поглаживаний до ощущения coitus'a. Зрительные обманы восприятия были представлены видениями объекта эротомании, сцен с его участием и т.п. Слуховые псевдогаллюцинаторные расстройства обычно носили характер вербальных, когда больные слышали "голос" возлюбленного. У некоторых пациентов "голоса" играли роль объектов эротомании, то есть были основным предметом вожделения. Аффективный эротический бред (23,5 %) чаще имел маниакальную окрашенность. В тех редких случаях, когда эротомания происходила из депрессивного аффекта, отмечалось ее тесное взаимодействие с ведущей параноидной симптоматикой. Острый чувственный эротический бред с непосредственной трактовкой происходящего как признаков любовного, сексуального отношения окружающих к больным наблюдался в 20,4 % всех случаев. Конфабуляторный эротический бред (17,3 %) возникал как внезапное ложное воспоминание (конфабуляции или галлюцинации памяти по K. Kahlbaum), которое быстро дополнялось псевдогаллюцинацией соответствующего содержания и служило основой для бредообразования. Устойчивой систематизации эротического бреда ни при одном из описанных вариантов не наблюдалось.

При такой общей для всей выборки картине в группе сексуальной эротомании чаще встречались галлюцинаторный (78,3 %) и конфабуляторный (37,0 %) эротический бред, а в группе платонической эротомании — аффективный (28,8 %) и острый чувственный (23,1 %), при этом случаев с конфабуляторной эротоманией в этой группе не было ни одного. Кратковременные периоды систематизации эротического бреда встречались только у больных с непрерывным течением параноидной шизофрении в обеих группах и длились от нескольких часов до нескольких дней.

Необходимо отметить, что в большинстве наблюдений объектов эротического бреда у одного больного было несколько. Интересно, что в этих случаях для каждого объекта был "свой" клинический вариант эротического бреда с отдельным механизмом бредообразования, психопатологической структурой, а также "индивидуальной" давностью возникновения и устойчивостью к терапии.

Например, пациентка на протяжении нескольких лет "терпела воздействие" с "избиением на расстоянии" "отвергнутого поклонника", слышала его "голос", который настаивал на близости, а в противном случае угрожал расправой. Чтобы избежать его воздействия и преследования, больная подписала дарственную на квартиру и уехала в Москву, где пошла искать Николая Баскова, т.к. "по знакам, которые он подавал ей по телевизору", поняла, что певец влюблен в нее и ждет ее приезда.

Выявлены различия в психопатологической структуре сексуальной и платонической эротомании. Отмечены свойственные разным группам нюансы синдрома Кандинского-Клерамбо (таблица №1): в основной группе бред эротического воздействия чаще носил тягостный, неприятный характер и переживался как сексуальное насилие. У этих больных были более выражены тактильно-висцеральные псевдогаллюцинации и сенсорные или моторные психические автоматизмы. Сенестопатические психические автоматизмы проявлялись как жжение в половых органах, выделение из влагалища "его семени моим организму" и т.п. Кинестетические автоматизмы выражались насильственными действиями, имитирующими половой акт: объект сексуального воздействия "раздвигал" ноги больной, заставлял "дрыгаться" и т.д.

В группе сравнения воздействие со стороны объекта эротического бреда было приятно для пациентов — возлюбленный делал хорошее настроение. Эроти-

Таблица № 1. Особенности синдрома Кандинского-Клерамбо при различных видах эротомании

| Признак                       | Сексуальная эротомания | Платоническая эротомания |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Бред эротического воздействия | Неприятен, тягостен    | Приятен                  |
| Псевдогаллюцинации            | Тактильно-висцеральные | Слуховые, зрительные     |
| Психические автоматизмы       | Сенсорные или моторные | Идеаторные               |

Таблица № 2. Сравнение объектов эротомании в основной группе и группе сравнения

| Объекты Э               | Основная группа | Группа сравнения | Общая группа |
|-------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Наличие объекта Э       | 93,6 %          | 92,2 %           | 92,9 %       |
| Отсутствие объекта Э    | 6,4 %           | 7,8 %            | 7,1 %        |
| Множественные объекты Э | 59,6 %          | 27,5 %           | 42,9 %       |
| Виртуальный объект      | 34,0 %          | 9,6 %            | 21,4 %       |
| Метафизический объект Э | 14,9 %          | 5,9 %            | 10,2 %       |
| Реальный объект Э       | 78,7 %          | 88,2 %           | 83,7 %       |

ческие псевдогаллюцинации чаще были вербальными или визуальными, а психические автоматизмы — идеаторными. Ассоциативные автоматизмы проявлялись тем, что объект эротомании узнавал мысли большой и между ними устанавливалась “душевная связь”.

В основной группе у 67,4 % больных отмечался бред изнасилования у женщин или гомосексуального совращения у мужчин, которые были схожи по психопатологической структуре и на том или ином этапе приобретали конфабуляторный или ретроспективный характер. При конфабуляторном варианте пациентка внезапно отчетливо “вспоминала”, что несколько лет назад была изнасилована, а потом забыла об этом, если же наблюдение касалось мужчины, то воспоминание имело содержанием акт гомосексуального совращения, совершенного над пациентом, а потом им забытый. В случае бредовой ретроспекции вначале транзиторно возникал малосистематизированный эротический бред, а потом бредовая ретроспекция — больные “понимали”, что их изнасиловали в прошлом, трактовали таким образом реально существовавшие отношения. Фабулы сексуального воздействия и злого духа обычно были сюжетными вариантами синдрома психического автоматизма при сексуальной эротомании.

В группе платонической эротомании синдром отчуждения чаще был представлен эротоманией Клерамбо. В рамках аффективно-бредовых переживаний, более свойственных группе сравнения, маниакальный синдром сопутствовал возникновению любовного бреда притязания, а при инверсии аффекта фабула менялась на бред эротического преследования.

Эротический бред по многочисленным данным литературы (Clérambault G., Чхеидзе Н. Г., Пепеляева Т. И., Смулевич Б. А., Пинаева Е. В.) чаще наблюдается у женщин, что подтверждилось нашими наблюдениями. Мужчины составили только 19,4 % всех случаев. Сексуальная эротомания у мужчин отмечалась в 3 раза реже, чем платоническая. Обращала на себя внимание особая обнаженность изложения эротических переживаний мужчинами. В отличие от женщин они в большей степени демонстрировали проявления регressiveной синтонности. Эротомания гомосексуальной направленности, вне зависимости от вида эротической бредовой фабулы, как у мужчин,

так и у женщин встречалась лишь в единичных случаях (по 3 пациента).

В подавляющем большинстве случаев (92,9 %) эротомания была направлена на реальный или виртуально-метафизический объект, занимающий центральное место в сюжетной линии бреда, иногда их было двое или множество (таблица №2). У 7,1 % всех больных эротомания была представлена бредом эротического содержания, фабула которого не включала объекта эротического воздействия, преследования или притязания непосредственно к больному. При этом основой эротомании, как правило, были психические автоматизмы сексуального, в том числе парофильного содержания или псевдогаллюцинаторные сцены сексуального характера. Психические автоматизмы были представлены наплывами представлений, мыслей, сексуальными ощущениями в половых органах при взгляде на различные объекты — мертвеца на отпевании, собак на улице и т.п., а также неизвестной мастурбацией. Сценоподобные псевдогаллюцинаторные расстройства при этом имели фантастический характер (например, совокупляющиеся черты).

Как видно из таблицы № 2, в основной группе эротоманические сюжеты с множественными, виртуальными или метафизическими объектами бредовых переживаний встречались чаще. В 21,4 % всех наблюдений отмечался синдром “phantomной любви” (Seeman M. 1978 г.), когда объектом становился некий собирательный, виртуальный, идеализированный образ возлюбленного (“муж, который приходит ко многим женщинам”). Такой отвлеченный объект в группе СЭ встречался в 34,0 % случаев, что в 3,5 раза чаще, чем в группе ПЭ. Обезличенный эротический бред встречался только при непрерывно текущей параноидной шизофрении. Метафизические объекты бредовой любви наблюдались у 10,2 % всех больных. У этих пациентов был диагностирован параноидный синдром. Они также преимущественно (почти в 3 раза чаще) встречались в группе СЭ. Реально существующие люди различных социальных статусов (от бездомных до президентов) становились объектами эротического бреда в 83,7 % всех наблюдений. Множественные объекты эротомании встречались у 42,9 % больных, при СЭ — в 59,6 %, а при ПЭ — только в 27,5 % случаев. Надо отметить, что по данным

## Сексуальная и платоническая эротомания в структуре эндогенных психозов

литературы (Menzies R. P., и соавт.) этот феномен является плохим прогностическим признаком и предиктором социально опасного поведения. В настоящем исследовании эти данные частично подтвердились.

У одного и того же пациента могли быть различные объекты эротомании, которые либо сменяли друг друга в ходе заболевания, либо существовали одновременно. Так, в одном наблюдении больная утверждала, что ее многократно насиливали различные знакомые и незнакомые молодые люди, “а потом и Бог не удержался”.

Сравнительный анализ встречаемости социально значимых форм бредового поведения — миграции и агрессивных поступков — показал их различную представленность при СЭ и ПЭ. Бредовые миграции проявлялись двумя вариантами: бегством от объекта эротомании при параноидном синдроме и путешествием для встречи с возлюбленным при парафренном. Как правило, бегство совершалось при бреде эротического воздействия или преследования и ограничивалось переездом в другой район или город (такие же данные были получены в работе Смулевича А. Б. и Пинаевой Е. В.). В то же время жажда встречи с объектом эротомании (обычно президентом другого государства) вынуждала совершать путешествия заграницу. Оба вида бредовых миграций наблюдались при ПЭ. С одинаковой частотой в обеих группах (16,9 %) наблюдался феномен “стalkerства” (Zona M. и соавт. в 1993 г.), т.е. активное преследование и настойчивое домогательство объекта эротического бреда больным, сопровождающееся угрозами и насилием. Такое бредовое поведение формировалось при векторе страсти, направленном от больного к объекту эротомании. Гетероагgressивное поведение, связанное с эротическими бредовыми переживаниями, наблюдалось у 22,2 % больных основной группы, что почти в два раза чаще, чем у пациентов группы сравнения. Суицидальные попытки, связанные с эротическим

бредом, отмечались значительно чаще в группе СЭ — 10,9 %, в группе сравнения была зарегистрирована суицидальная попытка только у одной больной, страдавшей суицидоманией на протяжении всей болезни.

**Выводы:** 1. Все виды эротического бреда по фабуле переживаний можно подразделить на сексуальные и платонические; 2. Обнаружена зависимость сюжетных нюансов эротического бреда и психопатологической структуры синдрома, при котором он наблюдается; 3. Для мужчин более характерна платоническая эротомания, для женщин — сексуальная; 4. Объекты сексуальной эротомании, как правило, обезличены и множественны; 5. Бредовые миграции чаще встречаются при платонической эротомании; 6. Суицидальная активность и гетероагgressия характерна для поведения больных с сексуальной эротоманией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Clerambault C. G. Les Psychoses Passionnelles. Oeuvre Psychiatrique, Presses Universitaires. Paris 1942.
2. Esquirol. Des maladies mentales, 1838.
3. Krapf E. Paranoisches Lieben und Verfolgungswahn mit symptomatischer Exazerbation. // Arch. Psychiat. Nervenkr. — 1927. — bd. 81. — S. 561 — 578.
4. Menzies R. P. et al. Prediction of dangerous behaviour in male erotomania. Br J Psychiatry. 1995 Apr; 166(4): 529 — 36.
5. Raschka L. B. The incubus syndrome. A variant of erotomania. Can J Psychiatry. 1979 Oct; 24(6): 549 — 53.
6. Seeman M. V. Delusional loving. Arch Gen Psychiatry. 1978 Oct; 35(10): 1265 — 7.
7. Zona M., Sharma K., Lane J. A comparative study of erotomanic and obsessional subjects in a forensic sample. // J. Forensic Sciences. — 1993. — vol. 38. — P. 894 — 903.
8. Пепеляева Т. И. Клинические и социальные аспекты любовного бреда при шизофрении. Дисс. ... канд. мед. наук. Автореферат — С. 22 — М., 1980.
9. Пинаева Е. В. Пограничная эротомания (аспекты клиники и терапии)”: дис. ... канд. Мед. наук: шифр — М., 2002. — 145.
10. Чхеидзе Н. Г. Клинико-психопатологические особенности любовного бреда при непрерывно-текущей шизофрении. Дисс. ... докт. мед. наук: автореферат — С. 33 — М., 1975.

# ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

---

Хенрикус Корнелиус Рюмке

## Клиническая дифференциация в пределах группы шизофрений (1958)

От становящихся все более хаотичными дискуссий по проблеме шизофрении путь через новые опыты ведет к более точному описанию, к обновленному интересу к клинической дифференциации, к обновленному интересу к инаугурированной Крепелином нозологии.

К сожалению, в наши дни эти мысли нуждаются в энергичной защите. О ценности описания говорится пренебрежительно. Отвергли всю европейскую психиатрию, как будто бы слишком дескриптивную и не динамичную. Психиатрия Крепелина на этом основании осуждается и отбрасывается. О клинической дифференциации позволительно говорить с легкой иронией. Многими американцами, но также и некоторыми европейскими психиатрами она рассматривается как пустая трата времени, как род застывшей и стерильной "китайщины". Следовало бы лучше — так они полагают — сейчас же испробовать, чего тут можно добиться при помощи находящихся в распоряжении средств, стало быть, на путях психотерапии, социотерапии, фармакологии или хирургии. Часто можно прочесть, что эти дифференциации будут маловажными и утратят значение, как только откажутся от нозологии. Как часто тут утверждают, нозология — это преследование фантома. Внезапно я ощущаю, что необходимо прямо-таки мужество для того, чтобы перед лицом всех этих аргументов придерживаться мнения о ценности описания, дифференциации и нозологии. Чувствуешь себя, как зануда воодушевленном стане других. И тем не менее: Я, со своей стороны, придаю самое большое значение описанию, дифференциации и нозологии. Еще долгое время не будет существовать опасности чрезмерной дифференциации. Конец дескрипции еще долгое время не окажется в поле зрения; напротив, она находится только в начале. По-настоящему верное жизни описание принадлежит к наитруднейшим задачам в психиатрии. Ни одна наука не может обойтись без описания; оно есть начало всякой науки. Как мы можем научиться различать, если мы неточно описываем? Как мы можем выдвигать теории, если мы не знаем, о чем мы говорим? Описание постольку так тяжело, поскольку мы — хотим мы того или нет — всегда поддаемся влиянию наших предшественников и того

факта, что во всяком описании содержится часть теории. Описание потому так трудно, что мы, психиатры, ни разу не писатели, — мы, к сожалению, только сверх меры ощущаем это при нашей работе. Это справедливо даже для самых лучших психиатров и психологов. Мы с нашими несовершенными словами почти всегда немножко "в аккурат мимо". Для того, чтобы продвигаться вперед, нам необходимо достичь совершенно новой непредвзятости, как если бы мы видели психически больных, *in casu* шизофреников, впервые. Эта сложность при описании в психиатрии ведет к в высшей степени удивительному феномену, который, насколько мне известно, ни в какой науке не проявляется столь ярко, как в психиатрии, а именно, к двойной ориентации. И если мы неточно описываем то, что мы воспринимаем, мы-то это воспринимаем! Нередко мы основываем диагноз на том, что мы определенно воспринимаем, без того, однако, чтобы мы могли словесно передать это другим. Мы не в состоянии это "облечь в слова" или "вербализировать". Я придерживаюсь мнения, что дескрипция должна прилагать всевозможные усилия для описания неописуемого. Без дальнейшей защиты я констатирую: *Описание и базирующееся на этом описание дифференцирование, т.е. различие, должны составлять основу наших взглядов на шизофрению.*

Должно ли нозологическое стремление действительно подлежать защите? К сожалению, защита, вне всяких сомнений, необходима. Я подробно изложил это в своей статье в сборнике, посвященном юбилею Виллингера. Я хочу выделить несколько факторов. Наиважнейшая система отношений в нозологии Крепелина представляет собой нейроанатомическую, физиологическую и биохимическую систему отношений. Иногда это знали, иногда это предполагалось. Если мы окинем взором историю психиатрии, то больше чем вероятно, что эта система отношений сохранит для медицинской науки психиатрии наиважнейшее значение. Со временем Гиппократа мы видим, что это направление в психиатрии вновь и вновь победоносно делает карьеру. В Средние века оно существовало тайно, но впоследствии соматобиология взяла верх над всеми демонологическими попытками объяснения. Во Франции это направление никогда боль-

ше не оставлялось, в Германии оно — в особенности благодаря работам Хайнрота — оказалось на заднем плане, но примерно в середине 19-го века Гризингер возглавил ее триумфальное шествие. Работа Крепелина представляет собой продолжение этого направления, и не только продолжение, но и обогащение, поскольку наибольшее значение приобретает критерий течения и, прежде всего, вопрос, что в состоянии связано с первичным, а что следует понимать как “оформление”.

Крепелин говорит о “нозологических сущностях”. Нозологическая сущность, нозологическая единица включает группу болезней с общими, неизменными чертами. Я говорю об этом сначала словами Крепелина, а вслед за этим в современной транскрипции: “В нозологической сущности мы находим одинаковые причины, одинаковое телесное и душевное состояние, одинаковое течение, одинаковые патологоанатомические данные”. На современном языке это означает: “Мы находим одинаковую систему предпосылок, одинаковые телесные и психические расстройства в смысле негативных проявлений Джексона, одинаковые *формальные* психические расстройства, одинаковое течение, если не проводится никакого лечения, и одинаковые патологоанатомические данные”. — Я не устаю повторять: тот факт, что только очень немногие болезни можно полностью описать в этом смысле, не наносит ни малейшего ущерба методам Крепелина. Значительная часть научной языковой путаницы возникает из-за того, что нынче пытаются подразделять по “позитивным” симптомам и что виды “оформления” становятся принципиальными моментами упорядочения. Лечат “оформление”, не болезнь. Это понятно: Поистине, совсем не пустяк, если удается, благодаря изменению в “оформлении”, пододвинуть кого-нибудь намного ближе к реальности, нежели он был прежде.

Среди шизофрений имеется группа, при которой никто не сомневается в правильности диагноза “шизофрения”. Мы называем ее “истинной шизофренией”. Наряду с этим при ближайшем рассмотрении клинического опыта мы находим очень разные психозы, которые походят на первую группу и которые создают неимоверное множество трудностей при диагнозе. При “истинной шизофрении” всегда можно найти т.н. первичные симптомы. К классическим проявлениям Крепелина относятся: слабость суждения, упадок способности к духовной деятельности, душевное отупение, утрата энергии. Когда я перечисляю эти признаки, меня поражает, что все они встречаются при “истинной шизофрении”, но что они, чтобы иметь право называться действительными симптомами шизофрении, все нуждаются в ревизии и дополнении. Если эти проявления берут буквально, то их можно встретить при самых разных психических отклонениях. В общем и целом, эти критерии, таким образом, совершенно неудовлетворительны. Но если

перед каждым из этих симптомов помещают слова “весьма специфический”, то ясно, что имел в виду Крепелин. Тем не менее, *по сей день* невозможно обозначить это “весьма специфическое”. При этом мы вновь осознаем недостаточность нашей дескрипции. О. Блейлер дополнил эти первичные симптомы: “Личность утрачивает свое единство, совершенно специфическое расстройство мышления, измененное отношение к действительности”. Эти критерии тоже очень важны. Термин “утрата единства”, у которого он позаимствовал слово “шизофрения”, по моему мнению, неверен. Не существует никаких психических расщеплений. Из всех критериев пока лучше всего описано расстройство мышления. К “измененному отношению к действительности” необходимо вновь добавить слова “весьма специфическое”. В сущности, термин “весьма специфическое” следовало бы заменить на “шизофреническое”. Поступить так, кажется, — научное безрассудство. Тем не менее, это не так, поскольку всякий исследователь совершенно точно знает, к чему относится это “шизофреническое”. Однако, он опять не может выразить это словами, вербализировать. Также крайне необходимо, чтобы клиницист всегда отдавал себе отчет в значении того “весьма специфического” или “шизофренического”. Если он поступает иначе, то существует верная, не минимая опасность, — это случается снова и снова, — что он поставит диагноз “шизофрения” “не-шизофреникам”.

Есть еще несколько важных критериев, в частности, чувство выключения собственной активности (Кронфельд). Лично мне это чувство известно только у “шизофреников”. Характерен нарушенный витальный контакт Минковски, но к нему, в сущности, опять принадлежит “весьма специфическое” или “шизофреническое”. Крайне важным симптомом является возмущение (*Aufwühlung*) архетипического мира Юнга. Однако, этот критерий часто ненадежен. Нужно назвать еще символическое переживание (*Symbolerleben*) Груле, симптомы первого ранга Курта Шнайдера, расстройства в осуществлении переживания Карла Шнайдера и Арнольда. Важно также описанное Виршем “шизофреническое основное настроение”. Все эти т.н. первичные симптомы только тогда являются первичными, когда добавляется адъектив “шизофренический”. Сам я придаю еще большое значение расстройству в психическом “раскрываться и закрываться”. Определенное чувство “открытости” (“*Offenliegen*”) может быть патогномоничным (точно так же по сообщению ван дер Дрифта).

Мне клинически больше всего помогало следующее: Практически я следовал за возникающим в исследователе “праесох-чувством” (“*Praesoxgefühl*”), возможно, лучше сказать “праесох-переживанием” (“*Praesoxerlebnis*”), поскольку это вовсе не настоящее чувство. Только очень опытный исследователь может

воспользоваться этим компасом. Если это чувство во мне не пробуждается, — вышеупомянутые критерии в этом случае неизбежно лишены “весьма специфического” или “шизофренического”, — тогда я до тех пор, пока это возможно, противлюсь диагнозу “истинная шизофрения”.

Для правильного понятия шизофрении мне также представляется важным следующее: *Тайна шизофрении — это тайна “формы”*. То, что при истинной шизофрении речь идет о проблеме формы, явствует из того факта, что мы нередко можем совершенно точно поставить диагноз без того, чтобы нам было известно хоть что-нибудь о содержании переживания, например, из-за того, что мы не понимаем языка. Мимики или, скорее, пантомимики, психомоторика у шизофреников серьезно расстроена. “Истинно-шизофреническое” является *не-индивидуальным*. Ничто отчетливее не указывает на то, что мы имеем дело с нозологической сущностью. В Афинах или Хельсинки, в Париже и Лондоне, в Мехико и Торонто мы видим одних и тех же “истинных шизофреников”, которых часто можно распознать с одного взгляда. Таким образом, клинический опыт учит, что, вне всяких сомнений, существует группа психозов, которые образуют единство. Мы называем ее “dementia praesox” или “истинная шизофрения”. Я присоединяюсь здесь к Клоду, в первую очередь также к Лангфельдту и, если я его правильно понимаю, к Беллаку. Если вышеописанные проявления отсутствуют, мы имеем дело с другой болезнью, насколько равным образом могут быть в наличии содержания, которые схожи с таковыми у пациентов с шизофренией. Об этом свидетельствует то, что, если мы в нашей клинике установили диагноз “истинной шизофрении”, болезнь никогда не становится лучше и даже обнаруживает только незначительные ремиссии. Инсулин, электрошок, ларгактил и резерпин уже в какой-то мере помогают, но мало. Инсулин немного устраниет шизофренический колорит. Пациентов уже нельзя сразу распознать как шизофреников. Моя статистика выздоровлений при шизофрении хуже, чем почти во всех других клиниках. Поэтому мой энтузиазм по поводу новых лечебных методов, которые имеют отношение к шизофрении, никогда не был значительным. Если я причисляю сюда болезни, которые сам я не называю шизофренией, — хотя я убежден в том, что другие, вероятно, поступили бы иначе, — то статистика выздоровлений возрастает, вплоть до того, что она приблизительно соответствует статистике других. Я особо подчеркиваю, что это вовсе не пустые слова, как, например, “вылечился — значит, не шизофрения”. Иногда я замечаю своим ассистентам: “Если этот пациент излечится, то я останусь при своем мнении, что он — шизофреник”. Я говорю это еще раз с особым упором: Если эти критерии используют строго, то прогноз dementia praesox всегда плохой, во всяком случае, никогда не бывает полного выздоровления.

Выбранная мной самим задача заключается в том, чтобы говорить о дифференциации в пределах группы “шизофрений”. Первая дифференциация:

**A. Истинная шизофрения**, для краткости именуемая “шизофренией”.

Все другие:

**B. Псевдо-шизофрении.**

ad A. Первый вопрос, который я ставлю, следующий: Имеет ли дифференциация dementia praesox, гебефрении, кататонии и dementia paranoides еще право на существование? И в случае утвердительного ответа: какова ее ценность? Я не считаю невозможным, что подавляющее большинство трудностей, которые сегодня ведут к такой хаотической дискуссии, связано с этим разделением, если я также допускаю, что это разделение имеет определенное основание. Я должен честно признаться, что в своей клинике в течение многих лет я не делаю или едва ли еще делаю это различие. Если при болезни, которая с полным правом названа “кататонией” или “dementia paranoides”, я ставлю диагноз “истинная шизофрения”, то я поступаю так не на основании кататонического или параноидного, а на основании эссенциальных шизофренических симптомов, которые можно распознать именно через кататонию и параноид. Слишком легко забывают, что это разделение неравноценено. Гебефрения не указывает на какой-либо синдром, кататония и dementia paranoides — иное дело. *Вследствие этого возникла опасность заблуждения, что кататония и dementia paranoides были выдвинуты в соответствии с аксессорными проявлениями.*

Кататония и параноид распространены почти повсеместно. Кататония встречается при многих болезнях, бредообразование возможно почти всегда. Я мог бы решиться на следующий тезис: Если кататонические проявления или бредообразования — и они все еще столь сложны — случаются без шизофренического колорита, если они не вызывают у опытного исследователя “праесох-чувство”, то они не имеют никакого отношения к истинной шизофрении. Поэтому я все еще верю в истинную “паранойю”, которая не относится к шизофрении, в “délire chronique” французов. (Почему никогда больше не упоминают, что Крепелин не был уверен, нужно ли “délire chronique” идентифицировать с dementia paranoides? Ему так и не удалось побороть это сомнение; если бы это произошло, он обязательно сообщил бы об этом.). Более позднее разделение, которое осуществил Крепелин, отчасти основано на аксессорных симптомах, отчасти — нет. Он выделил:

1. Dementia simplex; 2. Гебефрения; 3. Депрессивная и ступорозная деменция; 4. Депрессивная деменция с бредообразованием; 5. Ажитированные формы (циркулярные и параноидные); 6. Кататонии; 7. Параноидные формы; 8.+Речевая спутанность.

Это разделение, несомненно, является неплохим клиническим подспорьем; мы слишком легко склоня-

емся к тому, чтобы при ажитированных формах, при депрессивных формах забывать или не замечать, что на них могло бы пасть подозрение в шизофрении. Это разделение можно было бы еще расширить; существуют также почти чистые маниакальные формы, почти чистые навязчивые формы, почти чистые невротические формы (Хох) — все повсеместно распространенные синдромы, — причем не будем забывать, что невроз *тоже* представляет собой синдром. Эти синдромы отчасти преформированные формы реакции, отчасти защитные формы, отчасти “способы крушения” (Цутт). Если эти синдромы, когда они несколько необычны, идентифицируют с “истинной шизофренией”, тогда расцветают многие современные теории, тогда чрезвычайно возрастает процент выздоровлений.

Dementia simplex можно рассматривать как хотя и редкую, но, тем не менее, фактически различимую группу. Здесь всегда находят некоторые из первичных проявлений и всегда у исследователя возникает “праесох-чувство”. — Вопрос, почему при dementia simplex не развивается развернутая картина, по сей день остается без ответа.

На основании этих соображений я прихожу к выводу:

В пределах группы шизофреников клинически обнаруживается только группа, которую можно назвать “истинной шизофренией”. Вопрос, идет ли речь о виде или о роде, здесь следует оставить нерешенным. О. Блейлер сделал это в самом начале. Лично я считаю “истинную шизофрению” болезнью *sui generis*, нозологической сущностью. Эта точка зрения точно такая же, как исходная Крепелина, фон Клода и некоторых французских исследователей прошлых лет и фон Беллака и Диде в нынешнее время. Мое мышление движется примерно в одном направлении с пониманием Лангфельдта.

ad Б. Можем ли мы провести клиническую дифференциацию в пределах области псевдо-шизофрений? Это очень сложно, однако, в какой-то мере возможно и плодотворно. При разработке разделения я исходил из дифференциально-диагностических трудностей. Они, конечно, не всегда одинаковы.

1. *Отчасти речь идет об эндогенных псевдо-шизофрениях*, в частности, об атипичных маниакально-депрессивных психозах, дегенеративных психозах, параноидных психозах и навязчивых психозах. При всех этих психозах можно воспринимать акцессорные симптомы, однако, всегда без шизофренического колорита, без “праесох-чувства”. Сюда относятся онейроидные картины, описанные Майер-Гроссом. Эти группы особенно хорошо реагируют на лечение инсулином, электрошоком, ларгактилом и резерпином. Иногда ни на что из этих лечебных средств, но хорошо на один или два курса терапии сном с применением сомнифена. Это лечение сном еще ни в коем случае не устарело.

### 2. Экзогенные токсические псевдо-шизофрении.

— Здесь преобладают кататонические проявления и картины аментивного рода. “Шизофрении”, вызываемые лекарственными препаратами, принадлежат этой группе. В этой токсической экзогенной группе часто очень сложно поставить верный диагноз в самом начале. Даже если пробудившееся, благодаря аменции, у исследователя чувство обладает только незначительным сходством с типичными формами “праесох-чувства”, это не препятствует тому, что своеобразие аментивной растерянности возбуждает в исследователе переживание, которое может быть принято за “праесох-чувство”. — Я сам совершил здесь ошибки и из-за этого впадал в заблуждение, что экзогенная картина будто бы представляет собой истинную шизофиерию. Терапия этих псевдо-шизофреников точно такая же, как при экзогенных психозах. При выраженному беспокойстве мы даем несколько раз в день очень низкие дозы инсулина — 20 – 40 ЕД. Часть этой группы составляют шизоформные картины Кана.

3. Характерогенные псевдо-шизофрении. Сюда относятся резко выраженные шизоидные личности Кречмера. Порой они могут, часто вследствие психогенных трудностей, некоторое время быть психотическими, не обнаруживая признаков истинной шизофрении. Я считаю нужным упомянуть, что на это уже указал Майер-Гросс. Возможно, сюда следовало бы добавить определенные формы паранойи, а именно, те формы, которые описываются как развитие личности.

Здесь, однако, отчетливо проявляются переходы к следующей группе:

4. Псевдо-шизофрении развития. В эту группу входят, в частности, болезни, которые мы сегодня в моей клинике диагностируем как “шизофрения типа Сешей”. Швейцарские психиатры, возможно, простят мне это. Я твердо убежден в том, что не поставил бы Ренэ диагноз шизофрении. И я не одинок в этом мнении. У пациентки отсутствуют первичные симптомы, картина напоминает форму тяжелой дегенеративной истерии, в особенности, интровертированный тип. (Интроверсивная истерия довольно редка; на своеобразные картины, которые при этом возникают, уже указал ван дер Хооп). Одна из моих пациенток с “шизофренией типа Сешей” была интенсивно психотерапевтически пролечена одним из моих сотрудников (Гроен). После более чем тысячи сессий, причем обильно использовалась “réalisation symbolique”, эта девушка — лечение еще не завершено — практически излечилась.

При этих псевдо-шизофрениях развития, иногда проявляющихся преходящими картинами, которые во французской литературе обозначают как “délires épisodiques des dégénérés”, мы нередко обнаруживаем признаки того, что прежде обычно называли “dégénérés supérieurs”, обозначение, которое, пожалуй, может показаться устаревшим, однако, другого

до сих пор не нашли. К псевдо-шизофрениям развития я также хотел бы причислить случаи детского аутизма Каннера, которые, правда, не страдают истинной шизоинфекцией, но, тем не менее, не улучшаются. Затем некоторые пубертатные психозы. Об этих психозах, однако, последнее слово еще не сказано. В этой группе встречаются также формы с квази-невротической структурой. Если бы людей из четвертой группы диагностировали как “шизофрению”, с которой они действительно имеют большое сходство, если не принимают во внимание эссенциальные симптомы и наличие или отсутствие “раесох-чувств”, — мы все время забываем, что за пределами области шизофрении тоже имеются очень странные люди, — то псевдо-шизофрениями считают некоторые концепции Адольфа Майера et al. Тогда становится понятно, что определенные “шизофrenии” могут быть вылечены психотерапевтически.

5. *Церебрально-органические псевдо-шизофrenии.* Здесь на первом месте стоит энцефалит. Если исследование проводят без должной тщательности, особенно если в наличии лишь немногие неврологические признаки и не делается ломбальная пункция, здесь может возникнуть очень много диагностических ошибок. Кататонические проявления могут быть ярко выражены, даже настолько, что, когда я наблюдаю “красивую” кататонию с каталепсией и *flexibilitas cerea*, я теперь всегда в первую очередь думаю об энцефалите. Но это не только кататонические картины, которые напоминают шизофонию. При энцефалите порой встречаются субделирантные или совершенно делирантные картины и иногда после этого, иногда самостоятельные, часто продолжительные параноидные синдромы с бредовыми содержаниями, которые мы раньше считали возможным увидеть только при шизофонии. Очень интересный бред изменения пола я видел при достоверном энцефалите, который позже я вновь видел вылеченным. Какая личностная структура могла создать этот бред, я не возьму на себя смелость сказать. — К органическим псевдо-шизофрениям я хотел бы также причислить те синдромы, которые в своем парижском реферате я описал как “экзогенные, параноидные картины”, в частности, при менингите и *lues cerebri*. Ошибка, что при *tumor cerebri* ставится диагноз шизофонии, возможно, редко, но встречается. — В заключение я упоминаю о схожих с шизофонией психозах после тяжелой *trauma capititis*. Каковы при этих психозах отношения между органически-неврологической системой отношений, с одной стороны, и конституцией, равно как и структурой личности, с другой, я сказать не решаюсь. Несомненно, что шизоидия у этих пациентов встречается не так уж часто. В этой группе также можно было бы говорить о шизоформных картинах в смысле Кана.

6. *Более точно не рубрицируемые случаи.* Я делаю акцент на этой рубрике. Даже нозологически ориен-

тированный психиатр не придерживается мнения, что мы в психиатрии работаем с законченной системой, где все занимает свое место. Мы встречаем пациентов, по отношению к которым мы должны честно признаться, что они не принадлежат ни к одной из названных групп, в то время как внешне они все-таки напоминают шизофонию.

Я мог бы назвать еще много псевдо-шизофрений: Я вспоминаю об очень примечательных параноидных картинах при эпилепсии, о психозах при пернициозной анемии.

Этим рефератом я надеюсь убедить Вас в ценности клинического дифференцирования в области шизофрении. Если Вы вслушиваетесь в мои разъяснения, Вы, возможно, подумаете, что все эти псевдо-шизофрении все-таки никогда не сочли бы шизофонией. Я решительно оспариваю это. Очень многие из пациентов, которых я здесь кратко обсудил, были приняты врачами (также специалистами), к которым они обратились в моей клинике, за шизофоников. — Мне представляется, что именно для того, чтобы избежать этих ошибок, безусловно необходима нозологическая установка. *Чрезвычайное практическое значение состоит в том, чтобы во всех этих случаях не ставить диагноз шизофонии.* Если привыкли к этой диагностике, то можно без колебаний отказаться от обозначения “псевдо-шизофонии” и называть болезнь в соответствии с основным недугом. Нозологическое направление в психиатрии, несомненно, отнюдь не пришло к концу. Однако, оно может надеяться на успех только тогда, когда оно остается открытым для всех достижений в различных направлениях, от Адольфа Майера и Уайта вплоть до Стека Салливана, от психоаналитического направления Фрейда вплоть до Менninger, от феноменологического, антропологического направления Ясперса до Бинсангера, от фармакopsихопатологии и биохимии Бускаино до Осмонда, от психотерапии психозов оставшегося неизвестным голландца Брейкинка (Breukink) вплоть до Розена и Сешей. Нозологически ориентированный психиатр может перенять очень многое из всего этого для своих пациентов и для создания психиатрических теорий, если ему удастся конвергировать все эти направления в нозологическую концепцию. Глубинная психология и основанная на интерреляциях психиатрия сделали более понятными чрезвычайно много проявлений и показали пути улучшения участия шизофоников. Псевдо-шизофонии более всего извлекли из этого прибыль. Это несказанно много, однако, мы должны были иметь мужество заявить, что относительно сущности “истинной” шизофонии они нас *ничему не научили*. Именно вследствие того, что они столь многому научили нас относительно псевдо-шизофоний, они дали нам возможность — если к этому имеют вкус — узреть сущность “истинной шизофонии” в чистом виде. Выразимся кратко и ясно: *Все, что мы еще можем постичь психодинамически, как*

раз не является специфически шизофреническим. Все, что мы можем объяснить как упразднение высшего защитного психизма (*Abwehr-Psychismus*), как раз не является специфически шизофреническим. Фактически у шизофреников мы видим шаткость защитных барьеров, затем — галлюцинации и бред, мы видим уединение и яростную оборону, как только все защитные возможности утрачены. Отсюда большое подобие между истинной шизофренией и псевдо-шизофренией; истинные симптомы шизофрении, тем не менее, мы не можем объяснить посредством теории упразднения защиты. Суть (Kern) бережет свою тайну, и только в виде исключения мы видим эту суть просвечивающей сквозь все барьеры, которые кажутся еще очень действенными.

Психоаналитики имеют все основания для скромности. Психоанализ находится на протяжении многих лет в гигантском отступлении: от актуальной травмы к травме в пубертате, от пубертата к эдипальной фазе. Там он держался долгое время, однако, даже травма эдипального периода оказалась недостаточной, чтобы объяснить все проявления. Отступление продолжалось: от эдипальной фазы через анально-садистическую к фазе первого года жизни с господством оралитета, оттуда — к рождению. На этих последних позициях психоанализ держался в течение ряда лет. Однако, он вновь вынужден признать, что не в состоянии все объяснить. Готовится дальнейшее отступление. То, что не объяснено, возможно, получит объяснение из тайн происходящего во внутриутробной жизни, — вероятно, что там тоже не будут найдены последние объяснения. Тогда отступление продол-

жится вплоть до генов. Но чтобы анти-аналитики только не потирали руки и не говорили, что все не имело значения! Ибо при этом отступлении психоаналитики получили гигантскую добычу: знание жизненного пути, и очень глубокое знание в высшей степени критических фаз жизненного пути, и очень глубокое знание учения о межчеловеческих отношениях. Признание этого отступления и его достижений будет содействовать совершенно новому сотрудничеству между генетиками (приверженцами учения о конституции) и психоаналитиками.

Ни феноменологии, ни антропологии не удалось описать специфически шизофреническое. Мы знаем шизофренические проекты мира, но специфическое тут полностью ускользает от нас. И, тем не менее, нозологическая психиатрия не может также обойтись без этого направления, ибо, возможно, в психиатрии не существует направления, которое сделало больше для усовершенствования клинической дифференциации. О значении феноменологии для клиники я оставил восторженное свидетельство в своем парижском реферате и могу сослаться на него.

Уважаемые дамы и господа, должна быть возможность достичь синтеза кажущихся столь различными мнений о шизофрении. Надеюсь, я доказал, что путь туда — на мой взгляд, наилучший — ведет через нозологию, через обновленный интерес к тому, что является и должно оставаться центральным пунктом всей нашей науки: клиническую психиатрию.

Перевод П. Ю. Завитаева

## Невротические “дублеры” человеческого страдания

(Медитация на тему “Если бы царь Эдип страдал эдиповым комплексом, то его судьба была бы не трагедией, а историей болезни”)  
(1956)

Дорогой Эжен Минковски,  
позвольте мне этим письмом внести свой вклад в  
Ваш юбилейный сборник. Я не знаю лучшей формы.  
Способ, которым Вы обучаете психиатрии, является  
очень личным; это прослеживается во всех Ваших  
текстах, в еще большей степени, возможно, в Ваших  
лекциях и, более всего, в беседах с Вами о психиатрии,  
которые так любимы нами обоими. Ваш способ  
работы всегда ознаменован сердечностью в обращении  
с психической жизнью, нежным приближением,  
которое — несмотря на то, что мы теперь с таким удо-  
вольствием говорим о “ласковой коммуникации” —  
все-таки встречается очень редко. Эта сердечность  
почти всегда связана с уважением к психической жизни:  
нормальной и патологической. Нежная осторожность  
в обращении с жизнью, сущность которой Вы  
хотите узнать, способствует тому, что Вы полностью  
избегаете “rage de vouloire conclure”<sup>1</sup> и что Вам доста-  
точно — и как много это значит — приблизиться к  
жизни, как она есть. Благодаря этому Ваш способ рабо-  
ты имеет нечто от медитации, — опасное слово в  
связи с наукой. Не всякий знает, что медитация или  
греза порой содержит больше сокровенной реальности,  
больше приближается к глубочайшей объективности,  
чем иное строго объективное научное исследо-  
вание. Квази-реалисты, возможно, назовут эту грезу и  
ее результаты туманными, но тогда они не увидят  
свет в Ваших работах, ясную прозрачность, открытие  
нового горизонта, которое к объективному знанию о  
душе, как обнаружили реалисты, добавляет новое из-  
мерение. Я не сумею почтить Вас лучше, дорогой  
Минковски, ничем другим, нежели тем, что я со всей  
скромностью предложу Вам собственную медита-  
цию. Медитацию, ценность которой еще не вполне  
ясна для меня самого, и которую я поэтому с удо-  
вольствием хотел бы представить Вашему суду. Посколь-  
ку речь идет о мыслях, которые в полной мере я еще  
не продумал, мне представляется наилучшим пред-  
ставить Вам мои размышления в форме письма, а не в  
строгой форме научного труда.

Некоторое время назад меня внезапно посетила  
следующая мысль: “Если бы царь Эдип страдал эди-  
повым комплексом, то его судьба была бы не трагеди-

ей, а историей болезни”. Я был очень удивлен этой  
мыслью. У меня возникло чувство, что в этой фразе я  
обобщил результаты длительных и разнообразных  
размышлений. Уже давно меня занимало различие  
между “здоровой” и “больной” психической жизнью.  
У меня складывается впечатление, что значительные  
представители нашей специальности все меньше за-  
мечают это различие и даже не считают важным ис-  
кать его. Феноменологи — со своей точки зрения —  
мало заботятся о вопросе “патологическое или непа-  
тологическое”. Их интересует или исключительно то,  
как или что человек субъективно переживает (Ясперс), или,  
если они являются феноменологическими  
антропологами, они спрашивают о способе бытия, ко-  
торый делает это переживание возможным (Л. Бин-  
сангер и др.). Поразительные идеи глубинной психо-  
логии дают все основания не рассматривать различие  
между здоровым и больным как существенное. Я не  
преувеличиваю, когда говорю, что большинство из  
нас переход между здоровым и больным считает  
плавным. Я одно время думал так же, но я все больше  
и больше сомневаюсь в этом. Наше понятие психиче-  
ского здоровья утрачивается или, вернее: у нас нет яс-  
ного представления о том, что, в сущности, предста-  
вляет собой психическое здоровье. Мы знаем гораздо  
больше о больной душевной жизни. Однако, я рав-  
ным образом сомневаюсь в том, верно ли это: ибо  
если мы не знаем, что представляет собой здоровая  
душевная жизнь, то при оценке больного от нас, воз-  
можно, ускользают самые существенные перспективы.  
Не лучше ли поэтому было бы сказать, что мы  
преувеличиваем познавательную ценность больной  
душевной жизни? Чечто от этой переоценки я чувст-  
вуя в столь часто слышимом суждении: “В больном раскрывается глубочайшее человека. Благодаря болезни мы, как сквозь увеличительное стекло, получа-  
ем возможность видеть глубочайшие специфические  
человеческие побуждения”. Я так не считаю. В болезни  
мы видим болезнную жизнь, не более и не менее.  
Глубочайшая человеческая жизнь известна мне из  
возвышенных чувств и способов поведения здорово-  
ых, порой совершенно обычных людей. Глубочай-  
шее человеческое мы видим и переживаем в проявле-  
ниях деятелей искусств: в лирической поэзии, в эпосе,  
в романе, в трагедии, в музыке и в изобразительном  
искусстве. Нет, мне нравится надежде на это с любо-

<sup>1</sup> Неистовое желание делать выводы (выражение Флобера) — Прим. пер.

вью приближаться к душевной жизни больных, но это никогда не давало мне того особенного чувства возвышенного и глубокого, которое может дать нам здоровая жизнь и искусство. Если это верно, то мы должны также скромно признать, что психиатр не является *eo ipso* знатоком людей.

