

*ISSN 1028-8554*

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

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**III**

**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 21.09.2018. Подписано в печать 28.09.2018. Формат 60×84  $\frac{1}{8}$ .  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Заказ № 2018-3-IPA.

Цена свободная

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

---

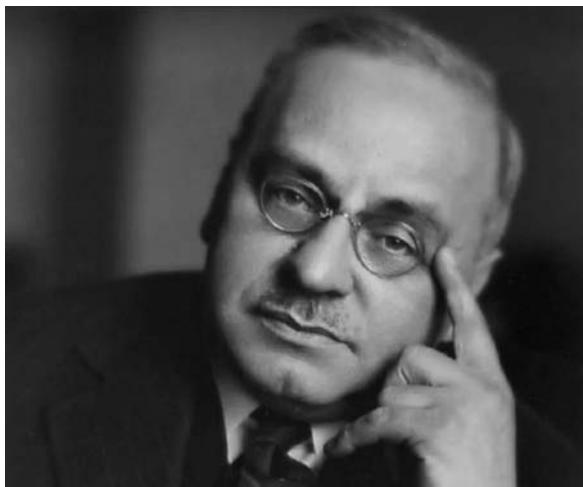
# СОДЕРЖАНИЕ

АЛЬФРЕД АДЛЕР . . . . .	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Биопсихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность — Ю. С. Савенко . . . . .	8
Теории “слоев” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпрангера — Н. Ю. Пятницкий . . . . .	14
Этические проблемы отношения к старости в здравоохранении — И. В. Силуянова, Л. Е. Пищикова . . . . .	24
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Хенрикус Корнелиус Рюмке. Противоречия в понятии шизофрении (1960) . . . . .	31
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
“Доброкачественная” шизофрения. Надо ли лечить пациентку? — А. А. Шмилович, Т. Е. Ободзинская . . . . .	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар по исковому заявлению ... прокурора? — Ю. Н. Аргунова . . . . .	52
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Каковы критерии длительности принудительного лечения? . . . . .	56
Что это, если не карательная психиатрия? . . . . .	64
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Особенности психологической работы с религиозными переживаниями психотического клиента — Е. М. Леонтьева . . . . .	67
XXIII Консторумские чтения “Тело и психика — взгляд психотерапевта” (ч. 2) . . . . .	73
ОБСУЖДЕНИЯ, ПОЛЕМИКА	
Модели классификации психологических проблем — С. С. Худоян (Ереван, Армения) . . . . .	79
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
На самом деле это происходит с нами . . . . .	84
О ситуации с Рособрнадзором . . . . .	86
Маковое дело: ФСКН умерла, но дело ее живет . . . . .	87
Акад. А. С. Тиганов — министру здравоохранения Московской области проф. И. В. Суслоновой . . . . .	88
ХРОНИКА	
НПА России — за соблюдение прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах . . . . .	90
Роль НКО в борьбе против пыток . . . . .	92
“Те, для кого проводятся реформы психиатрической и социальной помощи, должны быть их участниками”: круглый стол в Общественной палате РФ . . . . .	94
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Бертольд Бrecht. Бараний марш . . . . .	96
Казимеж Тетмайер. Конец XIX века . . . . .	96
Рисунки Леонида Пастернака и Валентина Серова . . . . .	97
ЮБИЛЕЙ . . . . .	99
Освобождение от политического обмана, идеологического рабства и научной предвзятости — Ю. С. Савенко . . . . .	100
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	102
АННОТАЦИИ . . . . .	103

## CONTENTS

ALFRED ADLER . . . . .	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Biopsychosocial model of mental disorders and interdisciplinary — Yu. S. Savenko . . . . .	8
Stratum theories in psychiatry and the concept of “basic types of individuality” by Eduard Spranger — N. Yu. Pyatnitskiy . . . . .	14
Ethical issues of attitudes towards old age in health care — I. V. Siluyanova, L. E. Pishchikova . . . . .	24
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Henricus Cornelius Rumke. Contradictions in the concept of schizophrenia (1960) . . . . .	31
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
“Free from defect” schizophrenia. Is it necessary to treat the patient? — A. A. Shmilovich, T. E. Obodzinskaya . . . . .	36
PSYCHIATRY AND LAW	
Involuntary hospitalization in a psychiatric hospital on the administrative claim... of the prosecutor? — Yu. N. Argunova . . . . .	52
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
What are the criteria for the duration of compulsory treatment? . . . . .	56
What is this, if not punitive psychiatry? . . . . .	64
PSYCHOTHERAPY	
Features of psychological work with religious experiences of a psychotic client — E. M. Leontieva . . . . .	67
XXIII Konstorum readings “The body and the psyche —the view of the psychotherapist” (Part 2) . . . . .	73
DISCUSSIONS, POLEMICS	
The models of classification of psychological problems — S. S. Khudoyan (Yerevan, Armenia) . . . . .	79
DOCUMENTS OF EPOCH	
In fact, this happens to us . . . . .	84
On the situation with Federal Service for Supervision in Education and Science . . . . .	86
Poppy deal: Federal Service of Drug Trafficking has died, but its business lives . . . . .	87
Letter of Acad. A. Tiganov to the Minister of Health of the Moscow Region prof. I. V. Suslonova . . . . .	88
CHRONICLE	
IPA of Russia — for observing the rights of citizens residing in psycho-neurological boarding houses. . . . .	90
The role of NGOs in the fight against torture . . . . .	92
“Those for whom psychiatric and social assistance reforms are being implemented must be their participants”: a round table in the Public Chamber of the Russian Federation . . . . .	94
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Berthold Brecht. March of sheep . . . . .	96
Kazimierz Tetmayer. The end of the XIX century . . . . .	96
Drawings by Leonid Pasternak and Valentin Serov . . . . .	97
ANNIVERSARY . . . . .	
Liberation from political deception, ideological slavery and scientific prejudice — Yu. S. Savenko . . . . .	100
RECOMMENDATIONS . . . . .	
ABSTRACTS . . . . .	103

## Альфред Адлер (1870 – 1937)



Альфред Адлер — австрийский психиатр, психолог и педагог, создатель одной из наиболее значимых личностных систем — “индивидуальной психологии”, инициатор **поворота в сторону социального**.

Его концепция сформировалась на опыте собственной жизни. Адлер родился вторым из шести детей в небогатой еврейской семье, в три года младший брат умер в кровати, где они спали вместе, в пять лет едва не умер от пневмонии, дважды едва не погиб под колесами, в школе учился так плохо, что учитель рекомендовал ему стать сапожником, но это так мобилизовало его, что он стал первым учеником в классе. Его отличал дар редкой музыкальной памяти. Он окончил медицинский факультет Венского университета и в 1895 г. получил ученую степень доктора медицины, увлекся идеями Маркса, социализма, стал активным социал-демократом и до 1904 г. выступал как поборник социальной медицины и, работая врачом общей практики, заинтересовался проблемой адаптации. Первая публикация — монография “Книга здоровья для портных” (1898) связывала распространение среди них туберкулеза с социальными факторами, а это по 200 тысяч человек в Австро-Венгрии и Германии.

В 1901 г. после статьи Адлера в защиту “Толкования сновидений” Фрейд пригласил его в свой кружок. В 1904 г. Адлер публикует свою теорию воспитания **“Врач как воспитатель”** — тема, которая проходит через всю его жизнь. Он сразу выдвинул требования к преподавателям, что стало в дальнейшем теорией личностного развития. В том же году переходит в протестантство. В 1907 г. публикует книгу **“Очерки о неполноценности органов”** — свое любимое детище, высоко оцененное Фрейдом, где **вводит понятия компенсации и сверхкомпенсации**, которые на-

правлены не только и уже не столько на компенсацию телесных расстройств, а на положение человека в его группе. В 1910 г. требование Фрейда направлять все научные статьи на проверку К. Г. Юнгу вызывает бурный протест Адлера. В знак примирения Фрейд делает его президентом Венского психоаналитического общества и соредактором с В. Штекелем психоаналитического журнала. Но в 1911 г. Адлер выступает с критикой фрейдовской теории сексуальности в его кружке и выходит из него с 9 своими сторонниками, организуя “Общество индивидуальной психологии”. В 1912 г. выходит его монография “О невротическом характере”, где дано целостное изложение его понимания невротической и нормальной психики [1]. Несколько его статей появились в 1914 г. в России в журнале “Психотерапия”. Его работы посвящаются лечению неврозов, гомосексуальности и экзгибиционизма, ревности, самоубийствам, теории галлюцинаций, слабоумию, невралгии тройничного нерва, психосоматике (“языку органов”).

В Первую мировую войну Адлер служил военным врачом на русском фронте, в 1916 г. возглавлял военный госпиталь, начал издавать журнал “Индивидуальная психология”. В 1919 г. при поддержке австрийского социал-демократического правительства организовал первую детскую реабилитационную амбулаторию, в 1929 г. в Вене уже была сеть из 28 таких психотерапевтических консультативно-педагогических клиник, а также несколько детских садов, где работали ученики Адлера. Пersonal каждой клиники состоял из врача, психолога и социального работника, которые работали согласно принципам индивидуальной психологии, изложенной в **“Практике и теории индивидуальной психологии”** (1920) [2]. Деятельность Адлера получила международную известность, и такие клиники вскоре появились в Голландии и Германии, а затем в США, и функционируют до сих пор. С 1921 г. Адлер начинает выступать в разных странах, а в 1922 г. состоялся Первый международный конгресс индивидуальной психологии в Мюнхене. Здесь, говоря о цели своей теории, Адлер подчеркивает, что она **“должна выйти за пределы узкой сферы лечения больных и заявить о себе в качестве общего профилактического средства”**. Его журнал делается международным, с 1935 г. начинает издаваться на английском языке. В 1923 г. Адлер получает звание профессора Венского педагогического института, получает приглашение занять должность профессора Колумбийского университета в Нью-Йорке и с 1928 г. начал читать там лекции, а в Вене делается главным врачом амбулаторной клиники для лечения больных с неврозами. В 1929 г. выхо-

## Альфред Адлер

дят “Проблемы неврозов” и “Наука жить” [3] — первые работы, написанные Адлером на английском языке. В 1930 г. пятый международный конгресс по индивидуальной психологии в Берлине собирает более двух тысяч человек. По случаю своего 60-летия Адлер получает звание почетного гражданина Вены. **В 1931 г. отделения индивидуальной психологии существуют уже в 16 странах мира, а в Вене открыта первая экспериментальная школа**, где преподавание осуществляется в соответствии с принципами индивидуальной психологии. Адлер беседовал с детьми в присутствии учителей и родителей. Аншлюс Австрии положил конец этой школе и всем клиникам, журналу и объединениям индивидуальной психологии. Все возобновилось только в 1946 г.

В отличие от Фрейда, сторонившегося политики, Адлер активно, даже с миссионерским рвением, участвовал в общественной жизни, сохраняя левые симпатии своей молодости, его русская жена Раиса Эпштейн в 1914 г. сблизилась с женой Троцкого, которая с 1907 г. жила в Вене, а дочь Валентина училась в Институте красной профессуры в Москве и в 1936 г. предпочла бежать с мужем в СССР, где они погибли в сталинских лагерях. Адлер рано сумел разглядеть психологические истоки фашизма и террор в Советском Союзе. В 1934 г. Адлер с женой, дочерью и сыном, Куртом и Александрой, переезжает в США, где возглавляет кафедру клинической психологии в медицинском колледже в Лонг-Айленде. Здесь, а также во многих европейских странах, Адлер занимается преимущественно лекторской деятельностью. Редко-стый по ясности и темпераментности, насыщенный живыми примерами, стиль его лекций производил сильное впечатление, как и безошибочное “клиническое видение”, связанное с тем, что он никогда не рассматривал болезнь саму по себе, а всегда пытался понять личность больного. В 1937 г. он неожиданно умер от сердечного приступа по дороге на лекцию в Шотландии.

*“Индивидуальная психология рассматривает и исследует индивидуума, включённого в общество, ее цель — социальная адаптация человека, главную роль в формировании и развитии личности играет социальный фактор. Мы, — говорил Адлер, — отказываемся рассматривать и изучать человека изолированно от общества”.*

Адлер впервые ввел систему фундаментальных, очень удачно и точно названных понятий, составляющих его знаменитую “индивидуальную психологию”. В качестве исходного — **“комплекс неполноценности”**, который возникает у детей в силу их зависимости от взрослых и сравнения себя со сверстниками. Этот комплекс делается патологическим, когда глубоко укореняется и закрепляется собственной несостоятельностью. Особенно мучителен этот комплекс при наличии физических и психических расстройств — **“неполноценностью органов”**, что побуждает

либо к подмене “комплексом превосходства”, т.е. мнимым возмещением квазикомпенсаторными попытками на “бесполезной стороне жизни”, либо импульсом к преодолению, вплоть до реальной **“сверхкомпенсации”**. Частным случаем является так наз. **“мужской протест”**, как реакция на женственные черты в себе, отсутствие мужественности, **“психический гермафроподитизм”**. Адлер трактует это движение, характерное для патриархального общества “снизу вверх”, от “женского”, т.е. бессилия, к “мужскому”, т.е. могуществу. Первоначально Адлер обозначал эту контреакцию как **“волю к власти”**, **“стремление к самоутверждению”**, потребность в признании, в личном престиже, желании нравиться, в соперничестве и борьбе. В отличие от каузального подхода Фрейда его систему характеризует финальность, т.е. активно преследуемая конечная цель. Это определяет его **“ведущую линию”**, **“стиль жизни”** и **“план жизни”**. Индивид сам прокладывает свой жизненный путь, достраивая при этом и самого себя.

Фундаментальным оказывается все же ранний период жизни, **“семейная атмосфера”** пренебрежения, бессердечия, изнеживания, тревоги, постоянной переменчивости, а также **“поведенческая роль”** — единственного ребенка, второго ребенка, третьего ребенка, младшего ребенка. В соответствии с самим именованием — индивидуальная психология, Адлера отличал подчеркнуто клинический подход и предубеждение к систематизации: *“невозможно втиснуть уникальную форму, которую пытаешься выявить в каждом отдельном случае, в формулу или правило”*.

Фрейд опирался на позитивистскую естественно-научную каузальную парадигму, Адлер — на смысловые связи и интерпретацию. Он не гипостазировал и не абсолютизовал бессознательное, считая его частью сознания, недоступной пониманию и ясной артикуляции, но с единой целью и жизненным планом, а не противопоставлял друг другу. Адлер не принимал пансексуализма Фрейда: первичная энергия организма не имеет сексуальной окраски, это просто мощь. Эдипов комплекс не является универсальным. Для Адлера главное — врожденное **“чувство общности”** (*gemeinschaftsgefühl*), **“социальное чувство”** (*communal feelings*, social interest).

Адлер, в отличие от Фрейда, акцентировал значение будущего, конечной осмысленной цели и плана жизни, а не прошлого, которое хотя и важно, не фатально, обуславливая тенденцию, а не закономерность, но все же ранний жизненный опыт сложившихся тогда установок определяет **“стиль жизни”** (“прототип”), который формируется уже в 4–5 летнем возрасте как общая жизненная установка. Отсюда основным методом является социальное обучение, конечная цель которого — адекватное для индивида отношение к миру и собственным притязаниям. Согласно Адлеру, психическое здоровье должно основ-

вываться, прежде всего, на здоровых социальных отношениях.

На Адлера повлияли Кант, Ганс Файхингер (Vaihinger) с его книгой “Философия как если бы” (1911), а также Пьер Жане и Вильям Штерн. “**Воля к власти**”, господству, превосходству, наполеоновским поступкам и стремление навстречу опасности почерпнута им не столько у Ницше, сколько непосредственно у Достоевского, которому он посвятил статью в 1918 г. [3, 267 – 281]. Адлер считал, что он учился на ошибках Фрейда, ему принадлежит приоритет в представлении о **первичном влечении к агрессии** (1908). В целом ряде идей он пересекается с гештальт-школой и “психагогикой” Артура Кронфельда (1924 – 1927), которая спустя 20 лет после Адлера (1904, 1914) пыталась объединить психотерапию с педагогикой и ввести индивидуальную психотерапию, социальную терапию, социальную психотерапию в общественную медицину, в попечение и жизнь. Но именно Адлер внес наибольший вклад в лечебную педагогику, который жив до сих пор. В Америке своими предшественниками Адлер считал Уильяма Джеймса и основоположника педологии Г. Стенли Холла. Адлер начинает “Науку жить” с высказывания Джеймса: “Только наука, непосредственно связанная с жизнью, является настоящей наукой” и добавляет: “В такой науке теория и практика становятся неразделимыми”. Адлер соглашается с Джоном Дьюи и вместе с прагматистским принципом последствий (“по их плодам узнаете вы их”) фактически принимает операционализм (все понятия должны быть переводимы в операции, которые сообщают им их действительный смысл).

Здесь следует подчеркнуть, что вопреки исключению из Общества индивидуальной психологии, Виктор Франкл следовал идеям Адлера, последняя крупная работа которого называется “Смысл жизни” (1933), и развил их в сторону, свободную от прагматизма и операционализма. Попытки объединить индивидуальную психологию с марксизмом Адлер решительно отвергал. В. Франкл был исключен за отстаивание им того, что невроз в смысле “аранжи-

ровки” по Адлеру всегда бывает “лишь средством достижения цели”, что противоречило концепции индивидуальной психологии Адлера.

Фрейд, как авторитарный лидер, запретил цитировать Адлера после его ухода из кружка. Эта установка сохранялась в США, куда в 1909 г. Стенли Холл пригласил с курсом лекций Фрейда и Юнга, что положило начало “завоеванию психоанализом Европы через Америку”. Неопсиходиагностики, начиная с Шюльц-Хенке, но особенно Гарри Стек Салливен, Карен Хорни, Эрих Фромм, Эрик Эриксон и др., повторяя Адлера, не упоминают его, хотя их следовало бы назвать нео-адлерианцами (Р. Каузен). Не ссылаются на Адлера и А. Гелен, В. фон Гебзаттель и Л. Бинсвангер, что контрастирует с основоположником гуманистической психологии, учеником Курта Гольдштейна Абрахамом Маслоу. Часто подчеркивал значение Адлера и Карл Густав Юнг. В США индивидуальную психологию активно развивал Рудольф Дрейкурс, было открыто два института в Нью-Йорке и Чикаго и выходило два журнала. В Европе Вольфганг Мецгер (W. Metzger) в 1964 г. основал немецкое общество А. Адлера. В середине 1990-х годов все основные труды Адлера были переведены на русский язык.

Вольфганг Мецгер — один из крупных представителей гештальт-школы, автор выдающегося многократно переиздававшегося руководства “Психология”, так заключает свою работу об Адлере: “Альфред Адлер заслужил право находиться в одном ряду с такими великими воспитателями человечества как Руссо и Песталоцци, идеи которых никогда не устареют” [5, с. 38].

## ЛИТЕРАТУРА

1. А. Адлер. О нервическом характере (1912). Предисл. Э. В. Соколова — СПб., 1997.
2. А. Адлер. Практика и теория индивидуальной психологии (1920). Предисл. А. М. Боковикова. — М., 1995.
3. А. Адлер. Наука жить (1929). Предисл. Хайнца Л. Анебахера. — Киев, 1997.
4. А. Адлер. Понять природу человека (1931). — СПб., 1997.
5. Индивидуальная психология // Энциклопедия глубинной психологии, т. 4 — М., 2004, с. 3 – 150.

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

---

## Биопсихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность

Ю. С. Савенко

Уточняется существо, объем и истоки концепции “биопсихосоциальной” модели психических расстройств, ее понимание и связь с проблемами интердисциплинарности и единства индивида с миром приватного.

**Ключевые слова:** биопсихосоциальная модель и ее истоки, интердисциплинарность, Umwelt, Lebenswelt, мир приватного.

Вызывает удивление, когда о биопсихосоциальной модели психических расстройств (БПС) говорят, как о чем-то новом, так как такое понимание психических расстройств существовало всегда. Это трюизм, общее место, обозначаемое как целостный, организационный, антропологический, личностный подход.

Другое дело, как это понималось, как выражалось на практике, а главное, в каких масштабах по отношению к отдельному человеку и в отношении всех нуждающихся в психиатрической помощи.

Но даже в этом последнем случае, когда правомерно говорить о БПС-модели как “новой парадигме” организации психиатрической помощи, приходится признать, что современные тексты относительно БПС-модели решительно уступают по уровню текстам 20-х годов, когда аналогичная проблема активно дискутировалась в отношении педагогии — целостной науки о ребенке, пытавшейся интегрировать данные всех частных дисциплин [1]. Редкостный взрыв энтузиазма тех лет, мессианское чувство способности взглянуть на все по-новому, вырвавшись из пут и вериг традиции, породило контрастные взлеты и падения подходов, от варварских до гениальных. Отечественная педагогия была представлена выдающимися исследователями. Это А. П. Нечаев, М. Я. Басов, Л. С. Выготский, А. Б. Залкинд и П. П. Блонский. но все подвергались идеологической травле<sup>1</sup>, а в 1936 году педагогия была запрещена, и говорить о ее замечательных успехах боялись до конца тысячелетия, хотя для воспитания и разностороннего развития детей и школьного образования ее вклад был огромен.

Непредвзятый, не зашоренный устоявшимися кальками, а основанный на знакомстве с первоисточниками в историческом контексте их тогдашнего понимания, взгляд позволяет начать историю БПС-модели с Гиппократа. Хотя развитие науки сознательно шло по пути самоограничения, и на этом пути позити-

визм сыграл свою положительную роль, постпозитивизм с его вниманием к критиковавшимся прежде концепциям как “умозрительным”, “метафизическим”, вернул этим понятиям позитивное звучание, признав фундаментальную роль теории и ее философских оснований.

Категория “целостного” получила наиболее четкое дифференцированное определение в 1930-е годы в критической онтологии Николая Гартмана (1882 – 1950), как синоним конкретного, как единство 4-х онтологических слоев, взаимоотношения которых описываются 16 законами (1934 – 1945). Это представление было принято ведущими биологами (Макс Гартман), психологами (гештальт-школа) и психиатрами от Курта Шнейдера (1935) и Г.-Й. Вайтбрехта (1963, 1968) до Виктора Франкла, Рихарда Юнга и мн.др. Независимо от этого Карл Поппер предложил концепцию о трех мирах: мир физических объектов и состояний, мир психических и ментальных состояний сознания и мир объективного знания (содержания научных гипотез, литературных произведений и т.д.).

В результате медицина начала освобождаться от механистических представлений и моделей типа чистового механизма и гидравлических сооружений и вернулась к организмическим моделям, как несомненно более адекватным.

В психоневрологии наиболее выдающейся остается организмическая концепция Курта Гольдштейна (1878 – 1965) (“Организм” — Гаага, 1934; Бостон, 1963), разработанная на основе исследования тревожных синдромов при черепно-мозговой травме в Первую мировую войну совместно с Адемаром Гельбом<sup>2</sup>. Эта концепция до сих пор далеко превосходит современные расхожие представления. В ней впервые введено понятие самоактуализации и показана недостаточность концепций гомеостаза [2]. Дальнейшим развитием этой линии были работы Н. А. Бернштейна

<sup>1</sup> В результате, Блонский умер в 57 лет, Залкинд в 50, а Выготский и Басов не дожили до 40.

<sup>2</sup> Адемар Гельб (A. Gelb, 1887 – 1936) — выдающийся немецкий нейропсихолог российского происхождения

(1961 – 1962) и К. Уоддингтона (1968) о гомеорезе, что опередило идеи синергетики. Курт Гольдштейн говорил об “организмическом целом” (*organismic whole*), предупреждал о следствиях изолированных процедур и подчеркивал, что “цель”, как намеченная задача, ничего не дает для понимания организма, тогда как идея определенного “конца” (“end”) актуализирует сущность организма и может быть очень продуктивной для его понимания.

Другим не менее крупным истоком послужила концепция Альфреда Адлера (1870 – 1937) на основе его “индивидуальной психологии” с начала 1900-х годов, сделавшая его основоположником поворота в сторону социальной психологии и социальной психиатрии [3]. Оба, Гольдштейн и Адлер, спаслись от нацизма в США. Их концепции разработаны на полстолетия раньше зарубежных источников, на которые у нас ссылаются.

Итак, принципиально важным стал повсеместно ясно и недвусмысленно выраженный в самом именовании **переход от длительное время преобладавших биологических моделей** В. Гризингера — Т. Мейнерта — К. Вернике и психоаналитической модели З. Фрейда **к личностной модели**, в сторону которой обратился даже такой рефлексолог как В. М. Бехтерев (1919), и которая совпадала с БПС-моделью.

Выделение, наряду с биологическим и психическим, социального слоя не соответствует общему принципу, определяющему выделение слоев, так как **социальное мы находим на всех четырех слоях реального бытия**, т.е. бытия в реальном историческом времени (физико-химическом, биологическом, психическом и духовном). Подмена духовного слоя “социальным” ведет к смешению и путанице. Многие современные авторы, называя используемую модель БПС-ой, фактически стоят на позиции намного более точной, чем это наименование. Они используют понятие “социальное” в качестве аналога “духовного”, что стало привычным словоупотреблением. Корректно было бы говорить не о “БПС-модели”, а о “социальной биопсиходуховной модели” психических расстройств. Дело в том, что в отличие от четырех онтологических слоев — основания классификации наук на науки о неживой и живой природе, психологии и

---

(окончил гимназию в Москве), докторская диссертация под руководством К. Штумпфа (1910), его ассистент, в 1912 – 1914 гг. ассистент К. Коффки. В 1919 – 1920 гг. сотрудничал с К. Гольдштейном, с 1929 г. содиректор с М. Вертгаймером Психологического института Франкфуртского университета, в 1931 – 1933 гг. профессор в Галле, где руководил семинаром “Психология мозговых поражений” с участием М. Хоркхаймера, Т. Адорно и П. Тилиха, в 1930 – 1935 гг. соредактор журнала гештальт-психологии “Psychologische Forschung”, в 1933 г. отстранен от работы нацистским режимом как еврей. В золотой фонд психологии вошли многие его уточненные экспериментальные исследования, в частности, “Тау-феномен” (“феномен Гельба”) и распространение гештальт-законов в сфере нейropsихологии.

науки о духе, т.е. о содержаниях сознания — социальное присутствует во всех из них, даже в физическом слое (археологические находки, летописи) и биологическом. Это с наибольшей очевидностью следует из наличия социальных инстинктов. Даже альтруизм, внутривидовая взаимопомощь (П. А. Кропоткин, В. П. Эфроимсон), даже религиозность в своих, разумеется, наиболее примитивных формах, коренится в биологическом слое, как показали исследования Конрада Лоренца и других этологов, и что уже восприняло религиоведение (В. Буркерт, П. Вайдкун) [4]. Человеческий плод, младенец уже содержит в потенции способность стать человеком. Объединение этологии с современной генетикой стало предметом в социо-биологии (Эдвард Уилсон, 1975), которое игнорирует культурную среду, действующую не на гены, а на целостные организмы.

Основное различие психологии и социальной психологии, психиатрии и социальной психиатрии состоит в “малярном” и “молекулярном” подходах, т.е. другом масштабе, в большей конкретности рассмотрения, в привязке к исторически конкретным общественно-политическим реалиям. Еще более конкретным является микросоциальный масштаб рассмотрения, который касается ближайшего окружения. Наиболее конкретным и целостным является индивидуальное рассмотрение определенной личности, в которой микросоциальный и общий социум получают свое собственное преломление и понимание на определенный конкретный момент.

Термин БПС является операциональным, он центрирован не на существо предмета изучения, а на современную практику оказания психиатрической помощи и профессиональной дифференциации: врач-психиатр, клинический психолог и социальный работник, хотя привлекаются еще и юрист, и священнослужитель, а психотерапия, осуществляемая психиатрами и психологами, использует методы, ориентированные на все три слоя от поведенческой терапии до духовной поддержки.

Таким образом, БПС-модель сформировалась на основе клинических данных с двух основных совершенно разных сторон: психоневрологического и психологического изучения тревожных синдромов при военной черепно-мозговой травме при осуществлении масштабного проекта по реабилитации солдат, вернувшихся с войны в Веймарской Германии, и психотерапевтической работы с пограничными состояниями, преимущественно неврозами, начиная с детского возраста, с организацией сети детских консультативно-профилактических амбулаторий, где работали психиатр, психолог и социальный работник в рамках психопрофилактической программы, поддержанной социал-демократическим правительством Австрии.

Яснее всего формирование БПС-модели можно показать на примере психотерапии, на отличии в ней **биопсихологического** подхода I Венской школы Зигмунда Фрейда от **биопсихосоциального** подхода II

Венской школы Альфреда Адлера и от социального биопсиходуховного подхода III Венской школы Виктора Франкла.

Переход в глобальном масштабе к БПС-модели в Европе и США совершил Альфред Адлер, и ему же — наряду с быстро распространившейся в Европе педологии Стенли Холла и грандиозного опыта диспансеризации Льва Марковича Розенштейна, поддержанного в 1924 г. советским правительством (до 1934 г.) — принадлежит инициатива международного профилактического движения в психиатрии.

Поучительно, что решительный поворот психиатрии, психологии и психотерапии в сторону фундаментальной значимости социальных факторов с самого начала был связан с педологией, детской и педагогической психологией<sup>3</sup> и сопровождался мощным психофильтактическим и психогигиеническим движением с появлением новых организационных форм — сети амбулаторий, консультаций, диспансеров и т.д.

Но только Виктору Франклу в результате трагического опыта собственной жизни удалось в полной мере вдохнуть в БПС-модель духовность, которая, хотя многими и подразумевалась, но не была так ясно и точно артикулирована, как это удалось ему [5]. Истоком для него послужил чрезвычайно остро пережитый им в ранней юности вопрос о смысле жизни и его активная деятельность по предотвращению суицидальных попыток в юношеском возрасте с организацией в 1928 г. молодежных кризисных центров консультирования в Вене, Дрездене, Цюрихе, Праге и др. В 1927 г. он формулирует свои идеи (“Врачевание души”) и в 1939 г. излагает метод парадоксальной интенции. Знаменательно, что после исключения его из ферейна Адлера (1927), ввергнувшего его в состояние кризиса, он воспринял идеи ведущих феноменологов, Макса Шелера и Николая Гартмана, а также идеи Карла Поппера. Была осознана грандиозная роль “коммуникации с больным” (Карл Ясперс), породившая веер экзистенциальных направлений психотерапии. Многие годы консультируя реанимационные отделения, я постоянно убеждаюсь в значении неформального общения с больными, подчас не воспринимающими прояснения им их ситуации, но чувствующими базальное доверие.

Наш текст нацелен не на изменение прижившегося термина, а на его более адекватное понимание. Уточнение, уточнение и углубление понимания категориального аппарата — необходимый путь развития науки и практической деятельности.

Такой путь проходило у нас в конце 1960-х возвращение понимания категории “личности”, в значи-

<sup>3</sup> Вслед за исследованием развития ребенка до 3 лет Вильгельмом Прейером (W. Preyer, 1882), последовало развитие детской и отеческой психологии Грэнвиллом Стенли Холлом (G. S. Hall “Adolescence” в 2 т., 1904), основателем педологии — комплексной науки о ребенке, интегрирующей данные всех частных наук. Первая педологическая лаборатория была организована им в 1889 г.

тельной мере усилиями проф. Л. Л. Рохлина. А эта категория содержала триединство сомы, психики и духовности, т.е. мировоззрения, иерархии ценностей и ответственности. Личностью человек становится с формированием у него духовности, в результате, как правило, драматического в юности мировоззренческого кризиса. До этого он только обладатель такой потенции. До сих пор определение “личности” тонет в многословии и употребляется в психиатрии не в строго научном, а прикладном значении. Так, на волне кампании дестигматизации крайне широкий и неадекватный термин “расстройства личности” заменил в МКБ понятие “психопатии” на уровне характера и темперамента.

Между тем, понятие “личность” неотторжимо включает “мир приватного” — все, что буквально срослось в ней: родные, ближайший круг друзей, малая родина, памятные реликвии, социокультурное окружение, высокозначимые фрагменты культуры, искусства, литературы, истории и персоналий.

Здесь важно ввести в понятийный аппарат нашего предмета понятия *Umwelt* и *Lebenswelt*, которые давно стали классическими и приобрели высокую значимость во многих науках: этологии и экологии, психологии, социологии, антропологии и эпистемологии, и были интегрированы К. Гольдштейном.

*Umwelt* (1909) Якоба фон Икскуля<sup>4</sup> — это окружающая среда, специфическая для каждого вида организмов и каждой особи в нем, соответствующая их телесной организации, восприятиям и действиям, необходимым для выживания и репродукции. Отсюда ясно, что разные насекомые или животные, находясь рядом, находятся в совершенно разных мирах, которые так же разнообразны, как сами эти существа (птица, собака, клещ). Соответствие телесной и психической организации любого организма, того или иного вида, той или иной особи своей непосредственной среде настолько велико, что эта среда не просто так ими воспринимается, а принадлежит им как конгруэнтная часть их естества [6]. Это полностью так для мира дикой природы, но в культурном мире людей все настолько сложнее, что *Umwelt* в феноменологическом контексте у человека это *Lebenswelt*.

*Lebenswelt* (1931) — “жизненный мир” Эдмунда Гуссерля — это “совершенно конкретная, актуальная, живая данность исторически определенного мира (своя для каждой конкретной личности), которую никак нельзя отождествить только с природой и которая обязательно включает в себя все сделанное и делающееся к данному моменту человеком и человечеством”

<sup>4</sup> Jacob von Uexküll (1864 – 1944) родился в Эстонии, работал в Дерптском (Тартуском) университете, с 1903 г. в Гейдельбергском университете, проводил полевые исследования поведения животных в разных странах, в 1925 – 1934 гг. профессор Гамбургского университета, умер на о. Капри. “Umwelt und Innenwelt der Tiere”, 1909; “Theoretische Biologie”, 1920; “Streifzüge durch die Umwelt von Tieren und Menschen”, 1934.