Мы мало спрашиваем себя о том, каковы основные признаки здоровья. Вследствие этого мы не видим отчетливо, чего не хватает больному, и мы мало интересуемся тем, что Джексон назвал негативным симптомом. От этого упрека я могу избавить французскую психиатрию, в которой — в свое время благодаря Рибо, затем благодаря Анри Эю и позже благодаря Жану Делею и др. в его прекрасной статье о Рибо — ученико Джексона придается большое значение. Из-за невнимания к негативному симпту в болезнях, которые я хочу в узком смысле назвать неврозами, слово невроз получило такое распространение, что почти любой человеческий конфликт многие психиатры могут назвать невротическим. Я считаю это крайне опасным явлением. Психическая жизнь здорового человека может быть очень расстроенной без того, чтобы можно было говорить о болезни. Человеку знакомы поистине невыносимые напряжения, высокодуховные восторги, мистически-экстатические переживания, но также глубокое уныние, вина и раскаяние, недостаток изведенной любви, оскорбленное самолюбие, глубоко скрытое страдание из-за потери любимых людей. Тут непрекращающаяся мука: борьба со своей хрупкостью, своим страхом, своей гордостью, это борьба с то и дело опасной жизнью и с непредсказуемостью человеческой судьбы. Будем остерегаться того, чтобы все это называть болезнью. Это было бы оскорблением человеческого достоинства.

Все это резюмировано в тезисе: “Если бы царь Эдип страдал эдиповым комплексом, то его судьба была бы не трагедией, а историей болезни”. Если вникнуть глубже, то тут, естественно, встают разного рода вопросы. Разве он не страдал эдиповым комплексом? Это ведь кажется совершенно очевидным. Фрейд не сказал, что глубокое впечатление, которое оставляет трагедия, как раз основано на том, что затрагивается весь наш эдипов комплекс? Это звучит почти убедительно, но остаются сомнения. Если бы страдание Эдипа было бы эдиповым комплексом в невротическом смысле, то в его переживаниях мы должны были бы видеть проявления невроза, тогда Эдип, конечно, в значительной мере вызывал бы сочувствие, но не был бы той великой трагической фигурой, которой он является. Трагическое захватывает нас через глубоко человеческое — это нечто иное, нежели невротическая жизнь. Но трагедия Эдипа, как нам ее представляет Софокл, содержит куда больше.

Прежде всего, мы вновь и вновь забываем то, что я обычно называю другой стороной комплекса: амбивалентное отношение родителей по отношению к своим детям. Ведь это были родители, которые обрекли

на смерть маленького ребенка. Это трагедия Иокасты: но тогда мы должны считать ее, по меньшей мере, столь же невротической, как Эдип, ибо почему бы нам не допустить у нее бессознательное, пугающее желание чувственно любить своего сына? Но этим трагедия тоже не исчерпывается. Потрясает, — наверно, в той же мере, как судьба персон, — проблема вины и возмездия. Вина без того, чтобы знать о ней, то есть, безвинная вина? Или мы должны считать, что Эдип и Иокаста, “там, где душа не кривляется” — говоря словами Томаса Манна — очень хорошо знали, что они сделали? Однако, в это Вы тоже не верите. Это равным образом драма неизменности воли богов и ужаса от мыслей, в каких страшных, почти чудовищных затруднениях может оказаться человек. Действительно ли является невротическим в той определенной культуре, в которой разыгрывается драма, считать публичное кровосмешение отвратительным, и нельзя ли также считать нормальным, что смерть тогда должна рассматриваться как самое страшное в мире, когда сын по неведению убивает своего отца? Нет, никто из главных действующих лиц не является невротическим: ни Эдип (я сейчас же вернусь к этому), ни Иокаста, — каким неневротическим является ее замечание Эдипу, что любой мужчина, наверно, хоть однажды грезил о том, что делит ложе со своей матерью, что нет ничего дурного в том, если он только немножко думает об этом, — ни Креон, разве что он страдает адлеровским неврозом власти из-за фрустрированного честолюбия.

И все-таки Вы могли бы сказать: тем не менее, соответствия между переживаниями Эдипа и осложнениями эдипова комплекса несомненны. Меня, — который считает эдипов комплекс несомненно существующим, — это тоже всякий раз наводит на мысль, что все, о чем я сказал выше, могло бы оказаться неверным. Однако, я подчеркнуто противопоставляю этому следующее: сходство не стирает различие. Прежде всего, “клиническое различие”: от больного, который всерьез мучается эдиповым комплексом, было бы в высшей степени странно услышать, что он свыше 18 лет был хорошим королем и жил в счастливом браке.

Связь между супругами производит спустя 18 лет все еще очень хорошее впечатление. Порыв материнского чувства в Иокасте очевиден, но это все-таки, по правде говоря, нельзя назвать невротическим. Совершенно неневротической является позиция Эдипа в начале трагедии. Прежде всего, настойчивого желания узнать правду я еще никогда не наблюдал при лечении; конечно, не в такой степени. И все же Вы могли бы повторить: Существуют сходства, которые нельзя не заметить. Даже более того. Все мы в детстве пережили нечто, что и с моей точки зрения можно назвать эдипальной fazой. Подумайте-ка хорошенько, удачно ли выбрано Фрейдом наименование “эдипальная фаза”; нам известно, что он сам колебался и задавался

## Хенрикус Корнелиус Рюмке

вопросом, не заслуживает ли предпочтения обозначение “комплекс Гамлета”. Я со всей определенностью полагаю: Гамлет производит гораздо более невротическое впечатление, чем Эдип. Однако, против этого тоже могут быть приведены некоторые возражения. Но детская фаза едва ли превращается в эдипов комплекс в неврозе; невроз ведь и у Фрейда является болезненным состоянием. Вы могли бы, кроме того, указать на фобию или боязнь, которая заставляет Эдипа покинуть своих приемных родителей. Я признаю, что не нахожу хорошего объяснения этому. Я мог бы, конечно, сказать: это необходимо Софоклу для действия его драмы, но и это я не считаю, в сущности, вполне удовлетворительным. Как бы то ни было, я не вижу причины отказываться от своего мнения, что Эдип не страдает эдиповым комплексом, и в то же время я твердо отстаиваю сходство с эдипальными осложнениями. Прошло много времени, пока этот смутный пункт стал мне ясен. Это привело меня к тому, что я назвал невротическими “дублерами” человеческого страдания.

Все, что я об этом говорю, относится к очень многим неврозам. Существует явное сходство между человеческим конфликтом, трагедией человеческого *Dasein'a* и тем, что разыгрывается в неврозах, и существует явное различие. Чтобы лучше проиллюстрировать это, я хочу привести краткую историю болезни.

38-летняя пациентка в течение многих лет жалуется на сильные приступы боли в животе. Между этими приступами она никогда не была полностью свободна от неприятных сенсаций в животе. В юности она перенесла перитонит. Из-за болей ее неоднократно оперировали: всякий раз что-то находили (спайки), но приступы возвращались с прежней силой. Все больше и больше домашний врач и специалисты были убеждены в том, что женщина страдает тяжелой истерией. Психогенные факторы находились в непосредственной близости. Мать умерла, когда пациентке было около 20 лет. Тогда она безотлагательно отказалась от своей собственной работы и заняла место своей матери. Отцу, который пал духом, ей удалось придать новые силы. Она вела домашнее хозяйство и взяла на себя все представительские функции, которые всегда превосходно выполняла ее мать (отец был крупным коммерсантом), отлично справляясь с ними. Долгие годы все шло хорошо. Большие внутренние затруднения возникли, когда младший друг ее отца захотел жениться на ней. Она долго колебалась, не зная, как ей поступить. Отец резко возражал против брака, он — как он сказал — заново терял свою жену. Болевые приступы в то время уже начались. Наконец, она согласилась на замужество. Когда все было решено, отец тоже объявил о своем согласии. Однако, она не могла совсем оставить его. Она распределяла свое внимание между супругом и отцом. Муж деликатно сносил это, но было заметно, что это давалось ему нелегко. Муж постоянно проявлял заботу о ней, он хо-

тел также, принимая во внимание боли своей жены, избежать любого риска беременности. Домашний врач и привлеченный для совета терапевт не сомневались в диагнозе истерии. Поэтому они высказывались против операции. Как ни странно, терапевт решительно возражал против обращения за советом к психиатру. “От психиатра ничего нельзя ожидать, от него она вдбавок уже бы не отделалась”. Я упоминаю об этом, поскольку важно знать, что это неприятие и отрицание психиатрии все еще случается. К счастью, большинство специалистов считает это в настоящее время анахронизмом. Как бы то ни было, хирург, — который, как всякий хороший хирург, очень внимательно относился к психическому состоянию своей пациентки, — медлил. Он нашел, что пациентка совсем не производит истерического впечатления. Однако, он придавал столь важное значение анамнестическим данным, что не отважился на основании этого впечатления исключить истерию. Более прогрессивно, чем терапевт, он предоставил решение психиатру. Психиатр в череде интенсивных бесед не смог выявить каких-либо психопатологических проявлений. Он увидел пациентку, которая вполне понятно и объективно описывала свое состояние. Он не заметил в этом никакого оттенка неискренности. Пациентка производила впечатление зрелого, взрослого человека, несмотря на свой очень молодой вид. Все указывало на то, что ее сознание действительности было хорошо развито. Вопреки приступам боли она вела активную жизнь. Очень существенно было то, что она использовала минимум болеутоляющих средств. Ее контакты с близкими были вполне удовлетворительными. Ее отношение к отцу, в целом, не производило впечатления болезненной зависимости. Было очевидно, что она получила от своего мужа все: психически и сексуально-эротически. Единственная ее жалоба была на то, что он обращается с ней слишком осторожно. Она понимала, почему подверглась психиатрическому обследованию. Она не хотела вовсе отвергать мысль о том, что боли могли бы иметь душевное происхождение, но считала это крайне маловероятным. Психиатр дал совет провести операцию. Так и случилось. Хирург обнаружил отклонения, спайки, которые объясняли приступы боли. Течение после операции было совершенно нормальным. Пациентка сообщила, что так хорошо, как после этой операции, она не чувствовала себя ни после одной из предыдущих. Даже если к настоящему моменту — спустя несколько месяцев — прошло слишком мало времени, чтобы с уверенностью говорить, что диагноз был правильным, я описываю эту пациентку, и притом по следующей причине:

Если бы боли вернулись, то психиатр, очевидно, снова увидел бы пациентку. По всей вероятности, он пришел бы к такому же выводу и тогда или рекомендовал бы новую операцию, или посоветовал бы пациентке смыкнуться с этой болью. Здесь мы знакомимся

с проявлением, которое, по моему мнению, имеет большое значение. У пациентки возникают жизненные осложнения, типичные для полноценного человека. Если взглянуть на эти осложнения непредвзято, то в них нельзя найти ничего болезненного. Нормально, что эта девушка заняла место матери. Нормально, что вследствие этого ее отношение к отцу стало особым. Нормально, что молодая женщина оказалась в конфликте, когда получила предложение вступить в брак, что она, уже будучи замужем, не совсем оставила своего отца, а, насколько это возможно, распределяла свое внимание между супругом и отцом. Было бы грубой ошибкой рассматривать все это само по себе как болезненную связь, как непереработанную эдипальную фиксацию. Но поразительно то, что такая же схема поведения встречается и при болезненных состояниях. В таком случае внешне все кажется одинаковым, но не имеющим ценности. В невротическом бытии мы находим копию всецело человеческого страдания, но в этой копии чего-то недостает. Или используя другой образ: пьесу играет не полноценный актер, а менее одаренный дублер. Одна из задач психиатрии состоит в том, чтобы это различие, которое мы до сих пор можем обозначить только очень несовершенно, описать и очень тщательно разработать. Я склонен полагать, что это могло бы иметь большое значение для развития психиатрии.

Я надеюсь, что вместе с этим стало ясным то, что я понимаю под невротическими дублерами. Я хотел бы сказать об этом гораздо больше, но мое письмо стало бы слишком затянутым. Я хочу только еще обратить Ваше внимание на схожую проблему. Речь идет о явлениях, которые мы, собственно, находим только у больных, но которые иногда случаются также в рамках здоровья. Очень типичный пример этого приводится в достойной наивысшего внимания книге Хирша Лейба Гордона (Hirsch Loeb Gordon) “The Maggid of Caro” (New York 1949). В ней Гордон описывает жизнь великого раввина Иосефа Каро (1488 – 1575), человека очень больших дарований, великого ученого, гуманного, гармоничного человека. У Каро есть тайный дневник, из которого следует, что он с юных лет был убежден, что магgid [“a familiar spirit who acts as constant monitor and guide for a zaddik (pious man)"]<sup>2</sup> говорил с ним его собственными устами. Он описывает явление, которое нельзя рассматривать всецело как

галлюцинацию, но которое чрезвычайно похоже на нее. Гордон подробно разбирает, как это следует понимать. Большое количество психиатров дает комментарии. Предпринимаются попытки психиатрически диагностировать Каро; среди прочего предполагают шизофрению, парофению, истерию, однако, автор считает — если я его правильно понимаю — маловероятным, что речь может идти о болезни, но полагает, что такого рода галлюцинирование в определенных культурах — прежде всего, в определенных религиозных культурах — может иметь место у здоровых.

Важно ли все это? Какие выводы следуют из этих рассуждений? Значит, Вы тоже не избегаете “rage de vouloire conclure”, могли бы Вы сказать с недоумением. Действительно, я не избегаю этого и спрашиваю себя: что означает все это? Я убежден, что для психиатрии могло бы иметь наибольшее значение, если бы мы здесь четче разделили, если бы мы лучше поняли разницу между здоровым и больным. Полноценный конфликт и страдание от него не имеет ничего общего с болезнью и равным образом не переходит в нее. Большой прячется в форме переживания и в неспособности полноценно переработать конфликт. Это негативный симптом Джексона. Стало быть, в неврозе психогенез играет очень незначительную роль и наиважнейшим условием его возникновения является несостоятельность, которая, по всей вероятности, имеет биологическую природу. Тем самым я целиком прихожу к выводу Анри Эя: “Je répudie toute psychogénése, toute causalité psychique des troubles mentaux”<sup>3</sup> и “J'estime que la psychogénése définit le plan d'activité normale”<sup>4</sup>.

По моему мнению, с этими соображениями связано еще гораздо больше выводов, в том числе, для проблемы душевного здоровья. Ведь если мои рассуждения верны, то страдающего нормального человека нельзя, вследствие этого, привести к более высокому уровню здоровья посредством того, что его лечат, как невротика.

Дорогой Минковски, извините мне затянутость этого письма, извините также, если я не всегда был вполне ясен, но поверьте мне, среди психиатров есть лишь немногие, чье мнение о размышлениях, подобных этим, интересовало бы меня больше, чем Ваше.

Перевод П. Ю. Завитаева

<sup>2</sup> Дух-покровитель, который постоянно наблюдает и руководит цадиком (благочестивым человеком). — Прим. пер.

<sup>3</sup> “Я отвергаю всякий психогенез, всякую психическую каузальность психических расстройств”. — Прим. пер.

<sup>4</sup> “Я думаю, что психогенез определяет план нормальной активности”. — Прим. пер.

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

---

## Нельзя помочь, если не лечить ближайшее окружение

**Разбор ведет проф. А. А. Шмилович, врач-докладчик А. В. Оськин  
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 15.03.2018)**

**Врач-докладчик:** Вашему вниманию представляется пациент Алексей Грачев (имя и фамилия изменены), многократно госпитализировавшийся в нашу больницу.

**Наследственность.** Отец пациента физик по образованию, с отличием окончил Бауманский институт, в дальнейшем у него отмечались колебания настроения, панические состояния, боялся спускаться и ездить в метро. Однократно лечился в клинике неврозов (диагноз неизвестен). В последующем стал злоупотреблять алкоголем, пил запойно, с семьей не жил. Мать по образованию юрист, закончила юридический факультет МГУ. По характеру вспыльчивая, конфликтная, с амбивалентными тенденциями, паралогичная в суждениях. Некоторое время работала адвокатом. С 1990 года зарабатывает на жизнь оккультными науками, считает себя "ясновидящей", уверена в том, что "сын заболел в результате порчи". Со слов матери, выгнала отца пациента, т.к. "он стал ей не нужен". В настоящее время пишет книгу о московских психиатрах.

**Анамнез жизни.** Пациент родился от пятой беременности, первых родов. Беременность протекала нормально. Роды срочные. Родился с весом 3500, закричал сразу. В антенатальном периоде в развитии не отставал. Воспитывался дома. Род спокойным, упрямым, впечатлительным ребенком. Перенес ветряную оспу, простудные заболевания без осложнений. В школе учился на "отлично". С 9 – 10 летнего возраста начал углубленно изучать биологию, в частности увлекся арахнологией. Разводил в квартире пауков, вся комната была в паутине, изучал их жизненный цикл, часами наблюдал, как они питаются, размножаются, "знал о пауках все". Дома свободно в квартире жили ядовитые пауки (каракурты, "черная вдова", "стеатода"). С 13 лет увлекся химией, проводил исследования, ставил химические опыты, часто по ночам, объяснял это тем, что ночью ему "легче думать". Самостоятельно в 15 лет синтезировал наркотики: морфин (из кодеинсодержащих препаратов), ЛСД (были реактивы), кокаин (из диэтиламина, реактива радиоуглеродного анализа), испытывал на себе действие наркотических препаратов. Друзей не имел.

Окончил экстерном в 9 классе программу 10 и 11 классов с получением серебряной медали.

**Анамнез болезни.** Когда пациенту было 14 лет, родители развелись, болезненно перенес развод родителей, ощущал, что находился "как между двух огней", не знал чью сторону занять. С одной стороны был сильно привязан к матери, и ему не хотелось ее предавать, испытывал сильный страх, что если он встанет на сторону отца, то предаст мать, с другой стороны, чувствовал, что ему ближе точка зрения отца. На фоне развода отмечались колебания настроения, сам пациент говорит, что с этого времени стал "бесчувственным". Появились навязчивые действия: щелкал выключателем по 7 раз, для того чтобы "обнулить навязчивую мысль", подбрасывал предметы, тапочек на ноге, который должен был упасть подошвой кверху, перешагивал пороги. При несоблюдении ритуалов появлялась сильная тревога. Обращался к психотерапевту, применял методики, которые ему рекомендовали с непродолжительным эффектом.

После окончания школы стал говорить, что плохо себя чувствует, испытывал ощущение сдавления в груди, отмечался фебрилитет. Несмотря на недомогание, стал посещать репетиторов, готовился к поступлению в МГУ. Поступил на химический факультет.

С июля 2007 года стал говорить, что "он устал, потерял интерес ко всему, ничему не радовался, перестал ощущать эмоции, вкус пищи", жаловался на апатию. Находясь дома, раздражался на запахи, упрекал мать по малейшему поводу, говорил, что от матери "исходит зло", что "не может с ней жить", что "она обижает людей", что она "загубила его индивидуальность". Стал испытывать страхи, жаловался, что "перед глазами постоянно видит „глаз“, который приносит „зло“", издавал мычания, боялся выходить на улицу. Стал обращаться к врачам по поводу ипохондрических жалоб, признавался здоровым. Однако, на этом не успокоился, обследовался на кафедре нейрофизиологии, лечился витаминами, физиотерапией. Участились навязчивые мысли и действия, перепрыгивал на улице через трещины на асфальте. Требовал от матери совершать нелепые поступки (по 20 раз говорить одно и то же слово, совершать вычурные движения). В последующем психическое состояние

ухудшилось, стал агрессивным, рвал на себе одежду, одеяло, не спал ночами, кричал, когда мать подходила к нему, утверждал, что “не контролирует себя”. После того, как мать прикоснулась к нему, искал ее. Соседи вызвали дежурного психиатра, и пациент впервые в недобровольном порядке 11.11.2007 года был госпитализирован в психиатрическую больницу № 15.

**Первая госпитализация в психиатрический стационар.** При поступлении в больницу был правильно ориентирован, на вопросы отвечал адекватно. Внешне был спокоен, движения манерны, склонен к рассуждательству. Высказывал ипохондрические жалобы: “стреляет под ключицей, болят ноги”. Заявлял, что у него “потерялась концентрация внимания”, что ему трудно сосредоточиться. Отмечал наличие тревоги, страха перед трудностями, жаловался на “внутренний мандраж”, жаловался, что видит перед собой “как в белом тумане глаз”, при этом испытывает страх. Отмечались колебания настроения, повышенная раздражительность. В отделении проводилась терапия трифтазином 15 мг в сутки, циклодолом 6 мг в сутки, сонапаксом 25 мг в сутки, азалептином 12.5 мг в сутки, галоперидолом 4.5 мг в сутки. На фоне лечения состояние улучшилось, прошли все неприятные ощущения. Исчезли страх, тревога. Ночами спал. Пользовался лечебным отпуском, дома поведение было правильным. В психологическом эксперименте отмечалось снижение внимания, механического и долговременного запоминания, мышление характеризовалось высоким уровнем обобщений, абстрактностью мыслительного процесса. Отмечалась необычность фантазий и склонность к рассуждательству. В ассоциативном процессе — тенденции к уравниванию значимых и второстепенных признаков. 07.12.2007 года пациент был выписан под наблюдение участкового психиатра ПНД с диагнозом “Шизотипическое личностное расстройство”. Шифр F 21.8.

**Повторная госпитализация.** Повторно по путевке дежурного психиатра госпитализировался в ПБ № 15 в недобровольном порядке 22.12.2007 года (через 2 недели после выписки). При поступлении в больницу был аффективно напряжен, многоречив. Утверждал, что “он здоров и его незаконно поместили в больницу”, легко раздражался. В процессе терапии галоперидолом 15 мг в/м в сутки, циклодолом 6 мг в сутки, неулептилом 30 мг в сутки, атараксом 75 мг в сутки, сонапаксом 30 мг в сутки, стал спокойнее, бредовая симптоматика дезактуализировалась. С диагнозом “Шизофrenia параноидная, приступообразная, неврозоподобный синдром”, шифр F 20.004, был выписан домой 21.01.2008 года.

**Первая госпитализация в ПКБ № 4.** В связи с состоянием возбуждения 10.03.2008 года был впервые госпитализирован в ПКБ № 4. При поступлении был парамимичен, импульсивен, неусидчив. Речь не-последовательная, с соскальзываниями. Мышление со склонностью к резонерству. Не давал конкретного

ответа на свое поведение о причинах агрессии к матери, называл это “глубинным конфликтом детей и родителей”. Наличие обманов восприятия отрицал, суицидальных мыслей не высказывал. В отделении первое время был загружен, малодоступен, временами демонстративен. При назначении нейролептиков отмечались экстрапирамидные расстройства. Эпизодически высказывал бредовые идеи в адрес соседей, говорил, что “соседи хотят отнять квартиру и сворачиваются между собой”. В процессе лечения рисполептом, абилифаем, азалептином, солианом, цирарилом с корректорами состояние улучшилось, бредовых идей не высказывал, при посещениях матери был спокоен. Просил о выписке, высказывал вербальные установки на продолжение учебы в институте и продолжение лечения в амбулаторных условиях. В психическом статусе превалировала эмоциональная измененность, малопродуктивность в общении, снижение критики к болезни. Был выписан из больницы 22.05.2008 года с диагнозом “Шизофrenia параноидная эпизодический тип течения с нарастающим дефектом личности”. Через неделю после выписки 28.05.2008 года в сопровождении матери самостоятельно обратился в приемный покой ПКБ № 4, был госпитализирован по состоянию. При поступлении жаловался на неприятные навязчивые мысли, сопровождающиеся чувством тревоги, для избавления от которых, он вынужден совершать многочисленные ритуальные действия разной степени сложности. В отделении первое время уклонялся от лечения, продолжал рвать постельное белье, постельные принадлежности, совершая различные ритуалы, на свиданиях с матерью заставлял повторять определенные ритуалы, проявляя к ней агрессию. Проводилась терапия солианом (курсом), сероквелем (курсом), отмечалась резистентность к лечению. Лишь на терапии трифтазином в/м, феназепамом в/м удалось добиться редукции симптоматики. Упорядочился в поведении, на свиданиях с матерью также был спокоен. Был отпущен в лечебный отпуск, из которого не вернулся и был выписан 04.10.2008 года.

**Первичный выход на инвалидность.** 11.09.2009 года пациент освидетельствован на бюро МСЭ и признан инвалидом 2 группы.

**Первые пищевые нарушения с отказом от еды.** Изменение состояния с апреля 2011 года, стал отказываться от еды, прикусывал щеку, при приеме пищи испытывал сильный дискомфорт, боль, нарушился сон, появились навязчивые мысли, не мог сосредоточиться. Повторно по путевке дежурного психиатра госпитализирован 14.04.2011 года в ПКБ № 4 (8-я госпитализация по счету). При поступлении жаловался на бессонницу, навязчивые мысли, вялость, слабость, говорил, что “в голове возникают нехорошие навязчивые мысли, от которых трудно избавиться”, отказывался от еды, говорил, что во рту возникают неприятные ощущения. Был тревожен, напряжен. В отделении пытался диктовать лечение, был избирателем

лен в приеме препаратов, требовал менять терапию, ссыпался на плохую переносимость нейролептиков. В процессе лечения стал есть, выровнялось настроение, активной галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлял. Тяготился пребыванием в больнице. Оставался необщительным, с пациентами в отделении практически не общался. Диагноз не менялся, выписан с улучшением через месяц лечения на терапии инвегой 6 мг в сутки, ципрапексом 10 мг в сутки, финлепсином 300 мг в сутки.

**Первые пищевые нарушения с отказом от еды и суицидальным поведением.** 03.07.2011г. резко ухудшилось психическое состояние, был тосклив, напряжен, плакал, испытывал чувство безнадежности, безысходности, говорил, что “никогда не будет здоров”. Был осмотрен дежурным психиатром и 03.07.2011 года госпитализирован в ПКБ № 4. При поступлении жаловался на тревогу, многочисленные навязчивости, периоды сниженного настроения. При посещениях матери был груб, холоден к ней, пытался ее ударить. Проводилась терапия оланzapином 5 мг, амитриптилином 50 мг, инвегой 6 мг. Выписан 02.09.2011 года. После выписки ремиссии не было, лекарства принимал по своему усмотрению. Периодически проявлял агрессию к матери, обвинял мать “во всех грехах”, в своей болезни, продолжал совершать ритуальные действия, угрожал матери суицидом, запрыгивал на подоконник 11 этажа, угрожал, что выброситься в окно. Повторно, через 2 недели после выписки (20.09.2011 года) по путевке дежурного психиатра госпитализирован в ПКБ № 4. Находился на лечение до 20.02.2012 года. Получал терапию зулопентиксолом акуфазом, тиапридалом, палиперидоном, циклодолом. После выписки прекратил прием лекарств, через 6 дней (26.02.2012) повторно стационарирован в больницу в связи с нарушениями сна, угрозой суицида (запрыгивал на подоконник, открывал окно, высказывал суицидальные мысли). Во всех “грехах” обвинял мать, проявлял к ней агрессию, бил ее по голове, по лицу. В сопровождении матери обратился в приемный покой и был госпитализирован. В отделении выполнял различные ритуальные действия, перепрыгивал через трещины на полу, ходил с закатанной штаниной на одной ноге, тер рукой нижнюю губу, прижимал ее к зубам, периодически бился головой или лицом о стену, нанося самоповреждения. Объяснял это тем, что после совершения этих ритуалов снимает “отрицательные и негативные энергоблоки со стороны своей матери”. Говорил, что она “воздействует на него отрицательно черной энергией”. Отмечал, что при касании к губам ложки или вилки “открывается канал, по которому в него протекает отрицательная энергия со стороны матери”, требовал приносить в отделение одноразовые трубки, через которые принимал пищу. На свидании с матерью постоянно ладонью шлепал ее несколько раз по голове, прикасался к промежности и только после этого начи-

нал с ней разговаривать. Требовал от матери принести ему отвертку или другие инструменты, чтобы была возможность открыть решетки. Высказывал суицидальные мысли, угрожал что она “увидит, как полетит его тело” и “она будет отскребать его от асфальта”. Периодически во время свиданий пытался запрыгнуть в комнате посещений на подоконник, кидался на решетки на окнах, кричал, угрожал суицидом. В отделении при этом был бездеятелен, неряшлив, общения не искал, в трудовые процессы не вовлекался, формально включался в психотерапевтическую работу. Эмоционально оставался уплощенным. Сохранились расстройства мышления (паралогичность, резонерство).

**Повторные госпитализации в психиатрический стационар.** В последующем с 26.02.2013 по 14.04.2013 года проходил лечение в ПБ № 10, затем повторно в течение 2013 года еще дважды госпитализировался в ПКБ № 4 в период с 17.04.2013 г. по 03.08.2013 г. и в период с 21.08.2013 г. по 09.12.2013 года с поведенческими нарушениями, аутоагрессивными и агрессивными действиями, суицидальными высказываниями, колебаниями настроения, периодами возбуждения. В 2014 году трижды госпитализировался в ПКБ № 4, в 2015 и 2016 гг. — по два раза.

**Госпитализация в частную клинику.** В феврале 2017 года проходил стационарное лечение в частной клинике, куда поступил по собственной просьбе и просьбе матери с множественными ссадинами на лице в результате аутотравматизма. Находился на лечение с диагнозом “Псевдопсихопатическая шизофрения на неблагоприятной органической почве. Выраженные негативные изменения личности по шизофреническому типу. Обсессивно-компульсивный синдром” Шифр F 21.4. При поступлении в клинику жаловался на тревогу, которую “порождает энергетический фон в его голове”, для избавления от которой необходимо выполнять деструктивные ритуалы, причиняя себе боль. Проводилось лечение нейролептиками: тиоридазин до 0.025 в сутки, рисперидон до 0.008 в сутки, хлорпротиксен до 0.075 в сутки, арипипразол до 0.015 в сутки, сенорм до 0.04 в сутки, клозапин до 0.3 в сутки, хлорпромазин до 0.5 в сутки, левопромазин до 0.075 в сутки, клопиксол акуфаз до 3.0 в/м, не-улептил до 45 капель в сутки, солиан 0.6 в сутки, инвега 0.006 в сутки, коррекционная (тригексифенидил 0.01 в сутки, бипириден до 0.01 в сутки, нейрометаболическая (нейрокс, глицин), антидепрессивная (амитриптилин до 0.15 мг в сутки) терапия, феназепам до 0.004 в сутки. На фоне терапии психическое состояние пациента было без существенной динамики: один ритуал сменялся другим (постукивание головой о стену, раскусывание губы, щеки, разбивание кисти о твердые предметы и зубы, расковыривание спинки носа). Пищу принимал только в жидком виде. В отделении терапию принимал крайне неохотно, часто отказывался от некоторых лекарств, пытался врачам на-

вязывать собственное видение лечения, жаловался матери, что “его неправильно лечат”. При встречах с матерью часто жестоко избивал ее, что она с покорностью сносила как ритуальные действия, облегчающие его состояние. Требовал от матери произносить определенное сочетание звуков и слов, и если она ошибалась, то громко кричал, что “все погибло”, совершая в усиленном режиме аутотравматические действия. В результате самоповреждений сильно травмировал нижнюю губу, не мог есть из-за выраженного болевого синдрома, резко похудел. В связи с таким состоянием был переведен в ПКБ № 4.

**Повторная госпитализация в ПКБ № 4.** Поступил 29.05.2017 года, при поступлении у пациента отмечался дефицит массы тела (ИМТ 19.4) рост 173, вес 58 кг. Имелась инфицированная рана нижней губы, раны полости рта. Нижняя губа была деформирована за счет отсутствия ткани губы и красной каймы справа. Имелся обширный раневой дефект нижней губы справа с гноющим экссудатом. Губа была отечна, определялся гнилостный запах изо рта. Высказывал жалобы на боли во рту, плохое состояние. Травму губы объяснял тем, что “несколько месяцев кусал губу”, “ничего не помогает”. В отделении проводилось лечение совместно со стоматологом, получал симптоматическую терапию осложнений заболевания.

19.06.2017 г. консультирован д.м.н. профессором НИИ Психиатрии Малиным Д. И.

**Заключение:** Болен с пубертатного возраста. Активный период заболевания с 18 лет, когда в связи с агрессивным поведением, аффективными и обсессивно — фобическими расстройствами начинает госпитализироваться в ПБ. Заболевание носит непрерывный характер, с 2011 г. госпитализируется по несколько раз в год. Больному проводились различные схемы психофармакотерапии, включая назначение традиционных и атипичных антипсихотиков в сочетании с антидепрессантами. К проводимой терапии резистентен, на ряд препаратов дает парадоксальный эффект или имеются побочные действия. Наибольший эффект отмечался на фоне лечения рисперидоном, но и он оказался непродолжительным. На момент осмотра состояние определяется обсессивно-компульсивными расстройствами и грубыми изменениями личности процессуального характера с психопатоподобными проявлениями. Имевшая место в начале заболевания неразвернутая параноидная симптоматика в дальнейшем не получила своего развития. Диагноз: Шизофрения недифференцированная, коморбидная с обсессивно-компульсивным расстройством. F 20.30 и F 42.1. Рекомендовалось проведение ЭСТ, при неэффективности курса психофармакотерапии с включением в схему лечения прегабалина. От проведения электросудорожной терапии пациент категорически отказывался.

В процессе терапии рисперидоном 6 мг в сутки, прегабалином 300 мг в сутки, кветиапином 600 мг в

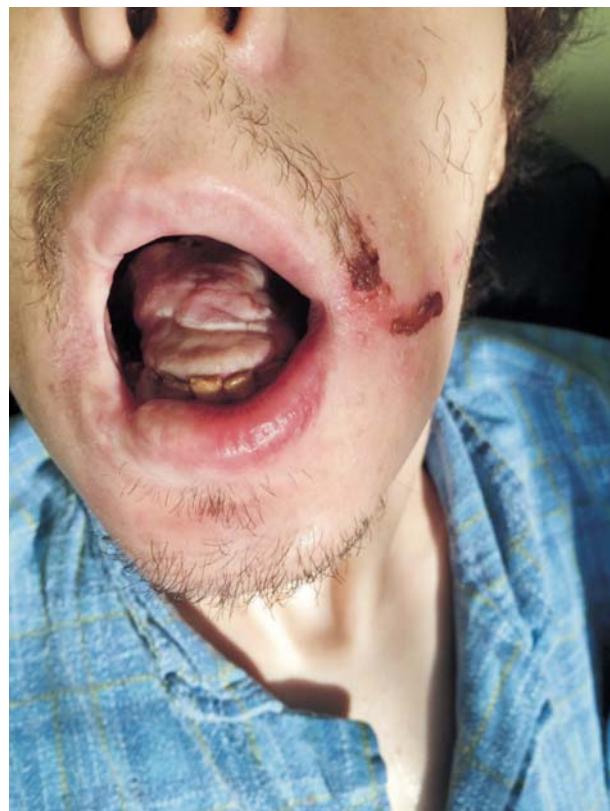
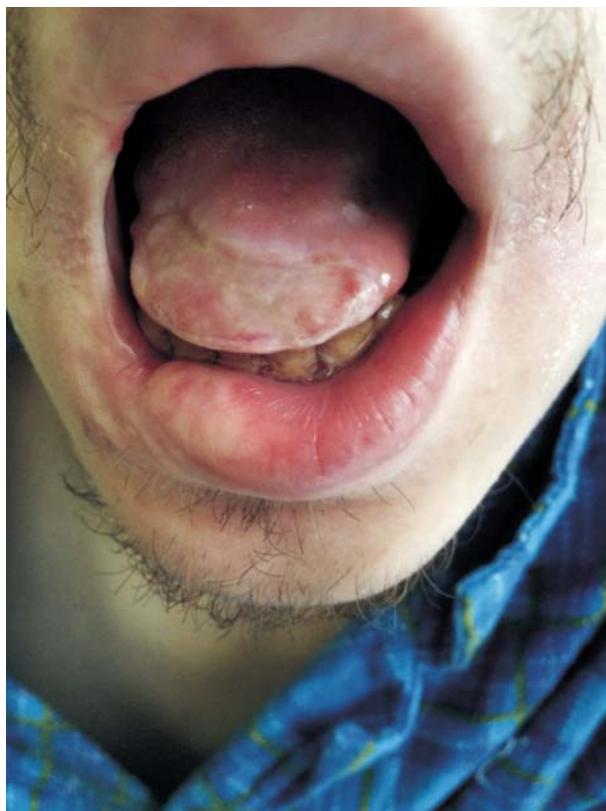


Остаточный дефект нижней губы

сутки, ципрапексом 20 мг в сутки состояние стало более стабильным, нивелировались аутоагрессивные тенденции, стал есть, прибавил в весе. Статус определялся преобладанием выраженного эмоционально-волевого дефекта, сохранялись стереотипные ритуалы, на посещениях стучал мать по голове, ходил с закатанной штаниной, по ночам стучал головой о стену, рукой по спинке кровати. Периодически отмечалась инверсия сна. В свободное время залеживался в постели, общения не искал. В трудовые процессы не вовлекался. Выписан 21.09.2017 г. домой на амбулаторное лечение.

**Настоящая госпитализация.** При поступлении госпитализацию объяснял “нервным перенапряжением”, пояснял, что “выпил азалептин, чтобы забыться, так как был крайне раздражителен”. Отрицал агрессию к матери, но был обеспокоен ее состоянием, просил дать позвонить ей по мобильному телефону. В первое время в отделении жаловался на “эмоциональное напряжение”, тревогу за здоровье матери. Плохо спал ночами, сохранялись привычные навязчивые действия, раскачивался вечерами на кровати, стучал по стене по определенному ритму, периодически стучал по спинке кровати головой, вычурно одевался, ходил с закатанной до бедра штаниной на правой ноге, пояснял, что “одежда не должна касаться правой голени”, иначе трудно переходить через порог, переступал через трещины на полу, периодически при ходьбе наклонялся и касался руками пола, не ел твердую пищу, от приема больничной пищи отказывался, ел только жидкую пищу, принесенную матерью (специальные молочные смеси, детское питание), не пользовался столовыми приборами. Гигиену полости рта не соблюдал, зубы не чистил.

**Изменение психического состояния с начала января 2018 года.** 02.01.2018 г. стал прикусывать язык на фоне колебаний настроения. Получил укушенную травму языка, челюстно-лицевым хирургом



Травматизация ротовой полости

проводилось ушивание укушенной раны языка с усечением краев раны. Жаловался на постоянное желание откусить себе язык, говорил, что “язык трется о десны и мешает ему”, связывает с этим неприятные ощущения в ротовой полости, крайне мучительные для него. На посещениях с матерью проявлял к ней агрессию, требовал, чтобы она произнесла “кодовое слово”. Аффект оставался неустойчивым, отмечались поздние засыпания.

**Психическое состояние после проведения ЭСТ.** С 14.02.2018 г. начато проведение сеансов ЭСТ в НИИ Психиатрии. Всего проведено 3 сеанса, после чего пациент отказался от лечебной процедуры ЭСТ. Жаловался на головные боли сжимающего характера в висках непосредственно после проведения ЭСТ, чувствовал, что “все усложнилось”, “появилась обостренная реакция на всех”, “нервная система садится”. Обычные ритуалы удлинились и усложнились, нарастала раздражительность. Стал конфликтным, спровоцировал драку с пациентом, стал обижать ослабленных больных, дразнил пациентов. На посещении стал бить матеря по лицу.

**Терапия на настоящем этапе.** В настоящее время получает терапию: рисперидон 8 мг в сутки, галоперидол 10 мг в сутки, препагабалин 300 мг в сутки, тригексифенидил 8 мг в сутки, амитриптилин 75 мг в сутки.

**Психическое состояние в настоящее время.** Жалобы на навязчивое желание прикусывать язык, боли в области языка, дискомфорт в ротовой области. Продолжает прикусывать язык определенным образом. Поясняет, что должен укусить язык, затем закрыть рот и стукнуть пальцем по поверхности, тем самым снимается дискомфорт в области языка, или возникает боль в ротовой полости. Количество действий зависит от того, как проходит сам ритуал: если не сильно укусит язык, то его хватит ненадолго, “успокоение приходит через боль”. Появляется навязчивая мысль в голове, что “позже будет еще хуже”. Ходит по отделению с закатанной штаниной: “так легче перешагивать через порог одной ногой, нужно, чтобы одежда не касалась кожи голени на одной ноге”, ходит по определенной траектории, перешагивает через трещины в полу, при входе через порог наклоняется, коснувшись рукой пола. Продолжает в отделении стучаться головой 3 раза об пол и 6 раз об стену, преимущественно в вечернее время, таким образом снимает “психическое напряжение”. Количество совершенных ритуалов зависит “от нервозности”, “от обстановки”, “от происходящего, от прошедшего”, “от мыслей”, мысли зависят от того, что пережил, что происходит в данный момент. Требует от матери на посещениях определенного поведения, напоминающего ему о каких-то событиях, чтобы “не запустить цепочку нега-

тивных мыслей”, которые “будут его съедать”. На посещении с матерью ведет себя нелепо: ждет, чтобы она произносила слова на согласные буквы, при этом другие буквы могут быть загаданы пациентом, загаданные буквы нельзя вслух ему произносить, и “матери нужно попасть”, она должна назвать любые слова, зависящие от буквы, нельзя произносить матерные слова, если мать произносит не те слова, то пациент начинает стучаться головой об пол, возникает аутоагрессия, начинает стучать ее по голове, если это не помогает, встает на стул, залезает на подоконник, “зависит от силы мысли”, которая при этом у него присутствует в голове, “мысли про маму”. Приводит пример — “я ей говорю: “почему ты не принесла компот шиповника?”, когда она отвечает “я думала о другом”, это вызывает у меня раздражение, и начинает закручиваться мысль, что она не хочет мне помочь, появляется агрессия”. Мышление резонерствующее, со шперрунгами. В процессе беседы теряет нить разговора, извиняется, ссылается на негативные изменения личности вследствие болезни. Считает, что “заболел из-за матери”, это “неприятие маминой личности из-за развода, она меня переломила определенным образом”. Ночной сон с поздним засыпанием. Больничную пищу не ест. В свободное время бездеятелен. Общения не ищет. Время проводит в постели. Неряшлив. Гигиену полости рта не соблюдает. В трудовые процессы не вовлекается. От прогулок отказывается.

**Заключение психолога.** На момент психологического обследования пациент доступен полноценному продуктивному речевому контакту. Настоящее стационарирование мотивирует негативным состоянием (“Навязчивые мысли с ощущением дискомфорта, угнетенности”). Пациент не отрицает аутоструктуривной направленности поведения (“Бился головой о стенку”, “Совершал определенные ритуалы — перешагивал пороги, определенные линии”) с целью самостоятельного облегчения самочувствия (убрать навязчивости). Среди функций познавательной деятельности предъявляет жалобу на рассеянное внимание. В поведенческих реакциях прослеживается оттенок подавленности, угнетенности с пониженным настроением. Мотивация к деятельности, предполагающей щадящие интеллектуальные нагрузки (работа с простейшими умственными заданиями), — дефицитарная, со снижением энергетического потенциала, нарастающей астенизацией.

По объективным экспериментальным данным актуальное функциональное состояние психических функций определяется следующим образом. Мнестическая сфера характеризуется высоким порогом запоминания и воспроизведения в структуре механической и логической памяти. Качественные характеристики опосредованного запоминания отличаются снижением информативности содержания, стереотипий с привнесением псевдосимволики, паралогичности. Отличительные особенности ассоциативного

процесса не являются продуктивной опорой запоминания стимульных понятий и встречаются при ведущих, первичных нарушениях мышления с проявлением нецеленаправленности и с искажением логической организации. В структуре категориального аппарата мышления также обнаружены структурные нарушения в виде некорrigируемой разноплановости с привнесением субъективных, парадоксальных установок. Обнаруженные мыслительные нарушения обуславливают снижение качества интеллектуальных достижений и психической продуктивности в рамках мотивационного дефекта, типичного для шизофренического симптомокомплекса. Вследствие этого процессы активного внимания дефицитарны с проявлением моментов рассредоточения, сложностями концентрации. В эмоционально-личностной сфере выявляется склонность к угасанию полноценно-насыщенных эмоциональных проявлений с холодностью, стереотипностью эмоциональных реакций, искажению целеполагания с возможностью аутоструктуривных проявлений в рамках неадаптивного реагирования. В актуальном психостатусе — склонность к навязчивым действиям, астенизация с проявлением беспокойства, раздражительности, подавляемой аутоагрессии.

Таким образом, в картине актуального состояния психических функций выявляются признаки ведущей эндогенной патологии мышления и личности (разноплановость, стереотипия, псевдосимволика, некритичность, холодность, стереотипия эмоциональных реакций) с мотивационным дефектом.

**Заключение терапевта.** Диагнозы: Хронический холецистит ремиссия. Желчекаменная болезнь. Железодефицитная анемия.

**Заключение невролога.** Сознание ясное. Шкала комы Глазго — 15 баллов. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Обоняние не нарушено. Глазные щели D=S. Анизокория нет. Зрачковые реакции живые, симметричные. Движения глазных яблок в полном объеме. Страбизма, диплопии нет. Нистагма нет. Лицевых болей нет. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Нарушений чувствительности на лице и языке нет. Корнеальные рефлексы живые, D=S. Асимметрии лица нет. Нарушений слуха нет. Дизартрии, дисфонии, дисфагии нет. Глоточные и нёбные рефлексы живые, симметричные. Патологических оральных рефлексов нет. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Мышечный тонус не изменён. Глубокие рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, симметричные. Брюшные рефлексы D=S. Патологических стопных рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет с интенцией мимоподаданием. В позе Ромберга неустойчив. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях нет. Афатических расстройств нет. Заключение: менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**Заключение стоматолога.** Слизистая оболочка щеки слева чистая, бледно-розовая, без повреждений. На кончике языка небольшая свежая ссадина, полученная в результате самоповреждения. Спинка и боковые поверхности языка без повреждений, чистые. Диагноз: самоукушенная рана языка.

**МРТ головного мозга от 30.06.2017 года.** Очаговых поражений вещества мозга не выявлено. Мозолистое тело неравномерно истончено. Срединные структуры мозга не смещены. Крацио-вертебральный стык без особенностей. Нижний край миндалин мозжечка располагается выше плоскости большого затылочного отверстия. Патологических изменений в области выхода черепно-мозговых нервов не выявлено. Определяется локальное расширение подпаутинного пространства в лобно-теменно-височной области конвексикальной поверхности больших полушарий, умеренное расширение периваскулярных пространств в пери-и суправентрикулярной зоне, расширение желудочков мозга выше водопровода с умеренной асимметрией боковых желудочков. Отмечается умеренное расширение полости прозрачной перегородки. Базальные цистерны не расширены. Гипофиз обычных размеров, параселлярные структуры без особенностей. Пневматизация околоносовых полостей не нарушена. Заключение: Очаговых и объемных поражений головного мозга не выявлено. Умеренные признаки внутренней гидроцефалии.

**Электроэнцефалография от 07.02.2018 г.** Доминирует недостаточно организованная низкоамплитудная альфа-активность, с частотой до 8 Гц. Пароксизмальные разряды отсутствуют. Спайковая активность отсутствует. Зональные свойства сохранены. Реакция активации сохранена. Гипервентиляция и фотостимуляция — без особенностей. Очаговые изменения отсутствуют. Заключение: Биоэлектрическая активность головного мозга недостаточно организована. Межполушарной асимметрии нет. Типичной эпилептиформной активности нет.

**Результаты анализов.** Биохимический анализ крови: билирубин общий 6.0, АЛаТ 16, АСоТ 18, глюкоза крови 5.5, креатинин 80, общий белок 60. Клинический анализ крови: гемоглобин 105, эритроциты 3.5, лейкоциты 6.6. ПЯ 1, с/я 47, эозинофилы- 3, лимоциты 39, моноциты 10, тромбоциты 294, СОЭ 8. Клинический анализ мочи: цвет — бледно соломенный, прозрачность полная, реакция 6.5, белка нет, глюкозы нет, билирубина нет, лейкоциты 1 – 3 в п/зр, удельный вес 1005. Анализы на гепатиты, ВИЧ, сифилис отрицательные.

**Ведущий:** Уважаемые коллеги, давайте, вопросы к лечащему врачу и к психологу.

— Простите за этот вопрос, может быть, очень не-принципиальный, но для полноты картины. Пациент в подростковом возрасте пытался синтезировать наркотики дома, а что он с полученными веществами делал? Он распространял их или пробовал? — *Нет-нет,*

он с экспериментальной целью синтезировал, его занимал сам процесс. У него дома до сих пор стоит эта печь для приготовления, проведения химических опытов, ретарды — все-все это сохранилось. Электронные весы у него есть. Он — чисто с познавательной целью, да. — А сам не увлекался? — *Нет, но такое вот своеобразное увлечение почему-то — наркотики.* — Так, а неизвестно, работает ли печка в настоящий момент? Пекутся ли пирожочки? — *Нет, не до этого уже было.*

**Ведущий:** Ну просто многократные госпитализации через несколько дней после того, как он попадает домой? — *Фактически, да, он в больнице живет последние годы.* — Возможно, все-таки он что-то употребляет? То есть такой вот достоверной, 100%-ной информации нет, о том, принимает или нет? — *Нет, не принимает. Не принимает.*

**Врач-докладчик:** Фактически в диспансере у него был перерыв с 2009-го по 2011 год. Вот такая достаточно для него длительная ремиссия была...

— Он посещал диспансер? — *Нет, там мама приходит за лекарствами в диспансер. Он сам не ходит в диспансер. Но то, что он сказал... Я говорю: "Что ты делаешь в процессе после выписки?" Он говорит, что садится за руль, ездит на машине, и все ритуалы у него за рулем проходят.* — Это объективно или с его слов? — *С его слов, с его слов.*

— Дневной стационар ПНД 17. 23-я госпитализация — это с учетом всех? Первые две — в 15-ю?

Первые две госпитализации в 15-ю больницу были обусловлены тем, что он был несовершеннолетним, правильно? — *Нет, он в 18 лет поступил первый раз.*

— В 2010-м была первая госпитализация в нашу больницу. У меня вопрос: при госпитализации в нашу больницу все время лечение в одном отделении, врачи одни и те же за эти 10 лет или разные? — *В основном он лежал в 16-м отделении, а с 2015 года — в 3-й.*

— С учетом преемственности с 2008 года, я так понимаю, что психоневрологический диспансер он не посещал? — *Он не ходит туда, да.* — Исходя из этого, вопрос о приеме пролонгированной формы не решался. — *Да.*

— На Ваш взгляд, первая госпитализация в 15-ю больницу, первый психотический эпизод, — как Вы оцените назначение коллег — “трифтазин, сонапакс, азалептин и галоперидол”? — *Не могу сказать по поводу коллег из 15-й больницы. Истории болезни нет, только выписки. Состояние расценивалось как депрессивно-бредовое, поэтому...* — Четыре препарата сразу? — *Я думаю, что это последовательное назначение. Это этапная схема.*

— У меня скорее реплика, чем вопрос к коллегам относительно полиграфии. То есть то, что было в 2007 году, в 2011-м и так далее, мы сейчас достоверной информации не имеем и можем лишь рассуждать — это было последовательное или одномоментное назначение. Но звучали схемы, которые назначались

сейчас. И у меня к многоуважаемому Андрею Владимировичу тоже, так скажем, претензия за то, что было назначение препаратов трех различных групп: антиконвульсанты, антидепрессанты и нейролептики. Причем несколько нейролептиков — это как минимум полипрагмазия, а как максимум нецелесообразное и, может быть, даже вредоносное назначение. С какой целью назначались, например, ципраплекс и в данном случае амитриптилин? На мой взгляд, не совсем это обусловлено его состоянием, потому что на авансцене прежде всего нарушение ... симптоматика и нарушение поведения. И амитриптилин здесь, на мой взгляд, лишний. Антиконвульсант “Лирика”, по-моему, сейчас, да? — “Лирика” (прегабалин). — Возможно, из-за недостатка других антиконвульсантов в настоящее время в больнице. Я так могу себе это объяснить. По крайней мере, антиконвульсант с выраженным стимулирующим действием назначать пациенту, который проявляет агрессивные аутодеструктивные тенденции, совсем нецелесообразно.

**Врач-докладчик:** Он все время получал комбинации нейролептиков, потому что на монотерапии редукции никогда не удавалось добиться. В плане “Лирики”, ...первое назначение препарата — с 2017 года по рекомендации консультанта. Отмечался положительный эффект редукции симптоматики. И когда пациент поступил с дефектом губы, он фактически на этой комплексной терапии тогда и вышел. Терапия потом не менялась, и она рекомендовалась. И он ее соблюдал дома, потому что чувствовал, что она ему помогает, но в дальнейшем, конечно, что-то опять произошло. Фактически мы перепробовали все препараты, какие у нас есть на вооружении, все препараты, все нейролептики.

— Вы говорите, что в схеме рисполепт присутствовал? На этой терапии он чувствовал себя лучше? — Да, на рисполепте. — А перевод на “Консту” Вы не пробовали? — Нет, он отказывается от приема пролонгов. Он дома не принимает пролонгированные препараты. Он уверяет, что... И мама категорически против. Здесь очень сложно с мамой. Она категорически против любого пролонгированного препарата и сразу начинает воспринимать это все в штыки. Здесь комплаенса не находим...

**Ведущий:** А азалептином его лечили? Каковы были максимальные дозы азалептина? Самые большие, какие он получал? — 300 мг — это было в частной клинике, но, как он говорит: “Меня только глушили азалептином, он не помогает”, — и не ощущал действия препарата. 300 мг. — То есть в 4-й больнице таких доз азалептина не было? — Нет, не было. И потом пациент азалептин не принимает. Он крайне негативно относится к препарату и просто отказывается его принимать.

И любое негативное восприятие пациентом лечения тут же передается матери. Мать тут же приходит и устраивает в буквальном смысле скандал в

том, что пациент не хочет принимать и не будет принимать эти препараты.

— Он вообще инъекционную форму не принимает, отказывается, или все-таки при поступлении удается? — Нет, здесь мы проводим инъекции. Мы и капельную терапию проводили, и парентеральные инъекции. Но от приема пролонгов он отказывается.

— У меня тоже реплика, что сейчас мама и сам пациент подали иск к этой частной клинике. И в разгаре судебный процесс, потому что там достаточная сумма была выплачена, а эффект был пагубный, как они считают, для себя. То есть сначала она была очень настроена, думала, ей помогут в этой частной компании, но ...

— Такой немножко непраздный вопрос. Я не уловил, насколько он выписной? Он выходит из больницы? — В прошлом году он был вне больницы 2 недели.

— Значит практически не выписной. — Он не выписывался. — Потому что есть терапия, скажем, на ближайшем горизонте в стационарных условиях и терапия в амбулаторных условиях, в плане безопасности. — Он от выписки отказывается, от любых форм внестационарной помощи отказывается. Не соглашается ни в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, ни в дневные стационары. Категорически.

**Ведущий:** У меня есть вопрос по поводу ЭСТ. Трижды делали? Где? — В НИИ психиатрии через день — А Вы присутствовали? — Да, я каждый раз с ним ходил. — Модифицированную ЭСТ делали? Анестезия, миорелаксанты были? — Да, обязательно. — Но им что-то еще не понравилось. Может, доза миорелаксантов была недостаточная? Листенон был? — Да. — Какая доза? — Первая доза была — 100. Ему не понравилось, он почувствовал ощущение во рту интубационной трубки, зафиксировался на этом. Второй раз я попросил подкорректировать это состояние — сделали 120, и все прошло идеально. А там все время менялись анестезиологи. Третий раз пришли, и последний анестезиолог сделал дозу 80, сказал категорически, что это и так для него много. У пациента были неприятные ощущения после проведения ЭСТ. Он зафиксировался на этом отрицательно. Рассказал об этом всем матери, и мать даже ходила в институт психиатрии, угрожала им. И отказывалась платить за все эти процедуры. Ходила с разборками. — Наркоза не было? — Был. Но премедикации сначала были нормальные, а в третий раз недостаточная, он чувствовал интубационную трубку, у него были неприятные ощущения, и он зафиксировался на этом. Но анестезиологи были настроены настолько категорично, что... Ну как на них повлиять? — В общем, он не амнезировал ничего. — Нет, нет. — Если он не амнезировал, значит не было припадков? — Нет, припадки были. Потом. — А этот аппарат снимает ЭЭГ параллельно? — Нет.

**Ведущий:** А как он с другими пациентами себя ведет в отделении? Слышатся ли у него с ними какие-то конфликтные истории? Бывали ли за это продолжительное время стычки? — *Нет, хотя он доставляет неудобства своим стуком по стене, это смежная палата. Я говорю: "Ну ты же мешаешь другим спать?"* — потому что в вечернее время он эти ритуалы проводит. Он говорит: «Я со всеми договариваюсь. Я объясняю, что у меня такая болезнь». И жалоб от пациентов не поступает, что постоянный этот дубеж, раскачивание, скрипы, стуки. Формально обещается, да. Говорит, что якобы дружит, звонит бывшим пациентам, но в это верится с трудом, потому что фактически, я не знаю, кому он звонит. Дома он не бывает. — Ну, он такой достаточно активный... Персоналу помогает? — *Нет, абсолютно нет, ни в чем.* — Участие какое-то в отделенческих событиях? — Он даже от психореабилитационных мероприятий уклоняется. Считает, что у нас недостаточная квалификация, что он сам умнее любого доктора, сам знает, как себе помочь. Никуда он не вовлекается. На улицу старается не выходить. Летом гулял с мамой, выходил на улицу. А сейчас фактически он лежит в кровати, телевизор не выходит смотреть. Говорит, что читает книжки, но ни одной книжки я у него не видел в тумбочке или на кровати. Никогда. — Да, и он все-таки НГ или нет? — *Нет, он добровольный.* — Каждый раз дает согласие? — Конечно. — И отказывается от лечения? — Да. Госпитализируется по «скорой помощи» в недобровольном порядке, но все время дает согласие. Или если самотек — имеется согласие.

**Ведущий:** Ну что, нет вопросов больше? Тогда давайте пригласим пациента.

### БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Алексей, присаживайтесь вот сюда. — *Здравствуйте.* — Меня зовут Андрей Аркадьевич. Все присутствующие здесь — это врачи больницы. — *Понятно.* — И не только этой больницы, но еще и диспансеров. Собралось очень много врачей... — *Вижу, вижу.* — Только с одной целью — для того чтобы помочь разобраться... — *Во мне.* — Да, в Вашей проблеме. — *Понятненько.* — Поэтому я Вас попрошу. Сегодня — это очень важный для Вас день. — *Понял.* — Поэтому Вам сегодня нужно максимально подробно и искренне рассказать все, что Вас беспокоит. Желательно погромче, потому что нет микрофона. Но я думаю, что Вы сможете. Вы молодой парень у нас. Поэтому сразу начнем, так сказать, с самого главного: какая сейчас основная проблема со здоровьем? — *Основная проблема — самоповреждение.* — Расскажите про это поподробнее. — *Дело в том, что иногда меня накрывает такое состояние, что я чувствую дискомфорт в определенном органе, в частности это касается лица и ротовой полости. Это может быть щека, зуб, язык. В данном случае, вот сейчас, я кусаю*

себе язык периодически вот с ритуальной целью — выполнить определенную последовательность действий. — Что значит — «дискомфорт в ротовой полости»? — *Мне орган мешает, как будто у меня язык зацепляется за зубы. Вот как-то так.* — То есть язык как будто мешает. — Да, да. — Я правильно понимаю? — Да, да. — Он мешает что: мешает дышать, мешает есть?.. — *Есть.* — Говорить? — Говорить. Есть и говорить. — Есть и говорить мешает. — Да. Двигать им тяжело. То есть когда он соприкасается с определенными частями рта: зубы... зубами, небом — это вызывает дискомфорт. — И получается, что для того, чтобы язык Вам не мешал, Вы его кусаете. — *Я его кусаю, да. Тем самым я надеваю, грубо говоря, ну может есть такое... какие-то очки, что ли. Я их не считаю, конечно, но, грубо говоря... Это не бесконечно.* То есть это не значит, что я один раз покусал, и больше я не буду этого делать. — Да. — У меня выстраивается некая такая... Вы знаете, что такое — «экспозиция»? — Да, конечно. — Я набираю определенную экспозицию. Вот у меня есть, к примеру, 80% экспозиции, я стараюсь как-то это растянуть. То есть это значит, что то, когда язык дотрагивается до зубов после раскуса — это не значит, что я тут же должен его снова кусать. Я говорю, он коснулся на 20%, на 30%. Когда, конечно, набегают все эти 100%, я не выдергиваю и начинаю кусать. — Я понимаю. Получается парадоксальная штука — Вы кусаете язык, язык у Вас опухает, отекает... — Конечно. — И еще больше Вам мешает. — Да, это так, но... Это состояние вполне можно победить только препаратами, потому что я приправниваю к продуктивной симптоматике. — То есть Вы уверены, что эта проблема решаема. — *Ну, конечно, решаема.* — Просто необходим хороший подбор лекарств. — Да. — Да? — *Абсолютно.* — И Вы за это. — Я за это. — Вы готовы принимать все лекарства, которые мы таким большим консилиумом решим Вам назначить? — *Ну готов, если это не будет что-то... очень тяжелое, отравляющее, вот таким образом.* — Ну Вы что, серьезно думаете, что мы Вам назначим отравляющие вещества? — *Ну Вы же знаете, психиатрия — это такая наука...* — Какая? — *Разные бывают ситуации, разные назначения, разные взгляды и у больного, и у специалиста нормального.* — Это не только психиатрия. Любая медицинская область такая. — *Ну да, согласен.* — Поэтому мы и собираемся максимально большим количеством, чтобы единый какой-то принять взгляд. — *Понятно.* — Значит, в общем, Вы готовы. — *Готов.* — Даже если это будут уколы, инъекции. — *Готов.* — Даже если это будут инъекции, которые надо будет делать раз в 2 или в 3 недели. — *Пролонгированные, что ли?* — Да. — Я сделал пролонгатор... Очень плохо для меня это закончилось. — Существует очень много пролонгаторов, не только этот. — *Да, я готов.* — Готовы? — *Готов.* — Очень хорошо. Это здорово. — Редко у нас бывает такое, что пациент готов вот так лечиться. — *Ну, а что делать?*

Я осознаю свою проблему. Я осознаю, что ее надо решать. Я осознаю, что есть определенные пути решения. — У меня есть несколько к Вам вопросов относительно Ваших состояний прошлого. — Хорошо. — Причем такого уже давнего прошлого, 10-летней давности, когда Вы первый раз оказались в поле зрения врачей, когда лежали на Каширке,помните... — Помню, помню. — ...в 15-й? — Помню. — Вот. Тогда Вы говорили — в истории болезни у нас это приведено — что у Вас как будто бы ... как будто бы исчез мозг. Такое состояние — это цитата из ваших слов — что Вы ощутили исчезновение мозга. Вы это припоминаете? — Очень плохо, но я стараюсь подумать, исходя из чего был такой ответ. — Но все-таки что это могло быть, как Вы думаете? — Я считаю, нейролепсия обычна. — Нейролепсия? — Конечно. — Нет-нет, это было еще до начала приема лекарств. — Не может такого быть. — Не может? — Ну.... — Ну, в общем, Вам такое ощущение исчезновения мозга Вам незнакомо? — Нет. Я мозг... Я не помню, что я говорил на Каширке... — Ну правда, Вам было 18 лет еще тогда. — Да, да, да. — А не могли Вы там нафантазировать что-то? Знаете, бывает всякое, подростки любят приукрасить что-то. — Не в той ситуации. — Не в той, да? — Я понимал, насколько это серьезно. — Я понял. У Вас есть инвалидность? — Есть. — Как Вы к этому относитесь? — Нормально. — То есть Вы действительно считаете, что у Вас есть стойкая утрата трудоспособности? — Конечно, есть. — И Вы сейчас не можете работать? — Вряд ли, смотря в какой области. — Ну, например, Вы за рулем очень уверенно себя чувствуете? — Ну за рулем я сидеть могу, конечно, и водить машину. — Когда Вы в последний раз ездили? — В октябре, когда был дома. — Когда выпи- сались? — Да. — Сразу после выписки? — Да, да. — Это Ваша машина? — Моя. — А что за автомобиль, если не секрет? — “Десятка”. “Жигули Десятка”. — “Жигули”, да. Вы куда-то ездили? У Вас были какие-то дела? Или это просто были прогулочные такие поездки? — Вы знаете, последний раз — большие прогулочные. На дачу ездил, с мамой по магазинам ездил. — Ну, видимо, Вы были в хорошем состоянии, потому что все-таки за рулем нужна концентрация внимания определенная. А это ведь отвлекает? — Вы знаете, когда я сажусь за руль, у меня очень многое, как я это называю, отваливается. — Что-что? — Отваливается очень многое из симптоматики. — А что именно отваливается? Не все же? — Нет, не все, конечно. — А что отваливается? — Ритуалы определенные. — Например, какие? — Ну, например... Вот Вы знаете, что, например, я хожу по отделению с закатанными штанами? — Да, это нам сказал ваш доктор. — Да. Когда я езжу за рулем — это практически пропадает. Не полностью, конечно, но тем не менее, если я долго проезжаю, я имею возможность выйти в длинных штанах и походить по супермаркету, например. — Ну здорово. А еще что отваливается? — Нервозность, раздражительность. — Уходит. — Ухо-

дит. — А с языком? — С языком сохраняется. Я, конечно, стараюсь... — Все равно остается? — Конечно, это меньшие становятся, я его не кусаю. Но я стараюсь вообще, перед тем как сесть в машину, его сделать, как я это называю, то есть выработать определенную экспозицию... — Так? — Чтобы не неподготовленным садиться за руль, где я могу попасть в незнакомую ситуацию, а как бы была какая-то экспозиция. И, во-вторых, язык... Я не ем. Просто не ем. — Ну потому что Вам тяжело есть? — Да, да. — У Вас поврежденный язык? — Поврежденный язык, да. — Губа и слизистая? — Да, да. — Только поэтому? — Да. — Других нет причин отказа от еды? — Нет, нет, нет. — Аппетит у Вас нормальный. — Конечно, конечно. Вы даже не представляете, насколько я голоден, насколько я устал кушать эту жуткую жидкую пищу. — Вы вынуждены есть жидкую пищу из-за этого? — А что делать? Конечно. PediaSure, знаете такое?

Что-что, я не слышал? — “Малоежка” PediaSure, знаете такое питание? Не знаете? — Нет. К сожалению. — На основе. — Скажите, пожалуйста, вот в эти короткие промежутки между больницами... Ну хотя раньше они были продолжительными. У Вас даже был, вот я заметил период, целый год? — Да, да. — Когда Вы были без больницы? — Да. — Наступает ремиссия? Вы наверняка знаете это слово? — Конечно. — Или нет? — Вы знаете, наступает. Наступает. Я же выписываюсь из больницы не потому, что вот мне хочется..., а стараюсь как-то улучшить состояние своего здоровья. Но дело в том, что у меня очень сложные отношения с мамой. Моя навязчивость по большей части — это негативная программа по неприятию маминой личности, потому что именно она нанесла мне в свое время травму, как сказать, личности. — С этого началась болезнь? — Да, да, да. — Да-да, у меня есть информация о том, что первые навязчивости у Вас появились в 14 лет? — Напомните, какие? — Точно не могу сказать. По-моему, Вы переступали трещины, что-то?.. — Нет, в 14 лет не меньше. — Выключатель. Выключатель. — А, с выключателем, да-да-да, да-да. — Ну это... — И тогда... — Как я называю, навязчивости, они, как говорится, вспомогательные. Я мог их не выполнять, и никакого труда мне это не составляло. — Тем не менее, все равно это такие микронавязчивости, которые... — Ну микро, может быть, и были, да. — И смотрите-ка, как раз в этот период произошел развод родителей. — Да, да. — Случился развод родителей по инициативе мамы. — Да. — Я правильно понял, да? — Да, правильно. — Даже прозвучало слово, что она выгнала отца. — Да. — А какие с отцом у Вас были отношения? — Вы знаете, достаточно неплохие. Если исключить то, что порой он бывал не в адекватном состоянии из-за принятия алкоголя. — Отец? — Да. — Он много пил? — Да, сейчас он вообще по-черному пьет. — Спился? — Да, да. — Вы с ним не контактируете? — Нет. — Вообще? — Нет.

— Понятно. И именно это стало причиной развода, на Ваш взгляд, или нет? Или другие есть проблемы? — *Нет, конечно, есть другие проблемы.* — Скажите, пожалуйста, в каком состоянии, как Вам кажется, тогда была Ваша мама? — *Ой, очень хороший вопрос. Совершенно не в адекватном.* — Ну если можно — опишите. — *Моя мама была в состоянии, так сказать, агрессии. Боязни того, что ей навредят совершенно беспочвенно. Она всюду видела негатив, всюду видела какой-то злой умысел. Паническая атака ее разбирала, вот так я выражусь.* — Ей казалось, что ей хотят навредить? — Да. — А кто именно? — Прежде всего со стороны отца. — Что? — *И его окружения.* — То есть она боялась его? — *Она его не боялась, она боялась вреда с его стороны и предпринимала защитные действия методом агрессии совершенно беспочвенной на чью-то действия.* — А к Вам относились ее страхи? Подобные страхи. — Вы знаете, я Вам могу очень сложную ситуацию... Ко мне они не относились, но тем не менее ее страхи были, так скажем, частью моей личности, которую она видела в отце. И, не понимая его, она понимала меня. И тем самым я просто разрывался между двух огней: принять мамину позицию или позицию отца. — С Вашей точки зрения, состояние мамы за это время, по сути, вот за 10 лет, да, последних, оно изменилось как-то? Мама изменилась за это время? — Да, да. — В лучшую или в худшую сторону? — В лучшую. — В лучшую. — В лучшую. — А что именно? — *Вот агрессии больше не возникало. А если возникала, она удерживает, так сказать, и говорит себе: "Стоп, начинается ситуация". Как я называю, ситуация с отцом.* — Это мама так говорит? — *Нет, это я так объяснял, и она говорит... И она себе — "так, да, стоп, начинается снова паническая атака. Стоп". Во всяком случае на меня она не моделирует это.* — Не моделирует. — Нет. — Ну все равно бывает... бывает, что у нее возбуждение какое-то возникает? — Ну, конечно, бывает. Бывает, бывает. — Или еще что-то, да? Она не очень однозначно, как мне кажется, относится к врачам и к медицине, и к психиатрии в частности. — Да, у нее есть свой взгляд на этот счет. — И взгляд на этот счет, и взгляд на психиатров разный у нее. — *Разный — как понять "разный"?* — Ну одним психиатрам она доверяет, другим нет. — Ну да. — Я правильно понимаю? — Да, да. — Так? Созвучно ли это с Вашими отношениями и вообще?.. — Да, да, созвучно. — Всегда? — Нет. — Бывает, что у Вас с ней расходятся точки зрения относительно того, что делают психиатры те или иные? — Да, конечно. — Пример можете привести? — *Могу. Например, укол клопиксола-акуфаз...* — Так? — *Она считала очень жестким, гробящим — я говорю ее словами — гробящим.* — Так? — *И приводящим к полному, так сказать... обесточиванности человека.* — Да. — Я же считал, что... Я понимал, что этот укол хоть и обладает сильным седативным эффектом, антипсихотическим эффектом, после него становится лучше, поэтому я шел на эти уколы. —

Вам становилось лучше? — Да. — От инъекции клопиксола-акуфаз. — Да. — Но Вы... — *Но раньше, раньше.* — Но Вы их прекратили делать, потому что мама отказывала и говорила, что этого делать нельзя. Я правильно понял Вас? — *Нет, неправильно, неправильно.* — Тогда поясните. — Я их прекратил делать после того, как мне перестали они помогать. — А, перестали помогать. — Перестали, да. — Это другое дело. Это другое дело. А можете ли Вы так сказать и о других лекарствах, что они вначале дают эффект и хороший результат, а потом как будто бы эти же препараты перестают работать? — *Могу. У меня есть простой пример на фоне того препарата, который я сейчас принимаю.* — Что это? — *Это "Лирика" (прегабалин).* — Так. — *Он мне потрясающе... Он вытащил меня из такого болота, в которое меня опустили. Про частную клинику вы знаете, да? Про частную клинику.* — Я знаю, да. — Вот после этой частной клиники, когда я был в критическом состоянии, мне назначил профессор этот препарат. Меня он очень сильно поднял. — Как? Уточните. — Изменил действие препаратов, во-первых. Если раньше, как в принципе и сейчас, от других препаратов у меня были только самоповреждения... — Так? — Он изменил действие этих препаратов. У меня стало появляться улучшение на фоне действия этих препаратов. Ну и состояние, конечно, он выровнял, улучшил. Он вообще все в корне изменил. — И потом его действие потихоньку?.. — Да, и вот, можно сказать, когда... в конце октября его действие прекратилось постепенно-постепенно-постепенно. И, в конце концов, фактически сошло на нет. Сейчас я его практически не чувствую. — И тот эффект, который был, он исчез полностью, да? Вы откатились назад на тот же уровень. — Практически. Практически, да. Ну не на том... Нет, не на том же, конечно, уровень повыше, но тем не менее исчез уже. — То есть я правильно понимаю, что в целом у Вас динамика все-таки положительная, если сравнивать, допустим... — Ну да. — ...с периодом 2015 года, 2014-го года? — Вы знаете, нельзя сравнивать по состоянию, потому что это была совершенно другая ситуация. — Тогда расскажите нам, в чем разница в ситуациях. — Ну тут надо говорить о лечении моего заболевания, в частности. Это была совершенно другая ситуация, и здесь надо говорить о лечении моего заболевания, и как же оно происходит. — Да. — Рассказать? — Конечно. — Дело в том, что ОКР само по себе, насколько я знаю, лечится методами бихевиоральной терапии. — Так? — То есть что это значит? Постепенным отказом от ритуалов. Но дело в том, что постепенный отказ у меня не получался никогда даже в 2009 году, когда я был в клинике "Психическое здоровье", где достаточно квалифицированные психотерапевты порекомендовали мне этот метод. — Так... — Вот. Но дело в том, что у меня постепенный отказ от навязчивости не получался никогда. У меня, в частности, получался или отказ от всего и до неисполнения практи-

чески всех ритуалов. — Да. — Или я принимался исполнять все ритуалы, не отказываясь ни от чего. И вот дело в том, что вот, скажем, в 2009 году, да, когда я попытался отказаться от ритуалов, я, во-первых, выполняю ритуалы до такой степени, что мне стало так плохо, что я, в конце концов, понял, что их нельзя исполнять — это путь в никуда, это путь в самоуничтожение. И, в конце концов, я, как говорится, стал отказываться от этих ритуалов. Я и отказывался до определенной степени. Я отказывался от одних, от других, шел по этому пути отказа. Но дело в том, что как я сам не знал... если бы... Я так объясняю себе, из-за попадания в 15-ю больницу, где меня отравили галоперидолом, и у меня стерлось очень много самоощущений. Я как бы, вы знаете, как заново жить стал, и совершенно не в лучшем смысле этого слова. Не отвлекаясь от главной сути, можно сказать так. Вот. И отказ мой от ритуалов уперся в одну очень важную вещь — удачу, рулетку. Но дело в том, что вот в этом периоде отказа от ритуалов, я поясню, не на пути исполнения ритуалов, а на пути отказов от ритуалов я достигал такого состояния, такого порога или момента, что произвело переломный момент в истории моей болезни. Если у меня в этот момент совпадало в моей знаковой системе, я мог бы освободиться. Например, для меня нечетные цифры — хорошо, четные — плохо и так... Ну вот так вот. — Вы просто сталкивались с другой навязчивостью. — Да, я согласен, может быть... — Такой нумерологической. — Можно и так сказать, но эта навязчивость крайности, очень важная навязчивость. — Да. — И, если это исполнялось — мне становилось не просто легче, а я освобождался от негатива, который съедал меня. — Да. — И который являлся причиной болезни. Но дело в том, что мне ни разу не... практически ни разу не повезло за всю историю моей болезни, за исключением одного места... Нет, не места, а раза в 2011 году, когда санитарка, одна из санитарок сказала нужное слово, и я еду на это до сих пор. — Какое слово? — Какая разница? — Ну как?.. — Слово “здесь”. — Вы нам на... — Слово “здесь”. — Слово “здесь”? — Да, на согласную букву начинающееся. — Для Вас это слово очень важно? — Не слово, а буква, на которую он... Для меня гласные — плохо, согласные — хорошо. — В этом ключ? — Да. Я освободился от части своего негатива, во всяком случае от 50 — 60%. — Ну хорошо. — И я еду на этом до сих пор. У меня многие навязчивости исчезли именно благодаря этому. — Благодаря услышанному от санитарки слову “здесь”? — Да. — Но слово “здесь” произносят многие люди в своей речи. — Благодаря сказанному санитаркой в определенный, важнейший момент слову “здесь”. — А, это совпадение должно? — Это... Да, да. Конечно, конечно, конечно. — А, все понятно. — Именно на пути преодоления навязчивости. — Все-все, я понял, понял. А сейчас, кстати, Вы на этом пути в очередной раз? — Нет, нет, нет, нет. — Вы сейчас пассивны? — Я утратил

полностью, как я себе объясняю, способность к преодолению навязчивости, и мой путь сейчас только к таблеткам. — То есть Вы... — Почему я так считаю?.. — Вы отказываетесь от бихевиоральной терапии? — Она мне больше не поможет, потому что дело в том, что... вы понимаете? Вот, ну как сказать, совпадение, да? — Да. — Это совпадение... Вот у меня же была серия несовпадений. — Да. — Когда болезнь замыкала... замыкалась во мне по второму кругу. И это несовпадение можно терпеть не бесконечно. Я последний раз... Как сказать, в последний раз? Почему в последний раз? Потому что я чувствовал полную утрату своих сил. И в последний раз для себя я пошел на путь преодоления, отказавшись от всего очень сильного. Я прилагал титанические усилия, чтобы отказаться, когда я поехал в клинику год назад. И я даже помню день, 28 февраля 2017 года для меня наступил переломный этап. При разговоре с мамой она должна была произнести слово на согласную букву. Этого не произошло. Произошло несовпадение. У меня сгорел участок мозга, отвечающий за поведение. Я сгорел. Больше бесполезно продолжать этот путь. Я буду только пить таблетки. — Понятно. Но, возможно, настанет такой момент, если удастся подобрать таблетки, что у Вас опять включится эта работа? — Вы знаете, возможно. — Вы эту надежду Вы не оставляете ведь, правда? — Нет, нет, нет. Я могу сказать, что я ничего уже не знаю. — И тогда важно, чтобы в правильный момент был кто-то, кто произнесет слово на согласную? — Еще раз, не понял? — И тогда важно, чтобы Вы на этом пути... — Когда? Когда? — Если он у Вас пойдет опять, в определенный момент кто-то Вам сказал слово. — Я не могу, к сожалению, от этого отказаться. Должен совпасть по моей стартовой системе. — Да. — Тогда я избавлюсь от негативов. — Да, да. Я понял Вас, хорошо. Как Вам в отделении? Насколько это комфортно? Вот Вы уже не первый раз в этом отделении? Вы знаете все хорошо? — Да, да, да. — Ну все-таки как Вы относитесь к обстановке? — Вы имеете в виду в отделении?.. — В отделении здесь, в больнице, да. — А-а... Очень хорошо. Персонал меня поддерживает, врач у меня очень хороший. Я ему доверяю. — А с пациентами как отношения? — Хорошие. — Не бывает никаких неприятностей, конфликтных историй? — Бывает, бывает, но крайне редко. И в основном, если у меня с кем-то конфликт, я просто не обращаюсь с этим человеком. А в основном у меня достаточно благоприятные отношения со всеми. — Слышали ли Вы о том, что бывают такие отделения, сейчас их очень много, как медико-реабилитационное отделение, дневные стационары? — Слышал. Слышал. Слышал. — Это бывает при диспансерах. — Слышал. — Вы в каком районе живете? — Ой, Речной вокзал. — Далеко от Вас диспансер-то, Вы не знаете? — Не очень. Но я слышал. — Рядышком. Ну вот, и многие пациенты приходят в эти отделения после выписки, проводят там время, занимают-

ся психотерапией, кстати говоря, с психологом или с врачом психотерапевтом. Общаются, происходят какие-то мероприятия. Как Вы к этому относитесь? — *Положительно.* — То есть Вы были бы не против такого наблюдения? — *В принципе, да, если бы убрать проблему с перемещением.* Дело в том, что мне тяжело ходить. Я фиксируюсь на линиях, черточках. — Это основная проблема, из-за которой Вы...? — Да, не посещаю данное заведение? — Да. — Да, да. — Потому что Вам трудно ходить, пересекать трещины на асфальте? — Да. Ну, пороги там, бордюры, я не знаю. — Из-за навязчивости? — Да. — Ну хорошо. А если это, допустим, будет какой-то автомобиль, ну вот сейчас есть социальное такси для инвалидов, может быть? — *Другое дело.* — Другое дело? Вы бы согласились на это? — Да, конечно. — Вы представляете себе групповую психотерапию? — Конечно. — Вы бы готовы были участвовать в такой? — Я удивляюсь, что она мне положена, но попробовать можно. — Ну, в Вашей ситуации, я думаю, что отказываться, наверное, неправильно, потому что много уже перепробовано, и тут надо пробовать все. — Да. Да. — Все, что когда-то кому-то помогало. Правда? — Да. Да. — Поэтому почему бы и нет? — Да. — Но там в групповой психотерапии требуется активность от участников. Вы готовы к такой активности? — Вот здесь хороший вопрос. Это зависит от состояния. Иногда я не приспособлен к очень активному состоянию. Мне надо себя настраивать и готовиться. — Хорошо. И вот еще такой вопрос. Вы, когда разговаривали с психологом, говорили о внутреннем голосе, который Вам периодически говорит, как быть, что делать или не делать. Здесь немножко поподробней прокомментируйте, пожалуйста. — Прокомментирую. Это не голос, который я слышу, это не голос речи со звуками, это не голос у меня в ушах. Это даже не голос, это интуитивная какая-то направленность. Вот как бы я так скажу. — Но она принадлежит Вам или кому-то? — Ну, исключительно мне. — То есть это Ваша интуиция? — Да. Да. Да. — Это Ваша интуиция, которая ну как внутренний ваш голос... — Мне помогает, да, да. — Звучит. Именно это Вы имели в виду? — Именно это. Никаких галлюцинаций я не видел и не слышал никогда. — Вы знаете, бывают не галлюцинации, а бывает такое состояние, как будто голова как открытая книга, знаете, мысли других вдруг начинают появляться в голове. — Мне это не знакомо. — Вы не знаете о таком состоянии, и никогда подобного ничего не было? — Нет. Нет. Нет. — Ну очень хорошо. Слава богу. Или когда, например, человек теряет контроль, у него вдруг пропадает воля, и он понимает, что это не он, а кто-то его... — Нет, нет, нет, нет. Я понимаю, о чем вы. Нет, этого у меня нет. — Тоже не было. Ну хорошо. И количество ритуалов сейчас меньше все-таки? — По сравнению с чем? — По сравнению, допустим, с прошлым годом. Ну, по мнению врачей, это так, объективно. — Ну поменьше, поменьше. — Вы, допустим, уже не бьете головой об стену.

— Есть, сохраняется, но меньше, гораздо меньше. — Меньшее количество раз? — Да. — Вы это связываете с таблетками? — Да. — Или все-таки с внутренней работой? — И с тем, и с другим. — Понятно. Хорошо. Ну и последние буквально несколько вопросов от меня, и потом коллеги. Я понимаю, что эта тема не-простая и достаточно, может быть, болезненная, о ней надо, наверное, поподробней как-нибудь потом. Но все-таки, об отношениях с мамой. Это, по сути, единственный самый близкий Вам сейчас человек. — Да. — Правильно? — Да. — Вы очень много времени вне больницы проводите именно с ней? — Да. — Было несколько раз (ну что поделать, было) с вашей стороны зафиксирована агрессия. — Рукоприкладство? — Да. Причем, довольно серьезное. — Да. Было. — Ну, я понимаю, что семейные конфликты — штука распространенная, но, тем не менее, хотелось бы знать, насколько это связано с Вашей болезнью. — На сто процентов. — Что это? — Это невозможность удержаться от навалившихся на меня мыслей, спровоцированных мамой и ее поведением. И, как скажем, ритуальное такое выражение, что ли так сказать, защитной своей реакции. — А какие мысли спровоцированы мамой и ее поведением? — Ой, ну вот здесь трудно сказать. Я не могу так без примеров, без... — Ну хотя бы направление мыслей. Основная тематика. — Основная тематика — ущемление. То есть, например, я могу сказать: «Мама, я обжег себе руку». Например, да? Просто я привожу пример. — Да. — И она может поступить в двух, в этом случае в двух направлениях по-разному. Она может сказать: «Какого черта ты полез в костер?» Тогда у меня все заведется. Я буду думать: она меня не... она... против меня направлена. Почему она указывает, что мне делать? Как ее касается то, что я делаю? Она понимает вообще ситуацию, например, костер я разводил, ну, например, для того, чтобы поесть вкусную тушенку. Я привожу простой пример из головы. Может быть, звучит как-то странно. — Я понимаю, понимаю. Нет, не странно. — Тогда у меня вообще могут зародиться мысли из серии — эта тушенка, она хочет не интересовать, а она хочет отнять у меня способность вкусно покушать, вот так вот. Направить меня не на тот путь. Вот такие, вот так, вот такие вот мысли, такой клубок. — А что происходит, когда Вы ей возражаете? Ей вообще можно возражать? — Конечно, я постоянно ей возражаю в этом плане, в этом случае. — И что она говорит? — А вот здесь опять же, в этом случае двоякая ситуация. Она может остановиться и пойти на попятную, и сказать: «Да, извини, хорошо, я была не права». И вот это то, что мне нужно. — Так. — А может спровоцироваться другая ситуация, она скажет: «Да иди ты к черту! Я права. Зачем тебе надо было голыми руками лезть в костер, не надев перчатки?» Тогда я завожусь еще больше, тогда... будет еще сильнее. — Да, да, да. — Вот так. — В этом состоянии она как бы Вам говорит: «Да прикуси свой язык»?

— Да, возможно, возможно. Не в смысле прикуси... — Я понимаю, понимаю. ... что я кусаю, а заткнись, грубо говоря. Вы что имеете в виду? — Я имею в виду и то, и то. — Нет, “прикуси свой язык” совершенно не имеет отношения к тому, что я кусаю свой язык. Не имеет отношения. — Иногда связи возникают самые неожиданные в нашей голове. — Вы знаете, я в состоянии оценить связи, возникающие в своей голове, и принадлежность их в определенных ситуациях. — Ну хорошо. — В данном случае “прикуси свой язык” к раскусу языка — это две разные вещи. Она может говорить мне не “прикуси свой язык”, вы так это интерпретировали, а она говорит мне из серии “я не хочу тебя слушать”, вот как здесь правильней сказать. — Ну да, она не хочет Вас слушать. — Я скажу свое мнение, я буду настаивать на нем. И вот здесь меня выбешивает. — И Вы понимаете, что все, что бы Вы не говорили, она не хочет слушать? — Да. Там уже нет... — Поэтому Вам остается только одно — не говорить? — Я не понимаю, чего вы говорите. — Это я свои мысли. Ну ладно. Алексей, сейчас головные боли есть? Я знаю, что у Вас были эти жалобы после того, как Вам проводили сеансы электросудорожной терапии. — Были, были. — Опишите эти боли-то, как они? — В висках, сдавливающие, вот здесь. Как, знаете, вот даже стискивал зубы так, и вот здесь вот (...). — Ну вот после второго раза вроде бы было все нормально? Это произошло после третьего, да? — Да, да, да. — После второго такого не было? — Один раз было, но большие нет, все. — Я понял. Ну ладно. Хорошо. Я предоставлю возможность докторам задать вопросы. Коллеги, прошу вас.

**В. Н. Гладышев (зам. гл. врача):** Алексей, добрый день. — Добрый день. Виталий Николаевич. — Да, да. Рад тебя видеть. И мне кажется, все-таки у тебя состояние сейчас получше. — Возможно, наверное. — Что? — Наверное, возможно. — Как ты сейчас вот в этой одежде себя чувствуешь? Все-таки, наверное, ты очень сильно сдерживаешься? — Да, конечно. — Я тебе благодарен, что ты принял наше предложение и вот сюда пришел, и мы все тебе благодарны. Но все-таки, твои ощущения нынешние? — Как я все... мне не нравится то, что со мной происходит. Мешает мне одежда. — Но сдерживаться возможно? — Да. — А раньше ты не мог сдерживаться? — Мог. Ну, в каких-то случаях, может, и не мог, не знаю. — Я хочу вернуться чуть-чуть назад. Когда был третий сеанс электросудорожной терапии, появилась головная боль, которая вызвала у тебя желание отказаться от дальнейшего проведения сеансов, да? — Ну, у меня было дело такое... — И профессор Малин рекомендовал 10 или 12 сеансов. Я присутствовал на этой консультации тогда, мы вместе смотрели. Помнишь тогда, в кабинете у Андрея Владимировича? — Да, да, да. Что, еще раз вопрос? — Ну вопрос: почему после третьей процедуры ты отказался, пренебрег рекомендацией профессора и нашей рекомендацией? — Поэтому что, во-первых, я не увидел никакого улучшения.