[7]. У Альфреда Щюца это интерсубъктивный повседневный мир, социальная среда, социальная реальность — “источник всех научных понятий” [8]. И Umwelt, и Lebenswelt изменяются на протяжении жизни. Если субъектом Umwelt является то или иное животное, то субъектом Lebenswelt является личность конкретного человека, включающая в себя этот “субъективный” мир по гомологии с Umwelt.

Хорошо видно, как до сих пор нетривиальный подход Якоба фон Икскуля снимает оппозицию внутреннего — внешнего и субъективного — объективного. Более того, он делает наивно ошибочной устоявшуюся исследовательскую практику физиологов и даже психологов устанавливать одинаковые условия для исследуемых организмов, тогда как однократность требует не общего ранжира, а индексации по индивидуальным особенностям. Так, для одного большого исследование — нечто давно желанное, для другого — тревожное ожидание отрицательного результата, для третьего — издевательство. Таким образом, **личность и ее субъективная среда стали рассматриваться как единая целостность**.

Фундаментальное открытие Христианом фон Эренфельсом феномена гештальт-качеств (1890): целое больше суммы его частей и само воспринимается как нечто самостоятельное — это мир всеобщих коренных иллюзий, мнимостей, восполняющих проблемы восприятия живых организмов, создающих для каждого вида, для каждой особи в нем цельную законченную для него картину мира. Это и есть “целое”, “целостное” для этого вида, этой отдельной особи. Поэтому в ряду многих граничных условий всегда присутствует “для кого”. Таким образом, дело не ограничивается избирательным видовым и индивидуальным восприятием, но еще и достраивается целесообразным для себя образом, что существенно расширяет возможности адаптации, подобно решению геометрических задач с помощью выходящих за пределы чертежа мнимых линий.

Представление об Umwelt сделало Якоба фон Икскуля одним из основоположников биосемиотики, что стало предпосылкой эволюционной эпистемологии (Конрад Лоренц, с 1941, 1973; Карл Поппер, с 1961) [9, 10, 11] и концепции энактивизма [12], учение о Lebenswelt Гуссерля послужило развитию феноменологической социологии Альфреда Шюца (с 1932) и вслед за А. Гельбом нейрофеноменологии (М. Мерло-Понти, 1997) [13]. А Шюц начал рассматривать мир душевнобольных как одну из “конечных областей значений”, наряду с повседневностью, религией, художественным творчеством и др. [14].

Наконец, и сами научные дисциплины (факультеты) долгое время занимали свое место, свою “территорию” наподобие политической карты мира (“война факультетов”). С начала XX века пришло понимание различия объекта и предмета частных наук, а с ним радикальное изменение представления о границах наук.

Каждая наука безгранична в отношении своего объекта изучения, но ее предмет, т.е. аспект рассмотрения этого объекта принадлежит только ей. Отсюда новое понимание соотношения данных разных наук, это уже не их элементарная сумма, т.е. **полидисциплинарность**, а **междисциплинарность**, когда взаимодействию этих данных придается структурно-динамически взятый смысл, наподобие рентгенотерапии опухоли, которая делается местом пересечения облучения со многих разных сторон. Это дополняется **интродисциплинарностью**, т.е. выявлением гомологических рядов в разных дисциплинах, т.е. общих, а, следовательно, единых закономерностей. Необходимы адекватные соположения по масштабу рассмотрения и охвату сканирования.

Наконец, мощным орудием интеграции теорий различных дисциплин является математический изоморфизм (A. Rapoport, 1973). Поучительна наивнейшая критика изоморфизма Вольфганга Келера со стороны советских психологов и нейрофизиологов, даже не помышлявших о его топологической природе, приписывая ему свои собственные метрические представления.

Но возможна ли научно-практическая дисциплина, интегрирующая данные всех частных наук, изучающих человека? На этот вопрос, как известно, решительно отрицательно отвечает Ясперс: это возможно только в качестве философской и теоретической антропологии, практические прикладные дисциплины по необходимости раздельны [15].

Так, открытие Уолтером Кэнноном (1915) роли адреналина в мобилизации всего организма “при боли, голоде, страхе и гневе” (симпатическая нервная система, таламус, надпочечники) и концепция общего адаптационного синдрома (ди-стресса) Ганса Селье (Selye, с 1936 г.) о нарушении гормонального баланса (прежде всего, кортикостероидов) в патогенезе любых заболеваний, стали основой психосоматической медицины, объясняя конверсионные, нейровегетативные и другие пограничные расстройства нарушением гомеостаза (1932). Значение стресса особенно ясно обнаруживается у стариков при поступлении в стационар, когда резкая перемена среды вызывает в первые три дня реакции дезадаптации, вплоть до транзиторной спутанности сознания с психомоторным возбуждением.

Однако, корректная интеграция данных всех частных наук, объединяемых общим объектом исследования, может быть осуществлена на практике только в отношении единичного конкретного лица, отвечая на адекватно заданные вопросы в рамках конкретно поставленной задачи.

Написать этот текст нас побудила утрата того уровня понимания, которого достигли и запечатлели в своих текстах выдающиеся классики нашей профессии и подмена этого понимания кокетливым новоязом. Прежний дефицит профессиональной литературы сменился противоположной крайностью, которая

даже хуже: она ведет многих к поверхностному скрочтению, удовлетворению обзорами, выстраиванию авторов в однородный ряд, ориентации только на свою тематику, потерю глубины, того, что прочитывается между строк в первоисточниках. Это как подмена непосредственного общения с больным.

Вопреки выдающимся достижениям лингвистики, семиотики, утрачена взыскательность к используемой терминологии, полагаются на собственное понимание или без критики следуют не лучшим образцам, пользуясь английскими кальками. В результате игнорируется существование принципиальных различий в лексико-семантическом поле подчас будто бы синонимичных понятий и категорий. Это касается даже таких расхожих терминов как страх, тревога, боязнь, до сих пор нередко переводимых прямо противоположным образом. Между тем, еще у Курта Гольдштейна мы находим тонкое лингвистическое обоснование различия *Angst* и *Fürcht*, вместо восторжествовавшей неразборчивости. Тем более это относится к категории целостного.

Так, например, А. П. Коцюбинский в монографии, посвященной как раз БПС-модели, “Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы)” (2017), предпочитает из большого набора синонимов категории “целостность” понятие “холистический”. Термин “холистический” портит правильный посыл этой книги. Мало того, что даже использование его синонима — “целостный” — было бы некорректным со строго научной точки зрения, так как многомерное — это далеко не целостное, иначе открытая система (за счет неизбежного наличия неиспользованных измерений) превращается в закрытую.

Термин “холизм” был введен философом Яном Христианом Смэтсом (J. C. Smuts. “Holism und Evolution”, 1926), премьер-министром ЮАР, проводившим политику апартеида, который неправомерно гипостазировал феномен гештальт-качества Христиана фон Эренфельса, что как раз и отметил Курт Гольдштейн: “По какому праву мы приписываем организму свойства, совершенно отличные от тех, которые приписываем его частям?”. И действительно, такое представление противоречит универсальной фрактальной организации. Гольдштейн был решительным противником холизма и использовал понятие “organismic whole”. А. П. Коцюбинский ссылается на статью “Холизм” в 4-ом томе “Новой философской энциклопедии” (2001), которая перекочевала в неизменённом виде из советского “Философского энциклопедического словаря” 1983 г. Ее автор ограничился добавлением последней фразы: “В настоящее время холизм получил новую, более глубокую разработку в общей теории систем”. Но это совершенно неверно. Во всей объемистой серии ежегодников “Системных исследований” и в других статьях той же “Новой философской энциклопедии”, наоборот, подтверждается, что

**общая теория систем Людвига фон Берталанфи** (L. von Bertalanffy, 1901 – 1972) (с 1949 г.) [15], солидарная с подходами его венских друзей Конрада Лоренца (1905 – 1989) и Карла Поппера, не претендуя, в отличие от холизма, на целостность, оказалась важной мета-теорией, которая наряду с общей морфологией, семиотикой, теорией информации, кибернетикой, синергетикой и др., служит основой междисциплинарного подхода, интеграции данных разных наук. Берталанфи ссылается на организмическую теорию личности Курта Гольдштейна и его последователя Абрахама Маслоу (1908 – 1970), в которой ключевым понятием является **понятие организма, как спонтанно активной системы**: “В ее основе лежит внутренняя активность, а не реакция на стимулы. Это понимание справедливо и для эволюции низших животных, и для развития первых движений эмбрионов и утробного плода. Изложенная позиция совпадает с тем, что фон Холст характеризовал, как “новую концепцию” нервной системы, основанную на том, что простейшие локомоторные движения обусловлены центральными автоматизмами, не нуждающимися во внешних стимулах. Поэтому такие движения продолжаются и тогда, когда связь моторных и сенсорных нервных волокон нарушена. Отсюда следует, что рефлекс в его классическом смысле является не основной единицей поведения, а, скорее, регулятивным механизмом, накладываемым на исходные автоматические действия. Аналогичное понимание лежит и в основе теории инстинкта. Согласно Лоренцу, внутренние механизмы немедленного включения и отключения играют в инстинкте главную роль, и временами они действуют без вмешательства внешних стимулов (в вакууме или при бесполезных реакциях): птица, не имеющая материала для строительства гнезда, может совершать в воздухе движения, имитирующие строительство гнезда...”.

“В современной психологии преобладают представления, основанные на схеме стимул — реакция (S – R), что, очевидно, связано с духовным климатом высоко механизированного общества. Интересно, что одна и та же схема S – R лежит в основе психологических теорий, которые во всех других отношениях прямо противоположны, например, в бихевиористской психологии и психоанализе... мы можем определить нашу точку зрения как попытку “выхода за пределы принципа гомеостазиса”... Мы приходим к выводу, что модель S – R и психоаналитическая модель дают в высшей степени нереалистическую картину человеческой психики и поведения и поэтому таят в себе большую опасность...”

В противоположность ходячей в настоящее время теории можно с уверенностью утверждать, что не только давление и напряжение, но в равной мере и полное освобождение от стимулов и как следствие этого духовная опустошенность, могут быть неврозогенными и даже психогенетическими. Экспериментально это подтверждается опытами с подавлением

чувствительности, когда у субъектов, изолированных от всех внешних стимулов, после нескольких часов сенсорной депривации развивается так называемый модельный психоз с галлюцинациями, сильным беспокойством и т.д.” [15].

Мы приводим столь обширные цитаты, исходя из неусвоенности этих давно доказанных, поистине парадигматических положений не в расхожем профанированном словоупотреблении, а качественным скачком меняющих прежние концептуальные конструкции и даже стиль осмыслиения в результате вырывания из привычного контекста умственной упорядоченности, осуществляясь как озарение и потрясение. Разумеется, это бледная тень того, что происходит на биологическом уровне, где может оказаться катастрофичным. Профанное понимание БПС-модели — это сумма биологического, психического и социального. Но она и не смесь, и не интеграл, а уникальная сложная структура конкретной личности.

Термин “холизм” скомпрометирован не только научно-теоретической ошибочностью его трактовки Яном Смэтсом и забвением необходимости запрета на его использование в качестве объяснительного, подобно запрету Вольфганга Келера на аналогичное использование понятия “гештальт” своим сотрудникам, которое не должно подменять конкретики, и которое в свою очередь представляет целостность в определенных границах<sup>5</sup>.

**Холизм** онтологически, ценностно и методологически противоположен индивидуализму, что обусловило, в частности, полярность и дополнительность направлений двух основоположников социологии нового времени — Макса Вебера, в основе концепции которого стоит индивид, и Эмиля Дюркгейма с его требованием рассматривать индивидов как вещи, как коллективные явления. Против холизма (коллективизма) как характерного признака тоталитарных и социалистических идей, враждебных либерализму, выступали Мизес, Хайек, Поппер<sup>6</sup> и другие.

Термин “холизм” стал также излюбленным для многообразных парамедиков и мошенников от медицины, начиная с 1930-х годов в рамках “новой” психосоматической медицины, достиг в США бума в 1960-е годы и с тех пор распространился по всему миру по модели паразитизма в живой природе. Фун-

даментом этого стал непрерывно растущий спрос на услуги такого рода в силу общего стиля общества потребления с его рекламой и финансированием профилактического направления в медицине. Вещая о БПС-модели как новой парадигме, профанируют понятие парадигмы, так как эта идея известна с древности и в древности была реализована. Но в наше время высокотехнологичной медицины и ее высокой специализации она предельно заострилась, но пока все еще декларативна, в силу отсутствия финансовых инвестиций, тогда как парадигмой можно назвать только весомые масштабные практические шаги в этом направлении. Правильность и привлекательность общей направленности holistic health [16] упирается в характер организации самого общества, приобретая, в зависимости от этого, совершенно различные формы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Курек Н. История ликвидации педологии и психотехники. — СПб., 2004.
2. Goldstein Kurt. The Organism. — Boston, 1963.
3. Альфред Адлер // Независимый психиатрический журнал, 2018, 3.
4. Ваарденбург Жак. Религия и религии: систематическое введение в религиоведение. — СПб., 2016.
5. Виктор Франкл // Независимый психиатрический журнал, 2015, 3, 7 – 8.
6. Якоб фон Иксцоль // Е. Н. Князева. Энактивизм: новая форма конструктивизма в эпистемологии. — М.-СПб., 2014.
7. Мотрошилова Н. В. Жизненный мир // Новая философская энциклопедия, т. 2. — М., 2001, 28 – 29.
8. Шюц Альфред. Формирование понятий и теорий в общественных науках // Американские социологические школы. Тексты. — М., 1996, 526 – 541.
9. Лоренц Конрад. Обратная сторона зеркала // Лоренц К. Так называемое зло. — М., 2008.
10. Садовский В. Н. (ред.). Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Карл Поппер и его критики. — М., 2000.
11. Князева Е. Н. (ред.). Эволюционная эпистемология. Антология. — М.-СПб., 2012.
12. Князева Е. Н. Энактивизм: новая форма конструктивизма в эпистемологии. — М.-СПб., 2014.
13. Морис Мерло-Понти // Ibid. 320.
14. Ясперс Карл. Общая психопатология. — М., 1997.
15. Берталанфи Людвиг фон. Общая теория систем — критический обзор (1962) // В. Н. Садовский, Э. Г. Юдин (ред.). “Исследования по общей теории систем” — М., 1969, 23 – 82.
16. Стенсруд Р. Холистическое здоровье (holistic health) // Р. Корсини, А. Ауэрбах. Психологическая энциклопедия. — Изд. Питер, 2003, 974 – 975.

<sup>5</sup> Попытка дополнить когнитивный аспект понятия “гештальт” конативным в понятии “Ganzheit” Феликсом Крюгером (F. Krueger, 1915, 1924) и Альбертом Веллеком (A. Wellek, 1950) также не была полной.

<sup>6</sup> Людвиг фон Мизес (1881 – 1973) — основоположник австрийской теории экономического цикла, обосновавший несостоятельность идеи планирования производства и распределения из единого центра и неизбежность краха социализма (“Социализм”, 1922).

Фридрих фон Хайек (1899 – 1992) — нобелевский лауреат 1974 г. по экономике, в работе “Дорога к рабству” (1944) показал, как великая утопия социализма порождает тоталитаризм с его пренебрежением к научной истине, человеческой личности и даже человеческой жизни. Последняя работа 1988 г. “Пагубная самонадеянность. Ошибки социализма”.

Карл Поппер (1902 – 1994) совершил революцию в научной методологии физики и биологии, ниспроповергнув господство индуктивизма и верификационизма неопозитивистов, противопоставив им принцип опровергимости (фальсификации). Он основоположник с Конрадом Лоренцом эволюционной эпистемологии и вместе с фон Хайеком и Милтоном Фридманом — лидер либерализма, как автор знаменитой работы “Открытое общество и его враги” (1945), зачинатель “социальной инженерии” и мн.др.

# Теории “слоев” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпренгера

Н. Ю. Пятницкий<sup>1</sup>

В статье анализируется концепция “базисных” типов индивидуальности германского философа, психолога и педагога Эдуарда Шпренгера (E. Spranger), включившего в систематику человеческих характеров понятие “ценности”. Концепция 6 типов индивидуальности: “экономического”, “теоретического”, “эстетического”, “социального”, “политического” и “религиозного” относится к концепциям слоев, известных с античности, и в XX веке представлена, в первую очередь, в философских учениях о слоистости бытия Николая Гартмана (N. Hartmann) и слоистости эмоций Макса Шелера (M. Scheler). Еще ранее в психофизиологическом аспекте концепция слоев применялась английским неврологом Джексоном (J. N. Jackson) к неврологическим и психопатологическим синдромам. Концепция слоев личности Шпренгера оказалась в центре внимания современных ему ведущих германских психиатров, занимающихся проблемой понимания и систематики психопатий, при этом все описанные Шпренгером типы при усилении их свойств оценивались как различные типы психопатии, за исключением религиозного типа.

**Ключевые слова:** типы личности, психопатия, теория слоев, Э. Шпренгер, систематика характеров, критерий ценности.

В античности теории “слоев” Платона [2, 3] (427 – 347 гг. до н.э.) с разделением психики на нижний слой — вожделение (*epithymia*), средний — мужество и волю, или “яростный дух” (*thymia*), и высший слой — рассудок (*logistikon*), и Аристотеля [1] (384 – 322 гг. до н.э.) с пятью слоями бытия (от низшего, материи, до высшего, духовного, между которыми расположены вещи, живые существа и душа, с выделением у живых существ еще вегетативной и анимальной души) противостояли более древней элейской философской школе, основатель которой Парменид [24] (520 – 460 гг. до нашей эры) утверждал единство и неделимость бытия.

В немецкой философии XX века теории “слоев” психики и существования были представлены, в первую очередь, Максом Шелером [26] и Николаем Гартманом [12], при этом их предвосхищал, по мнению некоторых исследователей [7], русский философ В. С. Соловьев, употреблявший вместо “слоя” понятие “царства”. Еще ранее теория слоев использовалась в медицине английским неврологом Джексоном [14] (1884) для понимания “позитивных” и “негативных” неврологических и психопатологических синдромов. Во Франции психолог и философ Рибо (Th. Ribot) [25] использовал теорию “слоев” психики для концепций законов распада памяти и построения характеров, в том числе и аномальных. Вслед за Рибо к концепции слоев обращался и Жане (P. Janet) [15], идеи которого о подсознательном повлияли и на основателя психоанализа австрийского врача Зигмунда Фрейда (S. Freud) [8, 9], выразившись в знаменитых

“слоях” психики: бессознательном, подсознательном и осознанном, а также в несколько иначе располагающихся Оно, Я и Сверх-Я.

Наибольший отклик в начале XX века теория слоев нашла у германских психиатров и психологов. Она отразилась в идеи построения психопатологических синдромов по типу “луковицы” у Карла Ясперса (K. Jaspers) [16], концепции регистров Эмиля Крепелина (Kraepelin) [18] (в России позже сторонником теории слоев негативных и позитивных психопатологических расстройств выступит ведущий советский психиатр А. В. Снежневский [4]), и в знаменитом труде педагога, психолога и философа Э. Шпренгера [30, 31, 32] “Формы жизни” (в английском переводе [19] “Типы людей”), опередившего психиатров-состечественников в применении теории слоев к типологии личности. При этом каждый описанный Шпренгером идеальный тип человеческого “Я” и соответствующее “отношение” к окружающему миру, установка, усиленные до крайности, оказываются по сути психопатической личностью. Однако, Г. Эвальд (G. Ewald) [7], считавший даже в 50-х годах необходимым привести типологию Шпренгера [30, 31] в своем учебнике по психиатрии и неврологии, в изданной в 1922 г. монографии “Темперамент и характер” [6] для обоснования своего утверждения о том, что темперамент и характер принадлежат различным слоям психики, предпочел ссылаться на концепцию послойного строения эмоциональной жизни Макса Шелера [26]; Н. Hoffmann [13] в монографии “Проблема построения характера”, хотя и излагает концепцию типов людей Шпренгера [18, 19] как одну из наиболее оригинальных, в собственной концепции психопатических личностей обращается к теории слоев психолога и философа Е. Utitz [35], а Иоганн Шюльц (J. Schultz)

<sup>1</sup> Канд.мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья.

[29] при “послойном” анализе “конституциональной нервности” ссыпается на концепцию слоев в общепатологическом и физиологическом понимании Ф. Крауса (Fr. Kraus) [21]. Э. Браун (E. Braun) [5], автор главы о психогенных реакциях в многотомном “Руководстве по психиатрии” под редакцией Освальда Бумке (O. Bumke) [10], в своей вариации концепции “слоистости” человеческого индивидуума в качестве нижнего слоя (I) рассматривает биологически-соматический, над соматическим он располагает второй слой (II), принадлежащий уже области психической, но “биологически обусловленной”: в этом слое находятся инстинкты, влечения и аффекты, причем и во втором слое можно различать внутри него дополнительные нижние (с чисто телесными влечениями) и верхние слои (с настроением и его расстройствами, с симпатиями и антипатиями). В верхнем, третьем слое (III) по Брауну [5] также находятся аффекты и влечения, но не возникающие самостоятельно, как во втором слое, а служащие задачам управления психикой. К этому же третьему слою Брайн относит интеллект, структуру мышления и волю. При этом он сознает, что воля находится значительно ближе к аффективности второго слоя, нежели, например, интеллект, что позволяет говорить о дальнейшей “слоистости”, определенной иерархической лестнице психических свойств и в третьем слое.

По мнению Брауна, динамика в обоих психических слоях происходит из второго (II) слоя, за счет инстинктов, влечений и аффектов, этот слой он определяет как темперамент. Этот (второй) слой со “слепыми” влечениями и страстями Браун предлагал назвать “слепой душой”, или “тифлопсихикой”. Третий слой, с одной стороны, “дисциплинирующее” действует на второй, с другой — воспринимает раздражители и дает реакции на окружающую среду. Третий слой соответствует в понимании Брауна характеру. В отличие от Эвальда, Браун допускает, что свойства темперамента проявляются как во втором, так и в третьем слое. Но в третьем слое аффекты и влечения “дисциплинируются” и обрабатываются обдумыванием. Поэтому третий слой Браун называл “софропсихикой”. Следует отметить, что в отношении оригинально названных слоев тифло- и софропсихики в концепции Брауна напрашивается прямая аналогия со структурной моделью психики Фрейда [8]: ид, эго и супер-эго<sup>2</sup>. Однако, концепция Фрейда [8, 9] принципиально отличается от концепции основателя концепции слоев в медицине, Джексона [14], отрицавшего существование бессознательного в психике, и оказывается ближе философским концепциям пессимизма, выделявшим бессознательное в психике человека еще

до возникновения психоанализа: Артур Шопенгауэр (A. Schopenhauer) (1819) [28] и Эдуард фон Гартман (1869) [11].

В концепции Шпрангера [31] оригинальным в построении идеальных “типов людей” является введение понятия “ценности”. Психопат, как известно, испытывает большие затруднения, когда “встраивается” в общество [32], но и вид отношения нормальной индивидуальности и общества зависит как от ценностей, которые в этом обществе существуют, так и от того, какие ценности индивидуум предпочитает, какие считает существенными, а на какие не обращает внимания. Шпрангер рассматривает человеческое “Я” (“self” в английском переводе) в виде кругов, встроенных друг в друга, самым малым кругом является “Я потребностей и желаний”, “чистое эго”, движимое инстинктом самосохранения и всеми инстинктами физических потребностей. Шпрангер называет его “биологическим, или физическим, Я”. Такое Я следует представлять как структуру, регулируемую стимулами и чувственными потребностями; из практической жизни субъекта элиминируются рефлексия и мышление, намерения не представлены идеями целей, а только чувствами, сопровождающими действия. Существует множество людей, которые испытывают сильнейшее чувство Я именно в зоне удовлетворения физических потребностей и склонны думать, что их “Я” — это “то, что под кожей”. Такому центру опыта соответствует специфический “уровень” (слой) объекта. Для Я не существует ничего, кроме воздействующего через физические органы. Давление окружающего мира и симультанно испытываемое сопротивления Я являются основным опытом, который впоследствии не может заменить никакая теоретическая концепция.

Второй круг, внутри которого находится меньший первый, — это “экономическое” Я. Экономическое Я тесно связано с биологическим, поскольку его центральное отношение ценности вырастает непосредственно из биологического. Регулятором поведения последнего является удовлетворение потребностей. А в экономическом Я добавляется теоретическое размышление или рационализация в экономическом смысле. Вместо приятного и неприятного возникает оценка полезного и вредного. Но решающим фактором опыта является по-прежнему удовлетворение потребностей. Экономическая оценка зависит от двух переменных: уровень удовлетворения и число доступных товаров. Расчет при этом является не решающим (теоретическим) фактором, а потребностью (экономическим элементом). Таким образом, согласно Шпрангеру, экономическое Я является “биологическим Я плюс мысль и понимание”. Такое это неспособно к стойкому удовлетворению. Оно постоянно требует больше и больше. К понятиям времени и пространства Я также подходит экономически: они должны быть покорены с минимальной затратой

<sup>2</sup> Следует отметить, что термины ид, эго и супер-эго принадлежат не самому Фрейду, а переводчику его работ с немецкого на английский, в оригинале das Es, das Ich und das Ueber-Ich(оно, Я и Сверх-Я). — Прим. автора статьи.

энергии (“время — деньги”). Если стремление к наслаждению и потреблению подчиняет себе продуктивный технический аспект, то речь идет о “практическом” материализме (“теоретический” материализм же является идеологией, коренящейся в фанатичном желании не экономического, а теоретического ума к единству).

Следующий, более обширный круг представляет “эстетическое” Я, которое уже не так зависит от материального. В эстетическом Я душа способна выйти за границы реальной сферы борьбы с внешним миром, благодаря свободно плавающему “воображающему” Я. Чужие “Я” могут быть эстетически абсорбированы. Происходит психическая эмпатия внутрь объектов, “эстетическая экспансия”, экспансия души в жизнь наблюдаемой объективности. Эстетическое Я чувствует свое расширение, когда наблюдает бескрайний океан, несется вверх с готической аркой, подавляется тяжелой скалой, испытывает воздействие “улыбающейся” зелени, мрачной темноты, мертвенно серости. Такое “расширенное” Я освобождается от тела и давления материальной реальности, преодолевает телесную и материальную зависимость, “освобождается от пространства и времени и ограничений энергии и материи”. Но эстетическое освобождение не является окончательным и высшим, последнее достигается лишь религиозностью, поскольку освобожденное воображение может заниматься маленьими кусочками реальности, не пытаясь найти связи с целостным значением мира. Хотя наслаждение природой тоже способно стать религиозным, если достигает метафизического уровня. Эстетическое Я воспринимает красоту в любой реальной вещи: растении, ландшафте, человеческом теле. То, что постигается как прекрасное, совершенно различно от действия материальной реальности, и объекты смещаются в зону меньшей реальности по сравнению с отношениями давления и сопротивления, желания и потребления, доминирующими в материальном мире. Человек оказывается в сфере воображения. То, что эстетически существует, никогда не лежит в одной плоскости с чистой реальностью. Эстетическое пространство и время также находятся в совершенно другой плоскости, чем чистая реальность.

“Теоретическое” Я выражается в идее о том, что субъект, производящий объективно валидные суждения, идентичен у всех эмпирических индивидуумов. Такое “чистое” Я является только отношением, поскольку когнитивные акты (*logistikon* Платона [2]) возникают в индивидуальном сознании, в котором они тесно взаимосвязаны с другими актами. “Эго” никогда не может быть идентично с самой истиной, а только направлено к ней и способно частично ее понимать. При чисто когнитивном отношении возможно достичь доминации над самыми отдаленными элементами, но полная абсорбция конкретного содержания жизни возможна только при эстетической эм-

пации, которая приобретает интенсивность за счет потери экстенсивности. Воображающее “Я” воспринимает эстетическую сторону объекта, когнитивное “Я” — теоретическую.

Конечный смысл Я Шпрангер видит в такой экспансии души, которая почти оставляет индивидуацию и ведет к спасению, к “блаженности”. К этому не способны ни эстетическое, ни теоретическое отношение, а лишь “религиозное” Я. Однако, субъект наибольшей ценности требует богоподобного “нормального” Я. Значение религиозно-морального процесса заключается в утверждении “высшего” Я в противоположность “низшему” Я. Религиозное Я отличается тенденцией к отмене времени и пространства.

При этом искусство и наука должны работать с материалом из биологической “зоны”, а сами эстетические и теоретические действия являются основой для религиозных импульсов. С точки зрения Шпрангера, самый важный пункт зарождения истинной религии — это напряжение между нормативно требуемыми ценностями и ценностями, которые обнаруживаются в реальности. Чем более живо такое напряжение испытывается в душе, тем яснее возникает трансцендентность религиозных объектов. Однако, религиозному отношению недостает адекватных способов выражения.

Содержательное значение Я определяется также и социальными базовыми актами, что еще более его усложняет. В “политическом” Я выраженное это проявляет значимость только в утверждении своих собственных ценностей, “социальное” Я, согласно Шпрангеру, содержит субъективную экспансию (отличную от эстетической эмпатии), означающую принятие чужих ценностей и позиций, и в высшей форме проявляется в любви к другому.

Всякая общая или парциальная ценность образует новый уровень (слой) сознания Я, называемый “коллективным”. Группа, действующая на своих членов как психическая реальность, дает своим членам сверхиндивидуальное психическое содержание, род “коллективного” Я. При этом Шпрангер подчеркивает, что “социальный” и “политический” тип очень редко возникают на уровне индивидуального Я, но имеют вместо этого “сверхиндивидуальное” коллективное содержание.

Наиболее характерными для своего времени Шпрангер полагал теоретический и экономический тип, которые можно назвать типами “технической мотивации”. Выдающиеся односторонние типы являются формами “героических пропорций”. Но существуют односторонние структуры, представляющие малформации и граничащие с неспособностью справиться с жизнью. Развитие и упадок являются по Шпрангеру фазами одного и того же процесса, почему долгое время “объективная диссольюция” может казаться субъективно “прогрессом”.

## Теории “слоев” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпрангера

“Теоретическое” отношение является только тенденцией, которая, как и другие тенденции, не возникает у человека в полной изоляции или в совершенной гармонии с ценностью. Смысл познания — объективность. Ученый может иметь только одну страсть — страсть к объективному знанию. Однако никакая полная жизнь невозможна без экономических актов. Внешнее давление, физические потребности и все материальные основы интеллектуальных достижений заставляют себя почувствовать, даже если человек посвящает себя чисто объективному изучению. Но эта сторона жизни для него не важна в когнитивном плане, поэтому перед лицом практических проблем жизни чистый теоретик беспомощен. Он плохо готов к борьбе за существование. Хотя бывают ученые, становящиеся патологически скрупулезными или проявляющие удивительную страсть к обогащению. Это свойство может говорить как о том, что они являются не прирожденными теоретиками, а “утилитаристами” (т.е. представляют экономический тип), так и о том, что это действительно “чистые” теоретики, чувствующие, что практическая жизнь создает для них почти непреодолимые трудности, и накопление богатства происходит не из любви к обладанию, а из желания свободы от материальных забот. При наличие убежденности в том, что экономический скарб необходим для независимости, можно говорить о смешанном типе (примером такого ученого является А. Шопенгауэр [28]).

Контраст между теоретическим и экономическим типом наиболее сильно выражался у древнегреческих мыслителей, у которых “деловой” интерес софистов противопоставлялся чисто философскому состоянию ума. И когда в наши дни нас оскорбляет смешивание коммерческого отношения с исследованием, это является выражением “вечной” психологии. Экономическое и теоретическое отношение не могут на равных быть в одной душе, при теоретическом складе экономическое отношение занимает подчиненную позицию. Эстетическое отношение также обесценивается теоретическим типом, поскольку он является доминантным (Платон [2] изгнал поэтов из своего философского “Государства”, Иммануил Кант [17] считал музыку самым неинтеллектуальным видом искусства). Хотя ряд наук также обладают эстетическим характером (геометрия, ботаника, география и т.д.).

Односторонний теоретический тип, описанный Шпрангером, как отмечал Эвальд [6], внешнему наблюдателю представляется своеобразным, “аутистичным чудаком”, который близок прохладно-дистанционным, шизоидным натурам Э. Кречмера [22].