Во-вторых, дело не только в головной боли. Я же, в принципе, понимаю, когда мне что-то делают, какие-то назначения или какие-то, так сказать, рекомендации дают, и когда я к ним прибегаю и их выполняю, я стараюсь смотреть, как на меня это действует, к чему это ведет, какой дальше будет исход. Вот здесь, можно сказать, я прибегаю к своей интуиции, так сказать. Вот знаете, я не увидел ничего революционного и избавляющего меня в сеансе электросудорожной терапии. Где-то, может быть, можно согласиться с моим врачом Андреем Владимировичем, что, может быть, на 20–30% у меня поднялось настроение. Но вот знаете, прибегать к такому опасному методу, чтобы поднялось настроение, совершенно не действующими на мои ритуалы... Я могу антидепрессант попить. — Спасибо.

**Ведущий:** Еще вопросы? Да, конечно.

— Добрый день. Еще раз хотелось бы поблагодарить Вас, что Вы согласились на встречу. Скажите, Вы между госпитализациями употребляете какие-либо психоактивные вещества? — Нет, нет. — А давно уже не употребляете? — Никогда не употреблял. — То есть Вы ограничивали изготовление наркотиков ранее только интересом? — Еще раз, как? Погромче. — Вы изготавливали различные соединения исключительно ради интереса? — Исключительно. И было это в подростковом возрасте, когда я еще не болел. — Хорошо.

— Скажите, пожалуйста, Вы с 21 января находились на лечении, когда-то же наступит момент, что придется выписаться. — Да. — Подберут врачи отделения терапию. А желание в диспансере посещать участкового врача... — Есть, есть. — И, исходя из этого, жить дома, ночевать дома... — Есть. — ... Соответственно, терапию подобрали, состояние улучшилось, настроение получше. Неужели все время на одни и те же грабли будете наступать и в стационар попадать? — Вы знаете, а здесь все упирается в отношения с мамой. Дело в том, что она действует на меня как катализирующий раздражитель, и мое состояние очень быстро вот так вот ухудшается. — Мама является и сторонницей вызова “скорой помощи” для госпитализации, или Ваше желание все-таки? — Совместно. — Ну надо как-то с мамой обсудить, что лучше дома... — Согласен. ...катализироваться на ровном уровне и не находиться постоянно в больнице. Согласны? — Согласен с вами. Согласен. — Это что? — Больше даже не вопрос, а совет, наверное, да? — Нет, ну это жизнь, так будет лучше. — Конечно, согласен с вами. — Спасибо.

**Ведущий:** Можно ли предположить, Алексей, что мама вызывает “скорую”, потому что боится? Боится, что Вы нанесете ей вот какое-то повреждение? Ведь это же ее инициатива. — Я уверен своего... я уверен в своей маме в этом плане, нет. — Тогда почему она это делает? — Потому что я говорю: “Мама, поехали в больницу. Я больше не могу”. — Ну, вы говорите, что она сама катализирует ваше ухудшение. — Да. И я до,

скажем, 2017 года, большие всех случаев было в больницу просто из-за того, чтобы как-то разделить нашу, так сказать... Я могу, в принципе, уехать в другую квартиру. Я не знаю, было бы это выходом или нет. — Такая возможность есть? — Нет. — Ну а если бы была? — Есть возможность у меня уехать на дачу, но на даче я живу со своей девушкой Татьяной, а мать очень против нее. Конкретно. — Вот Вы нам открыли новую часть своей жизни. — Чего? — А мы про нее совсем забыли. Конечно, Вы же молодой парень. Можете рассказать про эти отношения? — Ну да, да. Что именно вас интересует? — Давно ли Вы знакомы с Татьяной? — Мы вот знакомы с Татьяной 2,5 года. Познакомились вообще случайно. Она была моей пассажиркой, когда я ездил, бомбил, так сказать. — Да, да. — Завязались отношения, сошлись интересы. Таня любит природу очень сильно, как и я. — Это очень хорошо. И мама против Ваших отношений? — Против. — Почему? — Потому что у Тани был, так сказать, шаг отступления в определенный период жизни. Она принимала наркотики. Сейчас не принимает, прекратила с этим. Но мама видит в ней все ну зло и, так сказать, возможную направленность на то, что она меня, говорю ее словами, совратит. — Это слова мамы? — Да. — Что она Вас совратит? — Татьяна. — Она что, значительно старше Вас? — Она младше меня на год. — Просто о совращении говорят обычно, когда старший совращает младшего. — Понятно. Понятно. Ну она, говорит, наставит не на тот путь. — Ты... — А, совратит к наркотикам? — Да, да, да. — А, в этом смысле? — Да. — Я уж подумал, совращение-то... — Ну ясно, ясно, нет. — ...какое-то такое нехорошее. Ясно. Но, тем не менее, несмотря на эти запреты мамы, Вы встречаетесь? — Да. — Вот, допустим, сейчас Вы могли бы выписаться из больницы, поехать на дачу, весна вот начинается? И проводить там время с Татьяной? — Да. — Вы этого хотите? — Хочу. — Что Вам мешает? — Язык. Выписаться мне мешает только язык, вот. Дело в том, что...

— Андрей Владимирович (лечащему врачу), я скажу про 67-ю больницу? — Скажи. — Дело в том, что мое состояние пошло на улучшение, язык я фактически перестал себе кусать. Это было... когда же это было, когда же в 67-й, в январе, да, в конце января? В конце января этого года. — С почками когда Вы туда попали. — С мочевым пузырем туда попал. — Ну, с мочевым пузырем. — И дело в том, что Андрей Владимирович, вот я, как я свою точку зрения скажу, как я себе объясняю, он мне капельницы делал, чтобы подпитать организм, белковые капельницы. Говорит, с трудом их достал. Вот. За что ему спасибо большое. Но мне так видится, что они вызвали у меня, ... у меня нереагентный мочевой пузырь в 67-й больнице. Нереагентный мочевой пузырь, правильно я говорю? — Да, да, я понял. — Эти капельницы вызвали у меня, как видите, закупорку, что ли, мочевого пузыря. Мне вставили катетер. Я скажу, что это

страшная вещь, катетер. Это настолько неприятно, что это с ума сойти. Вот. Я просидел там три дня с этим катетером, в конце концов я взвыл от боли, мне его сняли, я продолжил писать естественным путем, больше ко мне это не возвращалось. Но дело в том, что в 67-й больнице мне не давали никаких препаратов совершенно. Кроме того, мне не давали ничего, ни — лирики, ни рисполента, ни циклодола, ничего. Конечно, у меня съехало состояние. — Ухудшилось? — Ухудшилось. — Понятно. — Борюсь сейчас с тем, и врач борется с тем, что прекратить симптомы, которые появились в 67-й больнице, где очень сильно усилился язык. — Ясно. Да, конечно.

— Спасибо Вам большое за то, что Вы участвуете сегодня, за то, что так открыто о своих переживаниях рассказываете нам. У меня вот такой вопрос, он связан с Вашим детством. А почему Вы так увлекались науками? Ну то есть, что Вам так в них нравилось? — Знаете, не могу ответить на вопрос "почему?" Нельзя сказать, почему человеку нравятся лошади или почему человеку нравятся слоны. Ну почему-то, возможно, потому что я... мое увлечение началось с того, что у нас дома жил... жили... ну, жили пауки, стеатоды, в частности. И я наблюдал случай, как паук начинает ловить тараканов, попадали к нему в сеть. Я наблюдал этот процесс, меня это заинтересовало. С тех пор я решил почитать книжки. Вот зацепилось друг за друга, и стало... — Просто зацепилось, просто такой случай. И можно вам еще один вопрос задать? Какие у Вас были взаимоотношения с мамой до развода с Вашим отцом? — Очень хорошие. — Очень хорошие? — Очень хорошие. — Прямо доверительные? — Очень хорошие. Я... чтобы поднять на нее руку? Да упаси господи. Сейчас я сделаю, иногда это, в порыве чувств. А тогда — никогда, по-моему, не было. — Никогда. А Вы бы хотели, чтобы Ваши отношения остались? — Да, очень, очень, очень. — Спасибо.

— **Ведущий:** Еще вопросы? Ну... — Простите, Сергей Аркадьевич, да? — Что Вы говорите? — Как зовут, Сергей? — Андрей Аркадьевич. — Андрей Аркадьевич. Вы близки к завершению? Я устал. — Да, да, да. Хорошо, что Вы это сказали. Это прекрасно. Мы не просто близки к завершению, мы завершаем. И я в связи с этим хотел предложить Вам, может быть, задать какой-то вопрос такой большой аудитории? — Да. Хочу задать вопрос. Все-таки этот вопрос касается лечения моего заболевания и вот этого момента, везения и удачи. Дело в том, что от многих врачей я слышал, что это бредовая симптоматика, что это бред. Может быть. Может быть, это бред, может быть, это что-то. Может быть, паранойальная какая-то направленность у этих симптомов. Но вы знаете, от этих слов я не могу это победить, не могу это избежать, и от этого все зависит. Вот как с вашей точки зрения, уважаемые врачи? Я нигде с этим не сталкивался — ни в Интернете, ни у других людей. Почему мое ОКР (обессessивно-компульсивное

расстройство) протекает так? Почему? — Почему — что? — *Мое ОКР протекает так, а не как у всех людей?* — Ну, я не думаю, что оно прям принципиально иначе, чем у всех людей протекает. ОКР в принципе очень тяжелое расстройство. Оно тяжело переносится всеми. Возможно, Вы столь чувствительный человек? — *Возможно.* — Так же, как и катетеризация, например? — *Все.* — Так же, как и катетер мочевого пузыря, который Вам ставили, это тоже довольно рутинная процедура у урологов. И да, она неприятна, но не настолько, как Вы это описывали. Возможно, у Вас просто высокая чувствительность... к каким-то расстройствам? — *Все, как вы сказали...* — Я знаю очень много людей с гораздо большим количеством навязчивостей, чем у Вас, и они как-то справляются. Ну, не в том смысле, что они исчезают у них, а в том смысле, что они с этими навязчивостями... — *Приспособливаются.* ... — Приспособливаются, да, живут, так или иначе. Ну где-то там в чем-то себя ограничивают. Но в целом и работа, и семья, у них все как-то идет. — *Понятно.* — Поэтому здесь вопрос не в ОКР, здесь вопрос... это моя точка зрения, мы еще это обсудим, — здесь вопрос в Вашем отношении к этому. — *Понятно-* И в Вашей такой интенсивной борьбе с этими навязчивостями. Возможно, Ваша борьба сама по себе тоже навязчива. — *Ну, и говорю... и как я себе говорю, я на одном сайте прочел очень хорошую формулировку. То, что меня мучает, это негативный энергоинформационный блок. И он направлен на самоуничтожение. Как же я могу с этими не бороться, когда болезнь хочет меня съесть изнутри?* Ну как? — Ну что ж, давайте мы отпустим Алексея, да? Он устал уже. Все тогда, Алексей, спасибо. — *Спасибо.* — Всего Вам доброго, удачи, и выздоравливайте. — *Спасибо.*

**Ведущий:** Слово врачу-докладчику.

**Врач-докладчик:** Ну, собственно, к статусу больного. Значит, на момент осмотра статус определяется психотическая симптоматика, в основном неврозоподобного и психопатоподобного круга с ведущими обсессивно-компульсивными расстройствами, грубыми изменениями личности процессуального характера. В анамнезе заболевания обращает на себя внимание наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Отец больного страдал алкоголизмом с паническими расстройствами, находился на лечении в клинике неврозов. Мать пациента производит странное впечатление, склонна к бредоподобным настроениям, паралогичным высказываниям, сутяжным тенденциям. Начало заболевания приходится на 14-летний возраст, когда появляются аффективные нарушения, явления метафизической интоксикации, странные увлечения, коллекционирование пауков, синтез наркотиков. И обсессивно-компульсивные расстройства с быстрым присоединением ритуалов. При этом пациент заканчивает школу и поступает в вуз. Активный период болезни — с 18 лет. С этого времени практически ежегодно, а иногда и несколько

раз в год госпитализируется в психиатрические больницы. Причиной госпитализации являлась агрессия по отношению к матери, импульсивные действия, суицидальные высказывания, которые разворачивались на фоне обсессивно-компульсивной симптоматики. Имевшая место в 2008 году неразвернутая параноидная симптоматика в дальнейшем не получила своего развития и постепенно редуцировалась. Большой стал резистентен к применению различных схем психофармакотерапии с применением как традиционных, так и атипичных нейролептиков в сочетании с антидепрессантами. Кратковременный эффект встречался при лечении галоперидолом и прегабалином. Проведение трех сеансов электросудорожной терапии оказалось незначительный положительный эффект, но была прекращена в связи с негативным отношением пациента к процедуре и негативным отношением со стороны матери. Данные психологического обследования указывают на грубые нарушения мышления, эмоциональной сферы, характерной для шизофренического процесса. Таким образом, можно думать о диагнозе шизофрения недифференцированная, коморбидная, с обсессивно-компульсивным расстройством.

**Ведущий:** Ну, может быть, тогда еще дополнительные рекомендации или какие-то размышления относительно терапии дальнейшей и каких-то изменений?

**Врач-докладчик:** На данном этапе надо, конечно, пациента переводить на пролонгированные формы препаратов с учетом повторных нарушений и терапии в анамнезе. Сложно сказать, как пациент будет продолжать принимать лекарства. Потому что, он всегда говорит, что будет принимать, что продолжит терапию на амбулаторном этапе. Но на деле, конечно, выходит совершенно все по-другому. Как правило, лекарства он принимает лишь по самочувствию и своему усмотрению. Здесь очень сложно, потому что пациент очень сильно привязан и зависим от матери. Как он сам говорил, часто она провоцирует его. Иногда даже... здесь у матери и рентные установки сейчас есть какие-то, потому что она не хочет его выписывать, и на посещениях очень сильно провоцирует его, в связи с этим судебным процессом ей выгодно пока, чтоб он находился в стационаре. Она действительно его очень здорово провоцирует, и она знает... — *Извините, ей выгодно, чтобы он находился в стационаре в связи с судебным процессом? Поясните.* — Да, чтобы не выписывать его. Она хочет, чтобы пациент оставался здесь в связи с тяжестью его состояния. Она даже запрашивает выписки из больницы. — У нее рентная установка? — Да, рентная установка в плане судебной ситуации. — Понятно. Чем он тяжелее, тем вероятнее суд примет решение в их пользу? — Да, да, совершенно верно. Так что, может быть, еще придется и в суде выступать в качестве свидетеля. Поэтому очень сложно. Ну пока пациент остается на терапии. И насколько я его знаю последние два года, сейчас состояние... ну это его обычное, в котором он обычно

выписывается и может существовать дома. Но предыдущая госпитализация была действительно спровоцирована конфликтом с матерью. Он хотел поехать со своей девушкой на дачу, а мама это в грубой форме переврала, начала обзывать эту девушку нехорошими словами, называла ее шалавой, наркоманкой. На что он возбудился, дал реакцию раздражения и выпил азлептин. Там совершенно невинные отношения, какие-то разовые встречи. Хотя он говорит, что с ней перезванивается, но в отделении, со слов персонала, не звонит, телефоном не пользуется. Ну, по крайней мере, у него такая видимость есть, что он хочет продолжить. Я спрашивал его, как он дальше будет жить, где он хочет жить. Думаю, если бы он жил отдельно... Но он финансово очень сильно зависит от матери. И жить один он не сможет фактически.

**Ведущий:** Спасибо большое. Прошу, коллеги, мнения. Во-первых, я хочу выразить благодарность сразу, чтоб потом не забыть, на всякий случай. Великолепное представление пациента. Это для молодых психиатров, кто здесь присутствует, хорошая школа, как надо собирать анамнез, как надо представлять больных, и как надо детально разбирать динамику болезни. Спасибо. Мнения, прошу вас, коллеги, диагностические и, опять же, терапевтические, прежде всего, потому что пациент от нас ждет каких-то рекомендаций.

**Врач-докладчик:** И мама тоже.

**В. Н. Гладышев:** Андрей Аркадьевич, если позволите, я опять для разогрева ситуации. Вся ситуация, связанная с нашим пациентом, с его мамой, со сложными взаимоотношениями, с его сложной симптоматикой, она также непроста. У меня лично было несколько бесед с его мамой по дальнейшей тактике ведения и вообще его будущего. Данная ситуация в таком плане не может оставаться. Он не может жить в больнице, она не может руководить нами, нашим процессом, и так далее. И мы пришли к мнению с уважаемыми профессорами нашего института о том, что необходимо проведение определенного курса электросудорожной терапии для купирования этого резистентного состояния. Как оно происходило? Сам пациент говорит: "Я не против проведения ЭСТ". "Если мама разрешит". Мама говорит: "Я не против. Но вы понимаете, что, если я разрешу, он будет ко мне очень негативно относиться. Поэтому, чтоб он негативно ко мне не относился, я запрещаю проведение... и своего согласия не даю". То есть вот эти условия и эти ритуалы, они на наши отношения переносились. Я жду вопроса из зала: "Ну что же вы, неужели за эти годы не могли человека уговорить, чтобы провести электросудорожную терапию или заставить его ходить в ОЛПП, в дневные стационары, посещать психотерапевтические группы?" Он же открыт к бихевиоральным методикам, что он нам сейчас демонстрирует. Действительно, вы знаете, на первый взгляд это может показаться простым, но эти наши усилия не привели к какому-то значимому успе-

ху. Я думаю, что основное наше достижение — это то, что, во-первых, было послабление на терапии рисперидоном и прегабалином. Действительно, он тогда как-то ожила. Он стал себя чувствовать по-другому, и сам отвечал, что послабление вот этих мучительных для него самого ритуалов произошло. А второе, на мой взгляд, опять-таки, объективно, — даже три сеанса электросудорожной терапии дали отсроченный эффект, через неделю, хотя первичный, может быть, он не отмечал... и даже было какое-то обострение его симптоматики, точнее, обострение его самочувствия. Усилились его навязчивости. Но отсроченный эффект некоторый появился. Поэтому, я думаю, здесь нужно действовать в двух направлениях — в направлении его социализации и в направлении активной терапии. Все-таки еще раз попытаться его уговорить, его и его маму, на проведение электросудорожной терапии. Спасибо.

**Ведущий:** Уговорить? Этот глагол Вы используете? Уговорить его и маму? Коллеги, ну мы слышим себя? Я извиняюсь, меня эмоции переполняют просто. Уговорить его и маму. — Что это значит? Как? Каким образом? Убедить? — Да, убедить, конечно. Ведь у нас же это вышло, у нас же получилось это, и мы это сделали. — Не вышло. — Ну, на определенном этапе. — Это колоссальные огромные затраты с вашей стороны энергетические. И сколько сил вы тратите на то, чтобы уговорить? Уговоры тщетны. Он согласился вот сейчас публично на любую терапию, в том числе и на дневной стационар, на пролонги. Еще бы минут 10 пообщались, он бы и на ЭСТ согласился. Да. На все он согласился. Кто не согласен? Конечно, не удается уговорить не его, а именно маму. А попытки не уоваривать, а сделать это в обход мамы приводят к судебным разбирательствам. Я так понимаю, сейчас идет судебное дело против несчастных психиатров из частной клиники, которые решили не уоваривать, а лечить так, как считали нужным.

Так, коллеги, мне бы хотелось мнения услышать, диагностические суждения и суждения терапевтические относительно этого клинического случая. Не побоюсь этого слова, уникального клинического случая. Это действительно уникальный пациент. Звучали разные диагнозы. Прошу.

— Можно, да? Пациент болеет более 11 лет. В отделении пришли к заключению, что имеет место коморбидность, и выставили два диагноза. F 20.30, шизофрения недифференцированная. И второй — обсессивно-компульсивное расстройство. На мой взгляд, мы имеем дело с развитием личности с 14 лет, вундеркинд, 9 классов окончил экстерном, за 11 класс серебряная медаль, — это не всегда заканчивается хорошим результатом. Процесс протекает по эндогенному типу, то есть заболевание протекает в рамках шизофрении параноидной непрерывного типа течения и отсутствия ремиссии. Обсессивно-компульсивное расстройство. Если бы ставить свой диагноз, как врач-психиатр, я считаю, что это F 20.206, от-

существие ремиссии. Диагноз один, коморбидности я не вижу. По поводу терапии. Первый эпизод, попадание в 15-ю больницу, все-таки молодой парень, и уже год-то был 2007-й. Лечили традиционными нейролептиками, антидепрессантами. Уже в 2011 году у нас были пролонги ... В настоящий момент, беседуя с ним, мы видим, что он адекватно оценивает наши вопросы, спокоен. Чем обусловлено улучшение его состояние? Я не соглашусь с точкой зрения, что ЭСТ дала такой эффект. 3 сеанса или 10? После 10 сеансов мы могли бы иметь то же самое, но сама процедура имеет большой риск. Поэтому я не являюсь сторонником проведения ЭСТ. С позиции подготовки пациента к выписке, я бы переводил лечение на пролонгированную форму. Есть, как я понял, 4 препарата. Это рисперидон, потом галоперидол и лирика. Прегабалин хорош, пациент упирается на него. Но, на мой взгляд, переводить нужно на инвегу, на палиперидон, с последующим переходом на лирику. В дозировках это уже непосредственно 75 – 100, но по выписке, и делать нужно первые уколы в отделении, потому что мы замыкаем пациента на диспансер. Ты должен раз в месяц приходить. И, соответственно, тебе будут делать уколы. Принимает ли он лекарство в таблетированной форме в домашних условиях, с учетом взаимоотношений с мамой? Я думаю, что нет, не принимает. Взаимоотношения с мамой тяжелые и заканчиваются в последнее время нарастанием агрессии по отношению к ней. Поэтому прием в таблетированных формах вряд ли будет. Это по поводу лечения. Диспансер на участок один, но и в дневном стационаре при хорошем подходе, при хорошей беседе тоже можно лечебно-реабилитационной бригаде обсудить. Я не исключаю, что он с желанием будет посещать тренинги. Он будет жить дома, приходить в дневной стационар, ночевать дома, а приходить на час, на два в дневной стационар, и не пребывать вечером в больнице. Крайний этап, если мы рассматриваем, объяснять маме: “Мама, ваш сын не может жить долго в больнице. Извините, если Вы не можете обеспечить прием лекарств дома, мы будем ставить вопрос о признании Вашего сына недееспособным. А что это означает? Означает, что или Вы берете опеку, или нет, и так далее. Мы будем решать вопрос об оформлении его в психоневрологический интернат”. Это конечный вариант. И последнее. Беседуя с мамой, переводить все в плоскость не пребывания постоянного в больнице, а проживания дома. С посещением, приемом препаратов в диспансере. У меня все.

**Ведущий:** То есть вы предлагаете маме сделать такой мягкий шантаж? — *Никакого шантажа.* — Получается, я услышал шантаж. — *Мы исходим из позиций...* — Если вы будете его направлять вот так на интернат... — *С клинической точки зрения и с точки зрения практической. В рамках лечения пациентов есть сроки пребывания. И они очень регламентируются. Конечно, есть всегда из правил исключения. Но вообще до 30 дней.* — Это все понимаем. Это извест-

но. — *Но пациент не может год, полтора года находиться в больнице* — Да, конечно. — *За прошлый год он две недели был дома. Это фактически пребывание постоянно.* — Формально мы это все знаем. — *Я никак не шантажирую. Просто маме объясняю. Вы знаете, но не может постоянно Ваш сын у нас находиться. Сейчас состояние улучшилось... Вам, мама, нравится? Нравится. Мы будем ему непосредственно раз в месяц уколы делать, а он будет приходить. И без шантажа.* — Но это альтернатива “уговорить”. — *Доходчиво объяснить.* — Там уговорить, здесь объяснить. Доходчиво. — *Я думаю, что мама все поймет.* — Почему вы так думаете, что она вдруг все поймет? — *Я уверен в этом, уверен. Есть один путь, и есть второй. Она должна принимать такой путь.* — Вы же можете себе представить, сколько бесед с мамой было? — *Согласен.* — Я уверен совершенно, что врачи уже ночью иногда встают и с мамой этого пациента, так сказать, общаются. Спасибо большое за ваше мнение. Какие есть точки зрения еще? И диагностические, и терапевтические.

— У меня вызывает глубокий пессимизм вся картина с этим пациентом. Прогнозы, с моей точки зрения, они совершенно нереалистичны. Опять же, почему? Потому что здесь такой глубокий извращенный замес всего. Больной, конечно, процессуальный. Я бы не ставила два диагноза, а поставила бы недифференцированную форму шизофрении, в которую укладывается полиморфизм симптоматики, там много чего было, не буду повторять. Но Андрей Аркадьевич начал говорить “прикуси язык”, — хорошая такая тема, потому что там действительно очень много идет из этого конфликта между ним и мамой и совершенно каких-то извращенных отношений, на которые мы никаким образом повлиять не можем. Пациент ведь вытесняет, он до конца не осознает. Он же нам сказал, что нет никакой связи с тем, что я прикусываю язык. Мама на своей волне, а это само по себе. То есть у пациента есть какое-то даже вытеснение этих причин, почему он так делает. Но, тем не менее, все равно это пациент процессуальный, это не больной ОКР по складу своему. Потому что здесь такой высокий уровень психопатизации. Он же, посмотрите, какой он красавец сидит. Нам в красках себя демонстрирует, с таким, знаете, смакованием неким даже своего страдания. Вот была когда-то пациентка похожая, на всю жизнь я такую фразу запомнила, которую она говорила. У нее были навязчивые суицидальные мысли и жесты, она головой об стену била, и много таких самоповреждающих действий совершала. Когда мы у нее спрашивали: “Зачем ты это делаешь?”, она сказала такую шедевральную совершенно фразу: “Вы что, я же только этим могу быть интересна миру. Это то, что я могу дать этому миру”. По большому счету, чем этому пациенту, собственно говоря, жить? Он может это дать миру. Поэтому это вот такой сложный замес взаимоотношений его и мамы. С моей точки зрения, он очень мало перспективен. В плане терапии, я тоже

считаю, что уговаривать излишне. Предложили. Не хотят тратить силы? Пролонги, наверное, наиболее адекватны будут. Если пациент реагирует на терапию. Классический вариант терапии шизофренических обсессий — это антидепрессант с серотониновым эффектом. Но я не увидела тут антидепрессанта, который назначался из тех препаратов, которые работают в плане... — (Врач-докладчик): *Может быть, это та самая белковая капельница?* Ну, циталопрам и амитриптилин, и венлафаксин, и все. Эсциталопрам, венлафаксин, на котором он стал хуже, и амитриптилин. Правильно? — Да, потом проконсультировались с Малиным, он венлафаксин назначил, максимальную дозировку. — А почему тогда не анафранил? — Он отказывается принимать анафранил. У него в свое время на приеме анафранила было обострение калькулезного холецистита, и с тех пор пациент зафиксировался. Его же нельзя заставить принимать. — Флуоксамин? — Пробовали. До 300 мг флуоксамина было. Максимальная дозировка. Эффекта не было абсолютно. — С рисперидоном? — Абсолютно не было. Многие комбинации были. Он очень избирательно принимает терапию. Сейчас эсциталопрама просто нет в аптеке. — Неправда ваша. Есть в аптеке эсциталопрам, в любых видах. А он на эсциталопрам реагирует? — Да, в свое время хорошо реагировал. Но пока ... про галоперидол только надумал, да. Ну пролонги не приемлет вообще. — Может быть, тогда есть смысл все-таки, раз он 8 миллиграмм рисперидона принимал, его перевести именно на консту. — Абсолютно отказывается. — Да он же нам только что сказал, что готов на все? — Он говорит здесь, а потом отказывается полностью. — Ну тогда все еще более пессимистично. Но все же, если говорить о терапии, я бы его переводила на консту, а не на палиперидон, с учетом того, что у пациента очень много агрессивного поведения, и конста обладает большим седативным эффектом. Сейчас 50 миллиграмм консты было бы как раз хорошо. А все остальное — это уже, как бы знаете, сверху. Ну можно галоперидол немножко, можно какие-то антидепрессанты. Это уже надо смотреть, что будет. Но базовая терапия у него должна быть. А вообще, ситуация мне представляется очень пессимистичной. Это пациент, который будет регоспитализироваться, как это он делал уже.

— Во-первых, я сразу скажу, что я бы остановился на диагнозе вялотекущая шизофрения. Но если идти дальше, мне импонирует точка зрения докладчика. Здесь можно думать о параноидной шизофрении, ее развитии и о статусе как вторичной кататонии. И навязчивости с учетом большого количества стереотипий можно было бы рассматривать в рамках патологии влечений. И тогда вот эти три сеанса ЭСТ, которые дали все-таки какой-то эффект, в эту мою точку зрения, наверное, могут уложиться. Поскольку больной оживился, больной стал активней, часть симптоматики ушла. И хочу вернуться к тому, что его

объяснения этих стереотипных влечений, на мой взгляд, все-таки имеют и бредовую трактовку. То есть это в рамках вторичной кататонии как исхода дефектного состояния параноидного развития. — (Ведущий): *И все-таки вялотекущая тогда или параноидная?* — Не знаю. — *И то, и то?* — Нет, почему вялотекущая все-таки? Его эмоциональное состояние относительно сохранно, несмотря ни на что. И это он проявил, мне кажется. — Да, согласен с вами, безусловно.

— Я бы хотел добавить, что установки пациента в отношении терапии крайне амбивалентны. Если вы услышали, он только формально соглашается на лечение, а исцеления он ждет от стечения обстоятельств. И ждет, когда совпадут какие-то обстоятельства, например, ударит медсестра, прозвенит звонок, и так далее. И что касается его симптоматики, он, на мой взгляд, не раскрылся окончательно. Если продлить эту беседу еще минут на 30, разговоры о негативных энергоблоках выйдут на первый план. То есть под этим лежит глубокая бредовая схема по всем его навязчивостям. — Большое спасибо за мнение. Там только не медсестра ударить должна, а санитарка, и не ударить, а сказать слово на согласную букву. — На самом деле он сейчас ждет, когда мать угадает слово, которое он загадал на согласную букву. И он считает, что вылечится раз и навсегда...

**Ведущий:** Вы обратили внимание, что именно мать должна гадать? И не санитарка, и не врач, и никто. Именно мать. Она уже несколько раз ошиблась. Она уже несколько раз делала это и не сделала. Какое-то слово, известное только ему самому. И там еще цифры, там нумерологическая еще какая-то история есть. Он ее нам не раскрыл, да, вы правы. Если больше нет желающих, выскажу собственное мнение.

Я хочу сказать, что я давно не видел такой самоотверженной работы врача. Это действительно так. Я без всякого сарказма, абсолютно искренне считаю, что врачи делают гораздо больше, чем возможно в этой ситуации. И самое главное, что делают врачи, это то, что они, находясь под вообще огнemetной угрозой, тем не менее, продолжают пытаться разговаривать с матерью и найти какие-то пути взаимодействия, чтобы она дала согласие на ЭСТ, дала согласие на лечение, дала согласие на походы в диспансер, на применение пролонгов и так далее. Это, конечно, заслуживает не просто похвалы, но уважения очень большого.

Теперь, что касается нашего пациента. Совершенно удивительный пациент, у которого, как я абсолютно соглашусь, на первом плане сегодня полиморфизм. Полиморфизм психопатологической продукции. И продуктивной, и негативной симптоматики. Я могу предположить, что в этой аудитории есть, например, те, кто боязливо внутри себя оставляет мысль: а вдруг это вообще не большой шизофренией, а вдруг это человек, у которого такой глубокий затяжной какой-то невротический статус, в котором он пребывает с

14-летнего возраста. Я не исключение, у меня тоже где-то в глубине такая мысль копошится. Но все было бы, наверное, более определенно в этом направлении, если бы не было такого количества самоповреждений. Все-таки самоповреждения — такая массивная аутодеструкция, которая происходила за время болезни у нашего пациента, это уже по умолчанию выводит его за пределы невротической категории диагнозов. Согласитесь, да? Это совершенно явно уровень расстройств психотический. Мышление нашего пациента изменено.

Я думаю, что все согласятся с заключением психолога, и методики, которые вы применяли, да и просто в беседе у нас достаточно много обнаруживается паралогичных трактовок, сложных, иногда в сторону резонерства умозаключений, отдельные витиеватые ответы в сторону и не по существу, порой несколько раз он уходил от основной канвы беседы. То есть в этом смысле формально наш пациент изменен и изменен по шизофреническому типу, мы имеем дело с шизофреническим процессом. Диагностический вопрос сегодня по психическому статусу состоит в том — мы имеем дело с обсессивно-компульсивным расстройством у больного с шизотипическим расстройством или с вялотекущей, давайте по-старому, шизофренией, или мы имеем дело с параноидной шизофренией, с параноидной симптоматикой? Ответ на этот вопрос дал нам сам пациент своей последней фразой. Эта фраза прозвучала у него после длительной борьбы с нашими вопросами, в самом конце нашего randevu, перед уходом. Очень часто бредовые пациенты именно так и поступают. Бредовые пациенты и кататоники. Они самую ценную информацию дают в самый последний момент. Уже когда закончилась беседа, он вдруг, уходя, говорит как раз ту фразу, которая для него самая ключевая. А эта фраза звучит так: “негативный энергоинформационный блок”. И он подчеркнул, что для него это самое главное. Негативный энергоинформационный блок. Все остальное, что мы с вами слышали — язык мешает во рту, навязчивость, с ногой связанная, и так далее, — это все второстепенно. Главное — это негативный энергоинформационный блок.

Конечно же, мы имеем дело с параноидной симптоматикой. Безусловно, она определяет тяжесть состояния больного, и именно она определяет его самоповреждения в конечном итоге и его аутодеструкцию. Но, как я уже сказал, это действительно полиморфная симптоматика продуктивная. Здесь есть пересечение обсессивно-компульсивных расстройств и кататонично-бредовых расстройств на протяжении всей болезни. В частности, компульсия, ритуалы, периодически трансформируются в кататонические стереотипии. В зависимости от интенсивности параноидного процесса. Когда компульсивные ритуалы трансформируются в кататонические стереотипии, он начинает биться головой о стену, наносит себе на лицо массу других самоповреждений. Обсессии, идеаторные обсессии,

навязчивость, умственная жвачка, периодически трансформируются в бредовые расстройства. Идеи, которые он описывает с нумерологией и с вот этим словом на согласную букву, и так далее, это, в конечном счете, то, что называют обсессивным бредом или обсессивно-бредовым синдромом, есть такой синдром, обсессивно-бредовой синдром.

Дальше, контрастные навязчивости у него были, связанные с мамой. И одновременно с этим контрастные навязчивости периодически трансформировались в психические автоматизмы. Овладевающие представления, псевдогаллюцинации. Вот этот голос, который внутри, который звучал как голос или как интуиция, которую он сам представляет себе по собственной инициативе. Вот эти качели. Ну и там дальше психопатоподобная симптоматика и гебоидная симптоматика на этой стороне. И то, и другое, и здесь я соглашусь, что и расстройство влечений, конечно же, тоже есть в этом большом винегрете психопатологических расстройств, которые начались в пубертатном возрасте, в юношеском возрасте, а там, где юношеская шизофрения, там и непрерывная и, как правило, злокачественная. И поэтому мы должны с вами отдавать отчет, что уровень наших ожиданий здесь вряд ли может быть каким-то особо оптимистичным. С точки зрения академической диагностики мы имеем дело со злокачественной параноидной шизофренией, включающей в себя большое количество и других симптомов, как это бывает при такой форме.

Но, есть одно “но”. Как я уже говорил в самом начале, врачи делают колossalную работу. И есть результат этой работы. На сегодняшний день, вы абсолютно правы, пациент в хорошем состоянии. Он в хорошем для себя состоянии. Вы даже удивлялись, что он согласился прийти сегодня к нам, потому что это было немыслимо раньше. Я предполагаю, что, допустим, полгода назад он по бредовым мотивам отказался бы от этой консультации. Значит, мы добились ремиссии? Для него это ремиссия. Мы добились ремиссии чем? Нейролептиками, безусловно. Он реагирует на нейролептики. Я не могу его назвать резистентным, фармакорезистентным, вернее, больным. Но он невыписной больной. И вот здесь я хочу сказать, что речь идет о феномене, который мы называем конформный бред. Если угодно, в психоаналитической литературе это звучит как симбиотический психоз. Когда нашему пациенту исполнилось 14 лет, в его семье заболело два человека — он и мама. Я абсолютно уверен в конгруэнтности их бредообразования. Мало того, все конфликты, которые возникают как по инициативе матери, так и по инициативе нашего пациента, имеют под собой бредовую основу, бредовую почву. И, конечно же, большая часть госпитализаций и тех действий, которые сейчас совершает мама, имеют под собой именно эту основу. Поэтому настолько тщетны все попытки уговорить. Поэтому настолько тщетны все попытки убедительно объяснить, доказать, шантажировать, настоять, сделать это без ее уча-

стия. Тщетны. Потому что поведение мамы в данной ситуации иначе как бредовым назвать невозможно. И этот бред конформен бреду нашего пациента. Это и есть симбиотический психоз. Поэтому, с моей точки зрения, результат, вот этот результат, который мы сейчас имеем, неоднозначен. Я согласен, что это пациент, готовый для выписки, и конечно же, готовый для дневного стационара и для медико-реабилитационного отделения, для психотерапевтической работы и для работы пролонгами, этот пациент абсолютно точно сегодня может быть выписан. Но только в том случае он удержится дома, если мы сможем оказать психиатрическую помощь его матери. В противном случае это безнадежная история. Она занимается ясновидением сейчас, она пишет бредовую книгу о московских психиатрах, она занимается — что-то там еще такое было, энергетическое, связанное с оккультизмом, астрологией и так далее. И естественно, она не может, занимаясь этим, не вовлекать своего сына. Мало того, сын главный персонаж в ее разработках, безусловно. Негативный энергоинформационный блок — это ее слова. Это ее слова, которые произносит сейчас Алексей, наш пациент. Поэтому, конечно же, какие бы методы преодоления резистентности и все остальное мы не предлагали, без работы с матерью, именно психиатрической, а не психотерапевтической, ничего не получится.

Что касается биологической основы, — да, и в подтверждение этого я хотел бы обратить ваше внимание на реакцию больного на мой такой психотерапевтический пассаж относительно прикусывания языка. Вы обратили внимание, какая была реакция? Это была реакция бредового пациента. Он отреагировал негативно, он отреагировал озлобленно. Еще бы чуть-чуть я туда надавил, и было бы возбуждение. Это была провокация, конечно же, с моей стороны. Но, тем не менее, это показывает, что именно там находится ядро бредовых переживаний. Именно здесь. И прикусывание языка тем самым можно расценивать тоже как бредовое действие, как психический автоматизм, по сути.

Что касается биологической терапии. Конечно же, электросудорожная терапия должна дать результат. Естественно, я абсолютно согласен, что трех сеансов мало, и нужно сделать все, чтобы пролонгировать сеансы электросудорожной терапии. Я думаю, что не исчерпала возможности свои и психотропная терапия. В частности, насколько я понял, не было азенапина еще у нас, сафриса. А это, кстати говоря, препарат, который обладает, в том числе, и анестетическими свойствами в области рта, когда эту таблетку мы кладем туда на слизистую. Ну и сам по себе сафрис, азенапин относят к категории таких же антирезистентных нейролептиков, как и азалептин, и клозапин. Я

считаю, что вполне можно попробовать еще отмены и зигзаги. Я не исключаю, что вот это улучшение произошло как раз из-за зигзага, который случился в 67-й больнице, где произошла отмена, и потом здесь возвращение на терапию. По сути, это был зигзаг терапии лекарственной, и он, как мне кажется, тоже дал результат. Кроме этого, я не могу однозначно в данной ситуации не говорить о каких-то методах иммунологической коррекции. Возможна гемосорбция, если мы имеем дело действительно с элементами биологической фармакогенной резистентности, то в данной ситуации это все вполне может дать результат. Но это биологическая терапия.

Конечно же, психотерапевтическая работа должна тоже здесь быть. И я хочу обратить внимание, что наш пациент готов к такой психотерапевтической работе. Но проводить эту психотерапию должен только искусный врач-психотерапевт, психиатр, психотерапевт, который понимает, что это походы по минному полю. Вы сегодня все были свидетелями этого, вот такой чуть-чуть неосторожный заход на его территиро-рию вызвал тут же реакцию довольно активную. Но это не значит, что этого нельзя использовать. Это нужно использовать, и в том числе это могут быть и сеансы психоаналитической психотерапии, и, пожалуйста, бихевиоральный, наш пациент готов ко всему, и к гештальту, и к групповым методикам, и так далее. Я думаю, что он не исключение, и как многие параноидные пациенты вполне может хорошо реагировать на такой вид психотерапии.

И самый главный вопрос: где лечить таких пациентов? Это самый главный вопрос, который сегодня встает особенно остро, когда у нас продолжительность лечения ограничена, и мы не можем обеспечить долгое многомесячное пребывание таких пациентов, как это было раньше, когда у нас была 10-я больница, 2-я и так далее. Но, тем не менее, я считаю, что единственным выходом из ситуации является дневной стационар. Дневной стационар, в который наш пациент будет приходить, в котором он будет заниматься и с психотерапевтом, и с самим врачом, психиатром участковым. Конечно же, эта терапия должна происходить параллельно с лечением его матери. Иначе мы ничего не сделаем.

Возникает сразу вопрос: а как нам лечить мать? А как мы лечим других пациентов, скажите мне? Многие из вас сталкивались с ситуацией, когда родственник больного более опасен по бредовому состоянию, чем сам больной. Но, тем не менее, к нам поступает больной, а не родственник. Мы говорим: “Но мы же не можем лечить...”. Почему не можем? Можем. У нас есть для этого закон о психиатрической помощи. На этом все. Спасибо большое, уважаемые коллеги, за такой прекрасный разбор.

# ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

## Соответствует ли Конституции РФ часть 1 статьи 435 УПК РФ?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается Постановление Конституционного Суда РФ от 24 мая 2018 г. № 20-П, в котором выявлен конституционно-правовой смысл ч. 1 ст. 435 УПК РФ, а также определены задачи, стоящие перед федеральным законодателем по совершенствованию правового регулирования помещения в психиатрический стационар лиц, содержащихся под стражей, при установлении наличия у них психического заболевания. Анализируется судебная практика по применению ч. 1 ст. 435 УПК РФ.

**Ключевые слова:** статья 435 УПК РФ; перевод в психиатрический стационар лица, содержащегося под стражей

Согласно ч. 1 ст. 435 УПК РФ при установлении факта психического заболевания у лица, к которому в качестве меры пресечения применено содержание под стражей, по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа, а также дознавателя с согласия прокурора суд в порядке, установленном ст. 108 УПК РФ, принимает решение о переводе данного лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.<sup>1</sup>

Правила ч. 1 ст. 435 УПК РФ применяются к подозреваемому, обвиняемому, если факт наличия у него психического заболевания установлен заключением СПЭ, производство которой обязательно в силу прямого указания п. 3 ст. 196 УПК РФ (в случаях сомнения в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве).

Несмотря на то, что ст. 435 УПК РФ находится в главе 51 “Производство о применении принудительных мер медицинского характера”, перевод лица по решению суда в психиатрический стационар не тождествен назначению принудительных мер медицинского характера<sup>2</sup> в соответствии со ст. 97 УК РФ. Такой перевод — это *уголовно-процессуальная мера*. Назначение ПММХ является *уголовно-правовой мерой*, т.е. материально-правовым последствием совершения конкретным лицом деяния, запрещенного уголовным законом и установленного судом. ПММХ применяются, в частности, к лицам, совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости, либо у которых после совершения преступления наступило психиче-

ское расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания.

Перевод подозреваемого, обвиняемого в психиатрический стационар — временная принудительная мера. Она не исключает продолжения уголовного преследования подозреваемого, обвиняемого, если характер заболевания не препятствует его участию в следственных и иных процессуальных действиях и не влечет необходимости приостановления предварительного следствия на основании п. 4 ч. 1 ст. 208 УПК РФ.

Данная мера способствует:

1) предупреждению совершения общественно опасных деяний лицом, психическое расстройство которого связано с возможностью причинения им существенного вреда самому себе либо окружающим и которое (как в силу им содеянного, так и вследствие своего заболевания) представляет опасность не только для себя, но для общества;

2) обеспечению необходимых условий для обследования и лечения этого лица, включая производство дополнительной СПЭ, если его психическое состояние первоначально не позволяло дать ответ на все вопросы, требующие специального исследования.

Решение о переводе принимается в том же порядке, что и заключение под стражу подозреваемого или обвиняемого (ст. 108 УПК РФ), т.е. судьей районного суда с обязательным участием подозреваемого (обвиняемого), прокурора, защитника, если тот участвует в уголовном деле, по месту производства предварительного расследования либо месту задержания подозреваемого в течение 8 часов с момента поступления материалов в суд.

Статья 435 УПК РФ не обеспечена, однако, механизмом принятия решений. Она не содержит положений, прямо устанавливающих:

<sup>1</sup> Далее — психиатрический стационар.

<sup>2</sup> Далее — ПММХ.

- кем должен быть установлен факт наличия у лица психического заболевания;
- обстоятельства, подлежащие установлению (проверке) судом (с учетом того, что на этапе принятия решения в соответствии с ч. 1 ст. 435 УПК РФ суд не рассматривает дело по существу);
- срок, на который лицо переводится в психиатрический стационар, а также основания и порядок его продления;
- тип (типы) психиатрических учреждений, где должно содержаться лицо, ожидающее судебного рассмотрения вопроса о назначении ПММХ, а также порядок определения судом соответствующего учреждения<sup>3</sup>;
- цель перевода и соответственно правила оказания такому лицу психиатрической помощи (с учетом того, что ПММХ судом еще не назначены);
- права таких лиц (с учетом того, что ст. 13 Закона о психиатрической помощи регламентирует права исключительно тех лиц, которые госпитализированы по решению суда о применении ПММХ) и условия их содержания.

Суды по-разному определяют для себя достаточность данных для перевода лица в психиатрический стационар. Имеют место случаи, когда суды выносят решение о переводе подозреваемого в психиатрический стационар не по ходатайству следователя, а по собственной инициативе на основании данных о том, что подозреваемый в прошлом уже совершил уголовно-наказуемые деяния и признавался невменяемым и в настоящее время находится на активном диспансерном наблюдении.

Так, Приморский краевой суд (апелляционное определение от 30 ноября 2017 г. по делу № 22-6230/2017) отменил постановление Михайловского районного суда об отказе в удовлетворении ходатайства следователя об избрании в отношении подозреваемого Ф. меры пресечения в виде заключения под стражу. Районный суд поместил Ф. в Краевую психиатрическую больницу № 1 с. Заречное до выхода из болезненного состояния.

В своем апелляционном представлении прокурор указал, что суд первой инстанции, сославшись на положения ст. 435 УПК РФ, обосновал свое решение только своим мнением об ухудшении состояния здоровья Ф., как страдающего психическим заболеванием, посчитав, что ему необходима психиатрическая помощь в стационарных условиях. При этом суд не конкретизировал срок содержания в стационаре. По мнению прокурора, “лицо может быть лишено свободы как имеющее психические заболевания только при наличии следующих условий: во-первых, путем объективного медицинского ис-

следования должно быть достоверно установлено, что лицо имеет такое заболевание, во-вторых, психическое расстройство должно иметь стадию, требующую обязательной изоляции, в-третьих, действительность продолжения изоляции зависит от сохранения данного расстройства”. Кроме того не имелось заключения СПЭ, согласно которому было бы достоверно установлено, что Ф. страдает психическим расстройством, требующим обязательной изоляции. У Ф. не выявлено заболеваний, включенных в Перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений (утв. постановлением Правительства РФ от 14 января 2011 г. № 3).

Суды рассматривают ходатайства следователей, как правило, без оценки доказательств, “без вхождения в обсуждение”, допуская при этом путаницу понятий и как следствие — принятие не вполне законных, на наш взгляд, решений.

Так, Верховный Суд Республики Крым (апелляционное постановление от 13 декабря 2017 г. по делу № 22K-3576/2017) оставил без изменения постановление Керченского горсуда о переводе обвиняемого Ф. в психиатрический стационар общего типа до выхода из болезненного состояния, не уставновив со стороны суда нарушений норм УПК РФ.

Суд апелляционной инстанции пришел к выводу, что, рассматривая ходатайство следователя, суд первой инстанции без вхождения в обсуждение вопросов, подлежащих разрешению при рассмотрении уголовного дела по существу, убедился в достаточности данных о событии преступления и причастности к нему обвиняемого Ф., в связи с чем обосновано принял решение о его переводе из СИЗО в психиатрический стационар специализированного типа, поскольку “характер психического расстройства Ф. представляет опасность для него и для окружающих и, соответственно, требует условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре. Вопрос о допустимости экспертных заключений от 26 апреля 2017 г. и от 19 сентября 2017 г. в качестве доказательств по делу подлежит разрешению в ходе рассмотрения дела по существу и на данной стадии процесса в компетенцию суда не входит”.

В этом деле судьям и первой и апелляционной инстанций настолько не хотелось “входить” в оценку экспертных заключений, что они не обратили внимания на тот факт, что по результатам повторной СПЭ, с учетом которой и было принято решение о переводе обвиняемого в стационар, вопрос о его вменяемости фактически был разрешен. Следовательно, перевод Ф. в стационар должен был определяться конкретным сроком и не мог быть обусловлен необходимостью “выхода обвиняемого из болезненного состояния”. Эксперты указали, что Ф. “в период инкриминируемого ему деяния не мог осознавать фактический ха-

<sup>3</sup> Признание необходимости в восполнении пробела в данном вопросе содержится в Докладе о результатах мониторинга правоприменения в Российской Федерации за 2016 год.

рактер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время Ф. может понимать характер и значение уголовного судопроизводства, а также самостоятельно осуществлять действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей. Однако, в силу имевшегося в период правонарушения временного психического расстройства, он не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и не может давать о них показания. Учитывая нарушение критики к перенесенному состоянию наряду с возможностью повторного возникновения подобного психопатического состояния Ф., как представляющий опасность для себя или других лиц, либо с возможностью причинения им иного существенного вреда, нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.” Кроме того суд апелляционной инстанции не усмотрел разницы между стационаром общего и специализированного типа: как мы видим, в тексте постановления говорится об обоснованности перевода в стационар то общего, то специализированного типа.

Срок перевода в психиатрический стационар суды, зачастую, определяют сроком предварительного расследования и продлевают его “автоматически”, что, по нашему мнению, недопустимо.

Так, Ростовский облсуд (решение от 11 мая 2017 г.) удовлетворил иск Ж. о компенсации за нарушение права на судопроизводство по уголовному делу в разумный срок. Сумма компенсации составила 90 000 руб. Предварительное расследование и судебное разбирательство по данному делу длились более 4 лет, из которых более 2 лет 10 месяцев Ж. находился в психиатрическом стационаре. Разрешая вопрос о размере присуждаемой компенсации, суд принял во внимание нахождение Ж. “в течение неоправданно длительного времени в состоянии правовой неопределенности”.

Вряд ли обоснованным можно считать такое основание для продления срока перевода в стационар, как предстоящий объем работы по делу.

Так, Тушинский районный суд г. Москвы по ходатайству следователя вынес постановление о продлении на 1 месяц срока пребывания в психиатрическом стационаре “уличаемой” в совершении преступлений К. С. В., в т.ч., с учетом “объема проведенных и запланированных по уголовному делу следственных действий, направленных на завершение расследования”. Мосгорсуд (апелляционное постановление от 24 октября 2017 г. № 10-17542/17) в нарушение норм УПК РФ рассматривал апелляционную жалобу адвоката в рамках производства по делу о применении ПММХ и оставил жалобу без удовлетворения.

Существует практика, когда суды в своих решениях о переводе в психиатрический стационар отказываются указывать тип учреждения, ссылаясь на то, что это правомерно только при принятии решения о применении ПММХ. Впоследствии под давлением руководства СИЗО, не знающего, куда переводить обвиняемого, суды все же определяют тип учреждения, основываясь исключительно на заключении СПЭ. По мнению Европейского Суда по правам человека, именно суды, действуя на основании находящихся в их распоряжении материалов и экспертных заключений, по каждому конкретному делу должны определять тип психиатрического учреждения, подходящего обвиняемому.<sup>4</sup>

Выявившаяся неопределенность в вопросе о том, соответствует ли ч. 1 ст. 435 УПК РФ Конституции РФ, явилась основанием к рассмотрению Конституционным Судом РФ<sup>5</sup> жалоб граждан Д. и К., к которым была применена данная процессуальная норма.

Гр-н Д. в своей жалобе пояснил, что отсутствие в ч. 1 ст. 435 УПК РФ указания на сроки пребывания в психиатрическом стационаре, либо ссылки на сроки, предусмотренные ст. 109 УПК РФ для заключения под стражу, включая порядок их продления, допускает возможность бессрочного содержания в таких организациях обвиняемых в совершении преступлений, чем нарушаются их права, гарантированные ст. 22 и 49 Конституции РФ.

#### Обстоятельства дела.

В рамках уголовного преследования гр-на Д. суд избрал ему меру пресечения в виде заключения под стражу. Впоследствии суд продлил срок ее применения до 4 месяцев — до 27 ноября 2016 г. По заключению СПЭ от 14 сентября 2016 г., Д. в период, относящийся к инкриминированным ему деяниям, страдал хроническим психическим расстройством. Постановлением того же суда от 30 сентября 2016 г. он был переведен из СИЗО в психиатрический стационар специализированного типа. Мера пресечения в виде заключения под стражу отменена.

По заключению экспертов от 2 марта 2017 г., проводивших повторную СПЭ, у Д. диагностировано временное психическое расстройство, не позволяющее ответить на поставленные перед экспертизами вопросы; Д. представляет опасность для себя и других лиц и нуждается в принудительном лечении до выхода из болезненного состояния. Исходя из этого, суд по ходатайству следователя вынес постановление от 27 апреля 2017 г. о переводе Д. из психиатрического стационара специализированного типа в стационар общего типа — до решения вопроса о применении к нему ПММХ. В передаче кассационной жалобы представителя Д. на данное судебное решение для ее рассмотрения судом кассационной инстанции судья отказал. В своем постановлении от

<sup>4</sup> См. п. 60 Постановления Европейского Суда по правам человека от 18 июня 2015 г. по делу “Яиков против России”.

<sup>5</sup> Далее — КС РФ.

25 сентября 2017 г. судья указал, что пребывание Д. в психиатрическом стационаре ограничено периодом действия обстоятельств, послуживших основанием для такого перевода, а категория преступлений, инкриминированных обвиняемому, не влияет на срок его пребывания в ней, куда он переведен в связи с обнаруженным у него временным психическим расстройством.

Второй податель жалобы в КС — гр-н К. также усомнился в конституционности ч. 1 ст. 435 УПК РФ. По его мнению, она не приравнивает содержание в психиатрическом стационаре на стадии предварительного следствия к мерам пресечения и не позволяет судам определять его порядок и сроки в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями, до рассмотрения уголовного дела по существу.

#### Обстоятельства дела.

Суд избрал обвиняемому К. меру пресечения в виде заключения под стражу. Затем срок заключения был продлен до 10 месяцев — до 14 февраля 2017 г. По заключению комплексной СППЭ, К. в период, относящийся к инкриминированному ему деянию, был лишен возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими по причине имеющегося у него психического заболевания. Ходатайство следователя о переводе К. до его выздоровления в психиатрический стационар специализированного типа было удовлетворено постановлением суда от 14 февраля 2017 г.; меру пресечения в виде заключения под стражу постановлено отменить при поступлении в стационар.

Суд апелляционной инстанции изменил это постановление, исключив из него указания о направлении К. на принудительное лечение до выздоровления и об отмене ранее избранной меры пресечения по поступлению в стационар. В постановлении суда апелляционной инстанции от 6 марта 2017 г. было указано, что при разрешении вопроса о переводе лица в медицинскую организацию суд первой инстанции был не вправе устанавливать предусмотренные ст. 434 УПК РФ обстоятельства, подлежащие доказыванию по делу, — о необходимости лечения. То есть был не вправе рассматривать уголовное дело по существу в соответствии с требованиями главы 51 УПК РФ, разрешать вопросы о наличии оснований для применения к лицу положений ст. 21 УК РФ “Невменяемость” и главы 15 УК РФ “Принудительные меры медицинского характера”. Более того, как указала апелляционная инстанция, в соответствии с положениями ст. 435 УПК РФ районный суд не был наделён полномочиями по решению вопроса о дальнейшем содержании К. под стражей, т.к. для этого установлен иной, предусмотренный ст. 108, 109 УПК РФ, порядок.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Некоторые уточняющие данные по этому делу взяты нами из текста имеющейся в нашем распоряжении жалобы К., поданной в КС РФ.

Медицинская организация, куда поступил К., в связи с возникшей, как он утверждает, неопределенностью, на каком основании и таким образом его следует содержать в отделении для лиц, нуждающихся в принудительном лечении, обратилась в суд с административным исковым заявлением о его недобровольной госпитализации по правилам главы 30 КАС РФ. Суд первой инстанции (решение от 31 марта 2017 г.) удовлетворил требование истца. Свое решение он мотивировал следующим. Норма закона, изложенная в ст. 435 УПК РФ, предусматривает лишь перевод лица в психиатрический стационар. Срок пребывания в таком учреждении, а также права и гарантии лиц, страдающих психическими расстройствами, ни нормами УК РФ, ни нормами УПК РФ не предусмотрены. В связи с изложенным суд счёл необходимым применить нормы КАС РФ и Закона о психиатрической помощи.

Судом апелляционной инстанции данное решение было отменено, а производство по делу прекращено со ссылкой на то, что согласно ст. 274 КАС РФ по правилам его главы 30 не могут рассматриваться требования, связанные с применением ПММХ в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния (апелляционное определение от 24 мая 2017 г.).

2 августа 2017 г. уголовное дело, поступившее в суд для рассмотрения вопроса о применении к К. ПММХ, было возвращено прокурору на основании ст. 237 УПК РФ ввиду нарушений уголовно-процессуального законодательства, допущенных в ходе предварительного следствия. При этом суд постановил в период принудительного лечения К. в медицинской организации меру пресечения ему не избирать.

Как следует из правовой позиции КС РФ, выраженной им в **Постановлении от 24 мая 2018 г. № 20-П по делу о проверке конституционности статьи 435 УПК РФ в связи с жалобами граждан Д. и К.**, никто не может быть поставлен под угрозу возможного обременения на неопределенный или слишком продолжительный срок. Законодатель обязан установить четкие и разумные временные рамки допускаемых ограничений прав и свобод.

Соответственно ограничение свободы лица, обусловленное характером и продолжительностью психического расстройства и вызванной этим необходимостью оказания ему стационарной психиатрической помощи, в т.ч. без его согласия, должно быть разумным и пропорциональным. Вместе с тем, оно не может, в силу принципа равенства всех перед законом и судом, уменьшать объем предоставляемых такому лицу процессуальных гарантий против нарушения права на свободу и личную неприкосновенность, включая такую важную гарантию от злоупотреблений в этой сфере, как судебная проверка всех дел о помещении в психиатрический стационар в недобровольном порядке на основании медицинских данных.

Если лицо, к которому в рамках уголовного судопроизводства применено содержание под стражей,

нуждается в госпитализации в психиатрический стационар, избрание в отношении него данной меры пресечения само по себе не отменяет гарантiiй против нарушения его права на свободу и личную неприкосновенность в связи с помещением в такую медицинскую организацию в принудительном порядке. Такое помещение, обоснованное его психическим расстройством, должно обеспечиваться процессуальными гарантiiями и судебным контролем, предметом которого является выявление набора юридических фактов, дающих основания как для продолжения оказания этому лицу психиатрической помощи, так и для дальнейшего производства по уголовному делу с его участием (лично или через защитника и законного представителя).

Хотя порядок перевода в психиатрический стационар существенно отличается от порядка недобровольной госпитализации, установленного Законом о психиатрической помощи, это не означает, что при применении данной уголовно-процессуальной меры не должны приниматься во внимание правовые основы оказания психиатрической помощи, заложенные в этом Законе. То есть для помещения такого лица в психиатрический стационар требуется наличие медицинских показаний, зафиксированных в заключении экспертов, участвующих в производстве СПЭ, и, при необходимости, в заключении врачебной комиссии психиатрического стационара.

С другой стороны, перевод лица, содержащегося под стражей, в психиатрический стационар предполагает применение к нему ограничительных — по сравнению с установленными для пациентов таких медицинских организаций в качестве общего правила правами — условий содержания в стационаре, связанных с необходимостью его изоляции, по аналогии с домашним арестом (ч. 7 ст. 107 УПК РФ).

Суд принимает решение, предусмотренное ч. 1 ст. 435 УПК РФ, при наличии для этого медицинских показаний. При этом, как следует из Постановления КС, фиксации медицинских показаний лишь в заключении СПЭ может быть недостаточно. *При необходимости такие показания должны быть зафиксированы и в медицинском заключении медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.*

Имея в виду, что всякое ограничение права на свободу и личную неприкосновенность, обусловленное необходимостью изоляции лица от общества, должно обеспечиваться — с учетом его законодательно установленных пределов — судебным контролем и другими правовыми гарантiiями справедливости и соразмерности, порядок перевода лица в психиатрический стационар, в т.ч. в части определения сроков содержания в нем и их продления, должен соотноситься с требованиями ст. 108 и 109 УПК РФ. Законодательное регулирование сроков, на которые лицо ограничивается в праве на свободу и личную неприкосновенность,

и порядка их продления является обязательным элементом правового механизма, призванного обеспечить защиту от неправомерного, необоснованного и несоразмерного ограничения данного конституционного права.

Как указал КС, УПК РФ не содержит положений, прямо устанавливающих срок, на который лицо переводится в психиатрический стационар. Между тем такой срок — с учетом предписаний ст. 108, п. 3 ч. 10 ст. 109, ч. 1 и 2 ст. 110, п. 3 ст. 196, ст. 255, ч. 1 ст. 435 и ч. 1 ст. 437 УПК РФ и принимая во внимание объем и характер применяемых при этом ограничений права на свободу и личную неприкосновенность — не может быть неопределенным либо продлеваться вне рамок судебного контроля. Это вытекает также из требования ст. 6<sup>1</sup> УПК РФ об осуществлении уголовного судопроизводства в разумный срок, которое относится ко всем его формам, включая производство о применении ПММХ. Следовательно, суд, принимая решение, предусмотренное ч. 1 ст. 435 УПК РФ, обязан указать срок, на который лицо помещается в медицинскую организацию, в т.ч. указать календарную дату его истечения. Продление этого срока должно осуществляться с учетом положений УПК РФ, определяющих порядок продления срока содержания под стражей.

Вместе с тем, поскольку согласно ст. 36 Закона о психиатрической помощи нахождение лица в стационаре на условиях недобровольной госпитализации допускается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация (притом что это лицо в течение первых 6 месяцев не реже 1 раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации), установление судом срока, на который лицо помещается в психиатрический стационар в порядке ч. 1 ст. 435 УПК РФ, во всяком случае *не может рассматриваться в качестве препятствия для прекращения его пребывания в медицинской организации.*

Соответственно, если психическое состояние лица улучшилось настолько, что необходимость в его нахождении в психиатрическом стационаре отпадает, а срок (в т.ч. продленный), на который это лицо было по решению суда помещено в больницу, еще не истек, уполномоченные должностные лица больницы должны незамедлительно информировать об этом органы предварительного расследования. На основании ходатайства должностного лица больницы суд отменяет данную процессуальную меру и одновременно (с учетом осуществляемого в отношении лица уголовного преследования) — при наличии предусмотренных законом оснований — решает вопрос о необходимости применения к нему содержания под стражей или иной меры пресечения. До принятия судом того или иного решения по ходатайству органов предварительного расследования лицо остается в той больнице, куда

оно было помещено ранее. При этом, если на момент отпадения оснований (медицинских показаний) для нахождения лица в психиатрическом стационаре, срок избранной до его перевода в больницу меры пресечения в виде заключения под стражу не истек, судебного решения для ее применения до истечения ранее установленного судом срока (в который засчитывается время нахождения в такой медицинской организации по решению суда) не требуется.

Выявив конституционно-правовой смысл ч. 1 ст. 435 УПК РФ, несмотря на очевидную дефектность данной нормы, КС РФ признал ее **не противоречащей Конституции РФ** при наличии ряда обязательных условий, а именно, в той мере, в какой она предполагает, что:

-- в случае выявления факта психического заболевания у лица, к которому в качестве меры пресечения применено содержание под стражей, суд, принимая решение о его переводе в психиатрический стационар, — при наличии для этого медицинских показаний, зафиксированных в заключении СПЭ, и, *при необходимости, в медицинском заключении соответствующей медицинской организации*, — обязан установить срок, на который данное лицо помещается в психиатрический стационар, в т.ч. календарную дату *его истечения*;

-- продление срока нахождения такого лица в психиатрическом стационаре должно осуществляться с учетом положений УПК РФ, определяющих порядок продления срока содержания под стражей, и при обеспечении ему права осуществлять предусмотренные ст. 46 и 47 данного Кодекса процессуальные права подозреваемого, обвиняемого лично (если его психическое состояние позволяет осуществлять такие права самостоятельно), а также с помощью защитника и законного представителя;

-- установленный судом срок, на который лицо помещается в психиатрический стационар, во всяком случае не может рассматриваться в качестве препятствия для прекращения его нахождения в медицинской организации, как только отсутствие для этого оснований будет констатировано уполномоченными должностными лицами соответствующей медицинской организации;

-- прекращение нахождения в психиатрическом стационаре, лица, в отношении которого решение о переводе в такую медицинскую организацию было принято в период применения к нему меры пресечения в виде заключения под стражу, предполагает — если на момент отпадения оснований для нахождения этого лица в медицинской организации срок, на который была назначена данная мера пресечения, уже истек — решение вопроса о необходимости применения к этому лицу той же или иной меры пресечения с учетом осуществляемого в отношении него уголовного преследования, с тем чтобы обеспечить выполнение задач, стоящих перед уголовным судопроизводством.

Таким образом, КС сконструировал основные, в т.ч. недостающие звенья ч. 1 ст. 435 УПК РФ, дабы удержать данную норму в границах соответствия Основному Закону. Обязательных предписаний для федерального законодателя, какие бывают признании нормы не соответствующей Конституции РФ, КС в данном случае не формулирует. Как сказано в Постановлении, федеральный законодатель “не лишен возможности” в процессе совершенствования правового регулирования уточнить механизм и условия помещения лиц, содержащихся под стражей, в психиатрический стационар, в т.ч. в части порядка и оснований продления срока их нахождения в стационаре, введение ограничительных требований к режиму их содержания в медицинской организации, а также прав, предоставляемых этим лицам, их защитникам и законным представителям при применении данной процессуальной меры.

КС РФ дал истолкование ч. 1 ст. 435 УПК РФ, которое является обязательным для правоприменительной практики. Многие его составляющие относятся к организации работы психиатрических учреждений, напрямую адресованы руководству больниц, экспертных отделений. Экспертам (либо врачебным комиссиям психиатрических стационаров) придется соизмерять состояние лица с критериями, предусмотренными ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Разумеется, данное истолкование не исчерпывает проблему, а, наоборот, требует начала серьезной работы по пересмотру данной нормы, начиная с обсуждения ее концепции. Одними редакционными уточнениями добиться результата не представляется возможным. Необходимо внести ряд дополнений в УПК РФ, УК РФ, Закон о психиатрической помощи, нормативные акты, касающиеся порядка проведения СПЭ, а также с учетом сложной трансдисциплинарной природы данной нормы, возможно, и в другие законодательные акты. Работа над этим блоком вопросов должна реанимировать подготовку законопроекта о порядке осуществления принудительного лечения.

Понятно, что обвиняемый, подозреваемый с психическим расстройством, даже не требующим экстренного стационаризации, не должен содержаться в камере СИЗО.<sup>7</sup> Однако очевидно и другое: лицо без учета его согласия помещается в психиатрический стационар, когда расследование по делу не завершено, а, зачастую, только начинается. Еще не доказано имело ли место само событие преступления, действительно ли данное лицо, которому назначена СПЭ, со-

<sup>7</sup> См. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (приняты на Первом конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями 30 августа 1955 г.). Согласно Правилу 82(1) лиц, сорченных душевнобольными, не следует подвергать заключению. Необходимо принимать меры для их скорейшего перевода в заведения для душевнобольных.

вершило деяние; не установлено, правильно ли оно квалифицировано следствием<sup>8</sup>. При этом суд, как следует из представленного выше дела К., при принятии решения о переводе лица в психиатрический стационар в рамках ч. 1 ст. 435 УПК РФ не вправе проводить оценку доказательств, в т.ч. заключения СПЭ на

предмет обоснованности установления у лица психического расстройства и показаний для лечения в условиях стационара того или иного типа. В свою очередь, психиатрическое учреждение, куда суд перевел лицо, де-факто осуществляет именно принудительное лечение такого лица.

<sup>8</sup> В мою бытность работы в Центре им. В. П. Сербского встречалось немало случаев, когда в постановлении следователя о назначении СПЭ значилась статья УК, не соответствовавшая обстоятельствам дела. Так, лицу вменялось совершение изнасилования, в то время как фабула дела, умысел, ритуал, которому уже не в первый раз следовал обвиняемый, результаты судебно-медицинской экспертизы потерпевшей (отсутствие признаков насилия), самого обвиняемого указывали на совершение лицом развратных действий. Эксперты же были вынуждены исследовать вопрос о вменяемости и общественной опасности подэкспертного именно в отношении инкриминированного ему изнасилования со всеми вытекающими из этого негативными последствиями. Следователи на мой вопрос о причинах неверной квалификации деяния отвечали, что предъявляют обвинение по более тяжелой статье УК РФ намеренно. Мол, судья, если что, переквалифицирует на менее тяжелую. Для него (следователя) будет хуже, если случится наоборот. Дело тогда вернут на доследование.

## **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.**

**ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:  
СУДЕБНЫЙ И ВНЕСУДЕБНЫЙ ПОРЯДОК  
(Вопросы и ответы). — М., 2018. — 224 с.**

Заказать книги можно по электронной почте: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)

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

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

---

### Этическая комиссия Российского общества психиатров спряталась в кусты (“Действующим законодательством не предусмотрено...”)

В НПА России обратился Евгений Феликович Беркович, кандидат юридических наук, старший советник юстиции, в прошлом прокурор, декан юридического факультета Университета, а ныне адвокат, работающий в Ростовской области. Е. Ф. — человек с активной жизненной позицией, выступающий против коррупции, за проведение в стране широких экономических и политических реформ, и делающий это строго в рамках закона. В октябре 2016 г. он участвовал в конкурсе на замещение должности Главы Администрации Ростова, представляя справки об отсутствии противопоказаний длянесения государственной службы и допуска к государственной тайне. В декабре 2016 г. представлял справку психиатра и нарколога для продления разрешения на хранение оружия.

26 марта 2017 г. Е. Ф. Беркович участвовал в согласованном митинге, организованном А. Навальным, где поддержал его выдвижение на должность Президента страны и потребовал отставки губернатора Ростовской области В. Ю. Голубева в связи с высоким уровнем коррупции в регионе. А 29 марта 2017 г. он был вызван в отдел полиции 7 УМВД России по Ростову-на-Дону для дачи показаний о прошедшем митинге. Через некоторое время туда была вызвана бригада психиатрической скорой помощи, которая после беседы с Е. Ф., предложила ему проехать в Аксайский филиал ГБУ РО “ПНД” в Ковалевке, как было написано в сопровождающих документах, для “объективизации психического состояния”. На отказ

Берковича последовала угроза сотрудников УФСБ: “Если не поедете добровольно, наденем на Вас наручники”. Сотрудники полиции присутствовали при беседе Берковича с врачами ПНД, сообщив, что “он из штаба Навального”. После того, как в ПНД приехала супруга Берковича и два адвоката, с него взяли подпись об отказе от добровольной госпитализации (!) и отпустили домой.

К сожалению, в законодательстве не предусмотрена ответственность за необоснованное доставление человека в психиатрическую больницу. Вот прием пациента в психиатрическую больницу и оставление до осмотра врачебной комиссии, как мы знаем из Астраханского дела<sup>1</sup>, может служить основанием даже для возбуждения уголовного дела, а предыдущая стадия — ненаказуема. Однако, существует и этическая ответственность врача, для которого на первом месте должно быть соблюдение прав человека, в частности его права на свободу и личную неприкосновенность, и никак не интересы ведомства, которое хочет запугать своих оппонентов, используя недозволенные методы.

В апреле 2018 г. в НПА России и одновременно в Этическую комиссию РОП в интересах Е. Ф. Берковича обратился Игорь Симаков, председатель регионального отделения “ПАРТИИ РОСТА” по Ростовской области. К заявлению были приложены документы из Минздрава Ростовской области и Следственного комитета, подтверждающие рассказ Берковича.

<sup>1</sup> Тогда все психиатрическое сообщество встало на защиту врача из Астраханской больницы, привлеченной к уголовной ответственности за недобровольное помещение в ПБ пациентки, которая на следующее утро была отпущена домой после осмотра врачебной комиссией, не обнаружившей у нее психических нарушений. Подробный анализ случая см. в НПЖ, 2018, 1, 47 – 54.

**Региональное отделение  
в Ростовской области  
Всероссийской политической партии  
«ПАРТИЯ РОСТА»**

г. Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 247, оф. 307  
тел. +7 (863) 218-51-29; e-mail Rostov@partrost.ru



исх. от 21.04.2018

Президенту Независимой психиатрической ассоциации России –  
Савенко Юрию Сергеевичу  
info@npar.ru  
nparinfo@gmail.com

Руководителю Юридической службы НПА России –  
Аргуновой Юлии Николаевне  
argunova.yun@yandex.ru  
Россия, Москва, Лучников переулок, 4, под.3, ком.7

Уважаемые Юрий Сергеевич и Юлия Николаевна!

В Ростовское региональное отделение ПАРТИИ РОСТА с жалобой на неправомерные действия врачей психиатров обратился гражданин Беркович Евгений Феликсович.

Как следует из его жалобы, 29 марта 2017 года Беркович Е.Ф. по приглашению работников полиции самостоятельно прибыл в один из отделов полиции г. Ростова-на-Дону. В ходе его беседы с участковым уполномоченным, а затем – с начальником отдела полиции выяснилось, что приглашён Беркович Е.Ф. в полицию в связи с проводившимся ранее в городе общественно-политическим митингом.

Затем неожиданно для него, без вступления и предупреждения в помещение, в котором он был в отделе полиции, вошли три человека, как выяснилось в последствие психиатрическая бригада скорой медицинской помощи. Причина их вызова не была названа.

Врач-психиатр психиатрической бригады предложил Берковичу Е.Ф. проехаться в психиатрическую больницу, на что Беркович Е.Ф. заявил, что он психически здоров, ранее психическим расстройством не страдал, никогда к врачу-психиатру по поводу своего психического состояния ни он сам, никто другой не обращались, на учёте у психиатра и нарколога не состоит. Он заявил также, что отсутствуют основания для его обращения к психиатру, и он возражает против поездки в медицинское психиатрическое учреждение. Врач-психиатр ответил ему, что в таком случае к нему будет применена физическая сила для доставки в психиатрическую больницу. Беркович Е.Ф. был вынужден, не доводя дело до физического столкновения, пройти в машину скорой помощи.

Во время его транспортировки в автомобиле вместе с психиатрической бригадой скорой медицинской помощи находились два вооруженных сотрудника полиции. Далее, при беседе Берковича Е.Ф. с дежурным врачом-психиатром, в приёмном отделении психиатрической больницы присутствовал и осуществлял наблюдение за психиатрическим освидетельствованием один из прибывших вместе с психиатрической бригадой скорой помощи сотрудников полиции.

После двухчасового нахождения в приёмном отделении, письменного отказа Берковича Е.Ф. от госпитализации и заключения врача-психиатра об отсутствии у

## Этическая комиссия Российского Общества Психиатров спряталась в кусты

доставленного гражданина признаков психического расстройства и его адекватном поведении Беркович Е.Ф. был отпущен и покинул больницу.

Позднее из материалов проверки органа Следственного комитета РФ ему стало известно, что врачом-психиатром психиатрической бригадой скорой помощи ему был установлен предварительный диагноз: «расстройство приспособительных реакций».

В связи с обращением Берковича Е.Ф мы нуждаемся в Вашем профессиональном мнении по поводу описанных выше обстоятельств и просим ответить на следующие вопросы:

1. имелись ли основания для транспортировки гражданина из отдела полиции психиатрической бригадой скорой помощи в психиатрическую больницу в указанной выше ситуации?

2. может ли являться основанием для недобровольной доставки гражданина в психиатрическое лечебное учреждение и фактически недобровольного психиатрического освидетельствования предварительный диагноз: «расстройство приспособительных реакций»?

3. были ли допущены врачом-психиатром психиатрической бригады скорой медицинской помощи нарушения действующего закона при первичном психиатрическом освидетельствовании, при принятии решения о доставке гражданина в психиатрическое лечебное учреждение, при его транспортировке в такое учреждение? Если «да», то какие именно нарушения и каких обязательных норм закона и других нормативных актов были допущены?

4. было ли обоснованным и правомерным участие сотрудников полиции в доставке гражданина в психиатрическое лечебное учреждение в рассматриваемой ситуации?

5. предусмотрено ли действующим законодательством или другими нормативными актами присутствие сотрудников полиции при проведении врачом-психиатром психиатрического освидетельствования в рассматриваемой ситуации?

6. может ли производиться транспортировка гражданина в психиатрический стационар на таком основании как «объективизация состояния в указанный период времени»?

Прошу ответить на вопросы с соотнесением с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом «О полиции» от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ, Приказом Министерства здравоохранения России от 8 апреля 1998 года № 108 «О скорой психиатрической помощи», Приказом Министерства здравоохранения России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения России от 17 мая 2012 года № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

На случай необходимости ознакомления с подробностями событий по приведённой ситуации Берковича Е.Ф. направляем копии материалов на 23 листах.

С уважением,  
Председатель Регионального отделения в РО  
Симаков Игорь Борисович  
8-928-125-21-66



i.b.simakov@gmail.com

## Этическая комиссия Российского Общества Психиатров спряталась в кусты

Публикуем ответы Юридической службы НПА России и Этической комиссии РОП по этому делу без комментариев. Как говорится, почувствуйте разницу...

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ



### “НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ”

Член Всемирной психиатрической ассоциации с 1989 года

Российский исследовательский центр  
по правам человека

Тел./факс: (495) 625-06-20  
E-mail: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)

101000, Москва, Лучников пер., д. 4, подъезд 3, офис 7

23.05.2018 № 8/05-18

Е.Ф.Берковичу  
[berkovicchef@rambler.ru](mailto:berkovicchef@rambler.ru)

Копия: И.Б.Симакову,  
председателю Регионального отделения  
в РО «ПАРТИЯ РОСТА»  
[i.b.simakov@gmail.com](mailto:i.b.simakov@gmail.com)

Уважаемый Евгений Феликсович!

В ответ на Ваше Обращение от 23 апреля 2018 г. и Обращение председателя Регионального отделения в Ростовской области Всероссийской политической партии «ПАРТИЯ РОСТА» И.Б.Симакова от 21.04.2018 сообщаем следующее.

Правовой анализ обстоятельств вашего доставления 29 марта 2017 г. в Аксайский филиал ГБУ РО «ПНД», изложенных в высланных вами документах, позволяет прийти к следующим выводам.

1. У сотрудников полиции не было достаточных оснований для принятия решения о вызове бригады скорой психиатрической помощи. Это следует из пояснений сотрудников полиции, опрошенных в ходе проверки, проведенной следственным отделом по Пролетарскому району г. Ростова-на-Дону. Согласно постановлению об отказе в возбуждении уголовного дела от 4 августа 2017 г. опрошенные Казаков П.Г. и Приступа И.А. показали, что решение о вызове бригады «скорой» было принято на основании Вашего внешнего вида, поведения и эмоционального состояния. А именно, что Вы вели себя неадекватно: отказывались предъявлять паспорт, повторяли, что «вокруг Вас сформирован коррумпированный заговор», было видно, что Вы долгое время не спали или страдаете бессонницей. С учетом причин, по которым Вы были вызваны в отделение полиции, перечисленные характеристики не позволяют квалифицировать их как основания (одно из оснований), предусмотренные в п. «а» ч.4 ст.23 и ст.29 Закона РФ «О

психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Если сотрудники полиции, опасаясь за Ваше здоровье, полагали необходимым подвергнуть Вас недобровольному психиатрическому освидетельствованию, они были вправе обратиться по этому поводу в ПНД с заявлением с изложением фактов. Если бы действительно речь шла о вероятности нанесения Вами существенного вреда своему здоровью, то врачам ПНД пришлось бы обратиться вначале в суд за получением санкции на такое освидетельствование, и Вы в этом случае были бы вправе участвовать в судебном заседании по решению данного вопроса.

2. У врача-психиатра бригады скорой психиатрической помощи не было достаточных оснований для принятия решения о доставлении Вас в психиатрическое учреждение с целью, как это указано в полученном Вами ответе из Минздрава Ростовской области от 9 октября 2017 г., «объективизации вашего состояния в указанный период времени». Врач прибывшей бригады «скорой» фактически переложил часть своих прямых обязанностей на врача приемного отделения стационара. Кроме того, основанием для недобровольной госпитализации, которая, к счастью в отношении Вас не была произведена, служит не предполагаемый диагноз как таковой, в т.ч. диагноз «расстройство приспособительных реакций», а тяжесть и выраженность психического расстройства, на которые указывают особенности поведения лица. Важно также понимать, что доставление в приемное отделение стационара осуществляется именно для госпитализации, а не для объективизации состояния лица.

3. Участие сотрудников полиции в доставлении лица в психиатрическое учреждение не противоречит законодательству, однако (применительно к Вашей ситуации) лишь в том случае, когда полиция обеспечивает медработникам безопасные условия для доступа к лицам, в отношении которых осуществляется недобровольная госпитализация, и их осмотра (п.35 ч.1 ст.12 Федерального закона «О полиции»; ч.3 ст.30 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Местные органы здравоохранения, как следует из их ответов, недобровольную госпитализацию в качестве цели транспортировки Вас в стационар отрицают, определяют эту цель как необходимость «объективизации вашего состояния в указанный период времени». Такая уклончивая игра слов не основана на законе.

4. Присутствие сотрудников полиции при проведении психиатрического освидетельствования лица непосредственно в помещении стационара недопустимо, тем более в Вашей ситуации. Врач вправе и обязан по целому комплексу очевидных причин опросить сотрудника полиции об обстоятельствах дела и просить его покинуть помещение, в котором будет производиться осмотр, освидетельствование доставленного лица.

Руководитель юридической службы НПА России  
канд. юрид. наук, советник юстиции





Общественная организация  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»

ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019  
Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева  
ОГРН 1037739081808  
ИНН/КПП 7718063970/771801001

Тел.: (812) 670-0211  
E-mail: [spbinstb@bekhterev.ru](mailto:spbinstb@bekhterev.ru)  
[nezn@bekhterev.ru](mailto:nezn@bekhterev.ru)  
[rop@s-psy.ru](mailto:rop@s-psy.ru)  
<http://psychiatr.ru>

от 23.05.2018 № 27

Председателю  
Регионального отделения в РО  
Всероссийской политической партии  
«ПАРТИЯ РОСТА»  
Симакову И.Б.  
ул. Благодатная, 247, оф. 307  
г. Ростов-на-Дону

Глубокоуважаемый Игорь Борисович!

На основании поступившего Вашего запроса от Регионального отделения в Ростовской области Всероссийской политической партии «ПАРТИЯ РОСТА» сообщаем Вам, что в соответствии с утвержденными Уставом Российской общество психиатров не наделено полномочиями по разъяснению действующего законодательства Российской Федерации и Положением о Комиссии правления Российской общества психиатров по вопросам профессиональной этики, последняя «не рассматривает дела, связанные с нарушением сотрудниками психиатрических учреждений федерального законодательства и законодательства субъектов Российской Федерации».

Руководствуясь Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом «О полиции» от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ, Приказом Министерства здравоохранения России от 8 апреля 1998 года № 108 «О скорой психиатрической помощи», Приказом Министерства здравоохранения России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения России от 17 мая 2012 года № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», может предоставить следующее:

1. Вопрос «имелись ли основания для транспортировки гражданина из отдела полиции психиатрической бригадой скорой помощи в психиатрическую больницу в указанной выше ситуации?»

Ответ: В соответствии с Федеральным законом «О полиции» от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ статьей 27 «Сотрудник полиции независимо от замещаемой должности, места нахождения и времени суток обязан:

1) оказывать первую помощь гражданам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также гражданам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья;».

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России от 8 апреля 1998 года № 108 «О скорой психиатрической помощи»

п.8. Положения о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи «8. Психиатрические бригады при наличии медицинских показаний обязаны осуществлять скорую психиатрическую помощь добровольно обратившимся к ним лицам.».



Общественная организация  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»

ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019  
Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева  
ОГРН 1037739081808  
ИНН/КПП 7718063970/771801001

Тел.: (812) 670-0211  
E-mail: [spbinst@bekhterev.ru](mailto:spbinst@bekhterev.ru)  
[nczn@bekhterev.ru](mailto:nczn@bekhterev.ru)  
[top@s-psv.ru](mailto:top@s-psv.ru)  
<http://psychiatr.ru>

2. Вопрос может ли являться основанием для недобровольной доставки гражданина в психиатрическое лечебное учреждение и фактически недобровольного психиатрического освидетельствования предварительный диагноз: «расстройство приспособительных реакций»?

Ответ: В соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

ст. 23 «Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого на его проведение.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.».

ст. 24. «(1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.»

3. были ли допущены врачом-психиатром психиатрической бригады скорой медицинской помощи нарушения действующего закона при первичном психиатрическом освидетельствовании, при принятии решения о доставке гражданина в психиатрическое лечебное учреждение, при его транспортировке в такое учреждение? Если «да», то какие именно нарушения и каких обязательных норм закона и других нормативных актов были допущены?

Ответ: Действия врача-психиатра психиатрической бригады скорой медицинской помощи были осуществлены в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России от 8 апреля 1998 года № 108 «О скорой психиатрической помощи»

п.8. Положения о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи «8. Психиатрические бригады при наличии медицинских показаний обязаны осуществлять скорую психиатрическую помощь добровольно обратившимся к ним лицам.».

4. было ли обоснованным и правомерным участие сотрудников полиции в доставке гражданина в психиатрическое лечебное учреждение в рассматриваемой ситуации?

Ответ: В соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» ст. 30 «Сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при



**Общественная организация  
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»**

ул. Бехтерева, д. 3. Санкт-Петербург, 192019  
Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева  
ОГРН 1037739081808  
ИНН/КПП 7718063970/771801001

Тел.: (812) 670-0211  
E-mail: [spbinstb@bekhterev.ru](mailto:spbinstb@bekhterev.ru)  
[nezn@bekhterev.ru](mailto:nezn@bekhterev.ru)  
[rop@s-psv.ru](mailto:rop@s-psv.ru)  
<http://psychiatr.ru>

необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники полиции действуют в порядке, установленном Федеральным законом "О полиции".

5. предусмотрено ли действующим законодательством или другими нормативными актами присутствие сотрудников полиции при проведении врачом-психиатром психиатрического освидетельствования в рассматриваемой ситуации?

Ответ: Действующим законодательством не предусмотрена возможность «Выставления за дверь» сотрудников полиции, находящихся при исполнении служебных обязанностей и сопровождающих пациентов в период их доставки в медицинские организации.

6. может ли производиться транспортировка гражданина в психиатрический стационар на таком основании как «объективизация состояния в указанный период времени»?

Ответ: в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России от 8 апреля 1998 года № 108 «О скорой психиатрической помощи»

п.8. Положения о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи «8. Психиатрические бригады при наличии медицинских показаний обязаны осуществлять скорую психиатрическую помощь добровольно обратившимся к ним лицам.».

В соответствии с законодательством Российской Федерации рекомендуем Вам для более полного, всестороннего рассмотрения сложившейся ситуации обратиться в компетентные организации.

С искренним уважением,

Председатель этической комиссии РОП,  
Заместитель директора по научной и лечебной работе  
Томского НИМЦ РАН,  
доктор медицинских наук, профессор



Семке А.В.

*По согласованию с Председателем правления РОП, профессором Незнановым Н.Г.*

## Следователь манипулирует экспертами

В НПА России обратился человек с просьбой оценить заключение судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, проведенной по уголовному делу по ст. 109 УК РФ — причинение смерти по неосторожности. В силу чрезвычайно занятости, мы сначала отказали ему и направили в экспертные учреждения, с которыми сотрудничаем. Однако, когда подробно ознакомились с представленным заключением, не смогли, что называется, “пройти мимо”.

Алексей Воробьев<sup>1</sup> с детства страдает эпилепсией, болезнь течет неблагоприятно, однако он всю жизнь активно борется с этим. Он закончил престижный технический ВУЗ, защитил кандидатскую диссертацию, работал в НИИ прикладной математики. Параллельно с этим, он в течение 20 лет ухаживал за больной матерью, которая страдала рассеянным склерозом и последние 10 лет не вставала с постели. Конечно, была и сиделка, но большую часть времени он осуществлял эту заботу сам: кормил, переодевал, переставлял постель, менял памперсы и т.п. Характер у мамы был сложный, и она не всегда считалась с интересами сына. Однажды, когда ему нужно было уходить на работу, он услышал характерный возглас, означающий, что у нее мокрая постель. Он был раздражен и неаккуратен при смене памперса. Тот порвался, Алексей сильно потянул мать за руки, она упала с постели, стукнулась головой и получила серьезную травму. Алексей был в растерянности, сначала стал звонить сиделке, но потом вызвал скорую, которая отвезла маму в больницу. Через несколько часов она скончалась, и Алексея обвинили в ее смерти.