Потребности человека с развитием только усиливаются, “точка насыщения” редко или никогда не достигается. То, что полезно или вредно, оценивается с точки зрения сохранения биологической жизни и инстинктов, регулирующих удовлетворение потребностей. Область интеллектуальной деятельности связана

с материальным аспектом и техниками выполнения, на нее всегда затрачивается время, какой-либо материал и физическая энергия. Поэтому ментальная работа может быть экономически оценена. Но внутренняя ценность когниции, произведения искусства или религиозного проявления экономически несопоставимы. С экономической точки зрения они являются роскошью, которая высоко ценится в периоды благоприятного экономического развития, а в скучные времена их ценность может упасть до нуля. “Экономический” человек — это такой тип, который во всех отношениях жизни предпочитает “полезность” всем другим ценностям. Он экономит время, пространство и силы, чтобы извлечь максимальную выгоду для себя (сделать себе жизнь более приятной и способствовать преимуществу в естественной борьбе за существование). Его называют “практическим” типом, но древние греки называли такой тип “дельцом”, но не “создателем”. “Теоретик” ищет истину саму по себе, экономический тип спрашивает, как этот факт можно использовать. Неприменимое знание для него является ненужным балластом. Поскольку эстетический компонент характеризуется фактом, который является психическим опытом, но не имеет утилитарной цены, эстетический и экономический типы являются взаимоисключающими. Полезное, как правило, враждебно прекрасному (так, прекрасные ландшафты уничтожаются по экономическим мотивам). В то же время, эстетически важное может рассматриваться с экономической точки зрения как роскошь, и постепенно превратиться в экономически необходимый товар. Эстетическое оформление своих владений в социальных отношениях является фактором, усиливающим престиж. Поэтому многие “экономические” натуры стремятся быть патронами искусства. Другой точкой контакта между эстетическим и экономическим является факт, что драгоценные металлы (золото, серебро) имеют эстетическое значение. В социальной области экономический тип эгоистичен, поскольку он считает своей первой обязанностью сохранение собственной жизни. Кто-либо другой является для него всегда меньшую важность. Интерес экономического типа в других людях только утилитарный. При взаимном обмене он стремится всегда сохранять позитивный баланс в свою пользу. Все формы демонстрации почета, добродой воли или симпатии входят в экономическое отношение. Но такие отношения не выходят за пределы делового интереса. Это не исключает настоящей деловой дружбы, но в этом случае экономическим субъектом является не отдельный индивидуум, а семья, два или более партнера, корпорация и даже нация: “экономическая единица” просто расширяется. При чистом экономическом типе власть имеет также четкий “экономический” характер: доминирующее отношение — желание иметь больше, чем другие. Экономическое стремление к власти проявляется в форме соревнования. При этом деньги дают престиж

и в том случае, когда они не заработаны их обладателем. Когда не остается ничего, кроме страсти к богатству без учета путей его приобретения, мамона<sup>3</sup> становится богом. Суеверия спекулянтов изобилуют самыми причудливыми верованиями в судьбу и удачу.

Шпрангер делит экономический тип на два вида: предусмотрительный и “адаптированный к неотложным ситуациям”. У предусмотрительного типа такие достоинства, как целеустремленность, сила воли, порядок, расчетливость основываются на мотиве дальновидности. Экономический тип, адаптированный к неотложным ситуациям, наделен способностью выбирать подходящее средство для решения неожиданной проблемы. Иногда такой ресурс основан на стремительном проникновении в ситуацию в воображении и подобен эстетической интуиции. Зоркое суждение, изобретательность, способность принимать быстрые решения, многосторонность, гибкость являются достоинствами этого типа.

Человек, руководствующийся экономическими мотивами, оказывается ближе к реальности, чем теоретический тип. Экономический тип также должен размышлять, а в конце и принимать активное участие в развитии актуального. Поскольку экономика коренится в балансе энергии между индивидуумом и объективным миром товаров и их намеренным употреблением, баланс нарушается как при избыточном расходе энергии, превышающим результат потребления, так и при накоплении энергии выше того уровня, когда она может быть использована. В первом случае это тип транжиры, мота (непродуктивный потребитель), во втором — скряга (неэкономный накопитель). Эти типы по Шпрангеру являются как перверзиями, так и преувеличениями экономического типа. Пытаясь схватить все, они теряют реальный смысл жизни, хотя тоже переживают “блаженные моменты — прекрасный трепет экстремального”.

В целом, экономический тип, согласно Шпрангеру [30 – 32], является самым распространенным.

Как подчеркивает Эвальд [6], для экономического типа дружба имеет значение только тогда, когда из нее можно что-то извлечь, если же нет, то от друзей отворачиваются. Интерес и сочувствие проявляется только к “уважаемому кругу клиентов”. Баланс для удобной или сносной жизни всегда должен оставаться позитивным. В своей патологической заостренности к экономическому типу относятся не только упомянутые Шпрангером моты и скряги, но и рафинированные головорезы, аферисты и холодные тираны, эгоистичные истерики, на низком уровне — “бездушные” преступники. Следует отметить, что типы “оживленных гипоманиакальных”, “энергич-

ных практиков” и “беззаботных гурманов” Э. Кречмер [22], как и шизотимные “эгоисты” и “люди холодного расчета” также могут быть отнесены к “экономическому” типу Шпрангера.

Описание Шпрангером этически негативных вариантов идеального экономического типа во многом соответствует идеальному типу человеческих отношений в индустриальном обществе в описании крупнейшего немецкого социолога Фердинанда Тённиса (F. Toennies) [33]: “взаимоотношения характеризуются только личной выгодой, никто не хочет давать другому индивидууму, не получая, по меньшей мере, равное по ценности”.

В “эстетическом” типе Шпрангер выделяет три варианта согласно преобладающему аспекту опыта: некоторые люди отдаются внешним “впечатлениям” с большой радостью, они испытывают “голод” в отношении опыта. Первый вариант — “импрессионисты” жизни, спешащие от одного впечатления к другому, запечатляющие только поверхность каждого. Второй — это те люди, которые настолько интенсивно живут в своем внутреннем эмоциональном мире, что каждое впечатление они окрашивают своим субъективным тоном. Это откровенно субъективные натуры, “экспрессионисты” существования. Когда оба аспекта — впечатление и внутренний мир совершенно сбалансированы — это третий вариант, люди “внутренней формы”, пластичный, “классический” тип. Истинно эстетический тип не переносит концептуальный, хотя теоретическое отношение встречается как подчиненный фактор и у эстетического типа, но задача последнего — показать общее через специфическое (таков, например, философский анализ искусства у Фридриха Шиллера и Иоганна Гете). Эстетический тип отличается склонностью к мифологическому методу мышления. У него существует как бы “специальный орган” понимания мира: эмпатическая интуиция. Но для “чистого” теоретического типа человек с такой тенденцией будет казаться экстравагантным романтиком. Практическая (экономическая) и эстетическая точка зрения также находятся в резком контрасте. Эстетический тип, также как и теоретический, безразличен и беспомощен к практическим требованиям жизни. Если художник или человек, понимающий свою жизнь как процесс развития определенной формы, посвятит всю свою энергию принципу “полезности”, он разрушит свою позицию. Но практический фактор в подчиненной форме необходим и для эстетического типа. В каждом искусстве наблюдается экономия средств, как и в жизни воображение ограничивается, чтобы не желать недостижимого. Для чисто эстетического типа типичны периоды депрессий, следующие за периодами энтузиазма. Шпрангер объясняет это тем, что каждый акт экспансии нуждается в ограничении, энтузиазм — в последующем успокоении, поскольку фактор “экономии сил” присутствует в каждом психическом акте. В социальных отношениях

<sup>3</sup> В Евангелиях “мамона”(Μαμώνας) в переводе с древнегреческого означает богатства, земные блага. — Прим. автора статьи.

## Теории “слоев” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпрангера

эстетический тип отличается обычно эксцентричностью и подчеркиванием собственной важности, другими словами, индивидуализмом и отсутствием самоотречения. Он не руководствуется желанием помогать другим в практических или духовных потребностях жизни, поскольку окружающие для эстетического типа бывают обычно объектом наслаждения или дифференцированной эмпатии. Общение “эстетов”, преимущественно поверхностное, если и дает слияние душ, то без всяких обязательств, почему напоминает “игру порхающих бабочек”. Кроме того, каждый выраженный эстет отчетливо эротичен. Но в социальных отношениях эстетический тип допускает слишком много воображения.

Если теоретический тип чувствует власть в знании, то эстетический — в своей индивидуальности, он пытается повлиять на других людей своим языком, приукрашенной внешностью, эстетической красотой одежды и владений (но если преобладают амбиции, речь идет уже о “политическом” типе). Эстетический человек — это аристократ и индивидуалист, отгороженный от человечества и становящийся самодостаточным, как только его позиции угрожают. При этом он бессознательно понимает, что не способен справиться с миром власти. Ничто так не калечит эстетический тип, как подчинение сверхиндивидуальным социальным силам, которые требуют от него чего-то определенного, ограниченного и реального. Государство он также воспринимает эстетически: в благоприятных условиях — как форму, в неблагоприятных — как оковы. Как чисто “импрессионистскому”, так и “экспрессионистскому” типу недостает внутренней самодисциплины, которая необходима в субординации и зависимых отношениях. Так и “классический” тип предпочитает жить согласно закону собственной природы, найти свободу в органическом саморазвитии. Высшую цену для эстетического типа имеет прекрасное, он исповедует “религию красоты” (естетически-религиозная концепция мира — анимизм). Пантеизм, согласно Шпрангеру, также свойственен “эстетической” душе.

Мотивационная характеристика эстетического типа — воля к форме, стремление развития своего воображаемого Я (“самореализация”, заключительная проповедь Генрика Ибсена и Оскара Уайльда — “будь самим собой”).

Существуют подформы эстетического типа, черпающие радость от природы с “женской” пассивностью, впечатления от жизни отзываются эхом в их душе, им противоположны “мужские” активные типы, которые за счет энергичной ментальной работы оставляют отпечаток своей внутренней формы на всей их сфере жизни. Обычно они рассматривают мир как материал для формирования своей личности, и классифицируют блага по плодотворности для культуры.

Как впоследствии Э. Кречмер [22] в описании циклоидной и шизоидной ментальности людей искус-

ства, Шпрангер в эстетическом типе разделяет “лирические” натуры (останавливающиеся на небольшой детали и немедленном ее эстетическом воздействии) и “эпические”, обращающиеся к жизни во всей ее широте. Между ними находятся “драматические”, активность которых переплетена с судьбой так интенсивно, что требует решений. Лирические натуры можно назвать “людьми настроения”. Эпические и драматические типы — это не только темпераменты, эмоциональные процессы у них наполнены объективно различным содержанием, что и определяет тип ментальности.

Негативная или позитивная оценка мира определяет эстетический стиль жизни. Если преобладает позитивный фактор, то речь идет о типичном “юмористе”, если негативный — о “сатирике”. “Трагик” смотрит на жизнь как на битву между светом и тьмой, в которой свет обречен на поражение, а вера в искупление грехов уже граничит с “религиозным” типом.

Существуют характеры, которые осуждают эстетическую и эмоциональную часть своей собственной жизни, что само по себе является эстетической экспрессией (так, Платон [2] осуждал людей искусства, поскольку они только копируют и имитируют).

Тип “импрессионистов” по Эвальду [6] сопоставим с “циклотимиками” Кремера [22], “экспрессионистов”, самых “субъективных” характеров, — с “фанатиками” и “фантастами” Курта Шнайдера (K. Schneider) [27], которые, каждый раз сталкиваясь с жизнью, оказывающейся несоответствующей их представлениям, в результате закрываются в шизотимном или шизоидном обособлении от нее. Если же “экспрессионисты” обладают одновременно сангвеническим, циклотимным темпераментом, то они будут опять вступать в борьбу и “демонически” преследовать свой идеал, такой шизоидный тип описал Кречмер [22] в виде “патетического идеалиста”. Гармонический “классический” тип по Шпрангеру соответствует циклотимикам Кречмера. Следует соотнести с “эстетическим” и тип “тонко чувствующего холодного аристократа” шизотимного склада. Все вышеуказанные эстетические типы встречаются не только у людей искусства с разной степенью одаренности, но и среди обычных людей, живущих своими сильными чувствами. Эвальд полагал, что таковых больше среди женщин.

Шпрангер выделяет отдельно и особый “социальный” тип, у которого главным стремлением является “отдавать себя другому”, в этом типе дух симпатии является импульсом души. При этом Шпрангер отмечает, что интерес к другим встречается и на животном уровне, в виде любви к брачному партнеру, к детенышам, в виде стадного инстинкта. Но чтобы определять “социальный” тип у человека, надо доказать его организующий принцип в психической жизни. Любящее Я отличается от желающего и эгоистичного. В узкой форме социальный тип может проявляться в жене, ко-

торая живет своим мужем, в матери, живущей своими детьми, и в слуге, живущем интересами своего хозяина. Социальному типу наука кажется бездушной, кроме того, “знание делает людей гордыми, а любовь смиренна” (большее понимание человека означает чисто теоретическое отношение).

При доминирующем социальном отношении любовь заставляет отступить даже стремление к истине. В структуре общества правда, связанная с личностями, может содержать элемент “нелюбви”. Поэтому возможен трагический конфликт между истиной и справедливостью, с одной стороны, и любовью, с другой. Подобное же напряжение существует между экономическими и социальными принципами. Самоохранение и самопожертвование обладают противоположными значениями. Благотворительность уничтожает экономический принцип (в отсутствии эгоистических мотивов). “Любой, кто любит, расточителен”<sup>4</sup>. Отношения социального типа с эстетической областью не так близки, как с теоретической и экономической. Но и здесь существует подобное напряжение. Социальный тип отличается от эротического, поскольку его любовь направлена не на очарование и красоту другого, и даже не на красоту его души, но на всю душу с ее возможностями ценности. Эротик переживает любовь как вид эстетического самоаслаждения, социальный тип забывает себя. Шпрангер, будучи сам также и педагогом, сопоставляет эти два типа с двумя типами учителей: один, “узкий” тип во время преподавания чувствует себя обогащенным молодостью и красотой учеников, другой, “истинный” учитель (Иоганн Песталоцци<sup>5</sup>) обращается и к совершенно неразвитым, деформированным жизнью, желая помочь им. Эстет не способен на полную самоотдачу, он слишком аристократичен, его любовь привередлива, он все же живет собственными чувствами. Социальный тип не знает другой силы и власти, чем любовь. Безличность легальных законов противна состоянию его души. Но в мире знаний, экономики и политики нельзя руководствоваться только любовью.

Ни в одном из предшествующих социальным типов не существует такого легкого перехода к религиозному. Для Шпрангера интенсивность любви представляется важнее, нежели ее экстенсивность. Каждый человек обладает ограниченной способностью к глубоким отношениям любви. “Люди, которых мы не знаем близко, могут страдать, но это нас мало трогает”.

<sup>4</sup> Цитата из швейцарского поэта С. Ferdinand Meyer (1799 – 1840).

<sup>5</sup> J. H. Pestalozzi (1746 – 1827) — швейцарский педагог, крупнейший гуманист конца XVIII — начала XIX века, разработавший основы первоначального развивающего обучения.

В социальном поведении бывает трудно определить, какой мотив является решающим: политический, эротический, системный (теоретический) или “социальный”. Дифференцированные формы социального типа Шпрангер полагает довольно многочисленными. Так, например, с разделением на активные и пассивные, это “любящие” натуры и “нуждающиеся в любви”. Последние являются психическими типами только если они сознают свою способность к любви (необходимо исключить эротизм как проявление эстетического типа). Фундаментальной составляющей мужского принципа мира (что не всегда совпадает с мужским полом) является то, что потребность быть любимым сильнее способности любить. Поэтому, согласно Шпрангеру, вследствие такого одностороннего развития и разделения в природе сокровенное желание сердца: прийти обратно к источнику жизни в виде женской любви. Самая глубокая дружба существует между людьми разного пола, по меньшей мере, в отношении “ментального” пола. Друг, мать, жена — каждый из них находит внутренний смысл жизни в жизни для другого существа. Некоторые люди склонны к экстенсивной любви (при этом страдает ее интенсивность). Человек может любить свой клан, свою профессию, свой класс, свою нацию. Последние типы обычно не “чисто” социальные, поскольку к ним привлекается политическая воля к власти, или религиозное стремление к искуплению грехов.

Разделение социальных натур можно произвести и по области ценностей, которые, как они верят, дают им высшую силу к любви. Так, одни апостолы любили человечество, возвещая ему правду, другие помогали экономически, третьи занимались его образованием. Например, в знаменитом педагоге Иоганне Песталоцци Шпрангер видит чистый социальный тип любящего человека с желанием помочь, последнее стремление вело его к различного рода теоретическим спекуляциям.

Ненавидящее или “нелюбящее” отношение может быть наполнено экономическим эгоизмом, индивидуализмом ученого (теоретический тип), эстетическим самоаслаждением или религиозным отшельничеством. Нередко сходные формы наполнены не ненавистью, а только равнодушием. Человек может ненавидеть по экономическим мотивам (потому что другой вредит), по эстетическим (поскольку объект ненависти уродлив психически или физически), по теоретическим мотивам (потому что другой ошибается), по религиозным (потому что другой безбожник или негодяй). Хотя ненависть и существует как факт, этически она представляет зло, поскольку она не видит возможной ценности другого. Иногда ненависть к человеку является результатом разочарованной любви. Кроме того, ненавидящий склонен к быстрым обобщениям. К одному разочаровавшему его слушаю он может приложить все другие из этой группы: так происходят мужчины, ненавидящие всех женщин, и

## Теории “слоев” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпрангера

женщины, ненавидящие всех мужчин. Наиболее глубоко противоположен социальному типу “мизантропа”: человека, разочарованного социальными отношениями и замкнувшегося в себе. Активные “враги человечества” относятся уже к экстремальной форме “политического” типа или означают конституциональную “дегенерацию” по отношению к ценности жизни.

Согласно Эвальду [6], в патологической широте к социальному типу можно отнести “фанатиков любви”, отличающихся мазохистическими тенденциями к мученичеству, апостолов шизоидного склада, а также депрессивные натуры, склонные к самомуучительству. Порой среди воспитателей и сестер милосердия наблюдаются и активно-циклотимные черты.

Следующий тип, описанный Шпрангером, — это “политический”. Отношения власти и зависимости являются элементарным актом существования. Речь идет о политическом типе только тогда, когда власть выражается не в превосходстве за счет знания, экономического уровня, внутреннего богатства личности или религиозности, а “центрированием индивидуальной ценности на формальном качестве обладания властью”. Причем эта ценность привлекает в жизнь новый фактор энергии. Политический тип самоутверждается по отношению ко всем индивидуальным достижениям и энергиям других. Обладающий властью для достижения своих целей может использовать уже имеющийся у другого контекст мотиваций (полезность, красота, истина, религиозность, самосохранение) и может распространить свое влияние до физического насилия. Чистый политический тип заставляет служить все остальные области жизни своей “воле к власти”. Политика интересует, как можно контролировать человека, его знание человека всегда прикладное. При этом человек власти должен казаться непроницаемым для других и культивировать “pathos дистанции”. Если власть выступает основной ценностью, все другие ценности, включая и правду, ей подчинены. Истина в социальном приложении, действительно, не всегда конструктивна и может привести к катастрофе. Политические теории чаще основываются на воле к власти, чем на воле к объективности. Политическому типу свойственна риторика и ненаучное мышление. Повсюду в мире, где люди интересовались политикой, риторический идеал культуры предпочтался философскому (софисты Древней Греции, дипломаты придворного периода и т.д.). Воля к власти играет роль в истерических расстройствах: желание быть “наверху”, а не “внизу”. Даже характер современного предпринимателя является не чисто экономическим, а частично основан на политических отношениях. Есть характеры, стоящие на границе между политическими и эстетическими (с большим воображением, закрывающим от них реальное положение дел). Женский флирт, первично выражение эротического эстетизма, может быть чистым выраже-

нием власти, контроля над мужчиной. “Чистый” человек власти не может быть сердечным другом, воля к власти заставляет чувствовать свое превосходство над другими. Но чистый политический тип появляется очень редко. Каждый, кто желает представлять коллективную власть, должен ассилировать что-то из духа общества. Тиран смотрит на других людей как на собственность, обладатель социально основанной власти желает сделать их счастливыми и помогать людям во время своего правления. Если отношения с властью основаны на любви, то наблюдается патриархальная система, на законе — легальный правитель, на лести и подчинении инстинктам толпы — демагог. Политический тип способен использовать и религиозные идеи для приобретения власти. Еще Платон [2] описал несколько конституциональных типов людей власти: аристократа, тимократа, олигарха, демократа и тирана. Шпрангер описывает и тип, лишь кажущийся противоположным человеку власти: “фанатиков равенства”, атакующих всех, кто стоит выше него, независимо от их ценностей. Но это может быть лишь тактика “демократа”, который, получив власть, превращается в тирана. В таких случаях догма “равенства” используется для самоутверждения и подавления других. Есть и другая форма негодуящих властью: “отказавшийся от власти” политический тип, погрузившийся в себя и наслаждающийся одиночеством, питающийся ядом своего величия, непонятости и независимости (таковым является, в комбинации с эстетическим воображением, Фридрих Ницше).

Эвальд [6] находит, что в человеке власти (“Machtmensch”) редко отсутствуют циклотимные черты, подпитывающие витальное влечение к ней, что заставляет вспомнить “крупномасштабных организаторов и “отважных авантюристов” Кречмера [22]. Хотя само собой разумеется, что шизоидных “холодных деспотов” и шизотимные “прохладные властные натуры” также можно связать с политическим типом Шпрангера. При этом типы “чистых идеалистов и моралистов” в политике по Кречмеру соотносятся уже с теоретическим типом Шпрангера. С учетом необязательного, но возможного проявления физического насилия для установления власти на индивидуальном уровне ряд представителей антисоциального типа психопатии также может быть включен не только в экономический, но и политический тип.

“Религиозного” человека Шпрангер подразделяет на три подтипа: “имманентного мистика”, у которого все ценности жизни переживаются в позитивном отношении к высшей ценности жизни; “трансцендентного” мистика, если отношение к ценностям жизни негативное; и “дуалистический” тип, когда эти оценки частично негативны, частично позитивны. При этом, с точки зрения Шпрангера, каждый другой тип — теоретический, экономический, эстетический, политический — способны прийти к религиозному. С другой стороны, и в религиозном присутствуют как

экономические аспекты: жертвоприношения, разделение труда (касты в некоторых религиях), так и теоретические, касающиеся границ знания и веры, а эстетический опыт расширяется до религиозного (может быть “религия красоты”), религиозное настроение способно выражаться в музыке, поэзии, танцах, ритуалах (хотя полностью духовная религия отрицает искусство (иконокlasticкое движение)). В эволюции всех сфер жизни именно социальная любовь ближе всего к религиозной, но религиозный человек ищет удовлетворения только в любви к богу: силу любви можно сохранить, только располагая периодами одиночества. Поскольку в религиозном сообществе играет роль и самоутверждение, закономерным образом возникают и политические аспекты. Человек может сражаться за реализацию своей ценности, все другие боги могут обесцениваться в пользу собственного (религиозные войны прошлого). Однако, героическая вдохновенность человека не может быть полной, и часто кончается религиозной резиньицей и вечными смиренными молитвами. Молитва может являться тестом власти на призыв бога к помощи посредством магии. Кроме того, религиозное сознание позволяет ставить себя выше государства и организованной церкви.

Религиозный тип Шпрангер подразделяет и другим способом на креативный тип “пророков с религиозными откровениями” и рецептивный тип, следующий уже имеющейся религии. Динамика проявлений религиозных ценностей также может быть различной: некоторые люди все воспринимают в религиозном свете, у других бывают только периоды религиозности, у одних вера приходит внезапно, как откровение, у других — развивается постепенно. Каждый, кто говорит, что мир бессмыслен, говорит так только потому, что глубоко разочарован своими ожиданиями его значения (атеизм не обязательно арелигиозен). И такой человек может представлять религиозный тип.

У экстатических мистиков Шпрангер отмечает также периоды экзальтации и депрессии, как и у артистических эстетических типов. Кречмер [22] относил экстаз к переживаниям, свойственным шизоидной конституции. При этом Эвальд [6] не стал интерпретировать религиозный тип Шпрангера в патологических рамках, подчеркнув лишь его значение для психотерапевтической работы. От психопатологического толкования религиозного типа, описанного Шпрангером, ушел и Артур Кронфельд (A. Kronfeld) [23] в своем “Учебнике характерологии”, и Генрих Гофман [13] в монографии “Проблема построения характера”. Сам Шпрангер считал этот тип “высшим”.

В отличие от последующего клинического “прототипического” учения Кречмера, выделявшего шизоидные и циклоидную конституции, исходя из двух нозологических форм болезней, описанных Э. Крепелиным [18, 19, 20], Шпрангер за основу своей

систематики “типов индивидуальности” брал различные “нормативные” области ценностей, при одностороннем развитии которых нормальный тип постепенно переходил в психопатическую личность. Кроме того, описания Шпрангером ментальности различных типов людей искусства и политики предвосхищают описания Кречмером шизотимного и циклоидного склада психики гениальных людей искусства и политических деятелей. Отличает этих авторов не только понимание сферы религиозности, но и отношение к собственным типологиям характеров. Кречмер утверждал, что его типы “реальны”, а Шпрангер отмечал “идеальность”, схематичность описанных им типов индивидуальности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель. Метафизика. В кн.: Аристотель. Сочинения в четырех томах. Том 1 (под ред. В. Ф. Асмус). — Москва. — Академия Наук СССР, Институт Философии, Издательство социально-экономической литературы. — 1975. — С. 63 — 448.
2. Платон. Государство (пер. А. Н. Егунова). В кн.: Платон. Собрание сочинений в четырех томах (Общая редакция А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи). — Москва. — Российская Академия Наук, Институт Философии, Издательство “Мысль”. — Том 3. — 1994. — С. 79 — 420.
3. Платон. Тимей (пер. С. С. Аверинцева). В кн.: Платон. Собрание сочинений в четырех томах (Общая редакция А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи). — Москва. — Российская Академия Наук, Институт Философии, Издательство “Мысль”. — Том 3. — 1994. — С. 421 — 500.
4. Снежневский А. В. О нозологии психических расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1975. — Том 75. — Вып. 1. — С. 138 — 143.
5. Braun E. Psychogene Reaktionen. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). — Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Die Psychopathischen Anlagen Reaktionen und Entwicklungen. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1928. — S. 112 — 226.
6. Ewald G. Temperament und Charakter. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1924. — 156 S.
7. Ewald G. Neurologie und Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. Vierte, vernehrte und verbesserte Auflage mit 149 Abbildungen. — Muenchen — Berlin. — Urban&Schwarzenberg. — 1959. — S. 564.
8. Freud S. Das Unbewusste(1915). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewahlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. — Verlag Philipp Reclam jun. — Leipzig. — 1990. — S. 263 — 298.
9. Freud S. Das Ich und das Es(1923). Aus: Sigmund Freud. Psychoanalyse. Ausgewahlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. — Verlag Philipp Reclam jun. — Leipzig. — 1990. — S. 299 — 342.
10. Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeben von O. Bumke). — Fuenfter Band. — Spezieller Teil I. Erster Tel. Die Psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1928. — 578 S.
11. von Hartmann E. Philosophie des Unbewussten. Versuch einer Weltanschauung. — Berlin. — Carl Duncker's Verlag. — 1869. — 678 S.
12. Hartmann N. Zur Grundlegung der Ontologie.- Zweite unveraenderte Auflage. — Berlin. — Walter de Gruyter & Co. — 1941. — 338 S.
13. Hoffmann H. Das Problem des Charaktersaufbaus. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1926. — 193 S.

## Теории “слов” в психиатрии и концепция “базисных типов индивидуальности” Эдуарда Шпрангера

14. Jackson J. *Hughlings*. Evolution and dissolution of the nervous system. Croonian Lectures delivered at the Royal College of Physicians, March 1884. — Lancet 1884; 1: 555–8, 649–52, 739–44.
15. Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. I. Etudes cliniques et experimentales sur les idees obsedantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les delires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétude, la neurasthenie, les modifications du sentiment du reel, leur pathogenie et leur traitement. — Felix Alcan, Editeur. — Paris. — 1903. — 764 P.
16. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden fuer Studierende, Aerzte und Psychologen. — Verlag von Julius Springer, Berlin. — 1913. — 338 S.
17. Kant I. Critik der Urteilskraft. — Berlin und Libau. — bey Lagarde und Friederich. — 1790. — LVIII und 477 S.
18. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch fuer studierende und Aerzte. Vierte, voellig umgearbeitete Auflage. — Leipzig, Verlag von Ambr. Abel. (Arthur Meiner), 1893. — 702 S.
19. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte. 7 Auflage. — Zweiter Band: Klinische Psychiatrie. — Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. — 1904. — 892 S.
20. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie. — 1920. — Bd. 62. — S. 1 – 29.
21. Kraus Fr. Allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Besonderer Teil. I: Tiefenperson. — Leipzig. — Georg Thieme Verlag. — 1926. — 253 S.
22. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperaturen. — Berlin. — Springer. — 1921. — 192 S.
23. Kronfeld A. Lehrbuch der Charakterkunde. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1932. — 451 S.
24. Parmenides. On nature. In: Early Greek philosophy (Ed. By John Barnet). — 3-d edition. — London. — A&C Black. — 1920. — 3 P. http://platonic-philosophy.org/files/Parmenides%20-%20Poem.pdf
25. Ribot Th. The psychology of emotions. — London. — Walter Scott, LTD., Paternoster Square. — 1897. — 455 P.
26. Scheler M. Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus. — Halle a. d. S. — Verlag von Max Niemeyer. — 1916. — 620 S.
27. Schneider Kurt. Die Psychopathischen Persoenlichkeiten. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von Gustav Aschaffenburg). — Spezieller Teil. — 7. Abteilung. — 1. Teil. — Leipzig und Wien, Franz Deuticke. — 1923. — 96 S.
28. Schopenhauer A. Die Welt als Wille und Vorstellung. Vier Buecher nebst einem Anhange, der die Kritik der Kantischen Philisophie enthaelt. — Leipzig. — F. A. Brodhaus. — 1819. — XVI Seiten +725 Seiten.
29. Schultz J. H. Die konstitutionelle Nervositaet. In: Handbuch der Geisteskrankheiten(Herausgegeben von O. Bumke). — Fuenfter Band. Spezieller Teil I. Die Psychopatischen Anlagen Reaktionen und Entwicklungen. — Berlin. — Verlag von Julius Springer. — 1928. — S. 28 – 111.
30. Spranger E. Lebensformen. Ein Entwurf. In: Festschrift fuer Alois Riehl. Von Freunden und Schülern zu seinem 70. Geburtstage dargebracht. — Niemeye. — Halle (Saale). — 1914. — S. 416 – 522.
31. Spranger E. Lebensformen. Geisteswissenschaftliche Psychologie und Ethik der Persönlichkeit. — 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. — Verlag von Max Niemeyer. — Halle (Saale). — 1921.
32. Spranger E. Types of Men. The psychology and ethics of personality (Authorized translation of the fifth German edition by Paul G. V. Pigors). — Max Niemeyer Verlag. — Halle(Saale). — 1928. — Hafner Publishing Company. — New York. — 402 P.
33. Toennies F. Gemeinschaft und Gesellschaft: Grundbegriffe der reinen Soziologie. Sechste und siebente Auflage(erste Auflage 1887). — Berlin. — Karl Curtius Verlag. — 1926. — 254 S.
34. Trembley F. Vladimir Solovyov, Nicolai Hartmann, and levels of reality // Axiomathes. — Springer Science+Business Media Dordrecht. — 2017. — 27(2):133 – 146. DOI 10.1007/s10516-017-9328-4.
35. Utitz E. Characterologie. — Charlottenburg. — Pan-Verlag Rolf Heise. — 1925. — 398 S.
36. York III G. K., Steinberg D. A. Hughlings Jackson's neurological ideas // Brain. A Journal of Neurology. — 2011: 134; 3106 – 3113. doi: http://10.1093/brain/awr219.

**РЕКОМЕНДУЕМ!**

*Эжен Минковский*

**Шизофрения.**

**Психопатология шизоидов и шизофреников**

**М., 2017**

# Этические проблемы отношения к старости в здравоохранении

И. В. Силуянова<sup>1</sup>, Л. Е. Пищикова<sup>2</sup>

Статья анализирует факторы уязвимости позднего возраста и предлагает этические принципы в отношении пожилых: понимание старения как благоприятного нормативного процесса; соблюдение презумпций психического здоровья, вменяемости, сделкоспособности, дееспособности; недопустимость эйджизма; недопустимость жестокого обращения, насилия и пренебрежения; признание деменции болезнью, а не нормативным проявлением старения; сохранение достоинства и уважения человека до последней стадии деменции и его права проживать в своем доме; недопустимость эвтаназии.

**Ключевые слова:** здоровое старение, дискриминация, эйджизм, жестокое обращение, деменции, болезнь Альцгеймера, эвтаназия, этический кодекс.

## Нормативные позиции биомедицинской этики

В современной цивилизации существует ряд абсолютных моральных шкал, определяющих уровень нравственной жизни различных культур и сообществ. Для христианских народов за основу социальной жизни принят библейский Декалог (девять заповедей, данных Богом Моисею). В “светской этике” так же, как в этике религиозной, непреходящими ценностями считаются сочувствие, забота и защита жизни на любых этапах человеческого бытия.

Традиционно профессиональная биомедицинская этика включает систему норм, ценностей и обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку.

Со временем Гиппократа особое значение в пространстве проблем работы с лицами пожилого возраста имеет принцип доминанты интересов пациента. Долг врача — это призвание и умение подчинить свой интерес интересам, пользе и выгоде пациента. “Я направлю режим больных к их выгоде... В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного”.

Умение подчинить себя интересам любого больного человека — это не только и не просто заслуживающие уважения свойства личности врача, а прежде всего свидетельство его профессионализма. Поведение врача, и с точки зрения его внутренних устремлений, и с точки зрения его внешних поступков, должно мотивироваться интересами и благом пациента, и не подчиняться личному индивидуальному благу и поиску путей достижения этого блага (будь то благо материальное, чувственное и т.п.) “за счет” страдающего человека [1, 2].

В современной биомедицинской этике на первый план выходит принцип уважения достоинства человека и его прав, независимо от его социального статуса, включая возрастные характеристики. Он занимает первое место среди основных принципов профессиональной этики, признанных Всеобщей декларацией о биоэтике и правах человека (UNESCO, 2005), к которым относятся:

- принцип человеческого достоинства и прав человека, включающий принцип приоритета человека над интересами общества и науки;
- принцип блага и вреда — получение максимальных благ для пациентов и сведение к минимуму любого возможного вреда;
- принцип самостоятельности (автономии) и индивидуальной ответственности в принятии решений, включая специальные меры по защите интересов лиц, не обладающих правоспособностью;
- принцип согласия, в том числе и для лиц, не обладающих правоспособностью давать согласие;
- принцип признания уязвимости человека и уважения неприкосновенности его личности, включая защиту особо уязвимых групп;
- принцип неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности;
- принцип равенства, справедливости и равноправия;
- принцип недопущения дискриминации и стигматизации;
- принцип социальной ответственности и здоровья, включая право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья, доступ к качественным медицинским услугам и лекарствам.

В непротиворечивом соответствии с этими принципами находятся и основные регламентации документов Церковно-общественного совета по биомедицинской этике при Московском Патриархате, основной задачей которого является морально-нравственная и правовая экспертиза клинической, экспериментальной и научно-практической деятельности в области медицины [3].

<sup>1</sup> Доктор философских наук, зав. кафедрой биоэтики Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

<sup>2</sup> Доктор мед. наук, психиатр, судебно-психиатрический эксперт, президент фонда медико-социальной, правовой и духовной помощи гражданам старшего поколения “Геронтологическая защита”, член Совета по биомедицинской этике при Патриархии.

### Старение и факторы уязвимости позднего возраста

В России доля людей старшего возраста в структуре населения в период с 2005 по 2017 гг. увеличилась с 20,4 % до 25 %, а к 2036 году достигнет 30,4 %. При этом, в Центральном Федеральном округе доля лиц старше трудоспособного возраста уже сейчас составляет 27,2 %, а в некоторых регионах и областях России превышает 29 % (Новгородская — 29,1 %, Псковская — 29,3 %, Пензенская — 29,1 %, Тверская — 29,1 %, Тамбовская — 29,9 %, Тульская — 30,2 %, Рязанская — 29,8 %). Ожидается, что за этот период продолжительность жизни россиян возрастет с 72,65 до 82,15 лет: мужчин — с 67,65 до 77,52 лет, а женщин — с 78,62 до 85,67 лет (Росстат, 2018). Эти тенденции, однако, не означают увеличения продолжительности “здоровой жизни”, а определяют “патологический социальный тип старения” с нарастанием мультиморбидной патологии, психических расстройств и деменций.

По данным ВОЗ, каждый год почти у 8 млн человек в мире развивается деменция, что соответствует новому случаю заболевания каждые три секунды. В 2015 г. деменция была диагностирована более чем у 47 млн человек во всем мире, ожидается, что этот показатель вырастет до 76 млн к 2030 г. и 145 млн к 2050 г. При этом отмечается недостаточная информированность о деменции, а пациенты часто становятся объектом стигматизации. Как для больных деменцией, так и для лиц, осуществляющих уход за ними, стигматизация может усугублять социальную изоляцию и приводить к задержкам в постановке диагноза. При недостатке специалистов геронтопсихиатрического профиля и эффективных лекарств, остается возможность оказания лишь паллиативной помощи, которая также недостаточно развита [4].

Старение сопровождают такие универсальные факторы уязвимости как дискриминация по возрастному признаку (эйджизм), социальнно-экономическое неравенство, профессиональная дискриминация, дискриминация в доступе к медицинскому обслуживанию и качеству медицинских услуг, правовая и социальная незащищенность, жестокое обращение и насилие, восприятие позднего возраста синонимично состоянию слабоумия, стигматизация людей с деменциями.

### Дискриминация по возрасту (эйджизм)

По данным ВОЗ, “эйджизм” сейчас является более распространенной формой дискриминации, чем дискриминация по половому (сексизму) или этническому признаку (расизму). Существующие “эйджистские” стереотипы ограничивают потенциально эффективные стратегии по обеспечению здорового и активного долголетия. Например, пожилой человек часто воспринимается негативно, как слишком старый для приобрете-

ния каких-либо новых навыков или неперспективный в профессиональной области. Восприятие пожилых людей скорее в качестве бремени, чем в качестве ресурса, приводит к тому, что государство больше думает о способах минимизации расходов, связанных со старением, а не о максимальном расширении возможностей для вклада пожилых людей.

Эйджизм в системе медицинской помощи может включать негативное отношение медицинских работников к пожилым людям или к процессу старения, сведение всех причин развития заболеваний к пре-клонному возрасту, воспрепятствование к доступу к медицинским вмешательствам или обследованиям, а также представления о неспособности пожилых людей принимать какие-либо решения, в том числе связанные с личными предпочтениями или с уходом [5].

Проявлением эйджистских тенденций в России является, например, законодательный запрет руководить федеральными и региональными исполнительными органами власти, а также медицинскими учреждениями, людям старше 65-летнего возраста, трудности при трудоустройстве граждан старшего поколения, ухудшение условий их труда, сокращение при “модернизации” учреждений.

Эйджистские стереотипы, ассоциирующие поздний возраст со слабоумием, стигматизируют пожилых людей, обусловливают предложения по их психиатрическому освидетельствованию (для оценки сохранности когнитивных функций) при приеме на работу, при составлении и нотариальном заверении гражданско-правовых актов, а также при проведении диспансеризации населения [6].

ВОЗ были определены основополагающие принципы, касающиеся людей старшего поколения, направленные на преодоление их дискриминации [5], это:

- презумпция здорового старения, определяющая старение как процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в позднем возрасте;
- право пожилых людей на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и на его постепенную реализацию;
- содействие автономности, т.е. праву делать выбор и контролировать все вопросы, включая то, где жить, какие связи устанавливать, что носить, как тратить свое время и когда начинать лечение.

Важное антидискриминационное значение приобретает положение о том, что деменция не является нормальным проявлением старения, хотя возраст и представляет собой основной фактор ее развития.

Для устранения ограничительных социальных конструкций предлагается отмена произвольной категоризации на основе возраста, например, обозначение людей старше определенного возраста как пожилых или старых. Считается, что такая категоризация игнорирует огромное разнообразие способностей в

старшем возрасте и может привести к его стереотипному восприятию, а в медицинских учреждениях ограничить прогресс в исследованиях.

### Жестокое обращение и насилие в отношении людей старшего возраста

История жестокого отношения к старикам уходит корнями в далекое прошлое, когда практиковалось умерщвление людей, достигших старшего возраста (геронтоцид). Это было обусловлено необходимостью выживания в условиях недостаточности природных ресурсов и опасностью перенаселения территорий в эволюционно и нравственно неразвитых сообществах.

По данным М. Кулишера (1887), истребление соплившихся соплеменников практиковалось на островах Фиджи, в Новой Зеландии, среди австралийских народностей. Этот обычай был настолько распространён, что среди населения Фиджи практически не встречались люди старше 40 лет. В древней Греции, Германии, на Северном Кавказе, в Польше неспособных к труду стариков сбрасывали со скал, которые назывались “скалами предков”. В Скандинавии и Тибете их оставляли на улице или отвозили умирать в лес. В Полтавской губернии в 1880-х годах стариков вывозили в зимнюю пору в глухое место, сажали на луб и опускали в глубокий овраг, откуда пошло крылатое выражение “сажать на лубок” [7].

В настоящее время тема жестокого обращения и насилия по отношению к пожилым остается чрезвычайно актуальной. В России отмечается рост числа правонарушений, совершаемых в отношении граждан старшего возраста, связанных с физическим насилием, с мошенничеством их собственностью, с обманом при заключении ими различных гражданско-правовых актов. При отсутствии полных официальных статистических данных, отражением этих тенденций является рост числа судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проводимых в отношении пожилых людей, оказавшихся в судебно-следственной ситуации, на предмет определения их вменяемости, способности давать показания, сделкоспособности и дееспособности.

Исследование пациентов позднего возраста в судебно-психиатрической практике выявило следующие виды отмечавшегося в отношении них жестокого обращения и насилия, соответствующие классификации ВОЗ [8, 9]:

- **физическое насилие** — побои, причинение телесных повреждений, действия, направленные на отъем жилья и препятствия для проживания в жилье, физическая изоляция, безосновательное недобровольное освидетельствование у психиатра в психоневрологическом диспансере (ПНД) и помещение в психиатрический стационар (ПС), неправомерное ли-

шение дееспособности и помещение в психоневрологический интернат (ПНИ);

- **экономическое (финансовое) насилие** — лишение пенсии и других финансовых средств, мошенничество в отношении финансовых средств и собственности, обман при составлении гражданско-правовых актов, оспаривание составленных гражданско-правовых актов (в том числе и завещаний);

- **психологическое насилие** — унижения, издевательства, угрозы (совершения физического насилия, отъема жилья, недобровольного освидетельствования у психиатра, принудительной госпитализации в ПС, неправомерного лишения дееспособности, недобровольного помещение в ПНИ), ошибочная диагностика психических расстройств;

- **пренебрежение** — отказ в возбуждении уголовных дел в статусе потерпевших, оставление пожилого человека без помощи и средств к существованию, его психологическая изоляция, неоказание ему медицинской, в том числе психиатрической помощи, недифференцированное и чрезмерное применение психотропных (и других) препаратов, удержание в ПС, несмотря на положительную динамику в психическом состоянии, оставление в беспомощном состоянии (доставление на СПЭ в тяжелом соматическом состоянии, требующем неотложных реанимационных мероприятий), доставление на СПЭ в психотическом состоянии или под влиянием психотропных препаратов, препятствующее достоверной экспертной диагностике, нарушение компетенций в диагностике и лечении психических расстройств врачами не психиатрами, случаи инициирования гражданских дел об определении недееспособности по заключению врачей не психиатров, помещение в ПНИ, несмотря на наличие детей и жилья.

### Этические аспекты оказания психиатрической помощи

Ряд попыток пересмотра закона РФ от 02.07.1992 г. N 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон) в части, касающейся делегирования полномочий по лечению психических расстройств врачам не психиатрам, могут затронуть права людей старшего возраста, в том числе их право на получение профессиональной психиатрической помощи. Вопреки существующим положениям Закона, оказание психиатрической помощи может быть разрешено врачам общей практики, геронтологам, неврологам, а на поздней стадии деменции — специалистам паллиативного профиля, что способно привести к стигматизации пожилых людей на основании неправомерно установленного диагноза психического расстройства, нарушению их прав, лишению дееспособности [10].

Так, приказ МЗ РФ № 869н “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных

групп взрослого населения” уже сейчас предписывает неврологам обследовать людей старшего возраста (по достижению ими 75 лет) на предмет выявления у них когнитивных расстройств и депрессий. Между тем, диагностика этих нозологий в настоящее время является законодательной прерогативой психиатров и осуществляется в соответствие с кластером МКБ-10 “Психические расстройства” [6].

Право на получение наилучшей имеющейся психиатрической помощи регламентируется “Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи” (ООН, 1991). Важным для понимания необходимого уровня такой помощи является положение о том, что в развитых странах только психиатр (врач, имеющий специальную подготовку в области психиатрии и лечения психических расстройств и аттестованный в данной области) может диагностировать психическое расстройство. Перевод услуг по охране психического здоровья на уровень первичного звена допускается для стран с низким уровнем дохода, испытывающих острую нехватку специалистов по психическому здоровью, что является оптимальной стратегией для групп населения, недостаточно обеспеченных медобслуживанием.

### Этические аспекты деменций

Этические проблемы возникают на протяжении всего периода жизни человека с деменцией, начиная с момента постановки диагноза, когда перед клиницистами, пациентами, членами семьи, ухаживающими лицами и исследователями встает множество этических вопросов, которые варьируют в зависимости от стадии заболевания и тяжести проявлений. По мнению исследователей, на ранних стадиях — это вопрос границ признания самостоятельности пациентов (направление для более определенного диагностического тестирования, границы обсуждения с пациентом тяжелых исходов при фиксации заранее даваемых распоряжений). На средней и поздней стадии болезни — конфликт между максимальным сохранением самостоятельности пациентов и патерналистскими попытками защитить их, что включает поведение и действия против воли пациентов, сообщение информации, которая может быть непереносимой, особенно на поздних стадиях, когда приходится утаивать ее во избежание психологического стресса [11].

Важным результатом исследований является вывод о том, что люди с деменцией продолжают испытывать полный спектр эмоций даже при выраженном ухудшении когнитивных функций и общаться с внешним миром посредством своего поведения, даже если им сложно говорить. Хотя они могут со временем утратить способность принимать информированные решения по сложным вопросам, большинство остаются способными принимать решения в отношении своих предпочтений. Даже если их способность к вос-

приятию устной речи существенно нарушена, сохраняется возможность выяснить их предпочтения или мнение неверbalным способом [9].

В поддержку и развитие антидискриминационных положений ВОЗ разработаны концепция и стратегии в отношении психического здоровья граждан старшего возраста [9, 12, 13, 14], в рамках которых сформулированы постулат нормативности благоприятного старения и возрастной психической нормы жизнедеятельности, презумпции психического здоровья, вменяемости, сделкоспособности, дееспособности пожилого человека. Суть концепции — постулирование психического здоровья пожилого человека во всех сферах жизнедеятельности, а также его правоспособности (вменяемости, сделкоспособности, дееспособности), пока через специальные судебные процедуры в рамках проведения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) не будет доказано обратное.

Международная организация по борьбе с болезнью Альцгеймера (Alzheimer’s Disease International — ADI) разработала специальный антидискриминационный язык в отношении людей с деменциями [15]. Он призван показать, что деменция не является определяющим аспектом в жизни человека с этим диагнозом и не отражает его способности или уровни понимания. Говорить о деменции в негативном ключе или использовать неправильную терминологию — значит укреплять стереотипы, мифы и дезинформацию о деменции. И в обращении, и в используемом языке важно фокусироваться на сохранных (а не на утраченных) способностях, что может помочь людям с деменцией сохранять чувство собственного достоинства.

Для обозначения наличия расстройства предлагаются использовать такие термины как “люди с деменцией” или “люди, живущие с деменцией” или “люди с диагнозом деменция”. При этом некорректными считаются такие дефиниции как “дементирующие заболевания”, “старческая деменция”, так и определение людей с деменцией как “больных”, “пациентов”, “пострадавших” или “жертв”.

Антидискриминационный язык направлен на признание того, что люди с деменцией, это в первую очередь — люди и их диагноз не должен рассматриваться или упоминаться как определяющий аспект их жизни.

### Приоритет проживания и старения дома

Люди старшего возраста рассматривают свой дом в качестве приоритетного места жительства, которое помогает им сохранить ощущение связи, безопасности и хорошей осведомленности, поскольку связано с их чувством идентичности и автономности. Праву людей с определенной формой функциональных ограничений жить в своем сообществе и оставаться его членом, отведена центральная роль в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (ООН, 2006). В некоторых случаях проживание в

специализированных учреждениях считается унижающим человеческое достоинство и связанным со структурными и культурными барьерами, препятствующим социальному взаимодействию.

Важной политической мерой на старение населения является концепция “старения на месте”, означающая возможность для пожилых людей вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня индивидуальной жизнеспособности.

На сегодняшний день в России существует 500 ПНИ Министерства труда и социальной защиты населения, в которых проживает более 150 тыс. человек, а очередь в них составляет 8000 человек. При этом правозащитниками отмечается несовершенство института недееспособности и опеки, как источника злоупотреблений и нарушений прав человека в России. Так, выявлены “системные” и тотальные нарушения прав граждан, проживающих в ПНИ. Среди них — неправомерное ограничение свободы, нарушения прав на личную неприкосновенность, на владение и распоряжение личным имуществом, на труд, на лечение только на основе добровольного и информированного согласия, на получение социальных и реабилитационных услуг. Отмечено умаление человеческого достоинства, случаи лечения проживающих в ПНИ против их воли и без решения суда психотропными препаратами, массивное продолжительное “лечение” нейролептиками, назначаемыми в качестве наказания и для “успокоения”, приводящее к побочным эффектам и ухудшению состояния здоровья [16].

Исследование пациентов старшего возраста, направленных на СПЭ для определения их недееспособности [9], показало, что пожилые люди, проживающие в ПНИ, обнаруживали в целом самые глубокие психические нарушения, доходящие до степени тяжелой деменции. Этому способствовал, в том числе и психотравмирующий фактор, связанный со сменой привычной среды обитания, попаданием в незнакомую обстановку. Длительное пребывание в социальном учреждении приводило к смене жизненного стереотипа, депривации общения и десоциализации, утрате неприкосновенности личной жизни, ограничению возможностей собственного выбора. Когнитивное функционирование резко ухудшалось в связи с отсутствием привычного когнитивного тренинга (общение с родственниками, знакомыми, соседями, получение информации из своей социальной среды, элементарное, но самостоятельное самообслуживание). Несмотря на тяжесть отмечавшихся деменций, в большинстве своем пожилые люди сохраняли память о своем доме и желание туда вернуться.

В соответствии с Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (ООН, 1991), каждый пациент, страдающий психическим заболеванием, имеет право:

- жить и работать в обществе;
- получать лечение и уход в общине, в которой он проживает;
- проходить лечение вблизи от своего дома и как можно скорее вернуться туда;
- получать лечение, направленное на сохранение и развитие автономности личности.

### **Этические аспекты конца жизни**

В настоящее время в России вновь стали обсуждаться предложения о разработке закона об эвтаназии, который напрямую может затронуть уязвимых и беспомощных людей позднего возраста с тяжелыми заболеваниями и деменциями, ставшими обузой для своих семей, органов здравоохранения и государства.

Современное понятие “эвтаназия” формировалось на протяжении нескольких исторических этапов. Ее основу заложила существовавшая в язычестве практика самоубийств и убийств по причине старости и болезни, а в последующем — практика медицинского ухода за умирающими больными, облегчающего их муки, как и преступная практика принудительной эвтаназии по экономическим и социальным основаниям в фашистской Германии.

В 80-е гг. XX в. проблема эвтаназии стала обозначать намерение умертвить кого-то из жалости, т.е. в гуманных целях. Для ее аргументации использовались даже понятия “милосердие” по отношению к бесперспективным больным и “справедливость” по отношению к их родным или даже обществу в целом [1].

До сих пор сложными в этическом плане считаются вопросы прекращения жизни и (или) оказания помощи безнадежно больным или старым людям с тем, чтобы избавить их от лишних страданий, дать естественным образом “умереть спокойно”, приостановив лечение, которое продлило бы жизнь, не облегчив состояние пациента.

В настоящее время на конференциях по паллиативной медицине обсуждаются вопросы целесообразности оказания медицинской помощи и продления жизни людям старшего возраста с тяжелыми стадиями деменций в части, касающейся проведения диагностических обследований и их искусственного кормления при отказе принимать пищу.

Тем не менее, в соответствии с этическими нормами и позициями законодательства намерение прекратить жизнь безнадежных больных и в таких случаях следует считать эвтаназией.

В России существует законодательный запрет на эвтаназию. Он регламентируется действующим ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (ст. 45): “Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т.е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе

прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента”.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике 03 мая 1999 года принял Заявление “О современных тенденциях легализации эвтаназии в России”. В нем говорится: “Признавая ценность жизни каждого человека, его свободу и достоинство как уникальные свойства личности, созданной по образу и подобию Божию, православные священнослужители, ученые, врачи считают недопустимым реализацию любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению больных и старых людей, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе пациента), либо сочетание того и другого” [3].

В соответствие с позицией Комитета по этике Всемирной психиатрической ассоциации (Испания, 1996 г.), долг психиатра, прежде всего, заключается в улучшении здоровья пациента, облегчении страданий и защите человеческой жизни. Если есть пациенты, не способные или не компетентные дать осознанное согласие, то психиатр должен быть особенно осторожен в своих действиях, которые могут привести к смертельному исходу среди лиц, не способных защитить себя в силу своих ограниченных возможностей. Психиатр должен понимать, что возможности пациента принимать решение ограничены его психическим заболеванием.

### О проекте этического кодекса в отношении граждан старшего возраста

Нельзя не признать, что отношение к старости в историческом аспекте сопровождалось изменениями в диапазоне от презрения, пренебрежения до уважения.

Уже в древних сообществах и культурах старость ассоциировалась с периодом глубокой мудрости, наивысшего духовного развития, полного раскрытия творческого потенциала. Так, например, в Древней Греции, существовал высший правительственный орган, совет старейшин — Герусия (греч. — “старец”), избиравшийся из аристократов, достигших 60 летнего возраста. В монастырях и поныне старцами называют самых мудрых монахов, которые в результате аскетического образа жизни и духовных практик приобретают способность прозорливости, целительства духовных, душевных и телесных болезней.

В настоящее время ни одна мировая конфессия не приемлет жестокого отношения, пренебрежения и насилия по отношению к старикам. В Библии регулятором отношения к людям старшего возраста является “Пятая заповедь”. Это единственная заповедь с обетованием, т.е. с обещанием благоприятной и долгой жизни только при условии почитания старших.

В семьях, где любят и почитают своих родителей, не возникает вопросов о возможности их помещения в ПНИ, о неоказании им помощи или не кормлении на последних стадиях деменции. Члены семьи и медицинские работники с высоким уровнем нравственности признают право человека старшего возраста на сохранение человеческого достоинства, на получение профессиональной медицинской, в том числе и психиатрической помощи, включающей проведение необходимых диагностических и лечебных процедур, направленных на продление и поддержание жизни, и на уменьшение страданий, на создание комфортной обстановки в конце жизни в окружении родных и близких людей.

По словам протоиерея Дмитрия Смирнова, “старики одухотворяют семью”. В духовном миропонимании продление жизни глубоко старого или больного человека, в том числе человека с деменцией, может способствовать развитию у него и членов его семьи нравственного чувства и духовности, осмысливанию прожитой жизни, подготовке к ее окончанию.

По мнению иеромонаха Моисея (Дроздова), руководителя медицинского центра при Свято-Троицкой Сергиевой Лавре, пожилой возраст — самый важный этап в жизни человека, так как через депривацию связи с внешним миром, потерю зрения, слуха и, даже, памяти, человек погружается в свое внутреннее пространство, продолжая дальнейшее духовное развитие. Важно, чтобы это пространство было заполнено теми моральными и религиозными ценностями, которые помогали бы двигаться человеку в сторону вечности.

В то же время объективно существующие проблемы позднего возраста требуют подготовки к старости и переосмысливанию отношения к ней, которые должны начинаться еще в юности.

Обществу важно формировать культуру старения, отношение к ней как к закономерному и благоприятному этапу в жизни человека, а людям старшего возраста — как к участникам жизни общества. В силу этого возникает необходимость фундаментальных исследований в области биоэтики, направленных на установление взаимосвязи между духовным и морально-нравственным состоянием человека и его отношением к людям старшего возраста, в том числе и в медицинском сообществе [17]. Эти исследования способны стать основанием практического руководства — этического кодекса, в котором открыто могут быть представлены ценности и нормы деятельности членов профессионального медицинского сообщества России.

В обобщенном виде этический кодекс в отношении людей старшего возраста должен включать следующие основополагающие принципы [18]:

➤ Понимание старения как благоприятного нормативного процесса, во время которого продолжается эволюционное развитие человека.

- Недопустимость эйджизма и дискриминации во всех сферах и областях.
- Недопустимость жестокого обращения и насилия по отношению к пожилым людям.
- Соблюдение презумпций психического здоровья (вменяемости, сделкоспособности, дееспособности).
- Признание деменции болезнью, а не нормативным проявлением старения.
- Сохранение достоинства и уважения человека до последней стадии деменции и до конца жизни.
- Сохранение права на медицинскую помощь, проживание и умирание в своем доме.
- Недопустимость эвтаназии.

Именно такая политика будет способствовать формированию социального и индивидуального доверия, признанию значения медицинской деятельности для благополучия, безопасности человека и общества.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Силяянова И. В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата. — М.: Издательство Юрайт. 2016. — 312 с.
2. Силяянова И. В. Клятва врача России в контексте морального сознания Православия. Православие и проблемы биоэтики. Сборник работ. — Москва: 2017. — 504 с.
3. Православие и проблемы биоэтики. Сборник работ. — Москва: 2017. — 504 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный план действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию. 2017. Доступно по: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-ru.pdf).
5. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный доклад о старении и здоровье. 2015. Доступно по: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049_rus.pdf?ua=1).
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения”. Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru>.
7. Кулишер М. Очерки сравнительной этнографии и культуры. — СПб.: 1887. — 288 с.
8. Пищикова Л. Е. Виктимность лиц позднего возраста (глобальные и судебно-психиатрические аспекты). Клиническая геронтология. 2014. N. 11–12. С. 45 – 49.
9. Пищикова Л. Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц (клиническая типология, комплексная оценка и судебно-психиатрическое значение). Дисс. докт. мед. наук. М., 2015.
10. Российское общество психиатров. О перспективах имплементации в Российской Федерации рекомендаций экспертов ВОЗ в области охраны психического здоровья. 2017. Доступно по: <http://psychiatr.ru/news/740>.
11. Михайлова Н. М., Рощина И. Ф. Этические аспекты деменций позднего возраста: проблемы и решения. Журнал “Клиническая и специальная психология”. 2013. № 2. Доступно по: [www.psychjournals.ru/psyclin](http://www.psychjournals.ru/psyclin).
12. Пищикова Л. Е., Макушин Е. В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть I). Российский психиатрический журнал. 2014; 5: 10 – 16.
13. Пищикова Л. Е., Макушин Е. В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть II). Российский психиатрический журнал. 2015; 1: 4 – 13.
14. Кекелидзе З. И., Пищикова Л. Е., Полищук Ю. И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста. Вестник Росздравнадзора, 2016; 4: С. 9 – 14.
15. Dementia language guidelines. Доступно по: <https://www.dementia.org.au>.
16. О соблюдении прав человека в психоневрологических интернатах (ПНИ) системы социального обслуживания населения в Российской Федерации. Июль 12, 2017; Москва. Доступно по: <http://www.osoboedetstvo.ru/post/2017/07/o-kruglom-stole-o-soblyudenii-prav-cheloveka-v-psihonevrologicheskikh-internatah-pni>.
17. Силяянова И. В. Антропология болезни. М. 2011. 304 с.
18. Pishchikova L. Ethical principles in relation to older people. European Psychiatry. 2018; 48: p. 572.

## **РЕКОМЕНДУЕМ!**

*Эвандро Агацци*

**Научная объективность и ее контексты**

**М., 2017**

# ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

---

Хенрикус Корнелиус Рюмке

## Противоречия в понятии шизофрении (1960)

“Представления о шизофрении столь противоречивы, что почти невозможно сопоставлять и сравнивать между собой исследовательские результаты в этой области”. Эту жалобу мы слышим довольно часто. Действительно слишком часто, поскольку она подвергает опасности наш энтузиазм относительно участия в столь неотложном психиатрическом исследовании. Поэтому мне важно понять, в какой степени такая жалоба соответствует действительности. Вообще, что такое противоречие? В строгом смысле дефиниции противоречием считается логическая несвместимость. Противоречия, поэтому, не то же самое, что различные мнения. В данной работе я хотел бы попытаться представить обзор и обобщение самых важных противоречий и разногласий в области шизофрении. Обзор не будет исчерпывающим и не будет претендовать на большее, чем общее изложение на ограниченном пространстве.

Я буду заниматься следующими констатациями, которые кажутся противоречащими друг другу:

I. Шизофрения представляет собой нозологическую единицу. — Шизофрения представляет собой синдром, особый способ реакции.

II. Шизофрения характеризуется первичными симптомами. — Не существует истинных первичных симптомов шизофрении.

III. Шизофрения представляет собой органическую болезнь. — Шизофрения представляет собой психогенетически детерминированное состояние.

IV. Шизофрения неизлечима. — Шизофрения излечима.

V. Не существует плавных переходов между шизофренией и нормальным душевным состоянием. — Плавные переходы существуют.

VI. Психодинамические факторы чрезвычайно важны для изучения шизофрении, но они не играют решающей роли. — Знание психодинамических связей в конечном счете принесет решение проблемы; психодинамические связи являются решающими.

VII. Генетические факторы являются решающими для развития шизофрении. — Роль генетических влияний незначительна.

VIII. Загадка или тайна шизофрении есть тайна формы. — Тайна шизофрении есть скорее тайна содержания.

IX. Область шизофрении начинается, прежде всего, с психопатологического описания. — В области шизофрении психопатологическое описание оказалось несостоятельным.

X. Так называемые фармако-психопатологические “модели” не имеют ничего общего с истинной шизофренией. — Такие модели представляют собой истинную экспериментальную шизофрению.

Мой доклад на цюрихском конгрессе о клинической дифференциации в пределах группы шизофрений был защитой тех убеждений, которые среди вышеперечисленных стояли на первом месте. Теперь мне важно объяснить, почему мнения, упомянутые на втором месте, не противоречат убеждениям, поставленным на первое место, по крайней мере, не противоречат в той мере, как это представляется на первый взгляд.

*I. Шизофрения представляет собой нозологическую единицу. — Шизофрения представляет собой синдром, особый способ реакции.*

Эти представления действительно противоречивы? Их несоответствие, конечно, велико, значение этого несоответствия тоже нельзя отрицать. Тем не менее, оба мнения не исключают друг друга. Если бы шизофрения была только синдромом, то она в самом деле не могла бы в то же время быть нозологической единицей. Если, с другой стороны, шизофрения представляет собой нозологическую единицу, было бы возможно, что ее психопатологические манифестиации в определенных случаях проявились бы как простой синдром. Никто не будет отрицать, что болезнь Паркинсона представляет собой нозологическую единицу, но точно так же никто не будет противиться тому, что синдром Паркинсона равным образом можно обнаружить при других болезнях. Крепелин — великий выразитель представления “шизофрения — нозологическая единица”. Блейлер концептуально-теоретически постигает шизофрению как синдром. Но так ли это все окончательно? Блейлер говорит о первичных симптомах, которые, по его мнению, происходят непосредственно из болезни. Но это означает, что шизофрения-синдром не является простым синдромом, раз присутствуют первичные симптомы. Крепелин, с другой стороны, называет *dementia*

ргаесох нозологической единицей второго порядка, принимая во внимание тот факт, что неизвестны ни ее этиология, ни патологоанатомические данные.

*II. Шизофрения характеризуется первичными симптомами. — Не существует истинных первичных симптомов шизофрении.*

Даже те исследователи, которые представляют теорию “генуинной”, характеризуемой первичными симптомами шизофрении, сталкиваются со значительными трудностями, когда эти первичные симптомы они пытаются описать. В своем цюрихском докладе я сказал: “Так называемые первичные симптомы, которые описал Крепелин, а именно: ослабленная способность суждения, упадок умственной активности и силы, эмоциональное уплощение и утрата энергии, представляют собой патогномоничные первичные симптомы шизофрении, и они не имеют повсеместного распространения только при условии, что к их обозначению всякий раз добавляют: “шизофреническим способом”. Все то же самое имеет силу для других первичных симптомов, которые описывают Блейлер, К. Шнайдер, Груле, Вирш, Арнольд и др. В моей клинической практике лучше всего зарекомендовал себя следующий подход: Я руководствуюсь “ргаесох-чувством” (“Praescoxgefühl!”) или, возможно, лучше сказать “ргаесох-переживанием” (“Praecoxerlebnis”), поскольку речь при этом идет не о чистом чувстве, которое возникает в исследователе. Тем не менее, только очень опытный психиатр способен использовать это переживание как путеводную нить. Если это “чувство” постоянно *не* шевелится во мне, вышеупомянутые критерии кажутся мне лишенными шизофренического характера, истинной специфичности; однако, в то время как нет никаких сомнений, что пациент страдает шизофренией, если в исследователе возникает “ргаесох-переживание”, обратное — как я должен признать — не соответствует действительности. Я не могу быть уверен, что пациент все-таки не страдает шизофренией, если во мне не возникает это переживание. Если мы, с одной стороны, не в состоянии выразить первичные симптомы в ясных понятиях, и если, с другой стороны, “ргаесох-переживание” (по моему мнению, наиболее патогномоничный признак) не всегда имеется в наличии, то неужели так трудно понять, что другие исследователи сделали вывод об отсутствии первичных симптомов? Снова нет истинного противоречия; речь тут идет о разногласиях и различных расстановках акцентов.

*III. Шизофрения представляет собой органическую болезнь. — Шизофрения представляет собой психогенетически детерминированное состояние.*

Согласно непосредственному впечатлению, обе эти констатации противоречат друг другу самым серьезным образом. Но если мы проведем более тщательное исследование, то обнаружим, что обе эти констатации не исключают друг друга и что их противо-

речивость, поэтому, не столь значительна. Ибо существует другая точка зрения, что ни органическая природа шизофрении, ни ее психогенетическое определение никогда не были подкреплены доказательствами. Мы считаем, что психогению как основную причину шизофренического состояния нельзя было бы исключить даже в том случае, если бы был найден патологоанатомический субстрат. Ведь теория психосоматической медицины заключается именно в том, что такая возможность существует. И, с другой стороны, мы знаем, что органическая болезнь может долгое время проявляться симптомами, которые вызывают впечатление психического происхождения. И, наконец, нам не следовало бы также забывать, что с тех пор, как мы вступили на путь многомерной диагностики, ни органический генез болезни, ни психогенетические факторы не могут быть абсолютно установлены и не исключают друг друга. Но если мы рассматриваем органический компонент как решающий, как в таком случае, без знания психогенеза, нам следует понимать развитие симптомов и характер отклонения от нормального душевного состояния?