Следователь, который вел данное дело, несмотря на ходатайства адвоката, отказался запросить все имеющиеся медицинские документы, собрать показания свидетелей, которые знали Алексея в последнее время, и сразу направил обвиняемого на судебную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. Эксперты пришли к выводу, что в момент инкриминируемого ему деяния он не мог понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и рекомендовали ему принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Таким образом, социально адаптированный интеллигентный человек может оказаться в психиатрической больнице № 5, проведет там, по меньшей мере, полгода и, конечно, за это время дезадаптируется. Между тем, Воробьев последние два года наблюдался в клинике эпилепсии Московского НИИ психиатрии, и проведенные там исследования свидетельствуют о положительной динамике текущего процесса. Он активно искал то место, где ему помогут, и педантично

выполнял все назначения. Никакой общественной опасности он, безусловно, не представляет. Помещение в стационар не только не имеет никакого смысла, оно вредно. Однако эксперты по вине следователя не имели всех документов и не могли оценить поведение Воробьева во всей полноте.

**Заключение специалистов  
психиатра и психолога  
на заключение комиссии экспертов  
от 30 января 2018 г.  
на Алексея Воробьева, 1968 г.р.рожд.**

Настоящее заключение составлено 25 мая 2018 г. по запросу адвоката Д. А. Новицкого на основании ксерокопий следующих документов:

- заключение комиссии экспертов амбулаторной первичной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, проведенной в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева;
- заключения лаборатории функциональной диагностики клиники экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии от 21.12.2016, 30.06.2017, 13.11.2017 и 17.11.2017;
- рекомендательное письмо для Воробьева А. от ведущего эксперта Департамента кадровой политики Центрального банка России от 28 марта 2018 г.;
- характеристика Воробьева А., выданная председателем жилищно-строительного кооператива 28 марта 2018 г.

### для ответа на вопросы:

– соответствует ли заключение комиссии экспертов от 30 января 2018 г. требованиям действующего законодательства, регламентирующего производство экспертиз и исследований; является ли заключение объективным, всесторонним, основанным на всей полноте данных, и научно-обоснованным?

– связано ли психическое расстройство обвиняемого с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц?

– нуждается ли Воробьев А. в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то каких именно?

– может ли Воробьев А. участвовать в следственных действиях и судебном заседании, способен ли к самостоятельному осуществлению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей?

Производство судебных экспертиз регулируется ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ), согласно которому “государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах ... объективности, всесторонности и

<sup>1</sup> Фамилия и имя изменены.

**полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники**” (ст. 4). “Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме” (ст. 8). Кроме того, Приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. № 401 утверждена Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, которая устанавливает порядок производства судебно-психиатрических экспертиз и является обязательной для всех экспертных комиссий. Согласно этой Инструкции, эксперты должны провести всесторонний анализ **всей имеющейся медицинской документации** и материалов дела и указать, каким образом имевшееся у подэкспертного психическое расстройство нарушило его способность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и/или руководить ими в момент совершения инкриминируемых ему деяний, а при наличии рекомендации о применении принудительных мер медицинского характера обосновать их необходимость и форму с учетом всей имеющейся информации о поведении подэкспертного протяжении последнего времени.

Основным недостатком анализируемого заключения экспертов является тот факт, что они не располагали всей имеющейся медицинской и иной информацией относительно подэкспертного. Следователь, несмотря на ходатайство адвоката, не считал нужным запросить документы из клиники экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии, где Воробьев А. наблюдался последние два года и проходил обследования на регулярной основе. Кроме того, у экспертов не было никаких характеристик или свидетельских показаний относительно поведения Воробьева А. в быту, на работе и по месту жительства. Все это не позволило сделать им обоснованные выводы относительно опасности Воробьева А. для себя и окружающих и возможности причинения им иного существенного вреда. Сделанные ими выводы основаны лишь на тяжести диагноза, которая оценена без учета лечения Воробьева А. в последние два года.

В тоже время, констатирующая часть заключения амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы написана на высоком профессиональном уровне, очень подробно, добросовестно, особенно заключение эксперта-психолога.

Про Воробьева А. известно следующее.

Воробьев А., 1968 г. рожд., родился от протекавшей с токсикозом беременности, с родовой травмой в виде кефалогематомы. Раннее психофизиологическое развитие своеевременное, с 3 лет посещал детский сад. В 4 г., после аденоотомии на фоне высокой температуры отмечался эпиприступ, который повторился в 6 лет на фоне полного здоровья. Второй приступ был развернутым, с потерей сознания, судорожными по-

дергиваниями, прикусом языка, с выходом в сон. С этого времени получал противосудорожную терапию, в результате чего отмечалась положительная динамика ЭЭГ и прекращение приступов. В школу пошел 7 лет, учился хорошо, увлекался шахматами, был доброжелательным, общительным. В 1983 г. (15 лет) на фоне снижение противосудорожных препаратов вновь отмечался судорожный приступ, и терапия была возобновлена. С 13 лет отмечались состояния “полуприступа”, когда на минуту терялась речь, в ногах и руках ощущал скованность. На фоне снижение доз противосудорожных препаратов приступы участились до 2 раз в месяц, иногда предчувствовал эпиприступ, обращался с такими жалобами к психиатру. В 1986 г. (18 лет) ВВК после стационарной экспертизы установила диагноз “Эпилепсия с развернутыми судорожными приступами и нерезко выраженным изменениями личности”. В 1987 г. Воробьев поступил на факультет прикладной математики Московского института экономики и математики, по окончании института защитил кандидатскую диссертацию и работал в Институте прикладной математики. Лечился у невролога, однако приступы отмечались 2 раза в год. В 1991 г. по собственной инициативе прошел обследование в Московском НИИ психиатрии, где была проведена коррекция лечения. Регулярно посещал ПНД для получения лекарств, проходил ЭЭГ-обследования. Приступы стали редкими, очаговой активности на ЭЭГ не выявлялось. С 1997 по 2014 г. работал экономистом в Сбербанке, с работой справлялся. С 2008 г., несмотря на то, что аккуратно принимал терапию, участились “малые приступы”, аблсансы. На приемах в ПНД был спокойным, эмоционально адекватным. С 2009 г. ухаживал за больной матерью и продолжал работать. В 2014 г. уволен по сокращению. Со слов родственницы (троюродная сестра) состояние Воробьева А. резко ухудшилось с ноября 2015 г.: отмечались странности в поведении, якобы слышал “голоса”, которые комментировали его действия или приказывали все выбросить из окна. 03.02.2016 был госпитализирован в недобровольном порядке в ПКБ № 1 им. Алексеева в связи с неадекватным поведением в помещении аптеки (бил ногами в стену, раздевался догола, разговаривал сам с собой). При поступлении отказывался разговаривать, общался жестами, принимал вычурные позы, загадочно улыбался, отвечал не в плане заданного. После проведенного курса лечения был выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом: “Бредовое (шизофрениоподобное) расстройство в связи с эпилепсией. Энцефалопатия 2. Гидроцефалия. Эпизиндром”. 31.03.2016 был представлен на врачебную комиссию ПНД № 13, где был поставлен диагноз “Незначительные изменения личности при эпилепсии с длительным отсутствием приступов”. Учитывая полную социальную адаптацию, незначительность психических нарушений и доминирование в клинике малых форм эпиприступов, Воробьев А. был снят с диспансерного

наблюдения, а 24.03.2017 г. в связи с тем, что он более года не обращался за медицинской помощью, был исключен из группы консультативно-поликлинической помощи. Между тем, в это время Воробьев А., согласно представленным документам, которых не было у экспертов, наблюдался в клинике экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии, принимал назначенную там терапию и имеет заключения, подтверждающие положительную динамику его состояния (от 21.12.2016, 30.06.2017, 13.11.2017 и 17.11.2017).

С 2017 г. Воробьев А. работает в Институте проблем управления.

Как следует из заключения экспертов, Воробьев А. страдает эпилепсией с тремя видами припадков: grand mal и petit mal, т.е. развернутыми судорожными и бессудорожными мгновенными отключениями сознания — абсансами и псевдоабсансами по абдоминальному типу, удельный вес которых в последние годы значительно увеличился и которые намного быстрее ведут к мнестико-интеллектуальным и характерологическим изменениям. Проведя анализ имеющейся у экспертов медицинской документации и психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование Воробьева А., эксперты пришли к заключению, что Воробьев А. обнаруживает “Органическое расстройство личности вследствие эпилепсии (F 07.82)”, с выраженным изменениями психики по эпилептическому типу. Причем эти патологические изменения психики “выражены столь значительно”, что “лишили Воробьева А. в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими”. Этот вывод хорошо обоснован и не вызывает сомнений.

Однако далее эксперты, опираясь на те же самые данные, на выявленную при исследовании “дезорганизацию мыслительной деятельности”, пишут, что Воробьев А. “не может в настоящее время правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, не способен к самостоятельному осуществлению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей”. Такой вывод сделан явно без учета положительной динамики состояния Воробьева А., которая отмечается по результатам исследований в клинике Института психиатрии (материалы, которые отсутствовали у экспертов). Грубое когнитивное и эмоциональное снижение, массивность патологических изменений личности, “окаменение чувств”, отмеченные экспертами во время исследования, были расценены ими как необратимый дефект. В то время как, будь в их распоряжении последующие медицинские документы об успешном лечении в Институте психиатрии, они могли бы трактовать это поведение в

большей мере как реакцию на произшедшее: смерть матери и его — пускай и случайная — роль в этом, а также настоящее судебное дело и ситуация с самой судебно-психиатрической экспертизой, угрожающей ему неопределенной перспективой. Сделанные выводы явно опирались на грубые когнитивные нарушения со стороны мышления и интеллекта, хотя парадоксальным выглядело описанное экспертом-психологом отсутствие нарушений памяти, которая обычно страдает больше всего. Врачи ПНД № 13, в котором Воробьев А. получал лечебно-консультативную помощь в 2016 – 2017 гг., отмечают “неглубокие изменения личности при эпилепсии”.

Без всякого обоснования эксперты утверждают, что “по своему психическому состоянию в настоящее время Воробьев А. с учетом имеющихся у него нарушений мышления, эмоционально-волевой сферы, критических и прогностических способностей, что связано с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя и других лиц, нуждается в применении принудительных мер медицинского характера в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа”. Между тем, использованные в экспериментально-психологическом исследовании целенаправленные проективные личностные тесты Розенцвейга и Люшера не показали ни наличия внешнеобвинительных агрессивных реакций, ни тенденции к аффективной неустойчивости, вспыльчивости, эксплозивности и дисфорическому фону настроения. Наоборот, эксперты отметили “вязкое, обстоятельное, торpidное, тугоподвижное мышление, снижение интеллектуально-мнестических функций, малодифференцированность эмоциональных проявлений до эмоционального оскудения с торpidностью аффекта”. Все это не дает никаких оснований делать вывод о наличии риска агрессивных действий, опасности для себя и других лиц. Длительное, в течение 10 лет педантичное ухаживание за обездвиженной в силу рассеянного склероза с параличом нижних конечностей матерью с необходимостью использования памперсов, ригидность ее психических функций, т.е. упрямство и трудности конструктивного контакта, требовали значительного терпения, а при вязкости аффекта подэкспертного он накапливался, создавая риск аффективных реакций, однако в обозримом будущем ему такое уже не предстоит, т.ч. говорить о возможности “иного существенного вреда” не приходится.

Председатель правления кооператива, в котором проживает Воробьев А., характеризует его как адекватного, отзывчивого человека, который всегда вежлив с соседями, откликается в случае просьб о помощи и свыше 20 лет ухаживал за своей больной матерью. Воробьев А. ранее никогда не попадал в поле зрения правоохранительных органов, не привлекался к уголовной и административной ответственности.

## **Ближайшее окружение манипулирует больным**

Кроме того, эксперт-психолог отмечает, что Воробьев А. активно борется с проявлениями своей болезни: “на протяжении жизни старался компенсировать множество собственных особенностей, что частично удалось и привело к возможности самореализации, социальной адаптации и замедлению нарастающих особенностей когнитивной и личностной сферы”. В зрелом возрасте он постоянно искал квалифицированной медицинской помощи, стремился к подбору адекватной терапии, аккуратно выполнял все назначения и регулярно проходил обследование. Все это говорит о наличии достаточной критики к своему заболеванию и делает избыточным назначение принудительного лечения в стационаре. Пребывание в стационаре, тем более в таких условиях, какие отличают ПБ № 5 г. Москвы, неизбежно приведет к дезадаптации Воробьева А. и поставит под вопрос возможности его дальнейшей социальной жизни.

Итак, отвечая на вопросы адвоката, можно сказать следующее:

1. Заключение комиссии экспертов от 30 января 2018 г. не соответствует требованиям ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ) и Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной Приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. № 401, прежде всего потому, что оно не основано на всей полноте имеющихся медицинских и иных данных относительно Воробьева А.;

2. Психическое расстройство Воробьева А. не связано с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц: по месту жительства он характеризуется как исключительно доброжелательный человек, а во время экспериментально-психологических исследований (как во время данной экспертизы, так и ранее) ни разу не было зарегистрировано внешнеобвинительных агрессивных реакций, тенденций к аффективной неустойчивости, вспыльчивости, эксплозивности и дисфорическому фону настроения.

3. Воробьев А. нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра, однако “принудительность” носит здесь относительный характер, поскольку он и так постоянно наблюдался по поводу своего заболевания и аккуратно выполняет все врачебные назначения.

4. По своему психическому состоянию Воробьев А. может участвовать в следственных действиях и судебном заседании, способен к самостоятельному осуществлению действий, направленных на реализацию его процессуальных прав и обязанностей, поскольку понимает обстоятельства, имеющие значение для дела, а его грубая интеллектуальная дезорганизация, зарегистрированная во время проведения экспертизы, скорее всего, носила временный характер и была связана с реакцией на произшедшее и самой ситуацией экспертизы.

**Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова**

## **Ближайшее окружение манипулирует больным**

Мы знаем много примеров, когда для того, чтобы предотвратить необдуманные действия больных с собственностью, родственники обращаются в суд для признания их недееспособными. Таким образом можно признать недействительной только что совершенную сделку купли-продажи, дарения и т.п., вернуть утраченную собственность. Но что дальше? Если опекун не контролирует поведение своего подопечного, тот может стать легкой добычей жуликов, желающих поживиться остатками имущества. Но для этого нужно вновь признать человека дееспособным. Казалось бы, это очень трудно, особенно если у человека диагноз **“Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (сосудистого, токсического генеза)”**, которое, как известно, не дает обратного развития. Однако эксперты Московской областной клинической психиатрической больницы сочли, что это расстройство может быть компенсировано в такой степени, что человек вновь обретает способность понимать значение своих

действий и руководить ими и может спокойно распоряжаться своим имуществом, оформляя его на малознакомых посторонних людей. Приводим заключение специалиста с анализом этой экспертизы.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА  
на заключение амбулаторной первичной  
судебно-психиатрической экспертизы на Петрова  
Сергея Анатольевича<sup>1</sup>, 1939 г. рожд.**

28 марта 2018 года

Для разъяснения перед специалистом были поставлены следующие вопросы:

1. Имеются ли основания считать, что Петров С. А., 02.05.1939 г.р. страдает хроническим психическим расстройством или слабоумием?
2. Может ли Петров С. А. понимать значение своих действий и руководить ими ?

<sup>1</sup> Фамилия, имя, отчество изменены.

## И. Э. Гушанский

3. Обосновано ли заключение амбулаторной первичной судебно-психиатрической экспертизы от 04.12.2017 г., выполненной в Центре судебно-психиатрических экспертиз “ЦКПБ ГБУЗ Московской области”. Соответствует ли проведенная экспертиза требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз?

4. Имеется ли необходимость в проведении Петрову С. А. повторной судебно-психиатрической экспертизы?

Для анализа специалисту были представлены следующие документы:

– Копия заключения амбулаторной первичной судебно-психиатрической экспертизы от 04.12.2017 г., выполненной в Центре судебно-психиатрических экспертиз “ЦКПБ ГБУЗ Московской области”.

– Копия заключения стационарной судебно-психиатрической экспертизы от 04.03.2016 г., выполненной в ГБУЗ “ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева”.

### Анализ представленных данных

Из представленных специалисту для анализа документов известно, что родственники Петрова С. А. и его сын злоупотребляли алкоголем. Родился третьим из пятерых детей в семье. Раннее развитие без особенностей. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставал. По характеру формировался активным, общительным. В школу пошел вовремя, с учебной программой справлялся. Петров С. А. увлекался спортом, фотографией. После окончания школы, поступил в педагогический институт, в 1961 г. получил диплом преподавателя математики. В период учёбы подрабатывал телепрограммистом на студии телевидения. В 1961 г. был призван в Вооруженные силы, проходил срочную службы в армии. После демобилизации был приглашен на работу в районный комитет ВЛКСМ, до 1971 г. работал в районном и областном комитетах ВЛКСМ. В 1971 г. поступил в аспирантуру кафедры общественных наук Высшей комсомольской школы при ЦК ВЛКСМ. В 1974 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 1985 г. докторскую диссертацию. В дальнейшем занимался партийной работой, заведовал кафедрой общественных наук. С 1990 г. работал в “Российской академии естественных наук”, являлся выборным “вице-президентом, профессором, академиком”. В последующем Петров С. А. работал в должности заместителя генерального директора НИИ.

Петров С. А. женился в 1960 г. От брака имел сына 1961 г.р. В 1994 году сын Петрова С. А. скончался от сердечной недостаточности. После смерти сына Петров С. А. стал злоупотреблять спиртными напитками. По ссылкам на медицинскую документацию в заключении комиссии экспертов известно, что Петров С. А. продолжал алкоголизироваться, у него отмечалось повышение толерантности к алкоголю, к 2000 г. он мог выпивать в день до 1 л крепких спирт-

ных напитков. У Петрова С. А. сформировался похмельный синдром с нарушением сна, аппетита, повышенной раздражительностью. В состоянии опьянения Петров С. А. становился возбудимым, конфликтным, ревнивым к супруге. При обследованиях по поводу соматических заболеваний ему выставлялся диагноз: “Артериальная гипертензия. ИБС, кардиосклероз, аритмия, аденома, венозная недостаточность, жировой гепатоз”. 21.11.2005 г. при первичном освидетельствовании МСЭК Петрову С. А. была установлена вторая группа инвалидности по общему заболеванию, вторая степень ограничения способности к трудовой деятельности бессрочно.

В период с 09.11.2009 г. по 31.12.2009 г. Петров С. А. проходил стационарное лечение в НКБ № 17 в связи с алкогольной зависимостью. После выписки продолжал злоупотреблять алкоголем, встал на учет в наркологическом диспансере по месту жительства. С 14.01.2010 г. Петров С. А. проходил стационарное лечение в ПКБ № 3 им Гиляровского в недобровольном порядке. Отмечалось, что 14.01.2010 г. находясь в алкогольном опьянении, стал подозрительным, агрессивным, высказывал жене идеи ревности, искал по квартире любовника, сломал дверь в спальню, угрожал жене расправой. При поступлении был гневлив, угрожал расправами. При описании психического состояния указывалось на наличие у Петрова С. А. вязкости, обстоятельности мышления, ослабление памяти. В беседе он рассказывал о конфликтных отношениях с женой, употреблении алкоголя. При осмотре врачом-неврологом выставлялся диагноз: “Сосудистая энцефалопатия”, при обследовании врачом-терапевтом диагностировался “алкогольный гепатит”. По результатам психологического исследования у Петрова С. А. на период госпитализации отмечалась утомляемость, снижение памяти, ригидность мышления, импульсивный стиль поведения, подозрительность, “элементы параноидного стиля”. Указывалось на наличие параноидного стиля поведения, реализуемого в сфере значимых межличностных контактов узкого круга, а также на “значительное мнестическое снижение сосудистого характера”. Петров С. А. был выписан с диагнозом: “Алкогольный бред ревности. Алкогольная зависимость 2 ст., периодическое употребление”. После выписки из ПКБ № 3 им. Гиляровского Петров уклонялся от лечения и посещения наркологического диспансера. Со слов посещавшей наркологический диспансер супруги следовало, что её муж не прекращал употребление алкоголя. Опекавший на даче Петрова С. А. гражданин Раманишвили также посещал наркологический диспансер, подтверждавший употребление Петровым С. А. алкоголя.

С 22.02.2011 г. Петров С. А. находился на стационарном лечении в ПКБ № 3 им. Гиляровского. При поступлении Петров С. А. выглядел тревожным беспокойным, полагал, что жена изменяет, высказывал

## **Ближайшее окружение манипулирует больным**

угрозы в её адрес. Критика к своему состоянию отсутствовала. Разбеждения в изменениях жены были неэффективными. Петров С. А. требовал выписки, предлагал врачу написать за него диссертацию. Со слов жены Петрова С. А. следовало, что её муж отдал чужим людям сберегательную книжку, подписывает доверенности на имущество. При описании психического статуса Петрова С. А. указывается, что у него отмечались колебания настроения от “легковесного до дисфоричного”. Сохранялась неадекватность самооценки, подозрительность, конкретность мышления. Петров С. А. был выписан из больницы с диагнозом: “Легкое когнитивное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (сосудистое, алкогольное). Алкогольная зависимость 2 ст. Систематическое употребление”. Петров С. А. после выписки продолжал игнорировать посещение врача психиатра-нарколога, психиатра. В ПНД приходила его супруга и давала пояснения о неадекватных действиях мужа, оформление завещания на чужих людей, убежденности в наличии у неё любовника. С 07.04.2011 г. Петров С. А. был госпитализирован в ПКБ № 3 им. Гиляровского в остром делириозном состоянии с галлюцинационно-бредовыми проявлениями. На фоне проводимой дезинтоксикационной терапии острые галлюцинационно-бредовые проявления купировались. 04.05.2011 г. Петров С. А. был выписан с диагнозом: “Легкое когнитивное расстройство смешанного генеза. Алкогольная зависимость средней стадии. Перенесенный алкогольный делирий. Энцефалопатия сложного генеза. Алкогольный гепатит”. После выписки из больницы Петров С. А. проживал на даче. Оставался конфликтным во взаимоотношениях с супругой, злоупотреблял алкоголем. Петров С. А. опекался грузинской семьей, на которых безвозмездно переписал дачу и часть своей квартиры.

18.10.2014 г. Петров С. А. заключил договор купли-продажи дома и земельного участка на гражданку Иванову, которая продала недвижимость семье Раманишвили 22.01.2015 г. Петров С. А. заключил с ним договор дарения и подарил 5 доли квартиры. В связи с данными обстоятельствами Петрова Т. И. подавала исковое заявление в суд о признании сделок мужа недействительными. Дом и участок были через суд возвращены в прежнюю собственность. В июне 2015 г. по инициативе Петрова С. А. их брак с супругой был расторгнут.

В рамках гражданского дела о признании недействительных сделок Петрова С. А. и признании его недееспособным, в отношении него назначалось проведение судебно-психиатрической экспертизы.

10.11.2015 г. Петров С. А. был освидетельствован в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. В период освидетельствования подэкспертный говорил путано про свою деятельность, про “лекции, семинары”, считал, что с женой не разведен. Петров С. А. сообщал о

друге-водителе, который построил дом на его участке и полностью его обеспечивает, заявлял о фактах изменения жены. Амбулаторно экспертные вопросы решены не были. Рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

При проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева (заключение комиссии экспертов от 04.03.2016 г.) Петров С. А. обследовался врачом-неврологом. Устанавливался диагноз: “Сосудисто-токсическая энцефалопатия 2 ст.” При обследовании врачом-терапевтом устанавливался диагноз: “ИБС, гипертония, гепатоз”.

При описании психического состояния подэкспертного указывалось, что Петров С. А. держался без учета дистанции, вел себя фамильярно. На момент обследования был эйфоричным, многословным, обстоятельный, дисфоричным. Петров С. А. периодически путался в датах, событиях, уверял, что “пишет книгу о Сталине, читает лекции в университете, присутствует на заседании РАЕН”. Петров С. А. рассказывал, что познакомился с грузином “Бесо”, отзывался о нем с теплотой. *Проявлял слабую ориентированность в бытовых вопросах, в датах заключения договоров, не знал с кем конкретно заключал договора. О жене отзывался негативно, высказывал убежденность в её изменениях, в том числе с председателем ТСЖ, раздражался при разговорах на тему употребления алкоголя, госпитализациях в психиатрические больницы.* Указывалось, что мышление Петрова С. А. носило конкретный характер, критика к своему состоянию была снижена.

При проведении экспериментально-психологического исследования у Петрова С. А. выявлялись формальность мышления, умеренное снижение памяти и внимания, уровня знаний. Определялась легкость потери эмоционального контроля.

*Комиссия экспертов пришла к заключению, что Петров С. А. страдает психическим расстройством в форме органического расстройства личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (сосудистого, токсического генеза) с психотическими эпизодами в анамнезе (F 07.98 по МКБ-10). Эксперты указали, что указанное психическое расстройство проявлялось у Петрова С. А. снижением памяти, когнитивными нарушениями, резидуальной и бредовой симптоматикой, недостаточностью критических и прогностических способностей. Комиссия экспертов пришла к выводу, что Петров С. А. был лишен способности понимать значение своих действий и руководить ими.*

Решением Басманного районного суда Петров С. А. был признан недееспособным. Распоряжением отдела соцзащиты опекуном назначалась бывшая супруга Петрова Т. П.

Петров С. А. продолжал жить на даче. Оформил брак с гражданкой Труновой А. Н., который судом был признан недействительным в связи с недееспо-

## И. Э. Гушанский

собственностью Петрова С. А. 27.01.2017 г. Петров С. А. был осмотрен в ПНД № 15. Петрова Т. П. обратилась в диспансер с ходатайством о госпитализации опекаемого, т.к. имуществом завладели посторонние. В процессе осмотра Петров С. А. сообщил о неприязненных отношениях с супругой, использовании ею его денежных средств, об оформлении завещания в пользу Раманишвили. Объективно определялось: “некоторое снижение интеллекта, эмоциональная лабильность, ригидность мышления. Выставлялся диагноз: “Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями” (F07.08 по МКБ-10). Петров С. А. был взят на диспансерный учет. В госпитализации было отказано. При осмотре Петрова С. А. 03.07.2017 г. отмечалось, что Петров С. А. был полностью ориентирован. Мысление было “торpidное, в суждениях вязок, обстоятелен, преуменьшал факты пьянства. Критика к своему заболеванию отсутствовала.

21.08.2017 г. при освидетельствовании Петрова С. А. признаков опьянения у него обнаружено не было. 23.08.2017 г. в Дмитровский городской суд Московской области поступило заявление Петрова С. А. о признании его дееспособным. В своем заявлении Петров С. А. излагал обстоятельства установления недееспособности, неправильность по его мнению назначения опекуном бывшей супруги. Петров С. А. оценивал свое “психическое состояние” как здоровое. Опекун Петрова Т. П. возражала против признания своего бывшего супруга дееспособным. В судебном заседании представитель Петрова С. А. и он сам сообщили, что Петров С. А. перестал принимать алкоголь, проходил психиатрическое обследование, где ему назначалось лечение, признавался не нуждающимся в госпитализации в психиатрическую больницу.

На основании определения Дмитровского городского суда Московской области в отношении Петрова С. А. было назначено проведение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в “ЦКПБ ГБУЗ Московской области”.

При описании психического состояния Петрова С. А. комиссией экспертов отмечалось, что подэкспертный правильно ориентирован, внешне спокоен, фон настроения ровный. В беседе Петров С. А. сохранял спокойствие, подробно рассказывал о своей профессиональной деятельности, с гордостью демонстрировал удостоверение почетного вице-президента РАЕН, много рассказывал о своих заслугах, при этом застревал на несущественных деталях, не мог назвать определенные даты. Указывается, что Петров С. А. был недостаточно rationalен в пояснениях о “второй жене”, брак с которой заключал, будучи недееспособным. Уверял, что Трунова исполняет все бытовые заботы. Высказывал убеждение, что семья недавно умершего “Бесо” является для него “практически родной” в силу многолетнего опекунства над ним. Говорил, что хочет отблагодарить их после своей смерти,

для этого ему необходимо восстановить дееспособность и оформить завещание. Подэкспертный негативно высказывался о своей бывшей жене, обвиняя ее в неверности, в инициировании его недееспособности, говорил, что она тратила его деньги, при этом сообщал, что не собирается сводить с ней счеты. Петров С. А. уверял, что перестал употреблять алкоголь полностью, т.к. страдает повышенным давлением и не испытывает к спиртному какого-либо стремления. Петров С. А. заявлял, что восстановление дееспособности позволит ему посещать академию, писать статьи, распоряжаться своими денежными средствами, пояснял, что лекарствами его обеспечивает гражданская жена. Эксперты при описании психического состояния указали на наличие у Петрова С. А. конкретного, обстоятельного мышления, ослабление памяти. Отмечается, что подэкспертный эмоционально стабилен, критические способности достаточные.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что у Петрова С. А. имеется органическое расстройство личности (сосудистого, токсического генеза) с изменениями психики (F07.08 по МКБ-10). Эксперты утверждают, что в силу многолетней алкогольной интоксикации с психотическими эпизодами у Петрова С. А. имели место психоорганическая симптоматика с нарушением памяти, эмоциональной измененностью, ригидностью мышления и сверхценными идеями ревности, ослаблением критики. По мнению экспертов, клинические проявления соответствовали декомпенсации церебральной органической патологии, что подтверждалось результатами стационарных судебно-психиатрических экспертиз в 2016 г. Эксперты утверждают, что для сосудистой церебральной патологии типичным является волнообразный характер течения с чередованием периода декомпенсации с периодами улучшений. Эксперты делают вывод, что прекращение алкоголизации, медикаментозная коррекция с последующей стабилизацией сосудистого тонуса и адекватного кровоснабжения головного мозга привели к компенсации психического состояния Петрова С. А. в настоящее время. В подтверждении своих экспертных выводов эксперты приводят результаты проведенного ими клинико-психопатологического исследования, выявившего у Петрова С. А. признаки нерезкого снижения когнитивных способностей,rudimentарные сверхценные ревностные предположения, негрубое ослабление памяти при ровном эмоциональном фоне и достаточности критических способностей. Комиссия экспертов пришла к выводу, что компенсированное психическое состояние Петрова С. А. не лишает его способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Из представленных для анализа специалисту документов известно, что после 1994 года Петров С. А. стал злоупотреблять алкоголем, а к 2000 году у него

## **Ближайшее окружение манипулирует больным**

сформировался синдром зависимости от алкоголя, проявляющийся повышением толерантности к спиртному, утратой количественного контроля, наличием абстинентного синдрома с дисфориями, нарушением сна и аппетита. На фоне хронической алкогольной интоксикации у Петрова С. А. обострились имевшие место сердечно-сосудистые заболевания: “Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, аритмия, венозная недостаточность”, что послужило причиной стойкого нарушения работоспособности и социальной адаптации. 21.11.2005 г. МСЭК Петрова С. А. была установлена вторая группа инвалидности по общему заболеванию бессрочно.

Злоупотребление алкоголем носило у Петрова С. А. постоянный характер. В 2009 году он впервые попал в поле зрения врачей психиатров- наркологов: в период с 09.11.2009 г. по 31.12.2009 г. проходил стационарное лечение в наркологической больнице № 17 с диагнозом синдром зависимости от алкоголя. Петров С. А. продолжал алкоголизацию, 14.01.2010 года он был госпитализирован в ПБ № 3 им. Гиляровского в недобровольном порядке, после того как находясь в состоянии алкогольного опьянения, проявлял агрессию к жене, высказывал ей нелепые идеи ревности, угрожал расправой, сломал дверь в квартире. Стоит отметить, что к 2010 году у Петрова С. А. на фоне систематической алкогольной интоксикации имели место изменения личности по алкогольному типу. Петров С. А. стал подозрительным, раздражительным, агрессивным по отношению к супруге, у него сформировались идеи ревности, носящие бредовой характер и отличающиеся нелепостью содержания, стойкостью и некорректируемостью. Ему выставлялся диагноз: “Алкогольный бред ревности. Алкогольная зависимость 2 ст., периодическое употребление”.

При описании психического состояния Петрова С. А. в 2010 году отмечалось, что ему свойственна подозрительность, “элементы параноидного стиля поведения”. При обследовании в ПБ № 3 им. Гиляровского в январе 2010 года у Петрова С. А. выявлялись также клинические признаки, свидетельствующие о наличии у него органического психического расстройства: снижение памяти, ригидность мышления, эмоциональная неустойчивость, импульсивность. Психологическое исследование выявило у Петрова С. А. “значительное мнестическое снижение (значительное нарушение памяти) сосудистого характера”.

Петров С. А. уклонялся от наблюдения и лечения у врача психиатра- нарколога, не посещал наркологический диспансер, не прекращал алкоголизацию, что способствовало ухудшению его психического состояния и социальной дезадаптации. В 2011 году он дважды госпитализировался в остром состоянии в ПКБ № 3 им. Гиляровского. В апреле 2011 года у него возникло делириозное состояние с галюцинаторно-бре-

довыми проявлениями. При описании психического состояния указывалось на наличие у Петрова С. А. подозрительности, аффективной лабильности, неадекватности самооценки, расстройств мышления.

Многолетнее злоупотребление алкоголем, отсутствие адекватной терапии, поражение сосудов головного мозга способствовало возникновению у Петрова С. А. хронического психического расстройства: “Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (сосудистого, токсического генеза)”.

При описании психического состояния Петрова С. А. комиссия экспертов ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева (от 04.03.2016 г.) выявила у него грубые мнестические и интеллектуальные нарушения. Петров С. А. не ориентировался в бытовых вопросах, не помнил даты и лиц, с которыми заключал договора по отчуждению своей недвижимости, давал нелепые, не соответствующие действительности сведения о своей занятости по написанию книги, чтению лекций в университете. Эксперты ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, выставив Петрову С. А. диагноз органического расстройства личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (сосудистого и токсического генеза), пришли к выводу о недостаточности критических и прогностических способностей у подэкспертного и его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Стоит отметить, что комиссия экспертов при проведении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в “ЦКПБ ГБУЗ Московской области”, подтвердив в своем заключении выставленный ранее комиссией экспертов ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева подэкспертному диагноз, делает необоснованный вывод о так называемой “компенсации психического состояния” у Петрова С. А. на момент обследования. Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра диагноз Органического расстройства личности в связи с со смешанными заболеваниями выставляется при наличии значительных необратимых личностных и интеллектуальных изменений, нарушений способности планирования и предвидения, снижении способности целенаправленной деятельности. Выявление данного диагноза возможно при достаточно глубоких и необратимых интеллектуальных и личностных изменениях.

Органическое личностное расстройство имеет прогрессирующий характер течения. Для него не характерно наличие волнообразности, чередование периодов декомпенсации и компенсации. Утверждения экспертов о волнообразном течении заболевания, об улучшении состояния Петрова С. А. по причине прекращения алкоголизации и медикаментозной коррекции не опираются на анализ медицинских данных и вызывают недоумение. Заключение экспертов “ЦКПБ ГБУЗ Московской области” противоречат ос-

## **И. Э. Гушанский**

новным критериям МКБ-10 и вызывают сомнения в своей объективности.

Психическое состояние Петрова С. А. при проведении амбулаторной первичной судебно-психиатрической экспертизы описано достаточно формально. В полной мере не отражены особенности мышления подэкспертного, его памяти и интеллекта, отношение к своему здоровью и оценка юридической ситуации, особенности его эмоционально-волевой сферы, настроения и внимания. При описании психического статуса делаются преждевременные и необоснованные оценочные выводы о взвешенности суждений Петрова С. А. и его критическом отношении к сложившейся ситуации.

### **Выводы и ответы на вопросы, поставленные перед специалистом**

1. С учетом имеющихся в распоряжении специалиста данных, можно утверждать, что у Петрова С. А. имеются клинические признаки, позволяющие выставить диагноз: Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями (токсического и сосудистого генеза) (F 07.08 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра).

2. Имеются основания считать, что у Петрова С. А. в результате хронического органического психического расстройства сосудистого и токсического генеза, имеются выраженные интеллектуальные и мнестические расстройства, проявляющиеся за медлением психических процессов, нарушением внимания, мышления, памяти, способности планировать и контролировать свои действия. Утрата прогностических и критических возможностей лишают Петрова С. А. способности понимать значение своих действий, он не может в полной мере свободно и осознанно принимать решения, осуществлять полноценное руководство своими действиями.

3. Заключение комиссии экспертов “ЦКПБ ГБУЗ Московской области” не отвечает требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз. В соответствии со ст. 8 Закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ” № 73-ФЗ заключение экспертизы должно отвечать требованиям “объективности, всесторонности и полноты экспертных исследований”. Заключение комиссии экспертов клинически не обосновано, лишено полноты аргументации и доказательности, носит односторонний характер, не содержит научно достоверного и объективного анализа материалов гражданского дела, медицинских документов и клинических проявлений заболевания. Это связано со следующими обстоятельствами:

– Экспертиза проведена без заполнения отраслевой учетной формы № 100/у-03, вопреки инструкции, утвержденной Приказом Минздрава России № 401 от 12 августа 2003г.

В соответствии с пунктом 2.2.5. вышеуказанной инструкции, при изложении материала, определяющим является принцип “равноправия” диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции. Необходимо приводить всю фактическую совокупность информации, имеющейся в материалах дела.

В соответствии с п. 2.3.3. психический статус является центральной частью заключения, отображает картину психического состояния подэкспертного, сложившуюся в результате проведенного исследования.

– При описании психического состояния Петрова С. А. комиссией экспертов не отражены в полной мере особенности мышления подэкспертного, его памяти и интеллекта, отношение к своему здоровью, оценка юридической ситуации, особенности его эмоционально-волевой сферы, настроения и внимания. Эксперты при описании психического состояния сделали необоснованные оценочные выводы о взвешенности суждений Петрова С. А. и его критическом отношении к сложившейся ситуации.

– Выводы комиссии экспертов не объективны и опираются преимущественно на субъективную оценку психического состояния подэкспертного на момент проведения ими клинико-психопатологического исследования.

– В выводах экспертов отсутствует всесторонний и объективный анализ медицинских документов. Дается ошибочная оценка динамики органического психического расстройства, которое носило у Петрова С. А. прогрессирующий и необратимый характер.

– Утверждения экспертов о полнообразном течении органического психического расстройства у Петрова С. А., улучшении его состояния по причине прекращения алкоголизации и медикаментозной коррекции не опираются на анализ медицинских данных, противоречат основным критериям МКБ-10 и вызывают сомнения в своей объективности.

– Выводы экспертов о способности Петрова С. А. понимать значение своих действий и руководить ими, мало аргументированы, научно и клинически необоснованы.

4. С учетом изложенных доводов, считаю, что для получения полной, объективной экспертной и диагностической оценки психического состояния Петрова С. А., его способности понимать значение своих действий и руководить ими, необходимо проведение в отношении него повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы в другом экспертном учреждении.

*Специалист  
ООО “Бюро независимой экспертизы “Версия”,  
к.м.н., врач-психиатр И. Э. Гушанский*

Из досье эксперта

## Деинституционализация по-российски

В последнее время в СМИ появился ряд публикаций, посвященных психоневрологическим интернатам. Эксперты, пациенты и их родственники, сотрудники общественных организаций сходятся в одном: если есть хоть какая-то альтернатива помещению в ПНИ, нужно воспользоваться ею. К сожалению, бывают и такие случаи, когда у человека, который в силу своего состояния не может жить один, нет родственников и друзей, готовых взять на себя заботу о нем. Тогда проживание в ПНИ — единственное верное решение, потому что в данный момент государство не может предложить такому человеку ничего другого. Институт ПНИ устарел, и сейчас общество пытается создать ему замену: проекты по сопровождаемому или поддерживаемому проживанию реализуются в разных городах силами общественных организаций. Например, в Санкт-Петербурге Ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ) работает над созданием постоянно действующего Центра социальной поддержки и поддерживаемого проживания для молодых людей с особенностями развития. Подобные инициативы существуют в Пскове, Владимире, Нижнем Новгороде. Как правило, у их истоков стоят родители детей с особенностями развития, которые понимают, что, если с ними что-то случится, их детей ждет ПНИ.

Существует довольно успешный европейский опыт сопровождаемого проживания, в странах Западной Европы такие “внебольничные” формы стали развиваться с середины XX века. Экономически сопровождаемое проживание государству выгоднее, чем содержание системы ПНИ. Если обратиться к статистике, то на 2017 год в России действует 523 интерната, в них проживают 157 291 человек. 70 % из них признаны недееспособными. Больше всего интернатов в Москве и Санкт-Петербурге.

Количество людей, страдающих психическими расстройствами, неуклонно растет. Но государство реагирует на этот вызов, открывая новые ПНИ, не пытаясь при этом рассмотреть другие варианты.

Мы уже не один раз писали, что последние несколько месяцев в НПА серьезно выросло число обращений от самих пациентов и их родственников по поводу незаконного помещения в ПНИ. Более того, сейчас реализуется такая комбинация: лишение дееспособности и помещение в ПНИ. При этом, как правило, у человека есть родственники, которые готовы заботиться о нем и выполнять функции опекуна. Обычно ситуация развивается таким образом: человек попадает в психиатрическую больницу, а когда дело доходит до выписки, родственников начинают убеждать в том, что нужно пациента поместить в ПНИ, лишить дееспособности, если он еще дееспособен. Говорят, что по состоянию здоровья он не смо-

жет жить самостоятельно, за ним нужен особый уход, присмотр, мол, вы не справитесь, да и зачем вам это нужно. В некоторых больницах еще и денег просили: 30 000 рублей за оформление документов для помещения пациента в ПНИ.

НПА связывает сложившуюся ситуацию с прошедшей в Москве реорганизацией психиатрической службы Москвы, в результате которой психиатрическая больница № 15 была перепрофилирована в психоневрологический интернат. Его-то теперь власти Москвы всеми способами стараются заполнить. Естественно, при этом, что родственников стараются максимально ограничить в правах: ведь если они останутся опекунами, то смогут контролировать расходы ПНИ, что последним невыгодно. Если опекуном становится интернат, то он оформляет опеку над имуществом подопечного и может использовать его в своих интересах. Например, в практике НПА были случаи, когда сотрудники ПНИ жили в квартире своего недееспособного подопечного.

Кроме того, сейчас ПНИ получает 75 % не только пенсии, но и единовременной денежной выплаты (компенсации за льготы, которыми не пользуются пациенты). Интернат распоряжается этими средствами по своему усмотрению и сам же себя контролирует, будучи опекуном недееспособного человека.

Очень показательным в этом отношении является случай Игоря Холина. О нем уже писали наши коллеги на svoboda.org. Недавно Алексей, дядя Игоря Холина, обратился в НПА. Игорю 56 лет, он страдает психическим расстройством, инвалид второй группы, лишен дееспособности. В результате махинаций мошенников Игорь едва не лишился квартиры и здоровья. Его дядя, Алексей, в течение двух лет восстанавливал жилищные права племянника. Его двухкомнатная квартира был в ужасном состоянии, жить в ней было невозможно. Пока делали капитальный ремонт, Игоря поместили в интернат. Он провел там полгода, и совсем не хочет повторить этот опыт. Алексей вспоминает: “Они там фактически как заключенные, по 6 – 8 человек в палате. Выйти из палаты можно только в коридор, да и то не всегда разрешали. На улицу выводили на 2 часа, на обед, ужин и на прогулку ходили строем. Мобильной связью пользоваться нельзя. Если кому-то становилось плохо, говорили: мы здесь социальные услуги оказываем, а не лечим, у нас один врач на 50 человек. Когда я принес Игорю еду, он съедал все сразу во время посещения. Я ему говорю: оставь, с собой возьмешь, а он: нет, отнимут”. За полгода в интернате Игорь не смог ни с кем завязать дружеские отношения или хотя бы нормальный контакт.

Пока восстанавливали жилищные права Игоря через суд, делали ремонт в квартире, его опекуном на-

## **Евгения Доброванова**

значили родственнику. Когда она отчитывалась перед органами опеки и попечительства о расходовании средств, выяснилось, что перерасход составил 50 тысяч рублей (это было как раз в тот период, когда практически с нуля восстанавливали квартиру Игоря). Органы опеки довольно жестко высказались по этому поводу, даже угрожали санкциями. В итоге после этого разговора у женщины случился микроинфаркт, потом она от опекунства отказалась.

Через некоторое время после интерната Игорь лег в психиатрическую больницу. Пока он там находился, его дядя, Алексей, подготовил все необходимы документы для того, чтобы стать опекуном своего племянника. Он нашел женщину, которая будет жить с Игорем и помогать ему решать бытовые вопросы, заключил с ней договор. Он обратился в отдел социальной защиты по своему месту жительства и получил заключение о том, что он может быть опекуном. Алексей получил и письменное заявление своего племянника о том, что он хочет видеть своим опекуном дядю Алексея Холина. Он регулярно навещал Игоря в больнице, общался с лечащим врачом, заместителем главного врача, последний даже поднимал вопрос о возвращении Игорю дееспособности. Все было хорошо, пока органы опеки и попечительства по месту жительства Игоря, куда обратился Алексей с вопросом о назначении его опекуном, не приняли решение отказать ему. Тогда и в больнице поменяли тон: т.к. Вы не опекун, объяснить мы Вам ничего не должны, забрать его не сможете, мы готовим документы для помещения в ПНИ.