*IV. Шизофрения неизлечима. — Шизофрения излечима.*

В этих утверждениях, по-видимому, тоже заключено значительное противоречие. Что можно сказать в связи с этим? На наш взгляд, речь здесь идет о противоречивых мнениях или точнее о противоречивом выражении мнений, и ни в коем случае о противоречивых понятиях. Совершенно независимо от теоретических представлений, имеющихся о шизофрении, все-таки должны будут признать, что обширная группа шизофренических пациентов не может быть вылечена. Если пациентов, которые принадлежат к этой группе, называют шизофрениками, то шизофрения как раз является неизлечимой. Но мы все-таки ни в коем случае не говорим о членах этой группы как о шизофрениках только потому, что они не могут быть вылечены! Я нередко просил моих ассистентов при письменной фиксации начального диагноза воспроизводить мое мнение приблизительно в следующей форме: “Если этот пациент поправится, я, тем не менее, по-прежнему сказал бы, что он страдал шизофренией”. Однако, по моему опыту, это никогда не случалось. Я охотно признаю, что пациенты, которых другие врачи считают шизофрениками, иногда улучшаются или даже вылечиваются, но полагаю, что речь при этом идет о таких пациентах, которых я и, вероятно, также Лангфельдт в Осло и, возможно, также Диде и Беллак назвали бы псевдо-шизофрениками. Другими словами, антиномию “шизофрения неизлечима — шизофрения излечима” следовало бы лучше воспроизвести следующим образом: шизофрения в настоящее время не может быть вылечена — пожалуй, тут возможны редкие исключения — и псевдо-шизофрения иногда может быть вылечена. Если

мы так формулируем положение вещей, первоначальное противоречие устранено. Это, кстати сказать, пример того, что излечимость болезни в какой-то степени становится классификационным критерием. Некоторые врачи воспротивятся тому, чтобы считать противоположность излечимости и неизлечимости точкой зрения для классификационного описания какой-либо болезни, в нашем особенном случае — болезни шизофрении. Однако, чрезмерное акцентирование этого возражения кажется мне не совсем искренним. Я более или менее уверен, что любой психиатр будет в значительной степени удивлен или по крайней мере испытает немалое сомнение в правильности своего диагноза, если окажется, что случай истинной шизофрении перешел в полное выздоровление — и именно точно таким же образом, как любой врач непременно поставил бы под вопрос диагноз рака, если опухоль исчезла и пациент полностью поправился. Однако, вышеуказанное утверждение, естественно, имеет силу только для нынешнего времени — вспомним о прежде неизлечимых прогрессивном параличе, туберкулезном менингите и пернициозной анемии. Из этого следует, что на самом деле момент неизлечимости никогда не может быть определяющим для понятия болезни.

*V. Не существует плавных переходов между шизофренией и нормальным душевным состоянием. — Плавные переходы существуют.*

С этим вопросом мы отнюдь не стоим на твердой почве. Блейлер и Кречмер — называя только двух выдающихся психиатров — мыслили в понятиях плавного перехода. Крепелин, Лангфельдт и др. придерживаются прямо противоположного мнения. Сам я тоже иду дальше, чем некоторые другие, когда я постулирую, что между статусом здоровья и состояниями болезни в действительности никогда не существуют плавные переходы. Такие состояния воплощают разные уровни интеграции, и между такого рода уровнями нет никаких плавных переходов. Я полагаю, что это решающая констатация и что два вышеупомянутых взорения представляют собой истинные противоречия с очень важными следствиями. Здесь я, правда, не могу предпринять попытку подробного описания этих следствий. Я только могу сказать, что шизофрения не может развиваться на основе нормальной личностной сущности, такой как шизоидная, если моя точка зрения правильна. Это, в свою очередь означает, что должен присоединяться какой-то другой фактор.

*VI. Психодинамические факторы чрезвычайно важны для изучения шизофрении, но они не играют решающей роли. — Знание психодинамических связей в конечном счете принесет решение проблемы; психодинамические связи являются решающими.*

Обе эти теории, конечно, приведут к противоречиям. Тем не менее, вероятно, найдется не слишком

много исследователей, которые склонны к тому, чтобы представлять в этом вопросе крайнюю точку зрения, естественно, не считая таких, которые примыкают к некритичным последователям той или иной школы. Способ, которым я сформулировал занимающую нас теперь проблему, уже может быть указанием на мои усилия по поиску компромисса. Мое собственное мнение состоит в том, что конституция является решающим фактором в жизненном пути здорового человека и точно так же в жизненном пути человека, страдающего болезнью, например, шизофренией. Но что же, в конечном счете, представляет собой решающее? Если шизофренический процесс может существовать в латентной форме, что, несомненно, возможно, и если только комбинация динамических факторов делает явной болезнь шизофрению, тогда, естественно, психодинамические связи в определенном смысле являются решающими, тогда также вовсе не ложным будет полагать, что для предотвращения шизофрении необходимы психодинамически ориентированные исследования. Если я говорю “тайна шизофрении заключена в органическом мозговом изменении” или “тайна шизофрении состоит в до сих пор детально неизвестном комплексе психодинамических связей”, то, тем самым, я, вне всякого сомнения, сделал бы противоречивые констатации. Как видно, обсуждаемая проблема подобна пункту III. В своем цюрихском докладе я сказал: “Нозологически ориентированный психиатр может в значительной мере использовать учения разных психодинамических школ. Их учения пойдут на пользу его пациентам и будут также содействовать образованию психиатрических теорий, при условии, что они придут в соответствие с нозологическим концептом. Благодаря глубинной психологии и основанной на межчеловеческих отношениях психопатологии изобилие феноменов стало более понятным. Эти школы сделали возможным улучшение фактического положения многих шизофренических пациентов. Наибольшую выгоду из этого извлекает псевдошизофренический пациент. Как бы прекрасно это ни было, мы все же должны иметь мужество признаться в том, что все эти школы *ничуть не способствовали познанию сущности “генуниной” шизофрении*. Именно потому, что они столько проповедовали о псевдо-шизофрении, они дали нам, — если мы вообще способны воспринять это, — возможность увидеть сущность генуниной шизофрении в ее беспримесной форме. Выражаясь яснее: Единственный аспект шизофренической симптоматологии, который может быть понят психодинамическими средствами, есть именно тот, который *не является специфически шизофреническим*. Феномены, которые, например, можно объяснить выходом из строя психических защитных механизмов, как раз не являются специфически шизофреническими. Стало быть, истина заключается в том, что здесь на самом деле существенное противоречие остается нерешенным.

*VII. Генетические факторы являются решающими для развития шизофрении. — Роль генетических влияний незначительна.*

Объяснение, приведенное под пунктом VI, здесь тоже может найти применение. Возможно, что пенетрантность генетических факторов недостаточно сильна, чтобы породить явную болезнь без, так сказать, помощи психогенных компонентов, и что болезнь манифестирует также при помощи альтерации биохимических процессов. Я надеюсь, что взаимосвязь всех этих факторов становится все более очевидной.

*VIII. Загадка или тайна шизофрении есть тайна формы. — Тайна шизофрении есть скорее тайна содержания.*

Первое из этих контрадикторных утверждений за-служивает особого интереса, хотя об этом писали мало. Старое мнение — “форма и содержание едины” — в определенном смысле правильно, хотя в той же мере верно то, что проблемой формы в шизофрении до сих пор пренебрегали. То, что проблема генуинной шизофрении является проблемой формы, очевидно. Это вытекает уже из того, что мы нередко способны диагностировать генуинную шизофрению тогда, когда мы еще ничего не знаем о содержании мыслей и чувствах пациента.

*IX. Область шизофрении начинается, прежде всего, с психопатологического описания. — В области шизофрении психопатологическое описание оказалось несостоятельным.*

Хотя здесь тоже, кажется, существует глубокое противоречие, читатель при ближайшем рассмотрении все-таки склонится к тому, чтобы признать правоту обеих констатаций. Я напоминаю о том, что под пунктом II было сказано о первичных симптомах. Здесь в самом деле психопатологическая дескрипция до сих пор оказывалась несостоятельной. Можем ли мы в таком случае удивляться, если некоторые исследователи говорят: “Дескрипцией мы занимались уже довольно долго; можно отчетливо констатировать, что дескрипция оказалась несостоятельной”. Если одобрят парадокс, я все-таки сформулировал бы эту констатацию следующим образом: “Дескрипция ни в коем случае не потерпела неудачу, она в настоящее время находится только в своем начале”. Если с этим соглашаются, можно более оптимистично думать о грядущих возможностях дескрипции. И я поступаю так.

*X. Так называемые фармако-психопатологические “модели” не имеют ничего общего с истинной шизофренией. — Такие модели представляют собой истинную экспериментальную шизофрению.*

Я полагаю, что первое положение этой антитезы правильно. И все-таки, с другой стороны, я не могу понять, почему противоречие должно быть столь существенным. До сих пор вызываемые воздействием

наркотических средств модельные психозы еще не смогли породить истинную шизофрению, но неужели, в конце концов, это все-таки невозможно? М. Блейлер и другие особенно отмечали, что трудность заключается в том, что фармакопсихиатры проявляют чрезмерную готовность к отождествлению состояний интоксикации и истинной шизофрении. Когда мой земляк Херман де Йонг в 1927 году начал свои фармакопсихиатрические эксперименты, у нас с ним случился точно такой же спор. Он думал, что у его мышней была истинная шизофрения, поскольку они обнаруживали кататонию; я возражал: “Они продемонстрировали, — и это, конечно, весьма интересно, — что кататония тоже является реакцией экзогенного типа в смысле Бонхёффера”. Однажды я диагностировал экзогенный психоз у мужчины, который был отправлен ЛСД. В принципе, очень желательно, чтобы эти фармакопсихиатрические усилия продолжались. Трудность в том, что такие эксперименты на людях отнюдь не свободны от риска. Исследования в Голландии и других странах снабдили меня этим знанием.

Итак, существует, конечно же, много противоречий в концепциях шизофрении. Однако, мне кажется, изучение этих противоречий показало, что они имеют под собой разные системы отношений, которые используют разные исследователи. В этом также заключается причина того, что эти противоречия, в сущности, не представляют опасности для развития исследования, а, напротив, способствуют развитию. Представители противоречащих мнений будут возбуждать взаимный интерес, соотносить проводимые исследования в том случае, если они открыты и готовы слушать друг друга. Следовать за различными направлениями мыслей полезно до тех пор, пока имеющиеся в виду противоречия не имеют абсолютного характера. Представления многомерной диагностики дают нам возможность следующей аргументации: Противоречие, по-видимому, может иметь место, однако, обе концепции могли бы содействовать лучшему пониманию различных патологических условий, которые лежат в основе болезненного процесса шизофрении. Существование столь многих разных мнений, конечно, само по себе служит доказательством того, что проблема шизофрении действительно очень сложна. Если мы более тщательно изучим противоречия и сравним друг с другом соответствующие возможности мышления, перечисленные выше в десяти пунктах, мы заметим, что не только методы исследования разнообразны, но и что отношения этих различных методов друг к другу понимаются еще совершенно неверно. Это последнее обстоятельство и отсутствие противоречий как таковых вносят решающий вклад в хаотическое состояние исследования шизофрении. В таком случае мы также в состоянии понять, что здесь мы имеем дело не только с проблемой шизофрении, но и с крайне принципиальными про-

блемами всей научной психиатрии, что мы уже подчеркнули в начале этой статьи.

Заключая и резюмируя, я хотел бы сказать следующее: Все более очевидно, что противоречия в концепциях шизофрении укоренены не так глубоко, как многим из нас хотелось бы думать, и что определенное мнение всегда стимулирует исследование противоположных точек зрения. Было бы опрометчиво сказать, что существование столь многих противоречий в учении о шизофрении должно вызвать остановку в исследовании. Надеюсь, мне удалось показать, что мы должны быть более аккуратны, когда мы говорим о таких противоречиях, и что нам следует продолжать наше исследование с величайшим энтузиазмом. Однако, со временем, я полагаю, станет очевидно, что все эти концепции, которые в настоящее время могут казаться такими противоречивыми, внесут свой вклад в прояснение общей проблемы. Но это произойдет только в том случае, если мы останемся восприимчивыми по отношению к различным мнениям. Мы никогда не должны забывать, что пристрастность может быть смертоносной и может быть в некотором отношении весьма ценной. Сам я никогда не сталкивался с теорией или концепцией, которая притязала бы быть единственной верной. Мы должны соединить друг с другом все наши разнообразные познания, и притом не эклектическим (эклектический слишком часто означает хаотический), а синтетическим способом. Такого рода интеграция и синтез лучше всего могут быть осуществлены в нашей клинической работе, в пределах клинической психиатрии, которая как раз должна быть и оставаться судом, перед которым различные мнения должны доказать свою ценность.

*Перевод П. Ю. Завитаева*

## ЛИТЕРАТУРА

- Arieti, Silvano:* Interpretation of schizophrenia. New York: R. Brunner 1955.  
*Arnold, O. H.:* Schizophrener Prozeß und schizophrene Symptomgesetze. Wien und Bonn: Maudrich 1955.  
*Bellak, Leopold:* Dementia praecox. The past decade's work and present status. A review and evaluation. New York: Grune & Stratton 1948.  
*Bleuler, E.:* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie. Spez. Teil, 4. Abt. 1. H. Leipzig und Wien: Deuticke 1911. — Dementia praecox or the group of schizophrenias. Translated from the German by Joseph Zinkin. Monograph series on schizophrenia. 1. New York: International University Press 1950.  
*Bleuler, M.:* Die Problematik der Schizophrenien als Arbeitsprogramm des II. internationalen Kongresses für Psychiatrie. Nervenarzt 28,529 – 533 (1957).  
*Binswanger, Ludwig:* Schizophrenie. Pfullingen: Neske 1957.  
*Gruhle, H. W.:* Die Psychologie der dementia praecox. Z. ges. Neurol. 78, 454 – 471 (1922). — u. J. Berze: Psychologie der Schizophrenie. Monographien a. d. Gesamtgeb. der Neurol. und Psychiatr. H. 55. Berlin: Springer 1929.  
*Kraepelin, Emil:* Psychiatrie. 2. Bd. 9. Aufl. Leipzig: Barth 1927.  
*Langfeldt, G.:* The prognosis of schizophrenia. Acta psychiatr. neurol. scand. Suppl. 110.  
*Kopenhagen:* Munksgaard 1956. — Schizophrenie und schizophrenieformige Zustände. Arch. Psychiatr. Z. Neurol. 196, 574 – 577. (1958).  
*Minkowski, E.:* La schizophrénie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrénies. Paris: Desclée de Brouwer 1953.  
*Rümke, H. C.:* Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 29, 49 – 53 (1958). — Schizophrenia. A review of the syndrome. Edited by Leopold Bellak. New York: Logos. Press 1958. — Schizophrenia. Somatic aspects. Edited by Derek Richter. London-New York-Paris: Pergamon Press 1957.  
*Schneider, C.:* Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. Arch. Psychiatr. 73, 47 – 112 (1925); Z. ges. Neurol. 95, 623 – 643 (1925); 96, 251 – 274 (1925); Mschr. Psychiatr. Neurol. 57, 325 – 357 (1925); 58,345 – 375 (1925). — Studies in schizophrenia. A multidisciplinary approach to mind-brain relationships. By the Tulane Department of Psychiatry and Neurology. Reported by Robert G. Heath (Chairman). Cambridge, Mass.: Harvard University Press 1954.  
*Wyrtsch, Jacob:* Über akute schizophrene Zustände, ihr psychopathologischer Aufbau und ihre praktische Bedeutung. Abhandlungen aus der Neurol. und Psychiatr. H. 82. Basel: Karger 1937. — Die Person des Schizophrenen. Bern: P. Haupt 1949.

## ВНИМАНИЕ!

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

**[www.npar.ru](http://www.npar.ru)**

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

---

## “Доброизвестная” шизофрения. Надо ли лечить пациентку?

**Разбор ведет Андрей Аркадьевич Шмилович,  
врач-докладчик Татьяна Евгеньевна Ободзинская  
(19.04.18, ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева)**

**Ведущий:** Мы начинаем наш апрельский разбор, который проводится под эгидой Независимой психиатрической ассоциации России. Сегодня пациентка из 5-го отделения. Ее представляет ординатор кафедры Татьяна Евгеньевна. Лечащий врач пациентки — Иван Андреевич Ипатов.

**Врач-докладчик:** Добрый день! Вашему вниманию представляется пациентка Анжела Петровна, 63 лет. Поступила в нашу больницу первично 19 марта текущего года из 67-й больницы, где находилась в неврологическом отделении с 16 по 19 марта с диагнозом “мигренозный статус”. Во время нахождения в этом отделении вела себя нелепо, не спала ночами, не удерживалась в отделении, приставала к больным, ходила по палатам, утверждала, что она ясновидящая, называла себя родственницей Ванги. В связи с этим для дальнейшего лечения была переведена в ПКБ № 1 в порядке недобровольной госпитализации.

**Психический статус при поступлении.** Понимает, что находится в больнице, текущую дату путает, подозрительна, недоверчива, настороживается при расспросах. На вопросы отвечает уклончиво, неохотно, сбивчиво, путано рассказывает, что обладает особыми способностями, которые открылись в ней несколько месяцев назад. Уверяет врача, что обладает способностями предвидеть будущее и видит вещие сны. Шепотом рассказывает, что видит странные вещи, но продолжать беседу отказывается. Считает себя родственницей Ванги, так как родилась с ней в один день. Постоянно перебивает врача, многозначительно заявляет, что она — Огненный Водолей. Неохотно говорит, что в течение последнего месяца слышит голос ангела, который раздается у ее правого уха. Не отрицает, что переговаривается с ним. Убеждена в реальности своих переживаний, критики к состоянию нет, раздражительна, недовольна.

Недобровольная госпитализация обусловлена галлюцинаторными переживаниями, бредовым восприятием происходящего, которые определяют поведение больной. Была доставлена в 5-е отделение. При поступлении — диагноз “органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза с шизофреноидными расстройствами”.

**Анамнез** (со слов пациентки). Родилась в Ивано-Франковской области в семье служащих, младший ребенок из двух детей. Был брат на 5 лет старше. Наследственность психопатологически отягощена по мужской линии. Отец и брат страдали от алкогольной зависимости, брат умер при неизвестных обстоятельствах — возможно, суицид. Мать по характеру мягкая, добрая, работала всю жизнь в типографии и на заводе. На данный момент жива, проживает одна, 88 лет, страдает от деменции. Отец — человек добродушный, трудился ведущим инженером, в молодости злоупотреблял алкоголем, был неверен жене, любил молоденьких девочек, из-за чего произошел развод с супругой. Умер в возрасте 60 лет от отравления суррогатами алкоголя.

Сведениями о течении беременности и родов не располагает. Росла и развивалась без особенностей, от сверстников не отставала. ДДУ посещала, адаптировалась быстро, была активной и общительной. С возраста 3 лет носила очки (астигматизм). Отличалась маленьким ростом, из-за чего конфликтовала со сверстниками, дралась. Начала обучение в школе в возрасте 7 лет, получила там прозвище “Певунья”. Активно вовлекалась в работу всех кружков самодеятельности, любила петь, танцевать, ставить сценки. Плохоправлялась с точными науками, плохо писала, была неусидчивой. Однако к 4-му классу стала хорошисткой благодаря деятельности педагогов. Отдавала предпочтение гуманитарным наукам — истории, литературе.

Менархе в 12 лет, установились сразу, цикл регулярный.

С 12 лет проживала с матерью и братом, так как родители развелись. Общалась с отцом часто, получала от него подарки. С братом не всегда была близка, так как он учился и занимался своей жизнью, иногда обижалась на него — не помогал. Успешно окончила 10 классов школы, после чего начала работать на швейной фабрике. С работойправлялась плохо — не нравилось шить рубашки. По протекции матери была трудоустроена на завод маркировщицей. С новой работойправлялась, получала удовольствие. В свободное время готовилась к поступлению в колледж. В

## “Доброта и честность” шизофрения. Надо ли лечить пациентку?

1973 г. поступила в культурно-просветительское училище на режиссерское направление. С учебой справлялась, все нравилось, понимала, что многое чувствует и многое знает о себе. Точно знала, сколько у нее будет браков и детей — называла это экстрасенсорными способностями, которые были и у ее брата, интуицией. Особого внимания, однако, своим предчувствиям не уделяла.

В 1975 году познакомилась на отдыхе с будущим мужем — мужчиной старше на один год, москвичом. В том же году зарегистрировали брак, переехала в Москву. Приезжала на родину только, чтобы закончить колледж. На протяжении года отношения мужа и жены не складывались в интимном плане — не могли быть мужем и женой. Крайне переживала из-за этого, однако после первого совместного отдыха все нормализовалось. В 1978 году родила старшего сына, несмотря на то, что муж настаивал на аборте. Беременность и роды без патологии, проживали во время беременности и после вместе со свекровью. После рождения ребенка просила свою мать приехать на помочь, однако та соглашалась приехать только к крещенному внуку. Крестила сына, за что получила выговор на работе. Несмотря на рождение ребенка, продолжала работать, разносить газеты. Около 10 лет работала в библиотеке. Параллельно с этим посещала студии самодеятельности, пела в хоре. После работы в библиотеке начала трудовую деятельность няней в детском саду.

Во время младенчества первого сына страшно боялась своего соседа по коммунальной квартире — гражданина Куколкина. Считала, что тот может причинить вред ей или ее ребенку, боялась оставаться с ним наедине, крайне переживала. Постоянно просила мужа или мать приехать, чтобы побывать вместе с ней и ребенком.

Периодически возвращалась к размышлению относительно своих способностей. Считала знаки и цифры, увлекалась астрологией, нумерологией. Что говорила о своей дате рождения (31.01.1955 год): 3+1 — 4, +1 еще — 5, 20, и в итоге получалось 7. 7 — это цифра души, означает седьмое перерождение. Читала литературу, понимала основание для своих действий, потому как является Огненным Водолеем.

В 1985 году родила второго сына. Беременность и роды также благополучны. Сразу возобновила трудовую деятельность, стала работать воспитателем в детском саду — по инициативе руководства проходила педагогические курсы. Занималась работой, воспитанием детей, помогала матери финансово. Проживали в одной квартире с мужем, свекровью, двумя детьми. В настоящий момент там проживает еще младший сын и его жена, ее невестка.

В возрасте 40 лет между супружами прекратились интимные отношения. Была раздосадована этим и быстро завела любовника, с которым была в отношениях более 10 лет. Это был приезжий человек, маляр на

стройке, не русский, испытывала к нему очень сильные чувства, постоянно приезжала к нему, несмотря на то, что тот также был в браке. После этих длительных отношений многократно заводила также связи на стороне, хотя точно знала, что у нее будет второй брак, последний. Новый муж должен быть сербом, и в этом браке обязательно будет венчание. Активно знакомилась через Интернет, подбирала нужного претендента.

В возрасте 50 лет (знакомое время — 5+0 равно 5, пятерка — время волнений) узнала о смерти брата при странных обстоятельствах, чувствовала, что начались проблемы. Молилась, иногда посещала храм. Иногда внезапно понимала некоторые вещи в голове, звучавшие ее голосом: “Это ангел говорил моим голосом”. Последние годы нервничала. Два года назад внезапно осознала, что с мужем необходимо разойтись, чтобы разделить квартиру, отдать имущество детям. Беспокоилась за старшего сына, который к 40 годам ни разу не был женат, не был в серьезных отношениях с девушками, за младшего, с которым возникли конфликты на бытовой почве.

Последние годы не работала в детском саду, устраивалась няней в частном порядке. С родителями детей не находила общего языка, считала, что ее увольняют, так как жены ревнуют своих мужей. Носила везде парики, коих дома около десяти — на разные случаи жизни. Покупала в больших количествах одежду и обувь. Посещала хоры, кружки, пела, танцевала, почти всегда была на подъеме. По инициативе сына некоторое время жила на съемной квартире, после чего вернулась в квартиру мужа. На протяжении последних 1,5 лет не могла найти постоянную работу. Конфликтовала, вызывала службу опеки на родителей, подозревала их в мошенничестве, писала в высшие инстанции.

За некоторое время до госпитализации во время семейной ссоры сын замахнулся на нее, хотел ударить, после чего “зашемило сердце, отнимались руки и ноги, голову сцепило кругом”. Вызвала “скорую”, была доставлена в 67-ю больницу, однако отпущена домой. Накануне настоящей госпитализации услышала, как дома упала сумка, и испытала такое же состояние, как за неделю до этого — с головной болью, истерикой, парализацией рук и ног. Мужем была вызвана “Скорая помощь”, осмотрена двумя бригадами — психиатрической и соматической, госпитализирована в неврологическое отделение 67-й больницы. На фоне лечения состояние усугубилось, была возбуждена и переведена в нашу больницу.

Сведения дополняются словами мужа. Знаком с пациенткой с 1975 года, когда в течение года после первой встречи был зарегистрирован брак. Отмечает, что она всегда была человеком активным, творческим, с любовью относилась к своей работе, семье и детям, никаких странностей не выявляла, никогда не наблюдалась у психиатров или психологов. 10 лет ра-

ботала библиотекарем, после этого до пенсии — в детском саду воспитателем. С работойправлялась. Состояние резко изменилось 4 года назад, когда на фоне полного благополучия начала бесцельно и бесконтрольно брать кредиты, покупала обувь, одежду, ненужные вещи, которыми захламляла квартиру. Замечаний не терпела, становилась возбужденной, агрессивной. Два года назад состояние резко ухудшилось после разговора относительно накопленных долгов по кредитам. Не могла продолжать работу, стала конфликтной, писала на всех жалобы в инстанции. Находила объекты для жалости, бросалась на защиту притесненных. Из-за отсутствия работы не могла выплачивать по кредитам, нервничала, пытаясь устроиться няней частным образом. Познакомилась с женщиной, которая предложила ей трудоустройство — уход за двумя приемными детьми. Вначале была настроена очень позитивно, с восхищением говорила о семье. Затем стала возвращаться домой злобной, начала писать и звонить в органы опеки, была возбуждена. Из-за накала атмосферы дома стали частными конфликты. После очередного с холодным лицом заявила, что с мужем намерена развестись, а квартиру продавать и делить. Собрала вещи и ушла, не ночевала дома. По инициативе сына была снята отдельная квартира, в которой некоторое время проживала (2 года назад). Затем успокоилась, постепенно вернулось все на круги своя, и она вернулась. В январе 2018 года (по словам мужа) — очередное обострение. Постоянно была на подъеме, быстро разговаривала, легко раздражалась, постоянно где-то пропадала, не могла прийти домой на ночь, посещала всевозможные кружки по самодеятельности. Появились соматические симптомы — в момент возбуждения повышалось давление, болела голова, отнимались руки и ноги, из-за чего вызывали "Скорую помощь". В день госпитализации беспричинно закатила скандал, кричала, плакала, жаловалась на то, что не чувствует рук и ног, ужасную боль. Была осмотрена и госпитализирована в 67-ю больницу. По ее словам, и словам мужа, — в 67-й больнице ее подставили, чем-то отравили, добавляли что-то в воду, потому как хотели, чтобы ее положили в психиатрическую больницу. Следила за порядком в неврологическом отделении, была недовольна тем, что разбросаны препараты. Затем "по злому умыслу сотрудников неврологического отделения" была переведена в ПКБ № 1.

В отделении начали терапию: паглюферал — 1 таблетка на ночь до отмены с целью медикаментозного сна, пантогам — 250 миллиграмм 3 раза в сутки, и этаперазин — 4/4/4. На момент начала этой терапии охотно соглашается на беседу с врачом, ориентирована всесторонне верно. Фон настроения несколько снижен, эмоционально маловыразительна. На вопросы отвечает в плане заданного, обстоятельно. Уверяет, что она предсказывает будущее, так как является родственницей Ванги. "Я ехала в метро и видела, как

что-то рушится — в итоге упало железо. Ангел-хранитель помогает мне, говорит, что правильно делать". Рассказывает о том, что внутренний голос говорит о том, как что нужно делать — "Он мне помогает". Мнестико-интеллектуальное снижение, критика к состоянию формальная. Говорит: "Пока я в больнице, нужно оставаться и обследоваться, чтобы понять, почему поднимается давление". Дала информированное согласие на лечение.

На фоне проводимой терапии состояние без положительной динамики. Возбужденная, навязчивая к медперсоналу и врачам. Мешает проводить осмотры, врачебные обходы, следует за врачами, комментирует остальных пациентов, говорит, что несет за них ответственность. Учит медицинский персонал общаться с окружающими. Привлекает к себе внимание. В беседе с врачом дистанцию не удерживает. Остается раздражительной, легко возбудимой. Легковесна, противоречива, непоследовательна в высказываниях. Мышление в ускоренном темпе, не целенаправленное. Наличие обманов восприятия категорически отрицает, однако затем спокойно отмечает, что иногда бывает голос ангела в голове или где-то около правого уха.

Соматически стабильна, давление не повышалось. Консультация терапевта: железодефицитная анемия. Проведена гинекологическая операция, дополнительно назначен мальтофер.

Консультация невролога: остеохондроз позвоночника неуточненный, церебральный атеросклероз, ЦВБ. Добавлен пентовит — по 1 таблетке 3 раза в день.

Поскольку несмотря на проводимую терапию, состояние оставалось нестабильным, было решено добавить седалит (изначально 300/300 — 600 миллиграмм в сутки, с целью коррекции эмоционального фона), однако ко 2 апреля крайне возбуждена, конфликтна, навязчива, старается всех держать под своим контролем, суеверна. Во время беседы предлагает врачу научить психологическим приемам, поменяться местами. Высказывания непоследовательны, скользят на побочные ассоциации, внезапно вскакивает, начинает петь, показывает, как занимается йогой. С 3 апреля седалит поднят до 900 миллиграмм в сутки. Этаперазин отменен, переведена на сероквель (изначально — 200 миллиграмм, затем с повышением до 400 миллиграмм в сутки). На фоне проводимой терапии состояние без существенной динамики. Параллельно с этим она проходила лечение у специалистов, была подготовлена и пролечена у гинекологов.

Консультация психолога от 3 апреля: "Среди личностных характеристик — недостаточно организованная активность, потребность в действии, откликаемость на внешние события, стремление к расширению сфер влияния, к доминированию в окружении, сочетается с выраженной эмоциональной не-

## “Доброта и качественность” шизофrenии. Надо ли лечить пациентку?

устойчивостью, обидчивостью, вспыльчивостью в конфликтных ситуациях. Отмечается сложность контроля эмоций и поведения, недостаточно критическое отношение к своим поступкам. На фоне повышенной напряженности, эмоциональной неустойчивости в исследовании выявляется снижение целенаправленности, легкость образования ассоциативных связей различного характера без достаточного оттормаживания несущественного, сложности организации своей деятельности при невысоком уровне выполнения интеллектуальных операций, отдельных ситуативных обобщений. Отмечается инертность, обстоятельность мыслительных процессов, склонность к эмоционально насыщенному рассуждательству. Обнаруживается сужение объема памяти, трудности продуктивной концентрации, неустойчивость произвольного внимания, проявление гиперстенической истощаемости”.

В дальнейшем несколько раз в вечернее время суток, в связи с психомоторным возбуждением, она была консультирована дежурным врачом для купирования состояния. При этом в дальнейшем самостоятельно успокаивалась, и состояние возвращалось в исходную точку.

12 апреля стала несколько спокойнее на фоне терапии седалитом и сероквелем. Вербальной коррекции поддается, однако продолжает при виде врачаходить следом, жалобно спрашивает: “А, может быть, все-таки со мной поговорите? Неужели я вам больше не нравлюсь?” Режиму отделения следует, иногда получает нарекания. В беседе с врачом спокойна, упорядочена, с готовностью рассказывает о своем самочувствии. Своё состояние при госпитализации объясняет неврологической болезнью. Громко заявляет: “У меня с головой все прекрасно”. Непоследовательна, манерна, нелепа. Эмоциональные реакции однообразны. Мышление паралогичное. Наличие обманов восприятия категорически отрицает.

В связи с отсутствием положительной динамики с 13 апреля произведена смена терапии на галоперидол в таблетированной форме, 5 миллиграммов утром, и, соответственно, с коррекцией — циклодол, 4 миллиграмма, утро/вечер. На фоне проводимой терапии стала спокойнее, упорядоченнее. В беседу вступает спокойно, несколько формально. Многие анамнестические сведения, которые высказывала ранее в свободной форме, отрицает, при обсуждении их становится несколько напряженной. Интересуется сроками госпитализации. В течении разговора заметно успокаивается, отвечает не всегда в русле заданного, spontанно соскальзывает на актуальные субъективные темы. Эмоциональные реакции уплощены, не всегда соответствуют теме беседы. Непоследовательна, паралогична. Обман восприятия категорически отрицает. Соматически стабильна. Вот такой ее нынешний статус.

**Ведущий:** Есть ли вопросы? Здесь и лечащий врач пациентки, и куратор разбора. Какие вопросы по анамнезу, по динамике, по терапии? Хотелось бы уточнить соматическое состояние в плане заболеваний сосудистого генеза. Прозвучала гипертоническая болезнь. Насколько это верифицировано? — В анамнезе у пациентки не было никогда диагноза ни ишемической болезни сердца, ни гипертонической болезни. Она не страдала и никогда не принимала какую-то постоянную гипотензивную терапию. На фоне эмоциональных изменений (по ее мнению) накануне госпитализации это были первые серьезные повышения давления. По нашим наблюдениям в отделении, где ее регулярно смотрел терапевт, и ей регулярно измерялось артериальное давление, повышенный не было. То есть единственное — это было дважды зарегистрировано “Скорой помощью” на момент вызова. Соответственно, это было основной причиной ее госпитализации в 67-ю больницу. — Спасибо большое! Все очень обстоятельно ответили, мне понятно. И второй вопрос. Там шла речь о неврологических нарушениях по типу возможных конверсионных... Я не говорю, что это именно так. Мне хотелось бы уточнить, именно неврологический статус, изменения какие-то были? Я это не очень уловил. — Не было. — Все, спасибо, понятно. Тут еще единственное — было оперативное вмешательство, гинекологическое. Там полипы, да? — Да, полип цервикального канала. — Ну это уже здесь. — Это здесь. — У меня еще вопрос по истории болезни. Значит, в общей сложности она находится на терапии (у нас, в больнице, здесь) уже... — С 19 марта. Месяц. Сегодня 19 апреля. Ровно месяц она в стационаре. — Долго. И перевод ее на новую терапию случился примерно неделю назад. — 13-го. — Приблизительно неделю назад. Значит, доза 5 миллиграмм — однократно, только с утра? — Утром, да. 5 миллиграмм. — А вечером она ничего не получает? — Вечером она получает 25 миллиграмм пропазина. — Пропазин? Хорошо. Ну что, если нет вопросов, тогда давайте позовем нашу пациентку. Я открою секрет: я ее уже консультировал. Поэтому мне будет проще, чем вам, коллеги.

## БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Здравствуйте! — Здравствуйте! Проходите сюда. — Прямо в президиум? — Да. Сегодня Вы главное действующее лицо. Присаживайтесь рядышком со мной. Вы, пожалуйста, постарайтесь не волноваться. Все присутствующие здесь — это профессионалы в области психиатрии, врачи-психиатры и психологи. Все мы здесь собрались только для того чтобы помочь врачам лучше разобраться в Вашем состоянии, в Вашем лечении и всем остальном. — Как Вас зовут? — Меня Вы уже знаете. — Забыла имя-отчество. — Но Вы помните, что мы с вами общались где-то неделю назад? — Да. — Меня зовут Андрей Аркадьевич. —

Андрей Аркадьевич, может, мы начнем с того, как я попала в психиатрию? Или это неинтересно? — Понему? Это как раз очень важно. Давайте с этого и начнем, Анжела Петровна. — Вот бывает такой случай. Начну с того, что я педагог, дошкольник. По первому образованию я кульпросветработник, руководитель самодеятельного театрального коллектива. В художественной самодеятельности — я в трех певческих коллективах. Начала с того, что я пошла сопровождающим педагогом к аутисту. Женщина усыновила двоих детей, и оказалось, что у нее 28 судебных исков. Подруги мне говорили: “Куда ты идешь?”, что это очень сложно будет. И потом, когда она захотела снять мою квартиру на время, чтобы показать органам опеки, что есть такая большая квартира и еще можно усыновить троих детей, я задумалась, что этот человек обманывает. Если она обманывает однажды, она обманет еще раз. Я перезвонила и сказала: “Дорогая, если ты снимаешь мою квартиру — пожалуйста, и с документами, оформляй это документально. Ты мне должна заплатить первый и последний месяц”. И человек мне перезвонил, сказал: “Ты у нас больше не работаешь, я тебя боюсь”. Я задумалась, почему человек может бояться меня. И я поняла, что есть, наверное, чего бояться. Я позвонила в полицию, позвонила в органы опеки. Поэтому что я жила в этой семье сутки и видела, в каких скромных условиях живут эти бедные усыновленные дети. Этот человек — мелкий предприниматель, женщина. Она не москвичка. То есть периодически мы переезжали, показывали какие-то квартиры, для того чтобы была возможность ей усыновлять еще детей. И в процессе этого, поскольку я человек уже немолодой, мне 63 года, и уже у меня за плечами огромный опыт в педагогике, я немного понервничала. Понервничала — у меня поднялось давление. Поднялось давление, и у меня появилась слабость в теле, то есть руки-ноги немного не слушались меня. И подруга сказала, что это, возможно, состояние перед микроинсультом. Ну я в этом ничего не понимаю, я так думала. Мы вызвали три “неотложки”. Первая “неотложка” приехала, и муж вызвал почему-то психиатрическую “неотложку”. Почему-то он подумал, что если микроинсульт, то это задача еще и психиатров. — Ну муж же не медик. — Да, меня обследовали, задали множество вопросов и сказали, что моего заболевания здесь нет, и они уехали. Меня забрали в 67-ю, в неврологию, с гипертоническим кризом — у меня было до 200, хотя мое нормальное давление — 120/80. Во время выборов — это было 18-го числа, на следующий день — мы спустились на второй этаж 67-й больницы, и там нужно было открепиться, чтобы можно было голосовать. Я так думаю, что мне что-то подлили в компот. Почему? Мне стало резать желудок, и стала слабость. Я подумала, что, возможно, упало давление после криза. Почему? До этого была ночь. Ночь была таковой, что я вышла

ночью в туалет, я увидела темный коридор, на рецепшене —брошенные таблетки, и по темному полу были эти мокрые разводы, из-за которых я боялась сесть на шпагат. Я заявила об этом непорядке заведующей отделением. Она отреагировала, и, возможно, я не знаю, может быть, люди как-то отомстили мне этим, потому что я потом... — Заведующая дежурила той ночью? — Нет, она не дежурила, она пришла. — Ночью? — Ночью дежурили... Эти люди спали. Был темный коридор, вообще выключен свет. Таблетки были брошены на рецепшене. — А, это Вы уже утром? Вы рассказываете, как бы утром? — Это я про ночь рассказываю. А утром я сказала завотделением. Завотделением normally отреагировала. До этого я еще бегала на другой этаж, говорила: “Что это такое? Никого нет. Брошено все”. Они говорят: “Ну они доспятся!” Ну, это был непорядок. И потом, представляете, если бы больные люди перепутали таблетки или наелись их, чем бы это пахло вообще? Ну вернемся к тому, почему я попала в психиатрию. Во время того, как было голосование, мне стало плохо, как я уже говорила. Я постучала на втором же этаже, чтобы мне померили давление. Возможно, давление упало вниз, потому что это бывает так. Сказали: “Это своя”. Пять человек меня приняли, привязали, сделали укол, сняли с меня всевозможные украшения. Сказали: “Своя”, привязали, сделали укол, и я осталась там до вечера. — А что значит “своя”? — Вот это я хотела бы знать. То есть люди меня ждали — такое впечатление было. — А на втором этаже какое отделение было? — Психиатрия. На 4-м была неврология, а на этом этаже была психиатрия. Я даже и не читала ничего, мне было плохо. Мне было плохо, я думала: “Пойду, хотя бы померяю давление”. Ведь там была целая очередь, сидеть на открепление. Это было во время голосования, 18-го числа, в воскресенье. Потом, к вечеру меня эти люди развязали, потому что в памперс я не могла, так сказать, мне было больно. Развязали меня. Я лежала в коридоре, на какой-то кровати. Настолько грубо обращались, как будто я арестантка. “Пошли!”, “Села на место!” — вот такие были выражения. Я вообще не понимала, что со мной происходит. Потому что в последнее время я причащалась и ходила в храм, и я не понимала... Я знаю, что моя миссия — стать счастливой и помогать стать счастливыми другим. Но, возможно, это программа, которую я создала сама. И вот по этой программе я, наверное, действую. Когда создаешь программу, по ней действуешь, правильно? Ты ставишь себе цель и к этой цели и идешь. И я понимала, что мне нужно помочь тем, кому плохо. Может быть, для этого я попала в психиатрию. На следующий день приехала перевозка, и меня перевезли в вашу. Вот таким образом я попала в психиатрию. И сейчас я собираюсь написать книгу, а, может быть, и сценарий. Потому что настолько яркие личности, и настолько я приобрела себе подруг. И у меня только

## “Доброта и честность” шизофрении. Надо ли лечить пациентку?

вот слова благодарности, я каждый день писала Николаю Сергеевичу о том, насколько я благодарна тому, что я вижу здесь. Это и хорошее питание, это хорошее обслуживание, это атмосфера, которая царит. Единственное — последние две недели привезли сложных больных, которые кричат, которые стучат и так далее. — Анжела Петровна, я понял. А у Вас раньше был опыт литературного творчества? — Да. Я начала писать о своей жизни книгу, она называлась “Я люблю тебя, жизнь”. И когда я училась в педколледже “Арбат”, я там написала несколько глав, и они вошли в сборник. Мне даже сказали, что это похоже на сценарий, по которому можно поставить спектакль. — Это автобиографическая книга? — Да. Да. — Она была опубликована? — Ну она в сборнике, который выпускал педколледж. Сейчас его уже нет. — Вы думали, как Вы назовете свой новый труд? — Вы знаете, у меня идут какие-то иронические... Это не должно быть серьезной литературой. Это что-то с иронией. Я вообще очень люблю юмор. Я всегда по жизни с юмором. — Но Вы рассказали историю, леденящую душу. Эта история подпадает под жанр трагедии. — Безусловно. Но настолько яркие, интересные личности. Вы знаете, вот с человеком общаешься, даже не подозреваешь, что она вчера сгинула вместе со своими детьми в воду. Или женщина — вот Галочка... — Разве это не трагедия? Вы об этом хотите писать с иронией. — Это трагедия. Нет, это состояние аффекта. А что человека подвигнуло в состояние аффекта? Что? Обстоятельства, погода, природа или наследственность? — Что тут может быть ироничного? — Вы знаете, я все время смеюсь. Потому что мне весело. — Даже в такой тяжелой ситуации? — Нет, в тяжелой ситуации мне было грустно, я даже поплакала. И в то же время я прекрасно понимаю, мне почему-то кажется, что это у людей не на всю жизнь, что это даны какие-то испытания. Я же верующий человек. — Ну да. — Даны какие-то испытания. Вот сейчас Татьяна — сложный случай. Она совершенно не спит. Она ходит, постоянно стучит в двери, она не понимает, у нее прикрыты глаза. Я понимаю, что человеку плохо, я пытаюсь ей помочь, говоря о любви к ней, о том, какая она красивая. И в то же время я пытаюсь все время шутить, и людям от этого хорошо становится. Я разряжаю обстановку. — Понятно. Вы — человек жизнерадостный? — Да. — Вы всегда такой были или Вы в последние годы такой себя чувствуете? — Нет, у меня были... Я человек — Водолей, и подвержена депрессии. А они выходят из депрессии чаще всего только благодаря своим друзьям, либо тем, чем я занимаюсь — это пение, это танец, это занятие каким-нибудь творчеством, может быть, творчеством, которое ты руками делаешь — это флористика, или складывание из бумаги. Я же педагог. Я же культпросветработник, который переквалифицировался в педагога. Но мне это помогало. И

первое образование мне помогло. Я же еще 1,5 года назад работала в Центральной кремлевской больнице, в детском саду педагогом, и я получала справку о том, что я психически здоровый человек, за свои же деньги.

Не знаю. Я всегда по жизни с юмором, потому что без юмора нельзя жить. Это жизнерадость, это оптимизм. И он заражает других. — Несмотря на то, что Вы — Водолей? — Да. У меня были такие ситуации, когда мне трудно было выйти из дома. Это была депрессия, когда я теряла работу. — Можете об этом немножко рассказать? — Когда я теряла работу, я пыталась... В профессии устает. Потому что работа напряженная, и иногда руководители, которые стоят над тобой, они тебя не понимают и пытаются даже мешать тебе в работе. И приходится преодолевать и доказывать, что эти методы... Что даже если ты стоишь над ребенком и пытаешься его усыпить — это тоже насилие. Правильно? То есть ты устает. Или если у тебя нет второго педагога, ты работаешь в напряжении, у тебя появляется бессонница. Я всегда мало сплю, я 5 часов сплю от силы, 5 — 6 часов. — Скажите, Анжела Петровна, здесь для многих специалистов было вопросом, что это за состояние такое с Вами произошло в 67-й больнице, когда у Вас отнялись руки и ноги? — Это было высокое давление, гипертонический криз, до 200. — Опишите вот эти ощущения, которые Вы испытали. — Это случилось на улице. Это была первая “скорая”. Бродя бы меня отпустило, она мне дала “Капотен” или что-то в этом роде. Давление тут же ушло. Она говорит: “Если был бы гипертонический криз, при котором тебя надо было забирать в больницу, так быстро давление не снизилось бы”. Что-то она мне давала, таблеточку какую-то. Она посидела со мной — отпустило. Мы пошли с мужем покупать мне кроссовки, мы играем в большой теннис, занимаемся. Играем на улице, площадки — в Крылатском для этого есть достаточно — он чертит корт, и мы играем. Пошли покупать кроссовки. Возвращаемся, я говорю: “Ты иди домой, я зайду в аптеку”. И вдруг меня скрутило пополам, у меня дикая судорога была в левой ноге. Дикая судорога была в левой ноге, ее скрутило прямо вот так вот набок, прямо ступня вывернулась. — Это у него на глазах было? — Нет, он пошел домой. — Он не видел этого? — Нет. Он этого не видел, он ушел домой. И там торговый центр — это все рядом было. Я присела на клумбу (она еще не распустилась, такой каменный газончик), присела и позвонила подруге. Говорю: «Таня, сделай что-нибудь, вызови мне “скорую”». Я даже не соображала, как вызвать “скорую”, мне было плохо, очень сильно. Дикая судорога. Такого никогда со мной не было. Потом она говорит, она же в Жуковском, говорит: “Я не могу вызвать “скорую”, вызови сама”. И я дошла до аптеки — там на первом этаже была аптека — и уже из аптеки я вызвала “скорую”.

Они сначала не приезжали, потому что до этого-то уже была скорая, они говорят: “Опять по ерунде. Вылей таблетку, “Капотен”, и пройдет все”. Но потом женщина, которая работает в аптеке, вызвала и говорит: “Женщине совсем плохо”. Потому что она чувствовала по мне, что мне плохо. Потому что слабость, в руках и ногах слабость была. — Анжела Петровна! Хорошо, я понял. — И “скорая” когда по-мерила, было 200. — Вот лично меня интересуют вопросы, связанные с нумерологией. Вы рассказывали врачам об особенностях даты вашего рождения, а также некоторых других цифровых совпадениях, которые при определенном арифметическом сложении дают какой-то очень важный результат. Я бы хотел, чтобы Вы пояснили это аудитории чуть более подробно и понятно. Что это? — Мне попала в руки книга “Нумерология”, и там было сказано, что если ты складываешь... Вот я родилась 31 января — это пятерка, да? 31 января, первый месяц — пятерка. 1955 года — это практически 20, 0 мы отбрасываем (должно быть однозначное число). Это двойка. 5 и 2 — это 7. Вышла замуж я 25 октября 1975 года. В 55 лет умер мой брат, утонул, и чуть не утонула мама. Это было буквально в неделю разница. И тоже позвонила она в половине десятого, тридцать минут десятого. Я не придаю такого большого значения нумерологии. Просто мне это интересно. — А какая цифра? Там 7, а здесь какая? — Ну 7 — это 5 и 2. И вот Тся — я прошу себя называть, потому что... — А, 55 — это две пятерки, 5 и 2. Я понял. А что означает семерка? — Да. То есть десятка — это тоже число, которое делится на 5, правильно? — Да. И что же? Поэтому 5 и 2. — Они тоже. И, смотрите, когда мне было 50 лет, я подрабатывала еще в газете “Русский инвалид”, шла по мосту, Красная площадь недалеко, и очень сильно утала, ударила головой. Но сотрясения у меня не было. Я даже встала, думаю: “Что такое булькает там?” Оказывается, мозг находится в жидкости. Я попробовала — ну у меня здесь был капюшон и большой берет. То есть я... Ничего плохого не было. То есть какие-то даты... — А что в 50? Там-то где семерка? — Семерки нет. Пятерка есть. А 7 — это 5 и 2. — А 50? А где двойка? — А двойки не обязательно. — Какая Вы хитрая. Ну хорошо. — Нет, я не придаю такое большое значение, это просто наблюдение. — Тогда важный для Вас возраст был в 52 года? — Смотрите, когда мне было 60... Мой отец и мой брат ушли в 60 лет, на тот свет. При загадочных обстоятельствах. Брат утонул — неизвестно, утопили его или он сам утонул, потому что умерла его жена и он тосковал. Было 45 градусов жары. И он утонул, либо ему помогли умереть. Неделей позже мама чуть не утонула. Или раньше это было — я не помню. То есть она мне тоже в подседестого позвонила, сообщила об этом. И вот когда мне было 60 лет, я чувствовала упадок сил. И передо мной было два пути: либо я иду по пути мамы — это долго-

жители, либо иду по пути отца. Я чувствовала, как силы меня покидают. Я не знаю, но вот было предчувствие. Я же говорю, я 31 января родилась — тогда, когда Ванга родилась. Наверное, мы все необычные. — Все, кто 31 января родился? — Нет. Водолей... Ну, понимаете, человек родился 31 января, Ванга родилась. Ведь Вы же знаете, какими качествами она обладала. И я Вам говорила, что у меня видения были. — Такие же, как у нее? — Да. Может быть, это интуиция, но эта интуиция проецировалась в определенные образы, при которых я глаза не закрывала. — Давайте не будем перескакивать. Все-таки, что означает семерка для Вас? — Семерка — духовность. — Поясните, откуда это? — Во-первых, это в книге написано, что семерка — это духовность. — В какой? — В “Нумерологии”. — Это в “Нумерологии” написано? — Да. Ведь книгу написал какой-то умный человек. — Это имеет отношение к религии или нет? Или к духовности в целом? — Вообще батюшка сказал, что нумерология — это ложнаука. Но Вы знаете, я же Вам говорила, что в год я съела лезвие. Мама доставала даже изо рта, и я не умерла. — Не будем опять перескакивать. Что значит эта духовность? — Духовность — это то, что человек... Я думаю, духовность — это воцерковленность, во-первых. — Все-таки религия? — Религия. — Значит, семерка имеет отношение к религии? — И духовность — это любовь к ближнему, прежде всего. Что такое главная заповедь? Возлюби ближнего, как самого себя. То есть, прежде всего, ты любишь себя. Любя себя, ты никогда не будешь его ненавидеть. Правильно? Любя себя. И любишь ближнего. И помогаешь ближнему. Вот моя миссия — помогать другим. Но для этого я должна стать личностью и стать человеком, который может помогать. То есть нужно чем-то обладать, чтобы что-то давать. Так ведь? — Но Вы этим обладаете? — Ну, когда как. Вот я пытаюсь. — Но сейчас-то Вы явно этим обладаете. — Вот я говорю, что я создала программу, что я иду по пути мамы и буду долгожителем. И поэтому я выгляжу моложе своих лет. Ну сейчас, как бы так сказать, я не ухожена. — И поэтому в то время, когда Вы почувствовали упадок сил... — Да, я создала программу. — ...и оказались на распутье, создав эту программу... — Да, я начала действовать. — ...Вы остались живой? — Да. Но еще благодаря моему пению. — Так Вы долгожитель теперь? — Долгожитель. — Долгожитель — это сколько лет? — Я думаю, 90. Достаточно. — Ну долгожитель... Вот на Кавказе, я знаю, люди больше 120-ти живут. — Но они на греческих орехах, на кураге. Вот бабушка у меня — царствие ей небесное — была совершенно необразованным человеком. Она стала мамой для многочисленных детей, когда умерла ее мать. И она всегда ела курагу, кусочек сала, греческий орех, овсянку и делала квас из свеклы. И семь трав на самогонке. — Давайте вернемся немножко в Ваше прошлое. Сколько Вашему сыну лет? — У меня два. — Старшему. —

## “Доброта и качественность” шизофрении. Надо ли лечить пациентку?

Старший у меня 1978 года, ему будет 40. — Значит, Вам было 23, когда он родился. И в этом возрасте возникли какие-то конфликтные отношения. Я вот знаю, с кем-то из... — Нет. Абсолютно нет. Нет. Когда муж узнал... — Появился подозрительный человек. — Нет. Муж, когда узнал, что я беременна — он же неопытный человек был — он сказал: “Узнай у мамы, как делать аборт”. А потом он уже жалел об этом. Нет, в период юности, до 30–35 лет, мы были очень счастливы, у нас была прекрасная семья. Но когда родился Дима... — Я не о Вашей семье. Какой-то подозрительный субъект Вам показался достаточно опасным. — Нет, я такого не помню. Я говорила об этом? — Ну да. — Я не помню. — Его фамилия даже известна нам. — Какая? — Куколкин. — А-а-а! Мы жили с соседями. Конечно, мне пришлось вызывать бабушку, когда я ходила беременная, потому что он в стол втыкал ножи и угрожал. А потом он забивал туалет. — Это было во время первой беременности? — Беременности, да. — То есть это даже еще до родов? — Да. Когда жили мы с соседями, на Академика Павлова. — И что он еще делал? — Он еще садился на подоконник и выворачивал эти ножи на улицу, и забивал туалет тряпками. — Вы жили в коммунальной квартире? — В коммунальной. — А он жил один? — Он жил с матерью, но мать часто жила не здесь, а у своей дочери. — Что он делал-то в итоге? Каков был смысл всех его этих действий? — Вы представляете, у меня муж работал и учился, и свекровь работала практически до 10-ти (в 10 приходила), а я один на один с этим Куколкиным, который в диких ранах стоял в коридоре, и я не могла ни в туалет, ни в ванную, ни на кухню. Я куда только ни ходила. Я ходила на курсы кройки и шитья, я разносила почту, я в роддоме мыла пол, и работала в библиотеке, и еще работала зав детским сектором. Умудрялась. Нет, я тогда вела драматический кружок. ДК “Медик”. Но мне пришлось, мне сказал милиционер, что если мы его не посадим... “Если Вы не скажете, что угрожали Вам ножом, мы его не посадим”. Мне пришлось об этом сказать на суде, и в этот период его посадили на полгода как за хулиганство и на полгода на лечение. Тогда сажали. После этого он вышел... Бабушка приехала, чтобы я доносила беременность. — Я понял. И такой еще вопрос. Он касается, может быть, какой-то интимной части Вашей жизни, но все-таки мы врачи, Анжела Петровна, и это только для того, чтобы разобраться с состоянием Вашего психического здоровья. В общем, был достаточно длительный период, таких романтических отношений у Вас. И это было долго. — Да, больше десяти лет. — Больше десяти лет. — Ну а что, мне 40 лет было. — Что это были за отношения? Они были больше платоническими или все-таки это были... — Нет. Мне с этим человеком даже интересно было держать его за руку. Это была любовь. — Она была взаимной? — Поначалу нет, а потом была взаимной. — Объясните. — Чело-

век на полгода приезжал. Когда любил его женщина... Дома жена, которая требует что-то с него. Я с него ничего не требовала, ни подарков, я просто его любила, вот и все. — Как Вы ему показывали свою любовь? — Ну как — в интимных отношениях. — Кроме этого. — А кроме этого ничего не было. — Но Вы же говорите, что он очень часто отсутствовал. Как тогда Вы ему показывали на расстоянии? — Ну я же работала в детском саду, у меня работы хватало выше крыши, и своих двое детей было. У меня 13-летний парень был. — Вы с ним созванивались? — Когда он был здесь — да, а когда он был там, я не звонила ему. Ну зачем разрушать семью? — Я понимаю, но все-таки эти чувства продолжались у Вас? — Когда его не было, конечно, я переживала, но я жила своей жизнью, я знала, что он приедет. Я же знала, что он вернется. Он оттуда не звонил. Но я знала и чувствовала, что он приедет. Я же говорила Вам, что я даже видела... и лицо мамы вижу, и его лицо вижу. Когда он уезжал, мы стояли по обе стороны, между нами ехали машины. Вот это я видела с открытыми глазами. — А, это вот то самое предвидение, о котором Вы говорите? — Да. — Можно об этом немножко поподробнее? Все-таки как это происходит? И это только видение или это еще, например, слышание? — Нет. — Чувствование телом? — Нет. — Запахи? — Это идет через голову, и это импульс. Вот импульс и все. — Ну, поподробнее, как это все-таки? — Помните, я говорила, когда я ехала в транспорте, и я видела тоннель, и этот тоннель сужался? Темный тоннель такой. Темный достаточно по бокам, и светлый. И что-то падало. И через какое-то время сказали: “Выходите, на рельсы бросили”. То есть я увидела раньше. Потом, когда мама... с мамой что-то происходило, я видела ее лицо. Просто видела. Одно лицо. — Я все-таки больше интересуюсь сейчас образом Вашего возлюбленного. Вы его видели? — Нет, лицо... — Было общение, контакт какой-то через эту способность? — Нет. Когда он был там, я его вообще не чувствовала и не видела. Я думала о нем и вспоминала то, что было. — Может быть, Вы слышали, как он говорит? — Вообще я у Бога просила, чтобы у меня это убрали, потому что я верующий человек и не хочу ничего ни видеть, ни слышать. — А что это? — Я никогда не слышала. У меня был период, когда боялась одна оставаться дома. Был такой период. Но он был очень короткий. — Вы просили у Бога, чтобы у Вас это убрали? — Да. — Что убрали, и кто убрал? — Я не хотела видеть ни потусторонний мир, ни каких-нибудь леших, или каких-нибудь — как они называются, кто там живет дома — домовых. — Домовых, да. — Или еще что-то. Я это не видела. — Вы не хотели их видеть, а они все равно Вам виделись? — Нет, никогда. Никогда я ничего не видела. — Тогда почему Вы просили это убрать? — Вот те видения, которые у меня были. Я не хочу никого лечить и не хочу никого видеть вперед, что со мной или с другими будет

происходить. — Это Вы просили у Бога? — У Бога. — Понятно. — Я не хочу знать, что будет у меня впереди. Я хочу жить тем, что я живу. — Так в итоге Бог удовлетворил Вашу просьбу? — Да. — Теперь Вы не видите? Теперь Вы не ясновидящая? — Нет. Я и не собиралась ею быть. Это происходило или в период, когда думаешь о маме очень сильно, и она тебе через какое-то время звонит. Потом у меня еще, знаете, как было: вот я думаю о ком-то раз — и человек звонит. Может, это интуиция, может быть, еще что-то. Но очень часто такое было, что думаешь о ком-то, и вдруг он тебе звонит. То есть ты это предвидишь. — Ну да. И может быть такое, что или предвидишь, или слышишь. — Еще я знаю наперед, что у меня будет второй муж, и он будет моложе меня, и что мы с ним будем венчаться. Он будет или с Сербии, или с Хорватии. — Вы же сказали, что Вы потеряли эту способность. Как же Вы теперь это знаете? — Это было несколько лет назад. И эта мысль мне периодически приходит в голову. — Как? — Просто приходит, думаю. — Почему? — Может быть, я мечтаю. У меня нет мужчины-друга, у меня его нет. Потому что Толик уехал — у него с сердцем проблемы, он уехал в семью. Я его отпустила. Он человек семейный, и он мне ничего не обещал. И почему я должна чужое брать? Батюшка сказал: “Это не твое”. Я же периодически хожу. Он говорит: “Это не твое, ты должна об этом забыть”. Я это забыла. И даже когда он уже приезжал, пошли проблемы в семье с детьми — и у меня, и у него в семье. И я хотела прекратить эти отношения, потому что они были греховные. — Понятно. Ну а почему серб? — А я знаю? Не знаю. — Может быть, у Вас там давнишняя страсть именно к этой нации? — Да нет. Я вообще не знаю, кто такие сербы и хорваты. Без понятия. — Это бывшие югославы. — Ну вот, наверное. Православные — это точно, значит, венчаться будем. — Возможно, все-таки Вы в прошлом когда-то... — Я сейчас в Интернет влезла, и там как раз из Сербии человек, примерно моего возраста, какую-то мне записку написал. — Да Вы что! — Серьезно. — Это на каком же сайте? — “Одноклассники”. — То есть он просто Вас увидел и сразу же Вам сообщение написал? — А там помещены мои фотографии. — Скажите, как Вы поняли, что это серб молодой? — Он написал. Нет, он не молодой, ему 60 лет. — Вы сказали, что молодой. — Будет молодой. — То есть это, значит, не тот? — А еще гадаю на картах Таро. Не я, а в Интернете. В Интернете гадание. Я верующий человек, однако, я не исключаю. Ой, недавно — я вам передать не могу — я сидела делала маникюр, сидела рядом со мной женщина. Честное слово, это было, у меня даже есть свидетели. Она сказала, что ее зовут Антонина. Миловидная женщина, блондинка. И я ей рассказала о том, что... Мы мило беседовали, поскольку обе сидели на маникюре. Она говорит: “Приезжайте к нам в Новый Иерусалим, недавно отрес-

таврировали храм. Вы побываете, я вам все покажу”. Мы обменялись телефонами. И я говорю: “Как я хочу внучку”. Она говорит: “Да будет у тебя внучка, через год”. Я говорю: “От кого?” Она говорит: “Так у тебя кто женат, от того и будет”. А у меня женат младший. Он, правда, в гражданском браке. Я так обрадовалась. А она еще мне... что она мне сказала-то? А, я говорю: “Ты понимаешь, что моя подруга, с которой я хочу поехать в Петра и Февронии (Муром), чтобы мои дети могли жениться, особенно младший, которому 40 лет, она еще ходит к ясновидящей”. Она говорит: “Ничего”. Я думаю: “Ничего себе верующая”, — ведь одно другое исключает. — Скажите, вот еще... — И почему она называлась моим именем, вообще непонятно. — У меня, наверное, последний вопрос. Вы сказали, что у Вас миссия. И у меня такой вопрос оригинальный: а есть ли еще люди на Земле, у кого такая же миссия, как у Вас? — Моя подруга тоже Водолей, она живет в Жуковском. Татьяна. Она сказала, что есть такая “Белая братия”, то есть люди... Я в это не верю. Вот в это не верю, мне это смешно, и я в это не ухожу, я вообще терпеть не могу рыться в Интернете. Я там очень мало сижу, в этих соцсетях, мне это неинтересно. Я смотрю только что-то интересное — или фильмы, или концерты. — В “Одноклассники” зашли, однако. — Ну интересно же. В “Одноклассники” я еще зашла, потому что есть моя подруга, которая на моей родине живет, и мне очень интересно было узнать, как она живет. — Все-таки давайте не будем отвлекаться, попробуем ответить на этот вопрос: есть ли еще люди, у кого такая же миссия? — Вот она сказала, что есть люди, такая “Белая братия” — она так называет их “белые ангелы” — которые пришли, некоторые даже забыли, почему они пришли, но вот они с такой же миссией. То есть это солдаты добра, она это называет. Я все время над этим смеюсь. Она говорит: “Я все время смотрю его передачи и лежу”. Я не понимаю, как верующий человек может лечиться вот этими экстрасенсорными вещами. Я как-то это не допускаю. — Так, значит, есть? — Она так считает. Вот мне это интересно. — Я вот Вас спрашиваю. — Вообще я таролог — я сидела у таролога — говорила, что я прилетела на белом облачке. — Подождите. Таролог — это специалист по картам Таро? — Ну да. Таролог, нумеролог — они сидят... — В первый раз слышу такую специальность — таролог. Интересно. — Да, они на картах Таро. — Хорошо. Значит, Вы ему рассказали по поводу облачка? — Ну да, я сказала. Она говорит: “Ничего”. Ну мало ли, как говорится, чумовых людей. Ну я говорю, какие-то вещи, которые я откуда-то помню, и они мне приходят в голову. Но это не значит, что я сумасшедшая. Правильно? — Я возвращаюсь к своему вопросу о миссии. Сколько таких, как Вы? — Знаете, я вот хочу сказать, что я сделала однажды, и это я делала неоднократно. Когда ребята дрались и бросали друг

## “Доброта и качественность” шизофрении. Надо ли лечить пациентку?

друга об стенки, я крикнула не своим, а мужским голосом: “Сейчас всех постреляю”. И они разбежались. Я так испугалась после этого и убежала в метро к полиции. Вот я, не задумываясь, иду и спасаю людей. — Давайте тогда я задам прямой вопрос. Можете ли Вы предположить, что некоторые качества делают Вас вообще уникальной? То есть такой как Вы, больше нет. — А всегда меня считают “белой вороной”. Меня называют странной. Я всегда чувствую себя “белой вороной”. Но среди подруг, подруги меня воспринимают такой, какая я есть, все они старше меня на 10 лет чаще всего. Одна только ровно на 10 лет меня моложе. И у меня очень много подруг “Водолеев”. Я как-то придаю этому значение. — Анжела Петровна, я с Вашего позволения предложу нашим коллегам тоже задать несколько вопросов. — Хорошо. — Прощу вас, коллеги.