А отдел социальной защиты населения района Хорошево-Мневники отказал Алексею, мотивируя свой отказ тем, что, во-первых, по данным больницы, Игорь “не в состоянии выразить согласия по поводу установления над ним опеки и кандидатуры опекуна, и по медицинским и социальным показателям нуждается в оформлении в стационарное учреждение социального обслуживания на постоянной основе”; во-вторых, потому что Алексей сам не планировал жить вместе с подопечным, а нашел людей, которые

помогут Игорю в бытовом и социальном плане. Органы опеки и попечительства считают, что люди, “не имеющие медицинского образования и каких-либо специальных познаний в области фармакологии, психологии, психиатрии” не могут осуществлять подобный уход. Интересно, если бы Алексей сообщил органам опеки и попечительства, что будет жить вместе с подопечным, их не смущило бы отсутствие у него “медицинского образования и каких-либо специальных познаний в области фармакологии, психологии, психиатрии”?

Безусловно, все причины отказа незаконны, особенно в части совместного проживания. Закон не требует совместного проживания опекуна с подопечным. Недееспособность не влечет обязательно неспособности жить самостоятельно и осуществлять уход за собой. Часто люди, признанные недееспособными, прекрасно могут самостоятельно либо с некоторой помощью себя обслуживать, решать бытовые и социальные вопросы, вести активную жизнь.

Игорь четко выразил свою позицию по поводу назначения опекуном его дяди, заявление Игоря было приобщено к пакету документов, которые Алексей подавал в отдел социальной защиты.

Алексей с помощью экспертов НПА будет обжаловать решение органов опеки и попечительств в судебном порядке. Мы надеемся на благополучный исход этого дела.

Однако, большое число подобных дел, типовые, словно под копирку написанные решения органов опеки и попечительства, поведение больниц, настаивающих на выписке пациентов не домой, а сразу в интернат, дают основание полагать, что власти Москвы любой ценой стремятся заполнить места во вновь образованных ПНИ. Чтобы продемонстрировать самим себе, что задуманная и осуществленная реорганизация системы психиатрической помощи в Москве успешна. Но цена такого успеха — судьбы людей.

**Евгения Доброванова**

# ОБЗОРЫ

---

## Психиатрическая коморбидность. Психиатрия и общество По материалам Конгрессов WPA 2017, 2018 годов (WPA Congress-2017 в Берлине & WPA Thematic Congress 2018 в Мельбурне)

А. Г. Меркин<sup>1</sup>, В. А. Кажин<sup>2</sup>, И. А. Никифоров<sup>3</sup>

### WPA Congress-2017 в Берлине

С 8 по 12 октября под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в 17-ый раз прошёл Всемирный конгресс по психиатрии. Темой конгресса являлась “Психиатрия XXI века: Содержание, противоречия и обязательства”. На этот раз конгресс проходил в Берлине и, поскольку хозяином XVII конгресса ВПА было немецкое общество психиатров, психотерапевтов, психосоматологов и неврологов (DGPPN), конгресс ВПА был совмещён с ежегодным конгрессом DGPPN, традиционно проходящим осенью в немецкой столице.

Основными темами конгресса стали коморбидность психических и психосоматических заболеваний, психиатрия и общество, различные аспекты предотвращения психических заболеваний и содействия поддержанию психического здоровья, психопатология новых заболеваний во всем мире и различные аспекты классификации, а также немецкие традиции в психиатрии.

На конгрессе обсуждались и были внимательно изучены как новейшие современные разработки в области профилактики, диагностики, терапии и реабилитации различных психических расстройств, так и будущие направления исследований. Так, особенное внимание слушателей привлекла сессия профессора Диего Де Лео (Австралия), посвящённая будущим направлениям в области предупреждения суицида. Отмечалось, что, несмотря на общее снижение уровня суицидов в мире, это может быть объяснено, прежде всего, повышением качества жизни людей, но не внедрением стратегий профилактики суицидов, что должно являться приоритетным направлением исследований.

Одним из важных направлений психиатрии в ближайшем будущем называлось применение технологий

машинного обучения, чему был посвящён ряд сессий, в особенности тех, на которых обсуждались вопросы профилактики психозов и деменции. Так, в рамках симпозиума, организованного Домиником Двайером (Германия), приложением методики машинного обучения в психиатрии назывались возможность ранней персонализированной диагностики и прогностических оценок развития психического расстройства у конкретного пациента, а также выбор наиболее оптимального сочетания психофармакологических препаратов на основе генетических особенностей и клинических проявлений заболевания. Свообразным продолжением обсуждения применения технологий машинного обучения в психиатрии можно считать сессию профессора Хенрика Вальтера (Германия), посвящённую накоплению большого количества нейровизуализационных данных (Big data) в психиатрии и различным аспектам их применения. На сессии были представлены данные исследования MoodS, в рамках которого определялась структура генетического риска психозов при шизофрении и различных аффективных расстройствах, а также исследования PEZ, где в рамках большого эпидемиологического исследования изучались особенности взаимодействия биологических и средовых факторов риска психических заболеваний. Указывалось, что использование big data с применением технологий машинного обучения позволит исследовать взаимодействия мозга со средой, что является ключевым аспектом для большинства психических заболеваний.

Для аудитории, тяготеющей к культуральной психиатрии, интересно было бы посетить сессию профессоров Хуана Меззича (США) и Екатерины Сухановой (США), посвящённую языковым и культурным аспектам в психиатрии. Указывалось, что языковые и культурные особенности играют ключевую роль в так называемой личностно-ориентированной (персон-центрированной) психиатрии и медицине, вообще. На примере различных художественных произведений, включающих, в том числе, творчество российских поэтов и писателей, объяснялась ключевая роль литературы для формирования у специали-

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации ФМБА России.

<sup>2</sup> Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера; Praxis Psychiatrie und Psychotherapie, Germany.

<sup>3</sup> Институт повышения квалификации ФМБА России.

стов навыков эмпатии и личностно-ориентированного подхода, что имеет существенное значение как для персонализированной медицины, так и для образования и обучения будущих специалистов в медицине.

В рамках конгресса также прошла российская сессия (ведущий — профессор П. В. Морозов), на которой обсуждались современные аспекты развития российской психиатрии. С докладами выступили профессор В. Н. Краснов о методологических проблемах и противоречиях современного понимания психиатрической коморбидности и профессор Г. П. Костюк об организации психиатрической помощи для лиц с психическими расстройствами. В докладе обсуждались результаты, достигнутые в процессе развития служб помощи и поддержки пациентов, направленных не только на развитие клинических аспектов терапии, но также на всестороннюю и, прежде всего, психосоциальную помощь.

Наряду с акцентом на новых разработках в исследовательской и клинической практике, конгресс не обошёл вниманием также различные аспекты прав лиц с психическими заболеваниями и, что было традиционно для конгрессов DGPPN, немецкие подходы к психопатологии и терапии психических расстройств и исторические аспекты немецкой психиатрии.

Очень напряжённой и интересной оказалась дискуссия о применении принудительного лечения в психиатрии, его границах и соблюдении правовых норм. Вначале были рассмотрены юридические аспекты правового поля, где адвокат Валентин Айхеле из Берлина и Таня Хенкин из Вюрцбурга жёстко критиковали нынешнюю практику неотложной психиатрической помощи в Германии как ограничивающую пациентов в их конституционных правах. Вместе с тем, хочется заметить, что достаточно трудно найти компромисс между сохранением человеческого достоинства с соответствующими правовыми аспектами и фактом принудительного лечения пациента, который в этот период может полностью находиться под влиянием развёрнутых психотических симптомов (в частности, например, слуховых императивных галлюцинаций суициального содержания). Указывалось, что право на “самоопределение” психически больных должно быть подтверждено дополнительными правовыми актами. Дискуссию (Юлия фон Хоенталь, Кляйнмахнов) также вызвали такие новые формы правовых категорий как “Patientenverfügung” (“завещание пациента на случай тяжёлого психического заболевания”), когда сам пациент в период ремиссии документально заверяет план его лечения и действий в отношении него в случае болезни и “утраты им чувства реальности”.

Для выработки наилучшего пути решения в психиатрической практике с учётом соблюдения всеобъемлющих прав психических больных участники форума выступили за необходимость углубления

триалога между пациентом и его родственниками, профессиональным медицинским и юридическим сообществами, включая законодательную ветвь власти.

В контексте вышеизложенного, интересными были представленные новое клиническое руководство (DGPPN S3) по предотвращению насилия в психиатрии и терапевтические меры в случае агрессивного поведения психически больных. Софи Хирш, Таня Хенкинг и Тильман Стайнерт обсудили целый набор терапевтических мероприятий по профилактике, улучшению диагностики агрессивного поведения и непосредственного терапевтического воздействия и дезакализации в психиатрической работе с пациентами.

Актуальной не только для Германии оказалась бурная дискуссия по оптимизации лечения психически больных беженцев. Николь Либерам, Кристиана Тили, Клавдия Крузе и Ульрике Шнек представили новые данные по психическому состоянию беженцев в Германии и их лечению. Как известно из более ранних работ, у беженцев предсказуемо повышена частота таких психических заболеваний, как депрессии, посттравматический синдром, психозы и болезни зависимости (алкоголизм, наркомания). Отмечалось, что необходимо на ранних стадиях выявлять психические нарушения у беженцев, предотвращая, тем самым, ухудшение течения с последующими нарушениями адаптации в новом обществе. Были также высказаны предложения по оптимизации диагностики и лечения иностранных пациентов с обязательным привлечением переводчиков.

Ирис Татьяна Грэф-Цалиес (Клиника Варендорф, Центр транскультурной психиатрии) представила “Ганноверскую модель” Центра по содействию психическому здоровью беженцев, которая предлагает поступенчатое медицинское обслуживание и лечение (“stepped care”) беженцев в кооперации с негосударственными организациями и командой экспертов в транскультурной психиатрии, а также представителями возрастной группы (peers). На основе потребностей психически больных беженцев были представлены инновационные стратегии их лечения.

В конце программы конгресса Аксель Каренберг из Университета Кёльна описал путь 100-летнего юбилея фильмов о психиатрии “Seelengeschichten” — “душевных историй”, таких как “Доктор Мабузе, Игрок” 1922 года, о двойной жизни психоаналитика доктора Мабузе; “The Lost Weekend” 1945 года, о писателе, страдавшем алкоголизмом и подвергшемся последующей психиатрической экспертизе; “Equus” 1977 года, где врач-психиатр доктор Дизарт выявляет причины поведения 17-летнего юноши, лишившего зрения шесть лошадей в конюшне своего хозяина; “Requiem For A Dream” 2000 года — фильм о четырёх американских больных наркоманией и критическом отношении к американской мечте.

Как итог дискуссий об образе психиатрии: указаные “психиатрические фильмы”, с одной стороны

отображают настоящую действительность с её социальными идеями и научными тенденциями, а, с другой стороны — формируют социальные настроения и “образ” поведения, отличный от современных норм.

К сожалению, в рамках данного короткого репортажа невозможно описать все сессии конгресса, авторы попытались осветить некоторые из них, показавшиеся им наиболее интересными и заслуживающими внимания.

### WPA Thematic Congress 2018 в Мельбурне

С 25 по 28 февраля в Мельбурне (Австралия) под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации прошёл тематический конгресс ВПА, посвящённый инновациям в психиатрии, направленным на эффективное медицинское вмешательство в интересах здоровья личности и общества. По замыслу организаторов, данный конгресс был призван стать первым в рамках конгрессов ВПА с новой стратегией, с тем, чтобы сделать психиатрию более современной и эффективной дисциплиной, направленной на оценку рисков и решение конкретных проблем людей с психическими заболеваниями во всем мире. Конгресс отличался тематикой докладов, посвящённых, в основном, проблеме инноваций, классификации и последних структурных реформ в психиатрии.

Так, многие заявленные сессии конгресса были направлены на обсуждение новых технологий, предназначенных для укрепления психического здоровья. В частности, симпозиум, названный “Электронное психическое здоровье”, был посвящён описанию новых технологий и возможным подходам к организации психиатрической помощи с помощью виртуального пространства, а также вопросам содружественного взаимодействия фундаментальных и прикладных исследований, и последующего практического применения технологий в рамках инноваций в психиатрии. Обсуждалось также применение мобильных технологий в психиатрии, были доложены результаты рандомизированного исследования по применению мобильного приложения для предотвращения де-

прессии, а также описана разработка и валидизация образовательной онлайн-программы по поддержанию психического здоровья на рабочем месте. Новый подход к применению систем машинного обучения был предложен в докладе о профилактике, прогнозировании, скрининге и лечении пост-операционного делирия.

Ряд сообщений был также посвящён одному из уже известных и многообещающих вспомогательных методов терапии депрессии: транскраниальной магнитной стимуляции (TMC) и повторяющейся ТМС, а также новым разработкам в известных методиках терапии психических заболеваний с использованием техник стимуляции головного мозга: электросудорожной терапии и транскраниальной микрополяризации (Transcranial Direct Current Stimulation).

Традиционно для конгрессов ВПА были доложены результаты новых рандомизированных клинических исследований. Так, в рамках одной из сессий было описано рандомизированное клиническое исследование аспирина у пожилых лиц (ASPREE), посвящённое оценке выживания без инвалидизации, одной из вторичных конечных точек которого являлось развитие депрессии.

Особое внимание было уделено также психическому здоровью мигрантов, беженцев и этнических меньшинств, чему был посвящён ряд симпозиумов с участием коллег не только из Австралии, но также из Германии. В связи с этим в фокусе были как аспекты транскультурной психиатрии и глобального психического здоровья, так и вопросы этики и медицинской экономики.

Подводя итоги, в целом можно сказать, что тематический конгресс соответствовал заявленной организаторами теме, а новые идеи, отчёты о последних исследованиях и современные технологические решения, описанные в рамках конгресса, указывают нам на фундаментальные направления современной психиатрии XXI-го века. И тема Конгресса отражает этот императив.

# ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ

---

## Обсуждение прав психически больных без независимых представителей их интересов

В докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Т. Н. Москальковой за 2017 г. серьезное внимание было уделено защите прав пациентов, находящихся в психиатрических учреждениях, а также инвалидов по психическому заболеванию, проживающих в психоневрологических интернатах. В частности, там было сказано: “Тема защиты прав пациентов, содержащихся в психиатрических учреждениях, эмоциональна и многогранна, поэтому заслуживает непрерывного мониторинга с целью изучения лучших практик в национальной и зарубежной системах правоприменения, а также оптимизации деятельности Уполномоченного по правам человека, органов власти и правозащитных организаций. В этой связи было принято решение детально обсудить эту тему на Координационном совете уполномоченных по правам человека в мае 2018 г.”.

Высоко оценив понимание Уполномоченным важности данной темы и желание обсудить ее на самом высоком уровне, НПА России обратилась к Т. Н. Москальковой с предложением пригласить на заседание Координационного совета уполномоченных руководителя юридической службы НПА кандидата юридических наук, советника юстиции, автора многих руководств и ведущего специалиста по вопросам соблюдения прав граждан с психическими расстройствами Ю. Н. Аргунову. Наше предложение было проигнорировано.

В заседании Координационного совета уполномоченных по правам человека 16 мая в Ялте помимо региональных уполномоченных по правам человека участвовали главный психиатр Минздрава России З. И. Кекелидзе, главный психиатр Москвы Г. П. Костюк и другие представители официальной психиатрии. Представителей некоммерческих организаций, которые занимаются мониторингом соблюдения прав людей с психическими расстройствами, на совещании не было. Вероятно, Т. Н. Москалькова сочла, что им там делать нечего.

В результате, развитие психиатрической помощи в стране и в столице оценивалось на основе воодушевляющих докладов лидеров нашей психиатрии и медицинского менеджмента. Особенно впечатляющими были прогнозы развития психиатрической помощи в Москве к 2020 г.: 100 % пациентов будет охвачено программами реабилитации и психосоци-

альной помощи и программой просвещения в области психического здоровья; 90 % пациентов будут удовлетворены лечением и системой ДЛО, 80 % пациентов и родственников оценят качество помощи как “хорошее” или “очень хорошее”, 80 % респондентов будут “хорошо” относиться к службе и больным. Средняя длительность пребывания пациента в круглосуточном стационаре составит 30 дней, а в дневном стационаре — 45 дней. Повторная госпитализация пациентов в психиатрические стационары в течение года составит не более 15 – 20 %. Спрашивается, а как быть с теми пациентами, которые нуждаются в более длительном лечении и обострения у которых случаются чаще, чем 1 раз в год? В Москве для этого предлагается очень простое решение: таких пациентов переводят в психоневрологический интернат. Есть уже хорошо отработанная схема: пациентов-хроников, которые нуждаются в длительном лечении, сначала переводят в психиатрическую больницу № 14, которая стала трамплином для помещения в ПНИ. После нескольких месяцев лечения больница подает в суд заявление о признании человека недееспособным, а затем отдел опеки и попечительства оформляет путевку для перевода человека в бывшую ПБ № 15, которая стала ПНИ № 34, рассчитанным на 900 мест. Согласия пациента при этом никто не спрашивает, как, впрочем и мнения родственников. Последним объясняют, что дома они с пациентом не справляются и в их интересах — поместить его под опеку государства. В практике общественной приемной НПА есть случай, когда женщину лишили опекунских обязанностей и перевели сына, невзирая на ее протесты, в интернат. 10 лет она исправно исполняла опекунские обязанности в отношении сына, а теперь превратилась в недобросовестного опекуна — не смогла представить все чеки на продукты, которые покупала.

Региональные уполномоченные в своих выступлениях рассказали о нарушениях прав пациентов психиатрических больниц и обитателей психоневрологических интернатов, с которыми они сталкиваются. Некоторые уполномоченные уделяют этому большое внимание и регулярно посещают психиатрические стационары и учреждения социального обслуживания для людей с психическими расстройствами. Было сделано немало важных предложений, однако не все они нашли свое отражение в итоговых рекомендациях. Так, например, вопрос о необходимости срочного

## **Обсуждение прав психически больных без независимых представителей их интересов**

создания службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров и граждан с психическими расстройствами, проживающих в учреждениях социального обслуживания, так и остался за кадром, хотя соответствующий законопроект давно разработан и кочует между офисами Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Общественной палатой РФ и Советом Федерации. Никто не упомянул о коллизии законов, возникшей после введения в действие Кодекса административного судопроизводства РФ, на что постоянно обращает внимание юридическая служба НПА. Согласно Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, пациент не может быть лишен права лично участвовать в судебном заседании по поводу его недобровольной госпитализации, а по КАС РФ гражданин имеет право лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию по делу о его недобровольной госпитализации, если “*психическое состояние гражданина позволяет ему адекватно воспринимать все происходящее в судебном заседании и его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или для жизни либо здоровья окружающих*” (ч. 4 ст. 277 КАС РФ). Причем решение о невозможности пациента участвовать в судебном заседании принимает та же медицинская организация, которая должна обосновать перед судом правомерность недобровольной госпитализации. В результате, в некоторых регионах РФ, которые взяли на вооружение именно КАС РФ, практически все ре-

шения о недобровольной госпитализации принимаются заочно, а между тем это решение касается лишения гражданина свободы. Не трудно предугадать, как это оценит Европейский суд по правам человека.

Уполномоченные посетили один из психоневрологических интернатов Крыма и высоко оценили качество предоставления услуг проживающим. Между тем, в процессе обсуждения предстоящей реформы ПНИ, эти учреждения рассматриваются как наиболее проблемные в отношении нарушения прав граждан. Помещение в ПНИ без личного согласия, право на личную свободу, свободное перемещение внутри интерната и за его пределами, право на прогулки, встречи с посетителями, информированное согласие на лечение и возможность отказа от него и многое другое, судя по всему, не стали предметом изучения высокой комиссии. Ее удовлетворила экскурсия по территории и помещениям интерната и рассказ руководства о реабилитационных программах.

В заключение приводим рекомендации, которые были приняты Координационным советом уполномоченных по правам человека. Все они весьма актуальны, однако для реального обеспечения прав граждан с психическими расстройствами необходимо тесное сотрудничество с неправительственными организациями. Некоторые уполномоченные это хорошо понимают, но, к сожалению, не все.

**Л. Н. Виноградова**

## **Рекомендации Координационного совета уполномоченных по правам человека 16 мая 2018 г. в Ялте:**

- рекомендовать омбудсменам в субъектах проанализировать действующие на их территории нормативные правовые акты, касающиеся проблем защиты прав граждан с нарушениями психического здоровья, и при необходимости инициировать внесение в них соответствующих изменений и дополнений, и направить итоговую информацию Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации;
- при подготовке докладов по итогам деятельности за 2018 год особое внимание уделить вопросам защиты прав и интересов граждан с нарушениями психического здоровья, рассмотреть вопрос о подготовке специальных докладов по данной тематике;
- провести мониторинг состояния соблюдения прав граждан с нарушениями психического здоровья на получение образования и трудоустройство, по результатам анализа внести предложения органам исполнительной власти субъекта и направить итоговую информацию федеральному омбудсмену;
- рекомендовать рабочему аппарату Уполномоченного изучить вопрос о внесении изменений в статью 281 Гражданского процессуального кодекса и в заявлении в качестве заинтересованных лиц указывать всех близких родственников гражданина (детей, родителей и др.), тем самым исключив “укрывательство” от других членов семьи, что лицо признано судом недееспособным;
- изучить вопрос о внесении изменений в статью 12 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве”, на основании которого временно назначенные опекун или попечитель обладают всеми правами и обязанностями опекуна или попечителя, за исключением права распоряжаться имуществом подопечного от его имени (давать согласие на совершение подопечным сделок по распоряжению своим имуществом);
- посетить психоневрологические интернаты с целью проверки условий проживания в них инвалидов, обратив особое внимание на обеспечение их безопасности;
- продолжить работу по правовому просвещению в вопросах реализации прав и свобод граждан с нарушениями психического здоровья, форм и методов их защиты;
- рекомендовать Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации ускорить принятие во втором чтении проекта федерального закона № 879343-6 “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения гарантий реализации прав и свобод недееспособных и не полностью дееспособных граждан”;
- рекомендовать Правительству Российской Федерации рассмотреть вопрос по разработке государственной межведомственной программы развития сети стационарных учреждений здравоохранения и социальной защиты для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- внести изменения в Постановление Правительства от 17 ноября 2010 г. № 927 “Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан” в части минимизации количества предоставляемых документов для супругов, проживших в законном браке (совместно);
- рекомендовать Министерству здравоохранения Российской Федерации закрепить минимальный норматив обеспечения площадью жилых помещений в психоневрологических интернатах для получателей социальных услуг в стационарной форме;
- совместно с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации рассмотреть вопрос о строительстве новых зданий (комплексов) для учреждений психоневрологического и социального профиля и постепенный (в течение пяти лет) вывод из эксплуатации старых (барабанного типа) зданий, уровень амортизации которых превысил 80 %;
- совместно с Министерством юстиции Российской Федерации разработать нормативные правовые акты, регламентирующие порядок взаимодействия медицинских работников с лицами, осуществляющими обеспечение безопасности и охрану указанных отделений, а также о возложении обязанности на органы государственной власти субъектов об обязательной организации отделений стационарной судебной психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей;
- рекомендовать органам исполнительной власти субъектов обеспечить проведение в психоневрологических интернатах мероприятий по созданию доступной среды для лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата;
- рекомендовать Федеральной службе исполнения наказаний, Министерству внутренних дел и Министерству здравоохранения Российской Федерации принять совместный нормативный правовой акт, определяющий порядок содержания подозреваемых и обвиняемых отделений судебно-психиатрической экспертизы психиатрических больниц для лиц, содержащихся под стражей;
- совместно с Министерством юстиции Российской Федерации разработать нормативные правовые акты, регламентирующие порядок взаимодействия медицинских работников с лицами, осуществляющими обеспечение безопасности и охрану указанных отделений, а также о возложении обязанности на органы государственной власти субъектов об обязательной организации отделений стационарной судебной психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.

## **Открытое письмо НПА России уполномоченному по правам человека Т. Н. Москальковой**

Узнав из доклада Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации о готовящемся заседании Координационного совета уполномоченных по правам человека по проблемам соблюдения прав граждан с психическими расстройствами, НПА России обратилась к Т. Н. Москальковой с предложением пригласить на заседание Координационного совета руководителя нашей юридической службы, кандидата юридических наук, советника юстиции, автора многих руководств и ведущего специалиста в стране по вопросам соблюдения прав граждан с психическими расстройствами, занимающегося этим уже более четверти века, Ю. Н. Аргунову.

Вместо приглашения мы получили отписку от руководителя одного из отделов Аппарата И. Н. Соловь-

ева, в которой нас благодарили “за неравнодушное отношение к процессу становления и развития в России гражданского общества (?)”, а также за непосредственное участие в решении вопросов защиты прав и свобод человека” и сообщали, что “Ю. Н. Аргунова будет приглашаться в качестве эксперта на мероприятие, проводимые рабочим аппаратом Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, согласно ее научной и профессиональной квалификации”.

Изучив рекомендации, составленные Координационным советом уполномоченных по правам человека в Ялте, НПА России направила Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации Открытое письмо, выразив надежду на содержательный ответ.

### **ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО**

**Уполномоченному по правам человека  
в Российской Федерации Т. Н. Москальковой**

*Уважаемая Татьяна Николаевна!*

*Ваша инициатива провести ответственное совещание со всеми региональными уполномоченными по правам человека по проблемам психиатрии вызвала у нас восхищение своей действительной своевременностью и актуальностью.*

*Независимая психиатрическая ассоциация России, которая 29 лет восполняет как раз правозащитный аспект психиатрической службы, являясь уникальной научно-профессиональной организацией, входящей в правозащитное движение и тесно сотрудничающей со многими правозащитными организациями, обратилась к Вам с просьбой заслушать руководителя нашей юридической службы Юлию Николаевну Аргунову — ведущего в стране специалиста по этой проблематике, что было проигнорировано Вашим аппаратом.*

*Были приглашены и заслушаны представители только государственной психиатрии, главный психи-*

*атр Минздрава и главный психиатр Москвы, тогда как взгляды на эту проблему их оппонентов, а также мнения юристов и “потребителей психиатрических услуг”, их родственников представлены не были. Т.е., отсутствовала информация от тех, кто в наибольшей мере владеет проблемой реального соблюдения прав человека для этой категории лиц. Но без всесторонней обратной связи невозможны эффективные решения.*

*В результате, одна из центральных проблем, наболевшая за 26 лет непрерывной борьбы за ее осуществление, — статья 38 закона о психиатрической помощи о создании независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров и лиц с психическими расстройствами, проживающих в учреждениях социального обслуживания, — гарантия исполнения всего закона для значительной части наших пациентов — в резолюции проведенного в Ялте совещания даже не упомянута.*

*Президент НПА России Ю. С. Савенко*

# ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

## Галина Серебрякова. Полет в бездну

В. Д. Тополянский



Плодовитая советская писательница Серебрякова Галина Иосифовна родилась 7 (20) декабря буйного 1905 года в Киеве, в семье непоколебимых революционных романтиков. Спустя четыре года после рождения дочери ее отец Бык Иосиф Моисеевич (1882 – 1937) окончил медицинский факультет (по всей вероятности, Киевского университета Святого Владимира) и смог содержать небольшую семью, функционируя в качестве вольнопрактикующего врача. Ее мать, Красуцкая Бронислава Сигизмундовна (? – 1950), наследница богатого фабриканта из Люблина, окончила Варшавскую консерваторию и в трудные времена зарабатывала уроками музыки.

В боевом 1919 году ее родители обнаружили вдруг самый подходящий период для расторжения брака. После развода доктор Бык по рекомендации своего друга М. С. Кедрова (председателя Особого отдела ВЧК) возглавлял сперва Санитарное управление Северо-Восточного фронта, затем Политическое управление войск внутренней службы, а пианистка Красуцкая согласилась занять пост секретаря разведывательного отдела 13-й Красной армии.<sup>1</sup>

Вслед за матерью будущая писательница вступила в 13-ю Красную армию и, кстати, в ряды РКП(б). На этом основании ее спустя много лет возвели в сан участницы Гражданской войны и включали порой в когорту старых большевиков, что давало определенные преференции в государственной системе распределения и перераспределения жизненных благ. Однако в пулеметный расчёт девицу 14 лет от роду не взяли, и пришлось ей потрудиться санитаркой, пока под нажимом партийных инстанций ее не перевели на более

престижную, “комиссарскую” должность — инструктором по клубному делу.

Осенью 1920 года ее демобилизовали и немедленно направили в партийном порядке на только что созданный рабочий факультет (рабфак) при 1-м Московском университете. Обучение там регулировали соответствующие инструкции, созревшие в темных закоулках Наркомата просвещения. Немного позднее всем командированным на рабфаки установили стипендии в размере средней заработной платы рабочих.<sup>2</sup>

Летом 1921 года будущую писательницу, завершившую торопливый курс скучного образования на рабфаке, зачислили (в соответствии с высказанным ею пожеланием) на медицинский факультет 1-го Московского университета. Несколько успешно усваивала она необходимые в профессии врача предметы, осталось, однако, неизвестным. Кроме того, в ноябре того же 1921 года, еще не достигнув 16 лет, она выскочила замуж за видного большевика старше ее на 15 лет, перебралась из материинской квартиры в кремлевскую и взамен старой, мужиковатой, доставшейся от отца фамилии навсегда приобрела новую и благозвучную — Серебрякова.

Профессионального революционера, не получившего систематического образования, Серебрякова Леонида Петровича (1890 – 1937) соратники рассматривали как “гениального рабочего” или просто “самородка”. Недаром его постоянно выдвигали на те или иные руководящие должности, а в апреле 1920 года избрали членом Оргбюро ЦК и одновременно секретарем ЦК РКП(б) — на должность, принадлежавшую впоследствии Сталину.

Социальный статус популярного партийного функционера в сочетании с его редкостным обаянием и дружелюбием не могли не произвести должного впечатления на темпераментную и отнюдь не лишенную тщеславия дочь киевского врача и преподавательницы музыки. Перед Серебряковым, в свою очередь, впервые в жизни открылась возможность проводить вечера не в партийных спорах, а в спокойном общении с хорошенькой девицей. Неведомое ему ранее ощущение внутреннего покоя усилилось, когда жена родила дочь, назвав ее Зоря, и принялась корить грудью ребенка (1924). Семейная идиллия обрушилась во второй половине 1924 года, когда он уехал в двухмесячную командировку, а по возвращении уз-

нал, что молодая жена собралась теперь замуж за его друга Сокольникова.

Потомок состоятельного врача, Сокольников (настоящая фамилия Брилиант) Григорий Яковлевич (1888 – 1939) окончил 5-ю Московскую классическую гимназию (1907), а позже Юридический факультет и курс доктората экономических наук в Сорбонне (Париж). Вместе с тем был он членом Сокольнического районного комитета РСДРП и Военно-технического бюро при Московском комитете партии. Арестованный (1907) и приговоренный к ссылке на вечное поселение в Сибири (1908), бежал за границу (1909), где сотрудничал в партийной печати. После Февральской революции вернулся из эмиграции в пломбированном вагоне и вскоре вошел в редакции большевистских газет. В феврале-марте 1918 года возглавлял делегацию РСФСР, подписавшую в Брест-Литовске мирный договор с Германией; летом того же года готовил дополнительные соглашения к мирному договору (главным образом, относительно размера контрибуции, требуемой немецкой стороной).

За дипломатическими успехами последовали военные. Он был комиссаром особой Вятской дивизии, подавлявшей восстания рабочих на Ижевском и Воткинском заводах (1918); организатором расправы с казаками, восставшими на Верхнем Дону (1919); командующим 8-й армии (октябрь 1919 – март 1920); председателем Туркестанской комиссии ВЦИК и командующим Туркестанским фронтом (август 1920 – март 1921).

Но не лавры пролетарского генерала привлекали к нему Серебрякову. Невольно сравнивая внезапно опостылевшего мужа с новым избранником, она видела в первом пусть гениального, но только рабочего, тогда как во втором — “утонченного интеллигента”, свободно владевшего основными европейскими языками.

При всей неопределенности понятия “интеллигенция” включать в эту “межклассовую прослойку” Сокольникова, пожалуй, не стоило. Ведь он-то был все-го лишь солдатом партии — бескомпромиссным и беспощадным, умным, но не склонным к безоглядным рассуждениям, проницательным, но не прозорливым, высоко образованным и формально образцовым, но только солдатом.

Никаких признаком раскаяния по поводу многих своих деяний в период великого гражданского противостояния он не проявлял. Впоследствии родственники применяли к нему эпитет “фальшивый”, намекая, в частности, на выпавшую в написании его подлинной фамилии (Брилиант) одну букву “л”.

В 1925 году Сокольников, давно простиившийся с армейской службой, достиг очередной вершины в своей извилистой карьере: его назначили наркомом финансов СССР. Серебрякова переехала к нему в дом правительства на улице Грановского, оформила с ним брак, окончила задно медицинский факультет и, не желая утруждать себя докучными обязанностями врача,

устроилась корреспондентом газет “Комсомольская правда” и “Гудок”. Лица, способные анализировать разные конъюнктурные хитросплетения и чисто советские их разновидности под емким общим наименованием “лат”, периодически осведомлялись, когда ее высокочтимый супруг напечатает очередную интересную заметку под ее фамилией. Постепенно такие вопросы урежались и примерно с 1928 года прекратились совсем; отныне она писала самостоятельно.

Среди коллег по литературному производству Серебрякова не выделялась ни оригинальностью стиля, ни глубиной содержания своих текстов. Вместе с тем она никогда не отклонялась от рекомендованных или хотя бы предполагавшихся установлений социалистического реализма. За 10 лет она опубликовала несколько сборников рассказов и очерков и среди них довольно популярную когда-то книгу “Женщины эпохи Французской революции” (1929), переизданную в соответствующих переводах в ряде европейских государств.

Не отдавая себе внятного отчета в том, что творилось в стране и в мире, Серебрякова родила вторую дочь и дала ей довольно редкое имя Гелиана (1935). Между тем Сокольников испытывал постоянное беспокойство и даже не хотел покидать Лондон, где находился вместе с женой как полпред СССР в Великобритании (1929 – 1931). Захваченная своими издательскими проектами, Серебрякова приложила немало усилий к тому, чтобы переломить настроение мужа и вернуться в Советский Союз по первому же приказу из Москвы. Тревожные ожидания Сокольникова сбылись спустя пять лет: 26 июня 1936 года его арестовали. Через месяц Серебрякову исключили из партии за “потерю бдительности” и “связь с врагом народа” — ее супругом Сокольниковым.

События последующих месяцев отпечатались в ее памяти не целиком и в произвольном порядке. Кое-что она сумела все-таки изложить потом в автобиографическом романе “Смерч” (1963).

– Вскоре после ареста Сокольникова чекисты предложили ей ознакомиться с запиской, написанной совершенно не знакомым ей почерком: “Гalia, я не вернусь. Ты должна подумать, как построить отныне свою жизнь”. Ей твердо сказали, что это записка от ее мужа — и она поверила.<sup>3</sup>

– Сотрудники НКВД потребовали от нее “чисто-сердечного признания”: она слышала якобы, как ее муж и отец обсуждали планы убийства Сталина.

– Как-то ночью разбирала она с матерью разные способы самоубийства. Услыхав громкий разговор, старшая дочь Зоря проснулась, прибежала к ним и заявила, что присоединится к любому решению матери и бабушки.

– Каждый вечер за ней присыпали автомобиль, отвозивший ее, по-видимому, на Лubyнку. Начальник Главного управления государственной безопасности Я. С. Агранов допрашивал ее до глубокой ночи, а потом ее доставляли домой на той же машине.

## В. Д. Тополянский

— В сознании Серебряковой все более отчетливо вырисовывалось представление о бездне, куда летели она сама и ее близкие. Ей непрерывно слышались звонки в дверь; “в тумане больных мыслей” ей мешались чекисты в черных пальто, василькового цвета фуражках и высоких сапогах. В панике металась она по квартире в поисках простых суицидальных решений, пока не бросилась с размаху головой в закрытое окно и застряла в раме. Прибывшие санитары связали ее и уволокли на Канатчикову дачу. Там ей обработали голову и лицо, рассеченные осколками стекла.<sup>4</sup>

В начале января 1937 года ее перевели из психиатрической больницы в Бутырскую тюрьму. Однажды, когда ее, раздетую донага, волокли по цементному полу в карцер, она услышала звучный мужской голос: “Умели враги народа выбирать себе баб. Экий лакомый кусок”.<sup>5</sup>

После двух рецидивов безумия ясное сознание вернулось к ней в полном объеме, стремительно и окончательно. Она хорошо запомнила, что 21 февраля 1937 года ее неожиданно освободили. В первый же вечер ей доставили домой две больших корзины продуктов и детских игрушек — как оказалось, личный подарок вождя НКВД, товарища Н. И. Ежова.

На воле пробыла она недолго. Уже 13 июня 1937 года ее вызвали в Московское управление милиции и объявили приговор Особого совещания при наркоте внутренних дел о высылке в Казахстан сроком на 5 лет. На сборы дали три дня. Бросив квартиру на малолетнюю Зорю, она с матерью и младшей дочерью выехала в Алма-Ату. Зоря попыталась продать кое-какие вещи, но ее арестовали и выслали к матери в Казахстан.

В конце 1937 года Серебрякову взяли под стражу и упредили в Семипалатинский острог, где отбывал когда-то свой срок Ф. М. Достоевский (такие литературные традиции странным образом продолжались в период великих строек коммунизма). Осенью 1939 года ее перевели в городскую тюрьму, потом отправили по этапу в концлагерь.

Вспомнив о полученной ею в далекой молодости профессии врача, она предложила свои услуги лагерной администрации. Медицинских работников в советской пенитенциарной системе явно не хватало, и ее легко зачислили не то лекарем на лагпункте, не то сразу врачом-терапевтом. В заключении дни, недели, а то и месяцы мелькали, почти не оставляя следов в памяти. Ее затянувшийся “полет в бездну” по сути продолжался и прервался лишь один раз на несколько месяцев, когда она полюбила недавно расконвоированного Шевченко Алексея Анисимовича. В 1943 году его забрали на фронт, где он через несколько месяцев погиб, а она родила девочку по имени Тереза (в доме Татьяна). Ребенок рос в тюремном бараке, она же кантовалась в санчасти до освобождения в 1955 году. Замужем она побывала еще дважды: в 1954 – 1959 годах за Булгаковым Иваном Ивановичем, удочерившим ее младшую дочь<sup>6</sup>, и в 1962 – 1972 го-

дах за Семеновым Семеном Семеновичем, о котором никаких сведений не сообщила.

Среди ее бумаг сохранился один документ, счи-тавшийся в советские годы очень важным:

### ХАРАКТЕРИСТИКА на Серебрякову-Сокольникову Галину Иосифовну 1905 г[ода] рождения

Серебрякова Г. И., отбывая меры наказания, работала при больнице № 10 с 24 августа 1954 года в качестве врача-терапевта. За время своей работы показала себя с положительной стороны. Медицински грамотна, систематически работает над повышением своих знаний. В быту общительна. Принимала активное участие в культурно-массовой работе. За хорошую, добросовестную работу имела от администрации неоднократные благодарности.

Ст[арший] лейтенант Новиков  
Начальник санитарной части  
(подпись неразборчива)<sup>7</sup>

В 1956 году Серебрякову реабилитировали и восстановили в партии. Окрыленная ускоренной реставрацией справедливости, она тут же вернулась к литературной деятельности. Опубликовала трилогию о К. Марксе “Прометей” (“Юность Маркса”, “Похищение огня”, “Вершины жизни”) и роман “Предшествие” о жизни Ф. Энгельса, довольно сдержанные, подчас не совсем достоверные воспоминания и автобиографический роман “Смерч” — труд из разряда “ссыльнокаторжной беллетристики”, по выражению В. О. Ключевского, построенный на принципах социалистического реализма. Общий тираж ее книг в 1965 году достиг четырех миллионов экземпляров.

Впоследствии Серебрякова составила краткий пе-речень доставшихся ей бедствий: семь с половиной лет тюрьмы, десять лет дальних лагерей, два с половиною года ссылки. Выпавшие на ее долю невзгоды не изменили ее мировоззрение. По сути до последнего дня своей жизни (30 июня 1980 года), она ненавидела любые проявления либерализма, не допускала никаких сомнений в коммунистических иллюзиях и догмах и сохраняла верность партии, переломавшей судьбы и ее самой, и ее близких.

В. Д. Тополянский

### Примечания

1. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 1. Д. 540. Л. 2 – 12.
2. Декреты советской власти. Т. Х. С. 180 – 182.
3. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 2. Д. 5. Л. 44.
4. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 2. Д. 5. Л. 50 – 72.
5. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 2. Д. 5. Л. 57.
6. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 2. Д. 41. Л. 1.
7. РГАЛИ. Ф. 2594. Оп. 1. Д. 80. Л. 1.

Председателю Комиссии партийного контроля  
тov. Н. И. Ежову

Уважаемый товарищ!

Я не знаю причины ареста Сокольникова, но я знаю что раз партия так решила, то он этого заслуживает. Каким бы неожиданным и страшным ударом это не явилось лично для меня, я как член партии могу только так реагировать, как меня учит партия. Я вступила в партию в 1919 г., 14 лет, задолго до того, как вышла замуж и всегда боролась за партийную линию, за свое лицо, за свою полезность для партии. То что случилось с Сокольниковым, явилось для меня совершенно неожиданным. Доверье Ц. К., кандидатом в члены которого он был, служило в моих глазах гарантией политической честности. Я сошлась с ним 19 лет. Он старался держать меня вдали от своих политических дел, если же я ставила вопросы ребром, отвечал на них так, что это не вызывало моих сомнений. Насколько я не была посвящена в его дела, говорит пример истории с организацией встречи Бухарина с Каменевым, о которой я узнала не от него, а на партсобрании уже после пленума. Нужно ли рассказывать о том какую брешь нанес этот факт в наши отношения. Его довод был тот, что политический деятель не может посвящать жену в свои дела. Жили мы трудно, чему показателем служит то, что в 1932 году я развелась с ним официально в ЗАГС'е. Причины не были политические, иначе я тотчас же сообщила их партии, но причины были и не число личные. Не было ни ревности, ни любви к кому-бы то ни было на стороне. Было непонимание, отчужденность, неверье без определенных причин с моей стороны, замкнутость его, доводившая меня до крайнего раздражения и мук. После долгого фактического разрыва мы сошлись когда он работал в НКВД и постоянно доказывал мне что искренен во всем и ему все во всем верят. Наши отношения стали несколько лучше. У нас родилась дочь, которой нет еще двух лет. Этой зимой отношения, опять-таки в личном плане сильно ухудшились. Я жила полностью своими литературными и общественными делами. Мы видались редко, и еще реже говорили.

Вот очень краткая и неполная история моих отношений с Сокольниковым. Мука моя в том, что я ничего не замечала и не подозревала из того, по-видимому ужасного, что повлекло за собой его арест.

Я знаю, что как человек, живший с ним рядом,зываю к себе недоверие и понимаю что иначе не может быть. Надеюсь что партия даст мне возможность доказать право на доверие и выслушает все, что было со мною. Но как быть теперь. У меня двое детей, младшая совсем маленькая. У меня своя профессия, свое место в жизни, почти готова большая современная книга.

Что же делать?

Галина Серебрякова

Дорогой товарищ Ежов!

Вот уже месяц как моя мама Галина И. Серебрякова арестована в психиатрической больнице имени Кащенко, где она находилась в течение 4 месяцев, а мы ничего о ней не знаем. Как ее здоровье? Даже смеяны белья у нее нет. Я боюсь, как бы у мамы не повторился припадок безумья. Я уверена, что в скором времени ее невиновность будет выяснена, и она вернется к нам, своим детям и к работе на пользу нашей прекрасной родины. Но пока хотя бы видеть ее, передать ей белья.

Умоляю Вас, дорогой товарищ Ежов, не отказать мне в моей просьбе.

Очень, очень прошу ответить.

Пионерка Зоря Серебрякова.

Мой адрес: Карманецкий пер., д. 3, кв. 7; Телефон: 21-40-72

Секретарю ЦК ВКП (б)  
тov. ЕЖОВУ

Направляю Вам заключение врача психиатрической больницы им. Кащенко о СЕРЕБРЯКОВОЙ Г. И.

Зам. народного комиссара  
внутренних дел Союза С.С.Р. — (АГРАНОВ)  
“ ” сентября 1936 г.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

О состоянии больной  
СЕРЕБРЯКОВОЙ Галины Иосифовны,  
находящейся на лечении  
в психиатрической больнице имени Кащенко.

10/IX-1936 г. мною освидетельствована больная СЕРЕБРЯКОВА Г. И., 30 лет, находящаяся в 3 женском отделении больницы им. Кащенко, при чем оказалось:

Больная в прошлом по характеру упрямая, настойчивая, капризная, мнительная. Мнительность временами достигала высоких степеней, так ей казалось, что у нее сифилис, рак и т.д., принимала меры к тому, чтобы не заразить окружающих, выдумывала себе специальную диету, не пила молока и пр. Всегда была очень суеверной, — “несмотря на то, что была коммунисткой”, как говорит больная. Придавала значение приметам, предчувствиям “если разобьется зеркало, или оступлюсь о порог, то в этот день никуда не пойду”, — говорит больная. Были и навязчивые мысли, так наблюдался страх, что внезапно ей нужно будет пойти в уборную, откроется понос в общественном месте, — это мешало общению с людьми. У больной наблюдался специальный ритуал, носящий также навязчивый характер: ходила по одной стороне улицы, до перекрестка не сходила с тротуара и т.д. При этом больная понимала всю нелепость этих своих поступков, но отвязаться от них не могла.

## В. Д. Тополянский

После переживаний, имевших место за последнее время (со слов матери и самой больной) развилось состояние тяжелой депрессии, страхов, боялась, что ее арестуют, ее отравят, все за ней следят, жизнь ее кончена и т.д.

Как говорит больная — “на нее нападало состояние ужаса, после чего не знает, что с ней делалось”.

При поступлении в больницу не ориентирована, на вопросы почти не отвечает, на лице выражение интенсивного страха, временами резкое двигательное возбуждение: размахивает руками, куда-то стремится, принимается драться. При беседе совершенно ясное сознание, ориентирована, несколько депрессивна, хотя адекватно отвечает на шутку, улыбается, бредовых идей не высказывает, галлюцинаций нет, тяготится обстановкой больницы, боится больных, недовольна, что ее одели в больничное белье. Несколько капризна, склонна к тому, чтобы порисоваться, несколько оттенить свое состояние.

На основании изложенного прихожу к заключению, что больная СЕРЕБРЯКОВА Г. И. является психопатической личностью со склонностью к невротическим и истерическим образованиям. Данное ее состояние нужно расценить, как реактивную депрессию с кратковременными состояниями истерического сумеречного изменения сознания.

Больная не страдает психическим заболеванием в узком смысле этого слова и должна быть признана вменяемой и ответственной за свои поступки.

Ст. врач психиатрической больницы имени Кащенко ПОСВЯНСКИЙ

10/IX — 1936 г.

\* \* \*

По свидетельству С. А. Липшица (инженер-химик), прибывшего по этапу в Спасск весной 1949 г.: “В лагере<sup>1</sup> была зона и для женщин, среди них помню Г. Серебрякову, которая, по слухам, прижила там ребенка от какого-то вохровца, репутация по этой части у нее в лагере была невысокая”.

(Минувшее: Исторический альманах. М., 1992, вып. 7, с. 155).

**От редактора.** Из забвения закрытого до недавнего времени архива усилиями д-ра В. Д. Тополянского извлечен заурядный для того времени — 1936 г. — документ, читая который, мы делаемся свидетелями исковерканной судьбы талантливой женщины и ее дочери. Осталось самоуничижительное в своей

преданности партии обращение в наркому Николаю Ежову Г. Серебряковой, которая вместо защиты мужа, уверений в его невиновности или, по крайней мере, несомненной готовности исправиться, печетется только о себе, собственных поведении и невиновности, и трогательное письмо маленькой дочери Зори к Ежову. Грешило судить за слабость — виноваты все те, кто создал и поддерживал такую атмосферу в стране, такой преступный режим, природу которого, находясь в нем, далеко не все были способны понять. Но как расценить заключение психиатра, старшего врача ПБ им. П. П. Кащенко Павла Борисовича Посвянского — директора Института психиатрии в годы войны (1938 — 1944), крупного специалиста по психическим расстройствам при сифилисе головного мозга, которого я лично хорошо знал с самой хорошей стороны? По крайней мере, он горько каялся, что не спас Артура Кронфельда в 1941 г. Не всем дано прочувствовать леденящий ужас тех лет. Но сейчас важно на этом конкретном примере проанализировать, каким должно было быть такое заключение. Оно написано очень грамотно, профессионально, как в отношении констатирующей части, так и диагностической квалификации. Но чисто формально, без малейшего пополнования защитить пациентку своей больницы от молоха власти. Такие пациенты подлежали эскульпации по установкам первого советского руководства по судебной психиатрии Н. П. Бруханского с солидарным предисловием П. Б. Ганнушикина, изданного в 1928 г., которое действовало до начала 1930-х годов.

Ведь не каждый психопат дает реактивную депрессию, тем более с сумеречным состоянием сознания. А такое заключение отправляет человека в ситуацию высокого риска ее повторения. Бросается в глаза, что для автора — а он презентирует тогдашние типовые установки — реактивная депрессия не является психическим заболеванием, невротические и истерические расстройства, даже с транзиторными сумеречными состояниями сознания, также не являются психическими заболеваниями. Можно было бы только спорить, было ли состояние Г. С. Серебряковой психотическим на юридически значимый момент. В любом случае оно — индикатор устойчивости личности к стрессу. Но в ту пору было не до тонкостей. Корректным является заключение, не ограничивающееся квалификацией психического состояния на строго очерченный юридически значимый момент, а указывающее на конкретные риски в условиях отбывания наказания. Кроме того, недопустимы формулировки долженствования: “должна быть признана”, т.к. психиатр ответственен только за свой аспект рассмотрения, а решение о вменяемости и ответственности — прерогатива суда, интегрирующего, наряду с психиатрическим, психологическим, криминологическим и юридическим аспектами.

<sup>1</sup> Спасский инвалидный лагерь примерно на 11 тысяч человек входил в состав Карагандинских лагерей (Карлаг). Там же сидел А. Л. Чижевский — несостоявшийся нобелевский лауреат.

# ХРОНИКА

---

## Приветствие к юбилею двух прославленных московских больниц: 110-летие Преображенской больницы им. В. А. Гиляровского и 80-летие больницы им. П. Б. Ганнушкина

22 мая в Москве в Центральном Доме ученых был отпразднован совместный юбилей психиатрических больниц им. В. А. Гиляровского и П. Б. Ганнушкина. Первая — старейшая в Москве Преображенская больница — насчитывает в своей истории 210 лет помощи душевнобольным, а вторая — 80. Сегодня они превращены в единый комплекс, т.ч. объединение юбиляров вполне естественно.

Приводим выступление президента НПА Ю. С. Савенко, с которым он выступил на торжественном заседании, посвященном юбилею больниц.

Дорогие коллеги!

Поздравляя и приветствуя от имени НПА России новое поколение коллег Преображенской больницы и больницы им. П. Б. Ганнушкина, прославленных в истории отечественной психиатрии, с замечательным юбилеем, я делаю это не как посторонний, а ваши коллега, врачебная и научная деятельность которого тесно связана с больницей им. Ганнушкина в 1963 – 1974 гг., а последние четверть века — с Преображенской больницей, которая была юридическим адресом нашей Ассоциации, и как исследователь истории этих больниц.

Эти больницы и вначале представляли единое целое, а в 1930-годах больница Ганнушкина стала не просто самостоятельной, а уникальным лечебным учреждением с собственным Научно-исследовательским институтом им. П. Б. Ганнушкина в системе Мосгорздравотдела, директором и главным врачом которых был д-р С. В. Крайц. Здесь работали такие выдающиеся психиатры мирового класса как Артур Кронфельд, С. Г. Жислин, С. И. Консторум и др. С. В. Крайц и главный врач Преображенской больницы М. А. Джагаров издавали “Труды Института им. П. Б. Ганнушкина” и “Труды Психиатрической больницы № 1”, равных которым я не знаю. Как ни естественен и необходим процесс всё большей дифференциации, это не отменяет важности тесного сотрудничества с Институтом психиатрии, вопреки анекдотическому предписанию нынешних чиновников построить между ними забор.

Грандиозным вдохновляющим фактором для всех врачей Преображенской больницы и больницы им.

Ганнушкина является знание их истории, внимание к которой отличает недавнего главного врача обеих больниц Георгия Петровича Костюка.

Психиатрия смогла состояться как научная медицина только после снятия цепей с психически больных и устранения полицейского чина в качестве руководителя больницы. В этом существе пинелевской реформы, которая впервые в России состоялась в Преображенской больнице. К слову сказать, В. П. Сербский не пускал полицейских на порог своей клиники. Преображенская больница славится именами В. Ф. Саблера, С. Н. Штейнберга, Н. Н. Баженова, В. А. Гиляровского, Т. И. Юдина, М. А. Джагарова. В ней начинал С. С. Корсаков. В больнице им. П. Б. Ганнушкина я застал замечательных старейших врачей больницы Полину Фридман, Нину Зак, Лидию Лурия, Еву Жислин и Моисея Соломоновича Вольфа, заведующего знаменитым тогда 20-м отделением, в котором я работал три года, и который организовывал в больнице научные конференции высочайшего уровня.

В наши дни, когда вот уже 20 лет проходят организованные нашей ассоциацией открытые клинические разборы, в Преображенской больнице, в больнице им. П. Б. Ганнушкина и больнице им. Н. А. Алексеева, значительно выделяется полным залом, творческой активностью и всевозможными новациями при разборах больных молодой коллектив больницы им. П. Б. Ганнушкина, что служит для нас наиболее обнадеживающим свидетельством сохранения по высокому счету выдающихся традиций отечественной психиатрии.

Мы желаем успеха руководству больницы в трудной работе по объединению стационарной и амбулаторной помощи нашим больным в современных сложных условиях.

## Больница, как и церковь должна быть экстерриториальная для силовых ведомств

Мы еще не забыли Алексаняна на цепи в больнице, как эта история повторилась с приковыванием наручниками к кровати гендиректора Гоголь-центра Алексея Малобродского на основании имеющейся инструкции МВД.

Мы, как врачи, хорошо знаем грандиозную значимость индивидуализации лечения. Индивидуализация — необходимый принцип в любом деле любой профессии, включая судебные распоряжения. Вопиющая нелепость и антигуманность приковывания наручниками к больничной кровати в конкретном

## **Больница, как и церковь должна быть экстерриториальна для силовых ведомств**

случае Малобродского была воспринята обществом и нами как демонстративная жестокость в назидание другим, попытка унизить деятеля культуры вслед за унижением ученых и медиков. Пора потребовать соблюдения старинного принципа экстерриториальности лечебных учреждений для силовых ведомств. В больничных стенах господствуют принципы медицины.

### **Съезд психиатров Республики Беларусь**

17 – 18 мая в Гродно прошел V съезд психиатров и наркологов Республики Беларусь “Современная психиатрия: вызовы, реалии, перспективы”. Съезд ознаменовался тем, что первые доклады были зачитаны российскими психиатрами: П. В. Морозовым “Депрессия и культура: что должен знать психиатр”, О. В. Лиманкиным “Развитие общественно-ориентированной психиатрии в России” и Ю. С. Шевченко “Подростковая инициация: традиции, современность, патология”, а также президентом общества психиатров Грузии Эка Чкония “Концепция и стратегия развития психиатрической помощи в Грузии” и проф. Н. Ващевичем из Польши “Негативные симптомы шизофрении: современная оценка и подходы коррекции”. Доклад президента Белорусского общества проф. О. А. Скугаревского назывался “Органические психические расстройства: о чем обычно не говорят психиатры...”. Эти интересные содержательные доклады задали тон проблематике съезда.

С другой стороны, этот съезд удивительно напоминал советское прошлое и съезды психиатров России, — благостной атмосферой, отсутствием острых тем и дискуссий, а также откровенной символикой: во главе съезда восседали чиновники. Из 10 членов оргкомитета — только 4 врача-психиатра (из последних — только 2 с ученой степенью).

— Официальные языки: русский, польский, английский — куда подевался прописанный в Конституции белорусский язык?

— Среди весьма ограниченного спектра докладов — целых 3 посвящены “применению новых психотерапевтических технологий в условиях ЛТП (тех самых, скандально известных с советских времен “наследников ГУЛАГа” — “лечебно-трудовых профилакториев”, куда “упекали” “неблагонадежных” граждан без суда и следствия...)

Это советское наследие все еще живо за вычетом превосходно налаженной системы бесплатной медицинской помощи.

### **Приход/уход как критерий эффективности труда для научных работников**

В Московском НИИ психиатрии, теперь филиале Центра им. В. П. Сербского, на основании то ли того,

что это “режимное учреждение”, то ли просто казарменного стиля, введена система дактилоскопии в отношение прихода и ухода сотрудников в качестве критерия их служебной деятельности, словно вернулись андроповские времена, и словно забылся почти столетний опыт знаменитой “доктрины человеческих отношений” на производстве, принадлежащей кстати американскому психиатру Мейо, которая показала, что там, где позволяет производственный цикл, широкая либерализация всех установлений приносит ощущимый позитивный эффект.

### **Отпор дали не врачи-депутаты Думы, у них конфликта интересов не было**

Дума по-армейски дисциплинировано, следуя завету правящей партии “Дума не место для дискуссий”, проголосовала за очередной “закон подлецов”, как его сразу обозначили в народе. Показательно, что все 19 врачей из числа думского большинства проголосовали за невообразимо грубо противоречащий их профессии законопроект об антисанкциях, содержащий запрет на закупки ряда незаменимых лекарств. Логика этого закона повторяет логику предыдущего закона об антисанкциях — запрета на усыновление детей иностранцами, причем больных детей. Мол, в ответ на ваши санкции мы сами себе сделаем еще хуже, и это из-за вас — характерная для детей инфантильная демонстративная реакция. Вот только не сами себе, а населению. Переадресовать возмущение на западных супостатов с их санкциями — вполне рациональный расчет. Для нас, как психиатров, особенно болезненно, что среди этих 19, по свидетельству целой серии изумленных телефонных звонков, оказался наш коллега проф. Н. В. Говорин из Читы. Под влиянием всеобщего возмущения, даже министерство здравоохранения РФ выступило против этой инициативы охотнорядцев.

### **Выхолащивание медицинской этики в аптеках**

Жёсткий прокурорский контроль московских аптек в начале года, угрожавший увольнениями, привел к лавине жалоб, в частности и в НПА, на совершенно солдафонский стиль отказов выдать срочно требующиеся лекарства даже по рецептам не только при опоздании хотя бы на день по уважительной причине, но даже в случаях, когда в рецепте не зачеркнут один из сроков действия рецептов: 10 дней — 2 месяца — год. На возглас — “Так вычеркните сами!” следует: “Нет, идите к врачу”.

### **Антипсихиатрическая выставка**

Очередная антипсихиатрическая выставка, организованная Гражданской комиссией по правам человека, проходила с 28 апреля по 28 мая на Старом Арбате. Превосходная иконография сопровождалась грубо тенденциозными подписями, рассчитанными на совершенно неосведомлённого посетителя.

Но главное, что бросалось в глаза — нелепо грубый антиамериканизм выставки. Только один отечественный ученый удостоился места среди — если верить подписям — сузих извергов, десятков выдающихся американских психиатров. И это — Иван Петрович Павлов.

На одном из центральных стендов крупно начертано доказательство американского злодейства — грандиозное увеличение финансирования на психиатрию в США! Мы помним, как министр здравоохранения М. Ю. Зауборов сознательно принял делегацию антипсихиатров, именующих себя “Гражданской комиссией по правам человека”, с петицией — уменьшить финансирование на психиатрию. Нынешняя “реформа” осуществила это. Похоже, что выставку патронируют спецслужбы, а ее устройство превращено в орудие пропаганды.

### **Отрадная экспертиза Центра им. В. П. Сербского в безнаказанном провокаторском половодье**

Если в начале 1990-х провокаторские приемы (подбрасывание наркотиков, патронов, запрещенной литературы, меченых денег, принуждение задержанных срочно вызывать приятелей с “дозой” и т.п.) были сравнительно редким оперативным приемом, то в новом веке это стало расхожим методом. Если в 90-е академик Э. А. Бабаян отрекался от причастности к практике признавать дозы, не вызывающие наркотический эффект, уголовно-наказуемыми, то в 2003 г. была создана служба ФСКН, которая по законам Паркинсона начала работать на себя, в десятки раз завышая показатели конфискованных наркотиков и их потребителей. Если поначалу для этого было достаточно даже пыли наркотика в кармане, вскоре в качестве наркотика начал фигурировать пищевой мак, т.к. в нем всегда имеется ничтожная сорная примесь маковой соломки, сотые доли процента — та же пыль. Звездный час ФСКН был, видимо, в 2015 г., когда ее руководитель В. П. Иванов фактически сопредседательствовал на съезде психиатров России и был объявлен руководителем профилактического направления наркологии, а председатель съезда — помощник министра здравоохранения Т. В. Клименко — прочла скороспелый доклад об успешной ликвидации метадоновых программ в Крыму, не дожидаясь полноценного катамнеза. С 2010 г. до сих пор тянутся позорное

“маковое дело” в отношении эксперта заслуженного ученого зав. лаборатории НИИ сельского хозяйства в Пензе Ольги Зелениной (читайте ее интервью в газете “Троицкий вариант — Наука”, № 4, 2018). Уже нет ФСКН, и госстандарты по пищевому маку изменены, проведено 254 экспертизы, а судебное дело против Зелениной тянется до сих пор. Президент РАН акад. Александр Сергеев, комментируя это дело, подчеркнул: “Объективный взгляд ученого-профессионала аполитичен, т.к. направлен в сторону истины”. Это не троюзм в наше время, когда возвращается тотальная политизация в качестве одномерно доминирующего принципа. В распоряжении властей широкий набор доносителей, экспертов, законодателей и судей, которые политической деятельностью называют критические замечания в адрес властных структур и сомнения в качестве преобладающих в нашей лечебной практике дженериков, вплоть до судебного преследования, как было недавно в деле общества инвалидов-диабетиков.

И она уже вернулась в наглой провокации Петрозаводского следственного комитета опорочить историка Юрия Дмитриева за вскрытие им массовых захоронений — преступления преступной власти. Неуклюжим поводом для преследования стал незаконно похищенный материал из личного компьютера, лживо истолкованный, для диффамации как можно более постыдным образом, как детское порно. Все это не смутило суд, не послужило отказу в возбуждении дела, хотя на поверхности была попытка пресечь разоблачения преступлений сталинского режима. В условиях, когда возбужденное дело разваливалось и вызвало бурное общественное возмущение, следствие обратилось к привычной палочке-выручалочке — судебно-психиатрической экспертизе. Но на этот раз собственная профессиональная репутация Центру им. В. П. Сербского, куда был направлен Дмитриев, оказалась, несомненно, дороже. Дмитриев отметил корректное обращение с ним в Центре, а эксперты не оправдали надежд следствия.

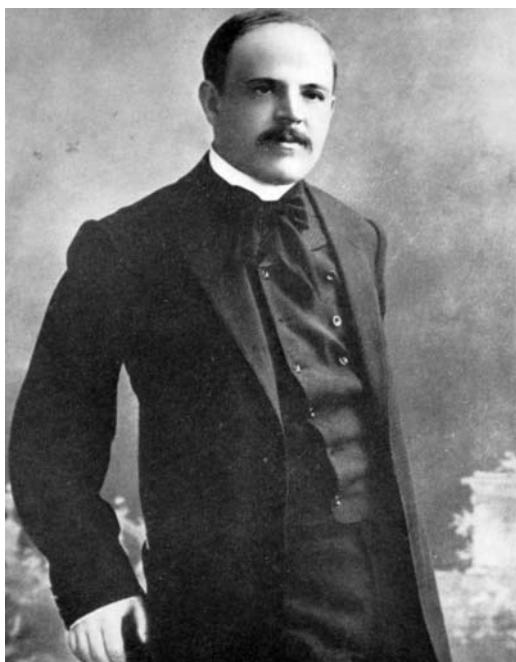
К сожалению, это нетипичный случай. Обычна демонстративная неподсудность произвола следствия, которое манипулирует материалами дела, свидетелями, экспертами, формулировками вопросов к ним и мотивами подэкспертного. Нам памятна, как судьба человека, привлеченного судом по заявлению тещи и тестя: “зять брал нашу внучку на колени и играл с ней!” — частый бредовой сюжет старческого бреда — была решена судебным экспертом-психологом, усмотревшим в рисунке кошки с поднятым хвостом достаточное основание для обвинения. На частый с подковыкой вопрос судей, как мы объясняем свою критику СПЭ заключений Центра им. В. П. Сербского, чем обусловлены их ошибки, мы обычно ссылаемся на чрезвычайную перегруженность экспертов. В мае 2018 г. штат судебных психиатров Центра им. Сербского был сокращен наполовину.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

К 145-летию Х. Н. Бялика

Хаим Нахман Бялик

## Сказание о погроме



Хаим Нахман Бялик (1873 – 1934) — самый выдающийся, гениальный по выражению Максима Горького, еврейский поэт. Как многие “отцы-основатели” и национальные герои Израиля, Бялик родился в Российской империи, в деревне Рады Житомирского уезда Волынской губернии, семи лет лишился отца и жил у деда-тальмудиста в Житомире. Получил еврейское религиозное образование, самостоятельно выучил русский язык, в 17 лет уехал в Одессу, после полугода нищеты был принят в литературную еврейскую среду Одессы, в 1902 г. выпустил первый сборник стихов, стал соучредителем издательства “Мория”, закрытого советскими властями в 1921 г. Мужем сестры его жены был Ян Гамарник. По ходатайству Горького и личному разрешению Ленина Бялик эмигрировал в Берлин, а оттуда в 1924 г. в Тель-Авив. В 1933 и 1934 гг. номинировался на Нобелевскую премию по литературе. Переводил на иврит Шекспира, Сервантеса, Шиллера. На его стихи написаны романсы и песни. Стихи Бялика переводили Вячеслав Иванов, В. Брюсов, Ф. Сологуб, Ю. Балтрушайтис, В. Ходасевич.

Поэма “Сказание о погроме” (“Bair ha-Haregeh” — “В граде избиения”, 1906) написана на основании личных исследований прогремевшего на весь мир кишиневского погрома (1903). На русском языке она появилась в переводе Владимира Жаботинского при участии самого автора в 1911 г. — эпохи Серебряного века отечественной культуры. Один из идеальных вождей Серебряного века, самый наш выдающийся философ — Владимир Соловьев “был едва ли не первым в России глубоким и бескомпромиссным критиком антисемитизма”. После публикации “Сказания о погроме” произведения Бялика не издавались отдельной книгой более 80 лет. Не случайно переводчиком этой поэмы был В. Жаботинский (1880 – 1940) — писатель и общественный деятель, сыгравший ключевую роль в переселении евреев в Палестину и создании государства Израиль.

### Сказание о погроме

...Встань, и пройди по городу резни,  
И тронь своей рукой, и закрепи во взорах  
Присохший на стволах и камнях и заборах  
Остылый мозг и кровь комками; то — они.  
Пройди к развалинам, к зияющим проломам,  
К стенам и очагам, разбитым словно громом:  
Вскрывая черноту нагого кирпича,  
Глубоко врылся лом крушительным тараном,  
И те пробоины подобны черным ранам,  
Которым нет целеня и врача.  
Ступи — утонет шаг: ты в пух поставил ногу,  
В осколки утвари, в отрепья, в клочья книг:  
По крохам их копил воловий труд — и миг,  
И все разрушено...  
И выйдешь на дорогу —  
Цветут акации и льют свой аромат,  
И цвет их — словно пух, и пахнут словно кровью.  
И на зло в грудь твою войдет их сладкий чад,  
Маня тебя к весне, и жизни, и здоровью;  
И греет солнышко, и, скорбь твою дразня,  
Осколки битого стекла горят алмазом —  
Все сразу Бог послал, все пировали разом:  
И солнце, и весна, и красная резня!  
Но дальше. Видишь двор? В углу, за той клоакой,  
Там двух убили, двух: жида с его собакой.

На ту же кучу их свалил один топор,  
 И вместе в их крови свинья купала рыло.  
 Размоет завтра дождь вопивший к Богу сор,  
 И сгинет эта кровь, всосет ее простор  
 Великой пустоты бесследно и уныло —  
 И будет снова все попрежнему, как было...  
 Иди, взберись туда, под крыши, на чердак:  
 Предсмертным ужасом еще трепещет мрак,  
 И смотрят на тебя из дыр, из теней черных  
 Глаза, десятки глаз безмолвных и упорных.  
 Ты видишь? То они. Вперяя мертвый взгляд,  
 Теснятся в уголке, и жмутся, и молчат.  
 Сюда, где с воем их настигла стая волчья,  
 Они в последний раз прокрались — оглянуть  
 Всю муку бытия, нелепо-жалкий путь  
 К нелепо-дикому концу, — и жмутся молча,  
 И только взор корит и требует:  
 За что? — И то молчанье снести лишь Бог великий  
 в силах!..

И все мертвое кругом, и только на стропилах  
 Живой паук: он был, когда свершалось **то**, —  
 Спроси, и проплынут перед тобой картины:  
 Набитый пухом их распоротой перины  
 Распоротый живот — и гвоздь в ноздре живой;  
 С пробитым теменем повешенные люди;  
 Зарезанная мать, и с ней, к остылой груди  
 Прильнувший губками, ребенок: — и другой,  
 Другой, разорванный с последним криком “мама!”  
 И вот он — он глядит, недвижно, молча, прямо  
 В Мои глаза и ждет отчета от Меня...  
 И в муке скорчишься от повести паучьей,  
 Пронзит она твой мозг, и в душу, ледяна,  
 Войдет навеки Смерть... И, сытый пыткой жгучей,  
 Задушишь рвущийся из горла дикий вой  
 И выйдешь — и земля все та же, — не другая,  
 И солнце, как всегда, хохочет, изрыгая  
 Свое ненужное сиянье над землей...  
 И загляни ты в погреб ледяной,  
 Где весь табун, во тьме сырого свода,  
 Позорил жен из твоего народа —  
 По семеро, по семеро с одной.  
 Над дочерью свершалось семь насилий,  
 И рядом мать хрюпела под скотом:  
 Бесчестили пред тем, как их убили,  
 И в самый миг убийства... и потом.  
 И посмотри туда: за тою бочкой,  
 И здесь, и там, зарывшился в сору,  
 Смотрел отец на то, что было с дочкой,  
 И сын на мать, и братья на сестру,  
 И видели, выглядывая в щели,  
 Как корчились тела невест и жен,  
 И спорили враги, делясь, о теле,  
 Как делят хлеб, — и крикнуть не посмели,  
 И не сошли с ума, не поседели  
 И глаз себе не выкололи вон  
 И за себя молили Адоная!

И если вновь от пыток и стыда  
 Из этих жертв опомнится иная —  
 Уж перед ней вся жизнь ее земная  
 Осквернена глубоко навсегда;  
 Но выползут мужья их понемногу —  
 И в храм пойдут вознести хваленья Богу  
 И, если есть меж ними **коганим**,  
 Иной из них пойдет спросить раввина:  
 Достойно ли его святого чина,  
 Чтоб с ним жила **такая**, — слышишь? с ним!  
 И все пойдет, как было...  
 И оттуда  
 Введу тебя в жилья свиней и псов:  
 Там прятались сыны твоих отцов,  
 Потомки тех, чей прадед был Иегуда,  
 Лев Маккавей, — средь мерзости свиной,  
 В грязи клоак с отбросами сидели,  
 Гнездились в каждой яме, в каждой щели —  
 По семеро, по семеро в одной...  
 Так честь Мою прославили превыше  
 Святых Небес народам и толпам:  
 Рассыпались, бежали, словно мыши,  
 Попрятались, подобные клопам,  
 И околели псами...  
 Сын Адама,  
 Не плачь, не плачь, не крой руками век,  
 Заскрежеци зубами, человек,  
 И сгинь от срама.  
 Но ты пойдешь и дальше. Загляни  
 В ямской сарай за городом у сада —  
 Войди туда. Ты в кипице резни.  
 В угрюмой тьме коробится громада  
 Возов, колес, оглоблей там и тут —  
 И кажется зловещим стадом чуд:  
 То словно спят вампиры-великаны,  
 До устали пресыщены и пьяны  
 От оргий крови. Ссохся и прирос  
 Мозг отверделый к спицам тех колес,  
 Протянутых, как пальцы, что, напружась,  
 Хотят душить. Кровавое, в дыму,  
 Заходит солнце. Вслушайся во тьму  
 И в дрожь бездонной тайны: ужас, ужас  
 И ужас бесконечно и навек...  
 Он здесь разлит, прилип к стенам досчатым,  
 Он плавает в безмолвии чреватом —  
 И чудится во мгле из под телег  
 Дрожь судорог, обрубки тел живые,  
 Что корчается в безмолвной агонии, —  
 И в воздухе висит последний стон —  
 Бессильный голос муки предконечной —  
 Вокруг тебя застыл и реет он,  
 И смутной скорбью — скорбью вековечной  
 Кругом дрожит и бродит тишина...  
 Здесь Некто есть. Здесь рыщет Некто черный —  
 Томится здесь, но не уйдет, упорный;  
 Устал от горя, мощь истощена,

## Хаим Нахман Бялик

И ищет он покоя — нет покоя;  
И хочет он рыдать — не стало чем,  
И хочет взвыть он бешено — и нем,  
Захлебываясь жгучею тоскою;  
И, осеня крылами дом резни,  
Свое чело под крылья тихо прячет,  
Скрывает скорбь очей своих, и плачет  
Без языка...

...И дверь, войдя, замкни,  
И стань во тьме, и с горем тихо слейся,  
Уди в него, и досыта напейся  
И на всю жизнь им душу наводни,  
Чтоб, дальше — в дни, когда душе уныло  
И гаснет мощь — чтоб это горе было  
Твоей последней помошью в те дни,  
Источником живительного яда, —  
Чтоб за тобою злым кошмаром ада  
Оно ползло, ползло, вселяя дрожь;  
И понесешь в края земного шара,  
И будешь ты для этого кошмара  
Искать имен, и слов, и не найдешь...

Иди на кладбище. Тайком туда пройди ты,  
Никем не встреченный, один с твоей тоской;  
Пройди по всем буграм, где клочья тел зарыты,  
И стань, и воцарю молчанье над собой.  
И сердце будет ныть от срама и страданий —  
Но слез тебе не дам. И будет зреть в гортани  
Звериный рев быка, влекомого к костру, —  
Но я твой стон в груди твоей запру...  
Так вот они лежат, закланые ягнята.  
Чем Я воздам за вас, и что Моя расплата?!

Я сам, как вы, бедняк, давно, с далеких дней —  
Я беден был при вас, без вас еще бедней;  
За воздаянием придут в Мое жилище —  
И распахну Я дверь: смотрите. Бог ваш — нищий!.

Сыны мои, сыны! Чьи скажут нам уста,  
За что, за что, за что над вами смерть нависла,  
Зачем, во имя чье вы пали? Смерть без смысла,  
Как жизнь — как ваша жизнь без смысла прожита...  
Где ж Мудрость вышняя, божественный Мой Разум?  
Зарылся в облаках от горя и стыда...  
Я тоже по ночам невидимо сюда  
Схожу, и вижу их Моим всезрящим глазом,  
Но — бытием Моим клянусь тебе Я сам —  
Без слез. Огромна скорбь, но и огромен срам,  
И что огромнее — ответь, сын человечий!  
Иль лучше промолчи... Молчи! Без слов и речи  
**Им** о стыде Моем свидетелем ты будь  
И, возвратясь домой в твое родное племя,  
Снеси к ним Мой позор и им обруши на темя.  
И боль Мою возьми и влей им яdom в грудь!  
И, уходя, еще на несколько мгновений  
Помедли: вокруг тебя ковер травы весенней,  
Росистый, искрится в сияньи и тепле.  
Сорви ты горсть, и брось назад над головою.

И молви: Мой народ стал мертвою травою,  
И нет ему надежды на земле.

И вновь пойди к спасенным от убоя —  
В дома, где молится постящийся народ.  
Услышишь хор рыданий, стона, воя,  
И весь замрешь, и дрожь тебя возьмет:  
Так, как они, рыдает только племя,  
Погибшее навеки — навсегда...  
Уж не взойдет у них святое семя  
Восстания, и мщенья, и стыда,  
И даже злого, страстного проклятья  
Не вырвется у них от боли ран...  
О, лгут они, твои родные братья,  
Ложь — их мольба, и слезы их — обман.  
Вы бьете в грудь, и плачете, и громко  
И жалобно кричите Мне: грешны...  
Да разве есть у праха, у обломка,  
У мусора, у падали вины?  
Мне срам за них, и мерзки эти слезы!  
Да крикни им, чтоб грянули угрозы  
Против Меня, и неба, и земли, —  
Чтобы, в ответ за муки поколений,  
Проклятия взвилися к горней сени  
И бурею престол Мой потрясли!  
Я для того замкнул в твоей гортани,  
О человек, стенание твое:  
Не оскверни, как **те**, водой рыданий  
Святую боль святых твоих страданий,  
Но сбереги нетронутой ее.  
Лелей ее, храни дороже клада  
И замок ей построй в твоей груди,  
Построй оплот из ненависти ада —  
И не давай ей пищи, кроме яда  
Твоих обид и ран твоих, и жди.  
И вырастет взлелянное семя,  
И жгучий даст и полный яду плод —  
И в грозный день, когда свершится время,  
Сорви его — и брось его в народ!

Уйди. Ты вечером вернись в их синагогу:  
День скорби кончился — и клонит понемногу  
Дремота. Молятся губами кое-как,  
Без сердца, вялые, усталые от плача:  
Так курится фитиль, когда елей иссяк,  
Так ташится без ног заезженная кляча...  
Отслужено, конец. Но скамьи прихожан  
Не опустели: ждут. А, проповедь с амвона!  
Ползет она, скрипит, бесцветно, монотонно,  
И мажет притчами по гною свежих ран,  
И не послышится в ней Божиего слова,  
И в душах не родит ни проблеска живого.  
И паства слушает, зевая стар и млад,  
Качая головой под рокот слов унылых:  
Печать конца на лбу, в пустынном сердце чад,  
Сок вытек, дух увял, и Божий взор забыл их...  
Нет, ты их не жалей. Ожгла их больно плеть —  
Но с болью свыклися, и сжились с позором,

Чреспур несчастные, чтоб их громить укором,  
Чреспур погибшие, чтоб их еще жалеть.  
Оставь их, пусть идут — стемнело, небо в звездах.  
Идут, понуры, спать — спать в оскверненных гнездах,  
Как воры, крадутся, и стан опять согбен,  
И пустота в душе бездоннее, чем прежде;  
И лягут на тряпье, на сброшенной одежде,  
Со ржавчиной в костях, и в сердце гниль и тлен...

А завтра выйди к ним: осколки человека  
Разбили лагери у входа к богачам,  
И, как разносчик свой выкрикивает хлам,  
Так гоноят они: “Смотрите, я — калека!  
Мне разрубили лоб! Мне руку до кости!”  
И жадно их глаза — глаза рабов побитых —  
Устремлены туда, на руки этих сытых,  
И молят: “Мать мою убили — заплати!”

Эй, голь, на кладбище! Отройте там обломки  
Святых родных костей, набейте вплоть котомки  
И потащите их на мировой базар  
И ярко, на виду, расставьте свой товар:  
Гнусавя нараспев мольбу о благости, о  
Молитесь, нищие, на ветер всех сторон  
О милости царей, о жалости племен —  
И гнийте, как поднесь, и клянчите, как поныне!..

Что в них тебе? Оставь их, человече,  
Встань и беги в степную ширь, далече:  
Там, наконец, рыданьям путь открои,  
И бейся там о камни головой,  
И рви себя, горя бессильным гневом,  
За волосы, и плачь, и зверем вой —  
И выюга скроет вопль безумный твой  
Своим насмешливым напевом...

## Иван Франко



Иван Франко (1856 – 1916) — классик украинской литературы, ученый и общественный деятель в Королевстве Галиции и Лодомерии Австро-Венгерской империи, писал на украинском, польском, немецком и русском языках. Перевел на украинский язык “Фауст” Гете и русскую классику. Автор многих романов, стихотворных сборников, научных и публицистических работ, долгое время сторонник М. Драгоманова (украинский социализм), трижды побывал в тюремном заключении. Учился во Львовском и Венском университетах. Общался с Томашем Масариком, Теодором Герцлем, Артуром Шницлером, Германом Баром, переписывался с Элизой Ожешко. Его творчество издано в 50 томах и перевodилось на многие языки, на русский его переводила Анна Ахматова. В 1915 г.

номинировался на Нобелевскую премию. Апогеем его поэтического творчества была поэма “Моисей”.

Мы помещаем здесь стихотворение из цикла “Еврейские мелодии”, которое выразительно не только своим содержанием, но и тем, что его написал литературный классик Украины, страны, где было вырезано с редкой жестокостью по 300 тыс. евреев и в Хмельницчину (1648 – 1654), и в Гражданскую войну (1918 – 1922), и где в Бабий Яр (в котором в 1941 г. одних евреев было расстреляно более 100 тыс.) гнали и полициаи, и где регулярно подвергается кощунству Мемориал Памяти, но где все крупные поэты воздали должное еврейскому народу.

## Ассимиляторам

Евреев согнуть, переплавить  
Хотели бы вы и увлечь  
Безумием вашим — заставить  
Забыть нашу веру и речь.

А знаете вы, что за сила  
В той вере, в той речи живой?  
Она сквозь века нас водила,  
Как в сумраке Столп огневой.

То щит наш под вражьим ударом,  
То связь, что никто не порвёт,  
То Якова сила — недаром  
В ней праотца сердце живёт.

## Иван Франко

Тот Яков, что с ангелом бился  
Всю ночь, от борьбы не устав, —  
И в старости он не смущился,  
Царю полумира представ.

Когда, от лица фараона,  
Иосиф Египтом владел,  
Отца его видеть у трона  
Египетский царь захотел.

Явились в попонах мохнатых  
Туда, где рубин и сапфир,  
Двенадцать верблюдов горбатых,  
Ступая на гладкий порфир.

И возле египетских статуй,  
Пустой устремляющих взор,  
Раскинули свой полосатый  
Сыны патриарха шатёр.

За Яковом старым почтенно  
Шлёт свиту свою фараон.  
Ты должен — те мольят надменно —  
Отвесить владыке поклон!

Ответил он гордо и строго,  
Высокий, как пальма, прямой:  
Привык поклоняться я Богу —  
Владыка Он истинный мой!

Пошли к фараону, сказали.  
Нахмурился царь, побелел,  
И в низком и сумрачном зале  
Он трон свой поставить велел.  
— Туда старика отведите!  
Согнётся нечаянно он  
Под притолокой — и глядите,  
Как сам он отвесит поклон!

Идёт патриарх наш, упругий,  
Как ветвь, не дивясь ничему.  
Ведут его царские слуги,  
И дверь отворяют ему.

Но он, им не веря заране,  
Ладонь свою к сердцу прижал.  
Смеются в душе египтяне...  
Вдруг каменный двор задрожал:

Отклинулся Бог наш единий,  
Когда к нему Яков воззвал,  
И стену, как нить паутины,  
Десницей своей разорвал.

Сквозь грохот и пыль, и сиянье,  
Молитву беззвучно творя,  
Седой патриарх наш, в молчанье,  
Приблизился к трону царя.

И с трона сойдя золотого,  
Склонившись, сказал фараон:  
Великий твой Бог! — и ни слова  
Не мог больше вымолвить он.

Узнайте предание это  
Вы все, кто нас хочет согнуть!  
Народ увести от Завета,  
Толкнуть на нехоженый путь!

Не думайте, что ослабела  
Рука, для которой стена  
Гордыни людской без предела —  
Как нить паутины она!

1889 г.

Перевод Ханоха Дащевского

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

*Ясперс Карл.* Великие философы. Книга 1. Задающие меру люди. М., 2018.

*Власова О. А.* Карл Ясперс. Путь философа. СПб., 2018.

*Люкинсон П.* Спиноза. Разоблачение мифа. ЖЗЛ. М., 2018.

*Блан Шарль де.* Кьеркегор. М., 2018.

\* \* \*

*Баховен Иоганн Якоб.* Матриархат. М., 2018.

*Шмитт Карл.* Диктатура. М., 2018.

*Хомский Ноам.* Оптимизм вопреки отчаянию. (сб. интервью). М., 2018.

*Каретникова Анна.* Маршрут. Общественный контроль за местами лишения свободы — 8 лет без права остановки. М., 2017.

\* \* \*

*Юханисон Карин.* История меланхолии. М., 2018.

*Мангель Альберто.* Curiositas. Любопытство. СПб., 2017.

*Бреддок Джон.* Думай, как шпион. Как принимать решение в критических ситуациях. М., 2018.

*Стейнマイер Джим.* Исчезающий слон, или как иллюзионисты изобрели невозможное. М., 2018.

*Манкузо Стефано, Виола Александра.* О чем думают растения. М., 2018.

*Жэнгра Ив.* Ошибки в оценке науки. М., 2018.

\* \* \*

*Митрополит Антоний Сурожский.* Красота и уродство. Беседы об искусстве и реальности. М., 2017.

*Садков В.* Самый ранний Рембрандт: открытие картин из цикла “Пять чувств”. М., 2018.

*Сурина Т. Н.* Андрей Белый и Густав Шпет: два взгляда на театральное творчество. М., 2018.

*Бергман Ингмар.* Шепоты и крики моей жизни. М., 2018.

*Подорога В.* Nature Morte. Стой произведения и литературы Н. Гоголя. М., 2018.

\* \* \*

*Баюк Дм. (ред.-сост.).* Люди мира. Русское научное зарубежье. М., 2018.

*Гольдин С.* Русская армия и евреи. 1914 – 1917. М., 2018.

*Троцкий Лев.* Туда и обратно. М., 2018.

*Бирштейн В. Я.* Смерш. Секретное оружие Сталина. М., 2018.

*Симкин Лев.* Его повесили на площади победы. М., 2018.

\* \* \*

*Хлебников Велимир.* Степь отпоет. М., 2018. (наиболее полное издание).

*Воннегут Курт.* Здорово, правда? Бесполезные советы. Напутственные советы выпускникам. М., 2018.

Поэзия перевода. Избр. переводы Ханоха Дашевского. М., 2018.

*Оруэлл Джордж.* Фунты лиха в Париже и Лондоне. Дорога на Унган-Пирс. М., 2018.

# ABSTRACTS

---

---

## About mathematics in the scientific status of psychiatry

*Yu. S. Savenko*

The task of the work is to clarify the problem of the place of mathematics in psychiatry and to show modern errors in its application at different stages of research and treatment of patients. To overcome the errors, balance and competition of different approaches are necessary, even within the framework of a separate study.

**Keywords:** mathematization of psychiatry, errors in mathematization, mathematical models of multilayered sciences.

## Sexual and platonic erotomania in the structure of endogenous psychoses (clinic, dynamics, prognosis)

*A. A. Shmilovich, T. A. Fainshtein*

A clinical-psychopathological study of 98 patients made it possible to establish a connection between the plot features of erotic delirium and the structure of the syndrome. Sexual erotomania is more typical for women and is accompanied by suicidal and heteroaggressive activity.

**Keywords:** erotomania, love delirium, delirium of sexual influence, heteroaggressive and suicidal behavior.

## Three faces of psychiatry: ethnographic, transcultural and anthropological (Ending)

*Josef Zislin (Jerusalem, Israel)*

This paper traces the significance of using of the principals of applied anthropology for the theoretical and clinical psychiatry. Two different approaches are presented.

First, anthropological psychiatry and second anthropology of psychiatry. These different types makes it possible to better understanding of everyday psychiatric practice (for example: unconscious using by psychiatrists of emic and etic approaches in diagnostic practice, moral panics among physicians and hyper diagnosis of different psychiatric conditions). Based upon this methodology tree different types of transcultural syndromes — local, “crash syndrome” and mixed syndromes are described. Finally, we believe that the application of set of anthropological research pathways will allow to construct a correct typology of transcultural syndromes.

**Keywords:** anthropological psychiatry, transcultural syndromes, emic, etic, moral panics, ostension.

## Does the Constitution of the Russian Federation comply with Part 1 of Article 435 of the Code of Criminal Procedure?

*Yu. N. Argunova*

The author considers the Resolution of the Constitutional Court of the Russian Federation of May 24, 2018 No. 20-P, which revealed the constitutional-legal sense of Part 1 of Art. 435 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation, and defines the tasks facing the federal legislator to improve the legal regulation of the placement of persons in custody in a psychiatric hospital when establishing the presence of a mental illness. The court practice on the application of part 1 of article 435 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation is analyzed.

**Keywords:** Article 435 of the Code of Criminal Procedure of the Russian Federation; transfer to a psychiatric hospital of a person in custody.