— Ангелина Борисовна, меня зовут Владимир Борисович, я хочу тоже с Вами побеседовать, я тоже врач. Вот у Вас очень интересная жизнь и вокруг Вас много очень интересных событий. У меня такой вопрос. Вот эти события, которые происходят вокруг Вас, вот эти люди, которые то подставили, то что-то подлили, то вот свои, то этот Куколкин, это как-то специально происходит, что какие-то отношения... — Нет, это мои догадки. Нет, Куколкин-то существовал. — Нет, понятно. Я в общем, про все. — Это мои догадки, потому что у меня никогда не болит желудок. — То есть все время есть какие-то моменты, которые Вас настораживают в плане отношения окружающих. Я правильно понимаю? — Ой, Вы знаете, у меня такая насыщенная жизнь, я пою и танцую всю жизнь. Мне вообще думать о другом некогда. — А замечали Вы, что кто-то специально хочет Вам навредить, как будто бы какие-то флюиды посыпает? — Нет, таких навязчивых вещей у меня нет. — Это не навязчивые, я просто исхожу из того, что Вы говорите. — Нет, это мои предположения были. Возможно, этого и не было. — Все, я понял. А вот что Вы чувствовали относительно образа мамы или еще чего-то, как Вы говорите: “Я как вижу”, вот что? — А мама во сне видела, как меня уведет высокий-высокий человек далеко-далеко. А я видела... — Вы говорили: “Образы и видения...”, можно узнать, как Вы это чувствуете? — Это как импульс с открытыми глазами. — Ну, как импульс? Вы видите или чувствуете? — Нет, это я вижу. — Это внутри или где-то еще? — Ой, это трудно... — Это трудно. — Это проекция. — Проекция. — Я не вижу это длительно. Это импульс. — Откуда он идет? — Вот отсюда где-то. — От Вас идет или к Вам? — Вот от глаз. — То есть Вы продуцируете... — Я это вижу. — Получается, это к Вам идет? — Ко мне идет. Нет, это получается. — Получается. — Да. — То есть бывает, возникают... — У меня очень хорошо развита интуиция еще к тому же. — Да, бывает, возникают какие-то образы, которые от Вас как бы не зависят, но Вы их чувствуете. — Я знаю,

еще что, когда я думаю, и как бы человек это чувствует, когда я думаю и хочу, чтобы этот человек мне позвонил. Но специально я это не делаю, вот так все случается. — Я вот хочу уточнить вопрос, что задал Андрей Аркадьевич. Вы говорите о миссии. Вот разговаривали с Богом — это образно или, действительно, Вы наделены какой-то миссией, которую Вы должны выполнить? — Вот я чувствую, что наделена все-таки ею. — Кем наделена, Богом? — Вы знаете, вот я так же верю в Бога, как верую в какие-то высшие силы. — Выше-выше, свыше. — Да. — А у Вас был двухсторонний контакт? То есть Вас наделили, а Вы как-то вот... — Нет, я не слышала ни голосов, не слышала диктовки, нет. — Но Вы чувствовали импульсы какие-то. — Я чувствовала, что я пришла и уже это как готовый продукт. То есть я не чувствую, что мной кто-то руководит, этого нет. — Я понял Вас. А когда Вы это почувствовали, что у Вас миссия, вот четко так, в каком возрасте, при каких обстоятельствах? — Даже трудно сказать. Во всяком случае, в молодости мне некогда было об этом думать. Меня всегда называли странной и “белой вороной”. Почему? Я не знаю. Во-первых, у меня задержка в детстве. То есть я никогда не чувствую себя на свой возраст, я о нем забываю. Я могу лежать с мишкой, обнимать его. — Ну, понятно. Скажите, а у Вас были моменты изменения настроения, то плохое, то хорошее, оно спонтанно возникало, да? — Но большие у меня радости, чем слез. — Радости, да? — Слезы у меня связаны с болезнью детей и с болезнью мамы. Мама у меня далеко. Она у меня в Донбассе, сама уроженка Донбасса. — А страх у Вас был? Вот Вы говорили: страх, подозрения, что-то хотят Вам окружающие плохое сделать. — Я говорю, что недавно получилось так. Я пошла в магазин и увидела, как мужчина попрошайничает. И после этого я увидела, как он скапивает спиртное и продает малолеткам. Я об этом сказала охраннику в “Виктории” в магазине. И после этого я боялась, что меня будут преследовать. Вот это у меня было. — Чувствовали какие-то моменты? — Я чувствовала. Я даже купила свисток, купила фонарик, потому что я шла поздно убирать парикмахерскую. — А в другие дни не чувствовали, что за Вами следят? — Я видела этих ребят. — Каких? — Ну, которым продавали спиртное, они за мной следили. — То есть они следили. А как это долго было? — Это было быстро, парикмахерская была рядом. — Вы же ушли из магазина, значит, они исчезли? — Ну я зашла в парикмахерскую и перестала их бояться. — А были еще похожие моменты? — Вообще Вы знаете, я человек очень отчаянный. Я могу за себя постоять. — Я чувствую это, раз Вы уже предприняли такие действия... — И поэтому у меня нет страха. У меня есть страх, что я могу навредить человеку. — Почему? — Ну, потому что я могу дать отпор. Если я лезвие съела в год и нигде не... мама вынимала у меня изо рта. Ну если все

люди погибают, а один остается жив. Мама у меня родилась на “Казанскую”, бабушка венчалась на “Казанскую”. Особый ангел-хранитель дан. — Извините, Вы еще говорили, что смерти как бы были не случайные, специально помогли утонуть, — это какой-то идет рок вокруг семьи или что? — Мама позвонила в полдесятого и говорит: “Витя утонул”. Я говорю: “А что и что ты видела?” — “Видела паспорт”. Я говорю: “Ну, ты же Витя не видела”. На следующий день она говорит: “Так Лена ж умерла, он задумался и утонул. И я, — говорит, — ездила с подругой и чуть не утонула”, потому что у нас соленые озера. Это было жарко. И она вот так, как поплавок... — Все-таки, хотелось бы ответ получить, а не то, что Вы с мамой говорили. Есть ощущение, что рок? — Я не думаю, что это рок. Я думала, что это испытание, которое как у каждого человека, идет темная и светлая полоса. — Но это не специально послано на Ваших всех близких? — Нет, конечно, не специально. У меня даже мысли такой не было. — Спасибо. — Нет, вообще даже мысли не было. Я вообще, как Вам сказать, я не чувствую, что мне кто-то хочет навредить, что кто-то меня преследует. У меня нет этого, и никогда не было, никаких голосов, слава тебе, господи, ни мысли. Я так люблю жизнь, знаете, как книга называется... — Но звучание было... — “Я люблю тебя жизнь”, — книга моя называется. — Но звучание было, Вы говорили, что слышали какое-то звучание. — То есть? — Ну, вот голос, не голос или это образ, или это предзнаменование, Вы чувствовали, что слышится что-то в голове. — Нет, мы сейчас о чем говорим? Нет, я не поняла просто вопроса, извините. — Я тоже. — У меня никогда ничего не слышалось, посторонних голосов — слава тебе, господи. Вот у меня подруга, я жила у нее на даче, она говорит: “Пойдем в лес, домовенка покормим”. Мне было дико, потому что она работает в научном институте.

**Ведущий:** Но Вы же пошли. — Но я не кормила домовенка. Мне было дико. — А она кормила его, и Вы видели, как это? — А вторая мне рассказывала, как она блудила по лесу, потом еле-еле нашла дорогу. То есть это был пятак какого-то, и она заблудилась, как будто попала в другое измерение, как она говорит. Вот этого у меня никогда, слава тебе, господи, не было. Я знаю краткую Иисуса молитву, всегда ее читаю. Это мне помогает. — Давайте, еще несколько вопросов зададут коллеги. Прошу Вас, Анжела Петровна.

— У меня есть вопрос. Скажите, Вы называете это миссией, вот эти добрые дела. Но люди добрые дела делают, кто-то кому-то помог, кто-то кому-то подсказал — это обычное дело. Что тут особого такого мессианского для Вас? — Вы знаете, я не могу пройти мимо. И вот сейчас я помогаю, опекаю нескольких человек, я им помогаю.

**Ведущий:** Где? — Это в отделении. И вот приходила врач и видела, как ко мне люди относятся, с какой любовью они отвечают мне тем же. Но я знаю “принцип бумеранга”, какой ты — такое и тебе. Правильно? Добро возвращается так же, как и зло возвращается. Но я не думаю об этом. Я просто совершаю добро, потому что я добрая по натуре. Во-первых, я вам хочу сказать, что в жизни я не считаю себя совсем счастливым человеком, потому что у меня нет в жизни друга мужчины. А для женщины самое главное, любовь должна быть. Правильно? Мужская/женская любовь, хотя бы объятия должны быть. Вот я хожу на ретро-танцы. Вот там я нахожу себе друзей мужчин, потому что это у женщины должно быть, особенно у той женщины, которая еще чувствует себя женщиной, несмотря на возраст. — Спросил мой коллега о том, что в этом такого особого мессианского? Это, в общем, обычные добрые дела, которые делают многие люди. — А просто, если ты начал этим заниматься, то от этого не отходишь, не о себе думаешь, прежде думай о ком-то, а потом о себе, хотя себя нужно любить. Правильно? Вот смотрите, я сейчас взяла Наташу. Наташа детдомовская. У нее страшная эпилепсия, во-первых, но эпизодом, может быть, даже не эпилепсия. Это человек, которого топили в унитазе, избивали. У меня полно одежды. Ну, что, я не могу помочь этому человеку? Она даже недавночувствовала себя беременной. Я пыталась тоже в ней это поддерживать. — Это тоже пациентка в отделении? — Да. — Вот у меня такой вопрос. А после выписки Вы продолжите свои добрые дела нашим пациентам? — Конечно. У меня целый блокнот адресов и фамилий, к которым я буду приезжать, и которым я буду помогать. И это не потому, что это моя миссия, а просто мне этого хочется. Я получаю от этого удовлетворение. — Тогда Вам, возможно, это будет делать проще и комфортнее, если Вы будете продолжать наблюдать у нас в дневном стационаре. У нас есть такой дневной стационар, в который приходят пациенты, в том числе и пациенты, обладающие творческими способностями определенными, как Вы, и которые помогают друг другу. — Если учесть то, что у меня были депрессии, при которых я даже не хотела выйти из дома, может я и являюсь вашим пациентом, но считать себя психически нездоровым, я не знаю, мне трудно. Но очень интересное у вас в газете было высказывание. Я сейчас не могу передать, как было умело... — Вы читаете “Нить Ариадны”. — Да, как умело там было сказано, что у людей... Ведь много аутистов, я знаю, было известных людей, которые, в общем-то... — Конечно. — ...страдали вот этим заболеванием, то есть в аут уходили, да, в свой мир. Вот я же хотела к мальчику аутисту пойти. Конечно, если мне хватит времени... Но я же хочу помочь маме, мне нужно работать, то есть насколько мне хватит свободного времени. И семье я должна

## **“Доброта и качественность” шизофрении. Надо ли лечить пациентку?**

уделить внимание. У меня еще сын не женат, я должна его женит. То есть насколько мне хватит времени, если я смогу быть полезной, и, если я не буду чувствовать себя больной, ради бога, пожалуйста. Но вот пить таблетки, это вряд ли, если только вы меня очень сильно об этом попросите. — То есть Вы будете сюда ходить, если не будете чувствовать себя больной. — Да. — Это выглядит не очень логично. — Почему? — Ну, как так? Я буду ходить в больницу, если у меня будет все... — Вы знаете, это очень смешно, неврологический больной, случайно попадающий в психиатрию, становится психически незддоровым человеком. Почему? Что это, получается, что меня Бог привел в психиатрию, потому что я больна? — Ну, все же делается неспроста, правда, Все вышним? — Ну, безусловно. — И раз Вас Бог привел психиатрию, наверное, в этом... — Чтобы я помогла людям. — Конечно. — Написала книгу. — Поэтому я и предлагаю Вам продолжить этот маршрут. — Нет, Вы знаете, я Вам очень доверяю, очень Вас уважаю. — Спасибо. — Я знаю, что Вы профессор и специалист. Если Вы так считаете, и я не хочу возвращаться к депрессиям, которые все-таки у меня есть. — Возможно, врачи в этом Вам помогут. — Безусловно. Но я все-таки предпочитаю заниматься кундалини-йогой, дыхательными практиками и пить таблетки травяные, потому что у меня не очень хороший желудок и травить печень... — Да. — ...по необходимости, если будет необходимость, короткое время, да. Вот мне сейчас приходилось пить. Вы себе не представляете, с каким трудом, я ходила с компотом. — Но сейчас-то все в порядке у Вас? — Все в порядке. — Слава Богу.

Какие вопросы, коллеги, еще? Ну, что, Анжела Петровна, тогда я хочу Вас поблагодарить за то, что Вы согласились прийти на наш консилиум, рассказали о своей истории, о том как Вы оказались в наших стенах. И я надеюсь, что разделю мнение всех моих коллег. Мы очень хотим, чтобы Вы как можно быстрее вернулись домой, и чтобы у Вас не было депрессий. — Я занимаюсь спортом. — Именно поэтому, я хочу от имени всех рекомендовать вам все-таки не покидать психиатров, и даже после выписки продолжать у них наблюдение, это, действительно, может быть очень важным в Вашей жизни. — А у меня тоже просьба большая есть. Можно меня завтра выписать? У нас в субботу юбилей нашего прекрасного коллектива “Зарянка” рублевская, где я участвую. Я там пою и танцую. Мне хотелось теперь хотя бы посмотреть на них, сфотографироваться. Если есть возможность меня завтра выписать, пожалуйста. Я обещаю сюда появляться как можно чаще. — Давайте так, я не могу пока эти вопросы решать, поскольку это вопрос все-таки вашему лечащему врачу, но мы этот вопрос сейчас тоже будем обсуждать. — Еще я хотела поблагодарить. Вы знаете, я, вот не поверите, испытываю комфорт и радость, находясь

длятся, пока не орут пациенты. Я настолько хороших друзей себе приобрела и у вас такой милый персонал и очень красивый. Очень красивые люди и душой. И сколько у них хватает терпения, я просто поражаюсь. А какой концерт организовали. Мы пришли на концерт. И с какой радостью мы сгребали листву, помогая. — И как было бы здорово, если бы Вы сами принимали участие в таком концерте... — Да я с удовольствием. — ...обладая такими творческими способностями, таким богатым опытом. — Я уже прочитала “Нить Ариадны” и собираюсь этим заняться. — Так вот я Вам об этом и говорю, как раз. Это отделение после больницы как раз, оно реабилитационное, и там как раз есть такие направления. — Да я с удовольствием. — Договорились? — Да, конечно. — Хорошо. — А еще один момент, я же не могла сделать операцию в течение 15 лет, а прочитав вашу “Нить Ариадны”, я ее сделала. — Здесь? — И какие у Вас прекрасные гинекологи. — Да. — Потрясающие. — Гинекологи у нас лучшие. — Пять человек вокруг меня кружили, не знали, куда меня положить и посадить от радости, и чем накормить. — А какая связь между гинекологами и “Нитью Ариадны”? — А я же прочитала о чудесном. Там же написано о гинекологии... — Да, да-да. — ...что у Вас открылась операционная и так далее. Да вот недавно я прочитала. — И Вы после того, как прочитали, Вы решили сделать именно у нас эту операцию? — Да. И побеседовала, мне очень понравился — который делает наркозы... с наркологом. — Мне думается, Вам нужно дать обратную связь в редакцию этой газеты. — Я собираюсь написать в эту газету обязательно статью. — Мы обязательно Вас опубликуем, я Вам обещаю. — И с благодарностью, что я узнала о такой прекрасной клинике, которая помогает людям в такой вот... Вы знаете, 67-ю с вами не сравнить — это уже извините. — Про 67-ю лучше не писать в газету. — Нет. — А про нашу напишите. — Обязательно. — И я Вам обещаю, что Вы будете опубликованы. — Спасибо большое. — Всего Вам хорошего. — Спасибо за внимание. — Удачи. — Надеюсь, я лишнего не наболтала. — Да, все хорошо. До свидания, Анжела Петровна. — До свидания.

**Ведущий:** Сейчас дождемся лечащего врача и дадим ему слово. Иван Андреевич, мы ждем от Вас клинического разбора этого случая. С Вас начинаем как с лечащего врача, и дальше будет обсуждение.

**И. А. ИПАТОВ:** Мы думаем, что заболевание манифестирувало достаточно давно, в возрасте, когда пациентка была беременна, кажется, первым ребенком. Тогда у нее начались психотические эпизоды в плане бредовых идей: отношения, преследования со стороны соседа. Со временем они самостоятельно купировались, и она не попала в поле зрения психиатров, несмотря на то, что был такой эпизод. В последующем симптоматика периодически была та же самая. Бредовые идеи отношения, преследования, ко-

лебания аффекта от депрессивного до маниакального. Но впервые она попала в поле зрения психиатров в 63 года, хотя заболевание манифестирувало достаточно давно, и она является хронической больной, на наш взгляд. Сейчас она не имеет критики к заболеванию, но, несмотря на это, нам кажется, что ее можно настроить на посещение медико-реабилитационного отделения, потому что человек она деятельный, и можно воспользоваться этим качеством в продуктивном плане. Хотим ее проконсультировать у Аркадия Липовича. Терапия, естественно, должна быть пролонгированная, потому что отсутствует критика к заболеванию и комплаенс. Т.ч. будем выписывать ее на пролонгах.

**Ведущий:** Спасибо. Все-таки диагноз надо сказать.

**И. А. ИПАТОВ:** Шизофрения паранойдная, непрерывный тип течения, паранойдный синдром.

**Ведущий:** Коллеги, какие есть мнения, дополнения или другие диагностические точки зрения? Давайте начнем обсуждение этого случая. Мне он представляется чрезвычайно интересным в практическом смысле этого слова, наверное, больше, чем в теоретическом. У нас сегодня клинический разбор. Я бы назвал его федеральным, потому что у нас присутствуют гости из Ставрополья.

**В. Б. ЯРОВИЦКИЙ:** Я с удовольствием стараюсь не упускать возможности общаться с коллегами именно в клинических разборах. Во-первых, я хочу сказать, что здорово, что есть интерес не просто лечить, не просто диагностировать, а уточнить и разобраться в статусе и в динамике заболевания. И доклад лечащего врача, и куратора разбора мне очень понравился, потому что все очень скрупулезно, последовательно изложена вся динамика жизни и заболевания. Но сидя здесь и слушая беседу Андрея Аркадьевича с пациенткой, я думал о том, какая сложная психиатрия, и какими условиями мы охвачены. Мы должны ставить диагнозы, мы должны лечить, мы должны это все обосновывать. И такие условия создают своего рода символику, антисимволику, потому что символику мы видели в статусе. Я хочу сказать, что все очень непросто. Безусловно, можно говорить о непрерывном течении, говорить о бредовых расстройствах, говорить об обманах восприятия, которые можно трактовать как галлюцинации, и так далее. Но мы все-таки не должны идти на поводу у анамнеза, а мы должны исходить из объективного. Нас ругают, что психиатры, якобы, субъективны, но это не так. Мы объективны, но объективность — это психический статус. Один видит, а другой не видит. Трактовка — это уже тот самый субъективизм, от которого мы должны уходить. Вот психический статус пациентки. Мышление символическое с самого начала и до конца. Она, безусловно, мыслит... паралогиями, связывает такие вещи, которые малосвязанные. Паралогия и символизм доминируют. С этого начинается,

этим заканчивается, и любой вопрос это раскрывает. Если неглубоко войти в статус, можно подумать, что присутствует обстоятельность и ригидность мышления. А на самом деле это та паралогия, которая присуща паранойальным больным. Об этом и Смулевич писал, и Шилина в книжке “Паранойя...” Бредовой больной паранойлен. Он обстоятелен, но эта обстоятельность касается именно тех факторов, которые ему нужны для того, чтобы объяснять свои вещи. Но чем больше мы смотрим больную, тем больше мы видим, что этот символизм, это желание связать несвязанное, какие-то символы, какие-то абстракции, далеко все-таки не идут. Была попытка показать, что это паралогия, но этого четко не удается. Была попытка уточнить ее бредовые переживания — свои, чужие, таблетки, отравили. Она уходит от этого. Я бы не сказал, что у нее нет критики. У нее есть самосознание, у нее есть возможность посмотреть на себя со стороны, хотя, может быть, не очень глубоко.

И наконец, если мы говорим о длительном эндогенном процессе, процессуальном, разрушающем, что характерно для непрерывного течения, то мы сейчас должны видеть не только изменения в мышлении, но и изменения в эмоциях. И я имею в виду изменение эмоций в негативном плане. То есть, их рассогласование, уплощение, отсутствие синтонности, отсутствие эмпатии — то, что как раз присуще больным шизофренией. Может быть, опять же, субъективизм или объективизм, но я не почувствовал этого. Нет этого, на мой взгляд. Другими словами, мы не видим четкого шизофренического исходного статуса, хотя отдельные моменты присутствуют. Не соответствует все — эмоции, изменения мышления, не соответствуют статусу длительного шизофреника, длительно болеющего. И здесь встает вопрос — а что это такое? А мы должны ставить диагноз, и мы должны лечить, с чего я, собственно, и начал. Мышление паралогичное, символическое. Есть так называемая одержимость. Были ли обманы восприятия? Трудно сказать. Наверное, были, но при попытке их выявить сейчас, она уходит от этого. Я тоже думал, что это шизофрения, но сейчас я затрудняюсь. Тем более МКБ-10 дает какие-то варианты синдромальной оценки, упрощая нозологическую диагностику.

И еще надо сказать о ее декомпенсации в какие-то моменты. То есть, есть аффективные вспышки, депрессия или мания, и тогда она декомпенсируется и попадает в поле зрения психиатров, а в другое время не попадает. Такие люди с измененным мышлением, паралогичным, символическим, могут жить и не проявлять себя никак в плане контакта с психиатром. Только аффект, патологический аффект дает декомпенсацию этого мышления, и тогда возможны эти сверхценные бредовые идеи, или сверхценный бред паранойальный. Тогда он продуцируется, а потом рецидивирует. Не рецидивируется полностью, но когда эмоция ослабевает, интенсивность его ослабевает. В

## “Доброта и качественность” шизофrenии. Надо ли лечить пациентку?

общем, я бы остановился на диагнозе шизотипического расстройства с аффективными вспышками. Опять же, это диагноз не настоящий. Есть какие-то аффективные вспышки, депрессия-мания у шизоидной личности. Но шизофrenия параноидная, непрерывная, с уже измененным статусом мной лично не воспринимается. И поэтому лечение должно быть именно такое, как вы предлагаете — щадящее. Тут и психотерапевтические какие-то моменты, и комплаенс возможен, и возможно сотрудничество, и действительно меньше таблеток. Я понимаю, что сейчас она не такая, как была при поступлении, а лучше. Значит, есть какие-то возможности медикаментозной коррекции, но возможно из медикаментов я бы больше остановился на нормотимиках. Что у нее было насчет неврологии или болевых моментов, трудно судить. Но она это по-своему тоже трактует. У меня все. Сумбурно, но как есть.

**Ведущий:** Нет-нет, большое спасибо. Какие еще есть мнения, коллеги, дополнения? Хотелось бы послушать кого-то из клинических психологов, взгляд психолога на эту пациентку. Есть ли еще желающие выступить и высказать свое мнение? Доктора? Все ли так понятно и очевидно, как кажется, или есть вопросы? Не буду клещами тянуть мнения.

Я начну тогда свое обсуждение этого клинического случая. Эту пациентку я вижу второй раз, и второй раз, общаясь с ней, получаю искреннее удовольствие от общения и как врач, и как просто человек. На самом деле это действительно уникальная пациентка. Уникальная с точки зрения того, что ее жизнь наполнена огромным количеством событий, вы совершенны правы. И как бы мы ни были осторожны в своей диагностике, эти события очень трудно уложить в здоровую психическую жизнь, в здоровую психику. Когда смотрю таких пациентов, я лишний раз убеждаюсь, что наша классификация, мировая классификация психических расстройств, несовершенна. В ней нет такого диагноза. Если бы можно было выделить такую благоприятную форму параноидной шизофrenии, при которой пациент всю свою жизнь, несмотря на болезненный патологический процесс, находится в абсолютной социальной адаптации, причем в неплохой социальной адаптации, великолепно функционирует, и функционирует в том числе и когнитивно в своей жизни, то, наверное, вот эта самая “доброта и качественность” с социальной точки зрения параноидная шизофrenия и была бы тем диагнозом, который можно было бы поставить этой пациентке.

Она хороша для студенческого разбора, скажу честно. Потому что действительно те расстройства мышления, которые мы видим в беседе с этой большой, очевидны, и они не нуждаются в какой-то тонкой диагностике с использованием специальных, рутинных методов экспериментально-психологического исследования, они очевидны в обычной беседе, в обычном диалоге. Мысление порой становится разо-

рванным, она очень быстро теряет нить беседы, она соскальзывает на побочные ассоциации, она иногда даже сама это замечает, и просит напомнить, с чего началась беседа, и возвращается после напоминания, а потом опять уходит. Это такое расплывчатое мышление, когда пациент плывет по дреу сууждений, как мы говорим, и это плавание абсолютно без парусов, оно хаотично, оно дрейфующее. Это как раз такое мышление, которое принято называть разорванным. И в определенные моменты беседы иногда мы видим даже какие-то куски абсолютно бессвязных ассоциаций. То есть, речь порой доходит до степени шизофrenии. Правда, сейчас получше. Я оценивал ее мышление до того, как мы ее перевели на текущую терапию, первый раз и сейчас. И сейчас я вижу, что с этой пациенткой уже удается, по крайней мере, в определенные моменты беседы, удерживать нить разговора, смысловую нить. Мы все были тому очевидцы и свидетели. Вначале это было сделать практически нереально.

Я не могу согласиться, что в ее аффективной сфере и в ее чувственной сфере все соответствует норме. С моей точки зрения все-таки ее эмоции парадоксальны, и чувства ее, к сожалению, амбивалентны и разорваны тоже, и расщеплены. Чего стоит только эта ирония, с которой она планирует писать книгу о трагедии пациентов, которым она помогает сейчас в отделении. Такая же амбивалентность слышна и в отношении ее близких, и в отношении ее мужа, ее любовника, и так далее, и тому подобное.

Конечно, в психическом статусе обращает на себя внимание продуктивная симптоматика, она есть, и она выявляется далеко не сразу. И в этом, наверное, секрет ее социальной адаптации, что у нее есть прекрасный фасад, который долгое время может удерживать ее в социальном окружении как человека, может быть, просто с определенными чудачествами, не более того. Но стоит чуть поглубже, чуть попсихиатричнее начать задавать вопросы, как мы тут же слышим о миссии, об избранности, как мы начинаем слышать слова, что она долговечна и долгожительница, что она самая красивая, и это, конечно, далеко не простое истерическое кокетство, это хорошо оформленный и четко структурированный параноидный бред с идеями величия. Мы не можем это отрицать. Это есть. Всему виной аффект. Госпитализация произошла не из-за этих бредовых переживаний. Не было бы аффективной шапочки этой, которая появилась в определенный момент в зоне конфликта, она бы так никогда к психиатрам и не поступила, со всей своей сложной полиморфной бредовой симптоматикой. И здесь самое интересное. Конечно, если раскладывать академично, как для студентов, это непрерывный тип течения болезни, это начало в 23 года, это своеобразный преморбид. Я просто не хочу тратить в этой аудитории время, но, тем не менее, был паранояльный этап достаточно длительный, сегодня я вроде в этом еще раз убедился. Был хороший параноидный этап, воз-

можно, с синдромом Клерамбо, то есть с синдромом бредовой эротомании, когда пациентка находилась в так называемых романтических отношениях со своим возлюбленным, периодически приезжавшим как рабочий на стройку, и так далее. И последние 5 – 7 лет она выходит в этот свой парапренный статус, в котором, как она говорит, всегда весела, и в котором она всегда готова делиться своими способностями, со всеми, кого она видит вокруг, и дарить всем свое тепло и свою любовь, и все остальное. И, конечно же, ее избранником может быть не просто какой-то там россиянин ее возраста, это должен быть, в ее представлении, серб, который является молодым, красивым и эффектным молодым человеком.

Все это так. Но интересно не это. Интересно, какой повод был для госпитализации в психиатрический стационар. Вот это самое потрясающее. Она легла к нам с истерическими расстройствами, с конверсионной симптоматикой. Поводом для госпитализации в 67-ю больницу послужила истеро-конверсионная симптоматика. Вспомните — онемение рук и ног, выкручивание пальцев и стопы, приступы повышенного артериального давления, и так далее. Истерическая конверсионная симптоматика всегда имеет психогенную природу, всегда имеет невротическую природу. Что для этой пациентки могло стать причиной этого невроза? Все очень просто. Ее непризнание. Эта пациентка живет в своем парапренном пространстве, и оказавшись в этом парапренном пространстве, она не получила соответствующего к себе уважения. И ее истерическая симптоматика этим и обусловлена. С моей точки зрения, это психогенная надстройка над парапренными переживаниями. Это так называемая истерическая нозология, если можно так говорить о реакции личности на болезнь, на шизофреническую болезнь, на болезнь, в которой находилась наша пациентка много-много лет, и особенно в последние годы этой болезни.

И конечно же, главным персонажем, кому была адресована эта истеро-конверсионная симптоматика, является ее муж, и, конечно, здесь непростые отношения с матерью, и здесь есть довольно тяжелый конфликт с детьми, и с дочерью, и с сыном, и все эти ее метафизические, нумерологические полуబредовые-полуфантазийные переживания, так или иначе тоже сконцентрированы на ней и на дефиците уважения к ней со стороны ее ближайшего окружения.

Из этого следует вопрос. Эта пациентка попадает к нам, к психиатрам, по сути, в связи с истерическими расстройствами. Шизофрения ее не беспокоит, шизофрения не беспокоит ее окружающих. Ее болезнь никого не беспокоит. Но мы не можем закрывать на нее глаза. Я считаю, что в данной ситуации вот такую форму, “доброточественную” с социальной точки зрения форму шизофрении, можно рассматривать в нашей новой транскрипции, которая будет прописана в МКБ-11, как вариант личностной конституции, ко-

торая не требует какой-то врачебной медицинской коррекции.

От чего ее лечить? Вернее, скажем так, что мы будем ждать в результате ее лечения? Что она перестанет считать цифры? Что она перестанет считать себя великой, и у нее исчезнет миссия? Но мы же не в 1970-е годы живем, когда для этого выпускался мажептил и трисадил. И именно этим обусловлена такая гомеопатическая доза галоперидола, которую на сегодняшний день получает наша пациентка, 5 миллиграммов в сутки. Это та доза, которую я ей рекомендовал, и она больше направлена не на купирование бредовой симптоматики, а на коррекцию как раз этих истеро-конверсионных расстройств у эндогенной пациентки, пациентки, страдающей шизофренией, конечно же.

К вопросу о психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятиях. Посмотрите, расстройства мышления с такими сложными витиеватыми умозаключениями и желанием написать книгу, которую она хочет назвать “О моей жизни”, да? Это ли не оригинальность литературного жанра? Почему бы ее не поддержать? Зачем нам выпрямлять ее мышление для этого? Мы получим, возможно, определенный шедевр, который, так или иначе, будет оригинален именно своей паралогичностью, именно своей разорванностью, с нашей точки зрения. Ее эмоциональную парадоксальность, живость, внезапность и неожиданность ее эмоциональных реакций можно использовать, допустим, для того, чтобы она могла продемонстрировать в своих концертах или выступлениях, где она тоже в общем-то уже такая полупрофессионалка. Она вела концерты, у нее было много всякого в прошлом, и так далее. Нужно ли тогда эти эмоции делать нормальными с нашей точки зрения? Тоже не надо.

Еще в пользу “доброточественности”, если можно так сказать, социальной “доброточественности” этой оригинальной формы шизофрении (оригинальной, потому что ее нет в МКБ, такой шизофрении нет в МКБ) говорит отсутствие волевых расстройств. У этой пациентки нет волевых расстройств. Она очень активна, она очень энергична. Ее энергии может позавидовать кто угодно из присутствующих здесь. На протяжении последних лет. Мы знаем, что большая часть парапренных пациентов — это больные с многолетним течением процесса, тяжелого процесса, и все их восторженные мысли только в теории, а на деле они лежат на диване. Конечно, бывает гиперстенический вариант изменения личности. Но все равно это не так, как здесь, это не так, как у этой пациентки. И здесь я соглашусь с мнением своего ставропольского коллеги, что на самом деле это тоже никак не укладывается в такую классическую типичную диагностику, которой ограничивает нас МКБ-10, в эти рамки это тоже никак не укладывается.

## “Доброта и качественность” шизофрении. Надо ли лечить пациентку?

А для нашего практического применения, конечно же, вполне можно использовать традиционную диагностику, и рекомендации по щадящей лекарственной терапии, активной психотерапевтической и социально-реабилитационной работе, которая, я надеюсь, с этой пациенткой будет проводиться. Возможно, мы действительно в ближайшее время увидим ее строки в одном из очередных сборников литературных произведений, или чего-то еще. Почему бы и нет?

Вот такие пространные рассуждения. Прошу прощения за отсутствие классицизма в моих умозаключениях.

— Можно вопрос? Андрей Аркадьевич, большое спасибо. Все очень интересно, и действительно, трудно что-то конкретизировать. Я хотел бы уточнить по оценке психического статуса. Для меня не все понятно, и хотелось бы Ваших разъяснений. С одной стороны, мы говорим о том, что измененный эмоциональный статус, и мышление в плане распада, рассогласование, вплоть до разорванности мышления и эмоций. С другой стороны, мы говорим об очень сложном эмоциональном состоянии и возможной продуктивности ее деятельности. И, наконец, меня учили, что конверсионные истерические расстройства возникают на базе истерической личности, иначе это не они. Потому что психогенез — да, но если нет базы личностной истерической, то психогенез может пойти в плане реализации по другому пути, но не по истерическому с конверсией, с одной стороны. А с другой стороны, шизофреничка с разваленными эмоциональными и когнитивными расстройствами. Как это совместить? Да, возможно, нозогенная настройка, психогенная реакция, но могут ли истерические конверсионные двигательные расстройства быть на базе измененной шизоидной личности, или это все-таки какая-то особая личность, и ее трудно классифицировать — то ли это шизоид, то ли это истерик? Дайте личностную оценку.

### Ведущий:

— Да. Как раз я еще раз хочу повторить, что эта пациентка учит нас, меня, во всяком случае, что у нас в психиатрии, в медицине вообще не может быть дополнительного. В вашем вопросе прозвучало два или три раза слово “должен”. “Меня учили, что истерические реакции должны быть...”, “должны”. Все быва-

ет. Просто у меня была этому посвящена докторская диссертация, я много раз видел истерические расстройства уже в гораздо более разрушенном шизофренией психическом пространстве, когда фактически не было мышления вообще. Тем не менее, конверсионные симптомы выступали на первый план. И как можно говорить о том, что это истерия привязана к истерическим чертам? Нет. Истерические формы реагирования неспецифичны, они очень древние, и они заложены, я думаю, в каждом человеке. И я думаю, что, возможно, они заложены в каждом млекопитающем. Во всяком случае, например, в тех самых несчастных животных, которые перед лицом смерти падают и притворяются мертвыми. Помните, такие есть? На спину вот так падают, я не помню, кто это так делает. Не помните? Это ли не истерические расстройства?

Я могу сказать, что каждый человек, оказавшись в ситуации, подобной этой, может вполне отреагировать истерическими реакциями, не обязательно для этого иметь истерические предрасположения какие-то конституциональные. Так что я допускаю такое сочетание, потому что видел его много раз. Но еще раз говорю, с каждым пациентом диагностика должна быть абсолютно индивидуальной. И с этой пациенткой это прослеживается особенно ярко. Если подходить к ней классическим путем, и если подходить к ней со стандартами... Кстати, вот вопрос, который может действительно возникнуть и очень серьезно. Какова судьба этой пациентки, если мы подойдем к ней с существующими на сегодняшний день стандартами?

Стандарты терапии параноидного синдрома параноидной шизофрении. Ну, какие? Будет все плохо. Будет все грустно, будет нейролепсия, будет тяжелая неврологическая симптоматика. Об этом и речь, что психиатрия со стандартами... Во всяком случае, на сегодняшний день, как мне кажется, мы очень далеки от того, чтобы действительно разработать какие-то стандарты терапии тех или иных психических расстройств.

Я хочу поблагодарить всех за участие. Большое спасибо, дорогие коллеги, и приглашаю всех на наши клинические разборы, которые происходят ежемесячно, каждый третий четверг месяца. Всего хорошего!

# ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

---

“Я-то к чему тут примешался? Что за глупое пятое колесо в телеге?”

И. С. Тургенев

## Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар по исковому заявлению... прокурора?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается законодательная новелла о предоставлении прокурору права, наряду с представителем психиатрической больницы, подавать административное исковое заявление в суд о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Анализируется позиция авторов закона-проекта. Высказывается мнение о несостоятельности нововведения и обусловленном им снижении уровня правовой защищённости граждан.

**Ключевые слова:** недобровольная госпитализация в психиатрический стационар; участие прокурора в административном деле.

Федеральным законом от 19 июля 2018 г. № 213-ФЗ Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”<sup>1</sup> и Кодекс административного судопроизводства РФ<sup>2</sup> дополнены беспрецедентно абсурдной нормой. Теперь обращаться в суд с административным исковым заявлением<sup>3</sup> о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и о продлении её срока может не только представитель психиатрической больницы, но и прокурор.

Что же сподвигло группу депутатов выступить с такой инициативой?

Как следует из пояснительной записки к законопроекту<sup>4</sup>, — это имеющийся разнобой в судебной практике по рассмотрению дел о недобровольной госпитализации в медицинские противотуберкулёзные организации больных заразными формами туберкулёза для их обязательных обследования и лечения. Такая мера предусмотрена в отношении тех из них, кто неоднократно нарушает санитарно- противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняется от обследования в целях выявления туберкулёза или

от его лечения. На основании Федерального закона “О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации” и положений главы 31 КАС РФ заявление о недобровольной госпитализации такого больного подаётся в суд руководителем медицинской противотуберкулёзной организации, в которой больной находится под диспансерным наблюдением. На практике руководители медорганизаций сами в суд, зачастую, не обращаются, а просят об этом прокурора, поскольку по правилам КАС РФ представитель административного истца должен иметь высшее юридическое образование. Медорганизации, не имеющие в штате собственного юриста, лишены полномочий по ведению дела в суде. Хотя прокуроры в числе заявителей в главе 31 КАС РФ не названы, они по просьбе главных врачей подают заявления в суд, ссылаясь на ст. 39 КАС РФ. Согласно ч. 1 ст. 39 КАС РФ прокурор вправе обратиться в суд с административным исковым заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов граждан, неопределённого круга лиц или интересов Российской Федерации, субъектов РФ, муниципальных образований, а также в других случаях, предусмотренных федеральными законами. Применительно к данной ситуации прокуроры мотивируют свои требования необходимостью защиты интересов неопределенного круга лиц. Тем не менее, некоторые суды отказывают прокурорам в принятии заявлений со ссылкой на отсутствие в процессуальном законодательстве прямого указания о праве прокурора подавать заявления по данной категории дел.

С такой позицией нижестоящих судов не согласилась Судебная коллегия по административным де-

<sup>1</sup> Далее — Закон о психиатрической помощи.

<sup>2</sup> Далее — КАС РФ.

<sup>3</sup> Далее — заявление.

<sup>4</sup> Проект федерального закона № 229575-7 внесён на рассмотрение Госдумы 19 июля 2017 г. депутатами Э. А. Валеевым, В. И. Пискарёвым, И. И. Квиткой и Г. А. Карловым. По нашим данным, на обсуждение специалистов он не передавался. Законопроект был принят Госдумой 3 июля 2018 г. и уже 13 июля одобрен Советом Федерации. Всего через 6 дней он был подписан президентом.

## **Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар по исковому заявлению... прокурора?**

лам Верховного Суда РФ. В своём Определении от 12 января 2017 г. № 78-КГПР16-67<sup>5</sup> она указала, что положения ст. 39 КАС РФ об участии прокурора в административном деле являются общими и распространяются на главу 31 КАС РФ. В данном случае прокурор обращается в суд в целях обеспечения и защиты конституционных прав граждан, поскольку лицо страдает открытой формой туберкулёза и его уклонение от лечения создаёт угрозу жизни и здоровью неопределённого круга лиц. Кроме того согласно п. 3 ст. 35 Федерального закона “О прокуратуре Российской Федерации” прокурор в соответствии с процессуальным законодательством вправе обратиться в суд с заявлением или вступить в дело в любой стадии процесса, если этого требует защита прав граждан и охраняемых законом интересов общества или государства.

Несмотря на разъяснения Верховного Суда РФ, факт оставался фактом из буквального толкования положений ч. 2 ст. 281 КАС РФ всё же следовало, что правом обращения в суд обладал лишь руководитель противотуберкулёзной медорганизации. Аналогичные нормы были обнаружены депутатами и в соседней главе 30 КАС РФ, а именно в ч. 1 ст. 275 КАС РФ, регулирующей порядок обращения в суд с заявлением о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. В целях “формирования единобразной правоприменительной практики”, авторы закона-проекта натянули приведённую выше позицию Верховного Суда РФ на правоотношения по оказанию психиатрической помощи и предложили скорректировать не только ст. 281, но заодно и ст. 275 КАС РФ, закрепив право прокурора на обращение в суд по поводу госпитализаций двух разных категорий граждан. Депутаты выразили убеждение, что “реализация нововведения позволит повысить уровень правовой защищённости граждан”.

Дополнения в КАС РФ были одобрены Правительством РФ. В своём официальном отзыве на законопроект Заместитель Председателя Правительства РФ С. Приходько обратил внимание на необходимость внесения корреспондирующих изменений в Закон о психиатрической помощи.

Действуя подобно слону в посудной лавке, авторы законопроекта, другие депутаты, сенаторы так и не заметили “шести различий” между больными туберкулёзом и лицами с психическими расстройствами, а также между основаниями, процедурами, условиями и последствиями недобровольного стационарирования тех и других.

Психические расстройства, как и туберкулёз, входят в перечень социально значимых заболеваний. Но, в отличие от психических расстройств, туберкулёз от-

несён также к категории заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Вероятно, помочь прокурора в обеспечении госпитализации лиц с такого рода заболеваниями может оказаться не лишней. Со стороны же лиц с психическими расстройствами угроза распространения какой-либо опасной для окружающих заразы отсутствует, и, следовательно, необходимости защиты интересов “неопределенного круга лиц” прокурор руководствоваться уже не может. На интересы неопределенного круга лиц прокуроры могут ссылаться в обосновании своих исковых требований, например, о лишении лица водительского удостоверения, если тот имеет психиатрические противопоказания для вождения транспортным средством, что прокуроры и делают.

Законодатель не учёл также, что, в отличие от всех прочих госпитализированных лиц, включая больных туберкулёзом, именно пациенты психиатрических стационаров претерпевают ряд ограничений в правах, к ним применяются меры стеснения, изоляции и что недобровольная госпитализация таких граждан согласно положениям Европейской Конвенции о правах человека приравнивается к лишению свободы. Предоставление иному лицу, кроме руководителя психиатрической больницы, права подписи искового заявления о госпитализации человека без его согласия выглядит непонятной, а потому пугающей, потенциально опасной затеей. Складывается впечатление, что прокурор будет сам, в обход врачебной комиссии (или дублируя её функции), в ему одному известных случаях (закон не оговаривает ситуации, когда прокурор ставит свою подпись) помешать людей в психиатрические больницы.

Целесообразности во введении подобной практики также нет. Если появляется информация о том или ином лице, поведение которого указывает на вероятность наличия у него тяжёлого психического расстройства, то согласно закону любое лицо, располагающее такой информацией, включая прокурора, вправе обратиться в ПНД и изложить свои опасения. В особых случаях очевидцы могут вызвать бригаду скорой психиатрической помощи. Необходимые решения будут принимать уже врачи-психиатры. Порядок действий расписан в Законе о психиатрической помощи. Этот закон действует с 1993 г. и соответствует международно-правовым стандартам.

Нововведение о праве прокурора подавать административные иски о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляется абсурдным. Прокурор здесь, по-существу, — “пятое колесо в телеге”. Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке всегда предшествует обращению медорганизации в суд, а помещение в противотуберкулезную больницу, наоборот, производится уже после вступления в законную силу решения суда об удовлетворении административного иска. Лицо доставляется в психиатрический стацио-

<sup>5</sup> См. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 2 (2017). Утверждён Президиумом Верховного Суда РФ 26 апреля 2017 г.

нар по скорой психиатрической помощи или по путёвке ПНД, его смотрит врач приёмного отделения, затем комиссия врачей-психиатров, составляется заключение. При наличии медицинских показаний представитель больницы в установленные законом сроки подаёт заявление в суд о его недобровольной госпитализации.

Место и роль прокурора в этом сложном, отработанном механизме не определены. Он просто в него не вписывается. Особым статусом прокурор не наделён. Никаких параллельных самостоятельных действий в стационаре, аналогичных или отличных от действий врачей, он не осуществляет. Получается, что он лишь дублирует функции врачей, полномочия представителя больницы, когда обращается в суд. Формулировка закона (точнее, её отсутствие) позволяет прокурору сделать это вне зависимости от наличия просьбы со стороны главного врача и, не согласовывая с ним свои действия. Не уточнён и порядок действий руководителя больницы по взаимодействию с новой процессуальной фигурой. Следует ли больнице приглашать прокурора на заседание врачебной комиссии, когда он вместо представителя больницы решит подать заявление в суд? Как прокурору без специальных медицинских познаний следует обосновывать и поддерживать в суде своё заявление и чем доказывать правильность выставленного диагноза?

С учётом положений ст. 62 КАС РФ о том, что лица, участвующие в деле, обязаны доказывать обстоятельства, на которые они ссылаются как на основания своих требований или возражений, прокурорам при поддержании в суде своего заявления необходимо обеспечивать его аргументированность представлением всех необходимых доказательств.<sup>6</sup> Представление доказательств по данной категории дел — обязанность истца. В связи с этим следует заметить, что судья, будучи юристом, должен получить и оценить, прежде всего, квалифицированное мнение врачей, которое не смогут заменить объяснения юриста больницы или прокурора.

Возникают и другие вопросы. Например, возможна ли ситуация, при которой врачебная комиссия не найдёт показаний для дальнейшего пребывания пациента в стационаре и оснований для обращения с заявлением в суд и примет решение о его выписке, а прокурор, не согласившись с мнением врачей, руководствуясь своей логикой, подаст-таки заявление в суд о недобровольной госпитализации этого пациента? Или роль прокурора формальна, и он не обязан удостоверяться в обоснованности и законности произведённой госпитализации? Похоже, авторы законопроекта отводят прокурору всё же роль юриста пси-

хиатрической больницы: если юриста нет в штате больницы либо он в отпуске или заболел, то его заменит прокурор.

Попытка законодателя “помочь” главным врачам психиатрических больниц в плане представления их в суде никем иным, как прокурором, представляется неубедительной. Анализ судебной статистики свидетельствует об отсутствии у больниц психиатрического профиля (в отличие от противотуберкулезных диспансеров) дефицита юристов. Так, в 2016–2017 г. судами было рассмотрено 1372 и 1365 дел о недобровольной госпитализации больных туберкулезом, из них более половины дел (824 и 700) было действительно возбуждено по заявлению прокурора. Дел о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар ежегодно рассматривается в 20 раз больше: в 2016 г. их было 26405, в 2017 г. — 26466. И лишь в 16 и 21 случаях заявление подавалось прокурором. В 2017 г. из 2 тыс. дел о продлении недобровольной госпитализации лишь 1 дело было возбуждено по заявлению прокурора.

При принятии нововведений не учитывалась также резкая критика профессионального юридического сообщества и граждан в отношении требования КАС РФ о наличии у представителя административного истца высшего юридического образования. Используемый в КАС подход абсолютно неэффективен и бесперспективен. В нём не учитывается достаточно активная роль суда в процессе при рассмотрении административных дел. В Докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека за 2016 год Правительству РФ и Верховному Суду РФ как субъектам права законодательной инициативы при участии Генеральной прокуратуры РФ было рекомендовано рассмотреть вопрос как раз об исключении из КАС РФ требования к административному истцу, его представителю иметь высшее юридическое образование.

Есть и другое негативное последствие данного нововведения. По общему правилу, предусмотренному ч. 5 ст. 277 КАС РФ, дело о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар рассматривается с участием прокурора, который даёт своё заключение. Данное требование процессуального закона — дополнительная гарантия законности произведённой госпитализации. Пациент, выступающий по делу в качестве административного ответчика, надеется на прокурора как гаранта законности, его объективность и независимость. Теперь же прокурор может сменить ориентацию и примкнуть к административным истцам — больницам. В свою очередь у суда заявление, исходящее от прокурора, несомненно, вызовет больше доверия, чем традиционное заявление за подписью главного врача больницы. Ход мыслей понятен: раз уж заявление подписал прокурор, то можно считать, что он всё проверил, больного видел и опросил. Оценка обоснованности недобровольной госпитализации, которая вроде уже произведена заявителе-

<sup>6</sup> См. п. 7 приказа Генпрокуратуры России от 10 июля 2017 г. № 475 “Об обеспечении участия прокуроров в гражданском и административном судопроизводстве”.

## **Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар по исковому заявлению... прокурора?**

лем в лице представителя закона, гаранта законности, работника “органа над системой”<sup>7</sup>, будет проводиться судом формально. Согласно же новой редакции ч. 5 ст. 277 КАС РФ прокурор даёт заключение по делу лишь в случае, если административное дело о недобровольной госпитализации или о продлении срока госпитализации гражданина возбуждено не на основании заявления прокурора.

При таком раскладе пациентам будет сложнее добиться в апелляционной инстанции отмены решения суда об удовлетворении заявления прокурора о недобровольной госпитализации (или о продлении её срока). Будет наивным рассчитывать на объективное рассмотрение и удовлетворение поданной в прокуратуру жалобы на нарушение прав и законных интересов пациента при оказании психиатрической помощи в порядке ст. 47 Закона о психиатрической помощи.

Это в целом странное, не конкретизированное, не просчитанное с точки зрения материального и процессуального права, нарушающее баланс сторон, не имеющее механизма реализации, избыточное ново-

введение, как и его обоснование, составленное группой депутатов, свидетельствуют о некомпетентности и бездумности законодателя. Оно может привести к дезорганизации работы психиатрических учреждений, органов прокуратуры, увеличению числа неоправданных госпитализаций без согласия граждан, снижению их процессуальной защищённости, произволу и различным злоупотреблениям.

Законодателю следовало бы перенести центр тяжести в своих законотворческих изысканиях и озабочиться продвижением законопроекта о Службе защиты прав пациента, а также разработкой норм, обеспечивающих пациенту, госпитализированному в недобровольном порядке, возможность самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за его госпитализацией. Тем самым был бы устранён пробел в российском законодательстве, на который обратил внимание Европейский Суд по правам человека в своём Постановлении от 28 октября 2003 г. по делу “Ракевич против России”.

<sup>7</sup> Оценка прокуратуры как “органа над системой во многих вопросах” принадлежит депутату А. Гетте (см. Прокуроров оценили в баллах // Российская газета, 2018, 23 мая).

### **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

---

### Каковы критерии длительности принудительного лечения?

В начале 2007 г. в НПА России обратилась Надежда Александровна Золотарева, сын которой в это время находился на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа Владимирской ОПБ. Преступление, в котором он первоначально обвинялся, было анекдотичным: по водосточной трубе проник в помещение театра Гоголя и похитил там кошелек с деньгами. Этому предшествовало неадекватное поведение в течение нескольких дней, а возможно, и нескольких недель. В последний день, в частности, он “зашел к соседям, представился телефонным мастером, попросил таблетку от головной боли, выпил всю упаковку, разбил лбом стекло и выпал из окна 5-ого этажа”. Не получив ни одной царапины, он спокойно встал и отправился в театр Гоголя за злополучным кошельком с деньгами, где и был схвачен сотрудниками театра, а потом полиции. Эксперты Центра им. В. П. Сербского поставили ему диагноз “параноидная шизофрения” (с точки зрения специалистов НПА это было “сумеречное состояние сознания”), суд признал его невменяемым и направил на принудительное лечение. Мама была уверена, что он в принудительном лечении не нуждается: состояние его улучшилось, он собирался продолжить обучение в ВУЗе. Близилась комиссия по переосвидетельствованию, и руководство больницы согласилось включить представителей НПА России в ее состав. Комиссия пришла к единодушному выводу, что Золотарев психотических расстройств не обнаруживает, социальной опасности не представляет, однако нуждается в продолжении лечения и подборе адекватной терапии. По мнению специалистов НПА, длительное пребывание в стационаре способствовало бы социальной дезадаптации Золотарева, который на тот момент являлся студентом 1-го курса ВГУ и был намерен продолжать обучение. Через месяц его перевели в другую больницу, а еще через месяц — “в связи со стойким улучшением психического состояния” выписали домой. Однако дальше события развивались совсем не так, как мы предполагали. Золотарев прекратил прием терапии, и болезнь начала развиваться по своим законам. Уже через полгода он вновь оказался в стационаре, потом еще и еще, а потом вдруг — длительная шестилетняя ремиссия, которая позволила устроиться на ответственную работу, приобрести новую специальность. Однако в 2015 г. состояние вновь ухудшается, стационаризования следуют одно за другим, а дома он терапию не принимает, и все заканчи-

вается убийством случайной знакомой, которая разозлила его, и ему показалось, что “в нее вселились злые силы”. Он вновь признан невменяемым, и на этот раз ему назначено принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Родственники оспаривают это решение суда.

Случай очень яркий и интересный, и мы приглашаем читателей к дискуссии. Нужно ли было так быстро выписывать Золотарева в первый раз? Судя по тому, что он сразу прекратил прием терапии, его выписали недолеченным, без сформированной установки на лечение, которая в его случае была особенно необходима. Почему Золотарев на долгое время выпал из поля зрения психиатров? Находился ли он под диспансерным наблюдением? Казалось бы, диспансерное наблюдение является недобровольной мерой, однако фактически у врачей нет никаких рычагов давления на пациента: хочет ходит, хочет нет, насилию его привести нет никакой возможности, хотя в любой момент врачи имеют право провести освидетельствование и направить на стационарное лечение. Минздрав России до сих пор не разработал нормативно-правовую базу для организации диспансерного наблюдения. В результате, трудности испытывают все: и пациенты, и врачи, и правоохранительные органы. И не выполняется основная функция диспансерного наблюдения: наблюдение и лечение с целью предотвращения госпитализаций.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию

25 апреля 2018 года

Кандидат медицинских наук, врач-психиатр, имеющий стаж работы 20 лет, Гушанский Игорь Эммануилович, по представлению Бюро независимой экспертизы “Версия”, ознакомился с заключением первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 121а от 02.02.2018 г., ЗОЛОТАРЕВА ПЕТРА НИКОЛАЕВИЧА, 13.08.1986 г.р., обвиняемого по ст. 105 ч. 1 УК РФ.

В соответствии со ст. 58 УПК РФ специалист разъяснил вопросы, входящие в его профессиональную компетенцию. Для разъяснения перед специалистом были поставлены следующие вопросы:

1. Обосновано ли заключение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 121а от

## **Каковы критерии длительности принудительного лечения?**

02.02.2018 г.? Соответствует ли проведенная экспертиза требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз?

2. Имелись ли достаточные основания у комиссии экспертов № 121а для рекомендации Золотареву П. Н. принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением?

3. Имеется ли необходимость в проведении Золотареву П. Н. повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы?

Для анализа специалисту были предоставлены следующие документы:

– Копия заключения первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 121а от 02.02.2018 г., выполненной в ГУЗ Владимирской области “ОПБ № 1”.

– Копия заключения “Независимой психиатрической ассоциации России” о возможности перевода Золотарева П. Н. на режим амбулаторного лечения по месту жительства от 27.03.2007 г.

– Копия выписки из медицинской карты истории развития Золотарева П. Н. из МУЗ Городской поликлиники № 2.

– Копия справки из детской поликлиники МУЗ Городской больницы № 2 от 16.01.2006 г.

– Копия справки из детской поликлиники МУЗ Городской больницы № 2 от 18.04.2006 г.

– Копия справки из детской поликлиники Владимирской областной больницы от 17.01.2006 г.

– Копия справки № 10 из МУЗ Владимирской области “Станции скорой медицинской помощи”.

– Копия ответа из ГУЗ Владимирской областной больницы № 1 следователю СО при ОВД Басманного района г. Москвы от 17.01.2006 г.

– Копия письма Военного комиссара Октябрьского и Фрунзенского районов города Владимира на имя старшего следователя СО по Ленинскому району г. Владимир СК РФ по Владимирской области от 22.12.2017 г. № 2/6981

– Копия выписки из амбулаторной карты Иванова И. А. МУЗ Городской поликлиники № 2 г. Владимира.

– Копия характеристики Золотарева П. Н. с кафедры физического воспитания ВГУ

– Копия характеристики студента 1-го курса ВГУ Золотарева П. Н. от 09.01.2006 г.

– Копия характеристики Золотарева П. Н. из ООО “ИнфоДемо”.

– Копия трудовой книжки Золотарева П. Н. ТК-IV № 0780445

– Копия свидетельства № 409к/5 из учебного центра “УККОМ” о том, что Золотарев П. Н. обучался по профессии “Промышленный альпинизм”

## **Анализ представленных данных**

В представленных специалисту для анализа документов сведения о наследственной отягощенности подэкспертного психическими расстройствами отсутствуют. Известно, что с 2,5 летнего возраста у Золотарева П. Н. возникали затруднения с речью; с 1989 г. он наблюдался невропатологом детской поликлиники по поводу заикания и тиков. В возрасте 3-х лет Золотарев П. Н. перенес травму головы.

В школу Золотарев П. Н. пошел своевременно, учился удовлетворительно. После окончания школы учился во Владимирском техникуме экономики и права. В 2005 году поступил на заочное отделение Владимирского государственного университета по специальности “юриспруденция”. Согласно характеристикам Золотарев П. Н. по характеру был общительным, целеустремленным, пользовался авторитетом среди сверстников, проявлял прилежание при выполнении поставленных задач. В характеристике из Владимирского государственного университета указывается, что Золотарев П. Н. легко находил контакт со студентами и преподавателями. С 2004 г. Золотарев П. Н. работал в должности интервьюера в ООО “ИнфоДемо”, участвовал в социологических и маркетинговых исследованиях. Согласно характеристике, проявил себя аккуратным, пунктуальным и коммуникабельным сотрудником.

По данным медицинской документации известно, что 02.12.1996 г. в 23 ч. у Золотарева П. Н. впервые случился судорожный припадок с потерей сознания, затруднением дыхания и слюнотечением. Бригадой СМП он был госпитализирован в неврологическое отделение Владимирской городской детской клинической больницы. При обследовании, у Золотарева П. Н. были выявлены признаки внутричерепной гипертензии. На ЭЭГ от 05.12.1996 г. выявлены признаки эпикактивности. На глазном дне отмечалось расширение сосудов, больше справа. Из справки, выданной ГБ№ 2 г. Владимира, следует, что с 05.12.1996 г. по август 2003 г. Золотарев П. Н. наблюдался и получал лечение у врача-невропатолога по поводу “эпилепсии с полиморфными приступами на фоне сообщающейся гидроцефалии”. 18.12.1996 г. и 19.12.1996 г. у Золотарева П. Н. отмечались приступы головокружения, “дурноты”, боли в области живота, приступы кратковременной потери сознания. С 19.12.1996 г. по 27.12.1996 г. Золотарев П. Н. находился на стационарном лечении во Владимирской городской клинической больнице скорой помощи с диагнозом: “Эпилепсия с полиморфными приступами”, откуда он был переведен на лечение во Владимирскую областную клиническую больницу.

В 1999 г. Золотарев П. Н. был осмотрен врачом Владимирской областной психиатрической больницы. Ему был выставлен диагноз: “Органическое поражение центральной нервной системы. Неврозоподоб-

## И. Э. Гушанский

ный синдром. Эпизиндром в анамнезе". Отмечалось, что Золотарев П. Н. изменился по характеру, стал психопатизированным, раздражительным, грубил родным. У Золотарева П. Н. отмечались "тики в виде частых морганий, гримас". Мать Золотарева П. Н. отмечала, что в период обучения в техникуме у него эпиприпадки повторялись 2 – 3 раза в год, беспокоили частые головные боли, затрудненность дыхания, он не мог переносить запах краски, иногда замирал на 1 – 2 минуты.

31.01.2005 г. Золотареву П. Н. в городской поликлинике № 2 проводилось ЭЭГ обследование. Были зарегистрированы в височном отделении комплексы острых волн, усиливающихся при гипервентиляции. Давалось заключение: "Общемозговые изменения со снижением порога судорожной готовности головного мозга". 27.04.2005 г. призывающей комиссией Золотарев П. Н. был признан ограниченным годным к военной службе по категории "В" на основании статьи 21 б приказа МО РФ № 200 – 2003 года "Эпилепсия при единичных и редких (судорожных и бессудорожных) эпилептических припадках без психических нарушений" (письмо Военного комиссара Октябрьского и Фрунзенского районов города Владимира на имя старшего следователя СО по Ленинскому району г. Владимир СК РФ по Владимирской области от 22.12.2017 г. № 2/6981).

До начала 2005 г. по назначению врачей Золотарев П. Н. принимал противосудорожный препарат финлепсин (карбамазепин). Зимой 2005 года Золотарев П. Н. бросил прием лекарств и стал активно заниматься в тренажерном зале, принимал биодобавки. С ноября 2005 г. Золотарев П. Н. стал жаловаться на боли в спине, просил мать делать ему массаж, говоря при этом, чтобы она передавала свою энергию, ум, знание иностранных языков. 13.12.2005 г. сказал матери, что при нем убили человека, плакал, высказывал пессимистическое отношение к жизни.

14.12.2005 г. дома лег на пол, говорил о нежелании жить, интересовался, какие таблетки можно выпить, чтобы умереть, написал две записки, в которых просил никого не винить в его смерти. Мать вызвала к нему бригаду скорой психиатрической помощи. Золотареву П. Н. устанавливался диагноз: "Психопатия с суицидальной направленностью. Эпилепсия. Депрессивное состояние ситуационно обусловленное". От госпитализации Золотарев П. Н. категорически отказался (справка № 10 из МУЗ Владимирской области "Станции скорой медицинской помощи").

Через некоторое время Золотарев П. Н. стал говорить матери о политическом устройстве мира, экономике, политическом строем. Просил мать принести ему нож, чтобы убить себя, заявлял, что вокруг враги, соседям нельзя доверять. Сообщал, что его преследуют какие-то люди, стал собирать вещи для отъезда в Москву. В автобусе Золотарев П. Н. вел себя неадекватно, строил планы на будущее, говорил, что мать долж-

на устроиться работать преподавателем, при этом постоянно охранял мать, говорил, что она стержень их семьи. Приехав в Москву 15.12.2005 г. Золотарев П. Н. с матерью пошли к его тетке, после чего он поехал за своей бабушкой в г. Владимир, но вечером того же дня вернулся, стал стучать в дверь квартиры своей тети, позвонил в дверь соседней квартиры, представился телефонным мастером, вошел, разделся, снял обувь, затем сказал, что ему плохо и попросил таблетку от головной боли. Золотарев П. Н. схватил аптечку, выпил упаковку коринфара, подбежал к окну и, разбив головой окно, выпал с 5 этажа, после чего встал и ушел. После этого Золотарев П. Н. проник в помещение театра им. Гоголя, где похитил кошелек с деньгами, но был задержан сотрудниками театра. Было возбуждено уголовное дело. После задержания Золотарев П. Н. до приезда милиции 20 – 30 мин. лежал, не меняя позы, обхватив голову руками. Когда его стали выводить из гримерной, "цеплялся руками за различные предметы, кричал, что его грабят и убивают бандиты". 16.12.2005 г. Золотарев П. Н. бился головой об стену, был агрессивен, возбужден, говорил, что его хотят убить, у него произошло непроизвольное мочеиспускание. Вызывалась бригада СМП. При осмотре врачами Золотарев П. Н. был вял, заторможен, угрюм, жаловался на сонливость, слабость. Не помнил своего агрессивного поведения. Устанавливался диагноз: "Состояние после судорожного припадка? Установочное поведение?".

С 17.12.2005 г. Золотарев П. Н. находился на лечении в психиатрическом отделении ФГУ ИЗ 77/2 с диагнозом: "Органическое поражение головного мозга с эпизиндромом и психотическими расстройствами". В отделении у Золотарева П. Н. наблюдались многократные генерализованные судорожные припадки с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, эпизоды психомоторного возбуждения с помрачением сознания, во время которых он наносил себе самоповреждения, пытался повеситься, лез на решетку, бился об пол, рвал на себе одежду. 28.01.2006 г. Золотарев П. Н. совершил суицидальную попытку через повешение, для дальнейшего лечения был направлен в НИИ им. Склифосовского, где находился с 29.01.2006 г. по 30.01.2006 г. с диагнозом: "Состояние после повешения. Кома 1 ст. Органическое поражение головного мозга с эпизиндромом и психотическими расстройствами". В дальнейшем Золотарев П. Н. был возвращен для лечения в психиатрическое отделение.

13.03.2006 г. Золотарев П. Н. был освидетельствован амбулаторной СПЭК в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. Во время осмотра он был гипомимичным, на вопросы отвечал непоследовательно, сообщил экспертам, что в декабре 2005 г. у него возникла тревога, нарушился сон, и он решил уехать жить в Германию, т.к. Россия разваливается, в Москве его преследовали бандиты, и, убегая от них, он проник в театр им. Гого-

## **Каковы критерии длительности принудительного лечения?**

ля. Амбулаторная СПЭК в связи с неясностью клинической картины не смогла ответить на поставленные вопросы. В отношении Золотарева П. Н. было назначено проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, куда Золотарев П. Н. поступил 19.04.2006 г. При исследовании неврологического статуса у Золотарева П. Н. были отмечены асимметрия лицевого черепа, ослабление конвергенции с двух сторон, асимметрия носогубных складок, снижение брюшных рефлексов. В отделении он был малодоступен продуктивному контакту, на вопросы не всегда отвечал в плане заданного. Золотарев П. Н. сообщал, что у него в голове много мыслей, они путаются. В беседе Золотарев П. Н. сообщил, что с 19 лет задумывался об устройстве мира, читал библию, считал, что от этого понимания зависит его будущее, говорил, что стал ощущать на себе “внимание бога”, что бог издевается, руководит им, управляет его движениями. Золотарев П. Н. говорил, что родители к нему плохо относились, после задержания понял, что мать умерла, слышал её крики. Про суициальную попытку Золотарев П. Н. говорил, что не хотел жить, т.к. считал, что “он сын божий, попал к Дьяволу”.

Эксперты ГНЦ ССП им. В. П. Сербского выставили Золотареву П. Н. диагноз: “Параноидная шизофрения, на органически неполноценной почве”, выносилось заключение о невменяемости. Определением суда Золотареву П. Н. назначалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, которое Золотарев П. Н. проходил во Владимирской областной психиатрической больнице № 4 с ноября 2006 г. по март 2007 г.

В ходе проводимого лечения психотическая симптоматика у Золотарева П. Н. купировалась, состояние его улучшилось: поведение стало упорядоченным, появилась критическое отношение к перенесенной болезни, значительная часть психотических переживаний была амнезирована. 07.02.2007 г. Золотарев П. Н. был освидетельствован комиссией врачей-психиатров ОПБ № 4 при участии членов Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”. Комиссия врачей психиатров пришла к выводу, что Золотарев П. Н. психотических расстройств не обнаруживает, социальной опасности не представляет, однако нуждается в продолжении лечения и подборе адекватной терапии. По мнению специалистов, длительное пребывание в стационаре общего типа (после более 10-ти месяцев нахождения в медицинской части следственного изолятора и 4-х месяцев — в специализированном психиатрическом отделении) будет способствовать социальной дезадаптации Золотарева П. Н., который на тот момент являлся студентом 1-го курса ВГУ и был намерен продолжать обучение (заключение “Независимой психиатрической ассоциации России” о возможности перевода Золотарева П. Н. на ре-

жим амбулаторного лечения по месту жительства от 27.03.2007 г.).

В марте 2007 г. Золотарев П. Н. был переведен в ВОПБ № 1. В связи со стойким улучшением психического состояния принудительное лечение было отменено и в апреле 2007 г. Золотарев П. Н. был выписан домой.

В сентябре 2007 г. состояние Золотарева П. Н. ухудшилось, он стал возбужденным, агрессивным, говорил, что вокруг него идет игра. Бригадой СМП он был госпитализирован в ВОПБ № 1. На момент поступления в стационар был расторможен, пытался убежать, говорил, что “проходит испытание по желанию умершего отца его девушки”, был агрессивен, грозился всех убить. Был выписан в феврале 2008 года в состоянии улучшения. Жил с матерью, устроился на работу подсобником, поступил на вечернее отделение института. В октябре 2008 в связи с ухудшением состояния был повторно госпитализирован в ВОПБ № 1. Выписан в январе 2009 г., вновь был госпитализирован через 2 недели, в связи с тем, что поехал в деревню к своим родственникам, где развел в доме пожар, который удалось потушить. Состояние длительное время оставалось неустойчивым, называл себя избранным, считал, что может руководить политиками через новости. После выписки из больницы поддерживающую терапию принимать отказывался, был агрессивен по отношению к родным. В марте-апреле 2009 г. неоднократно проходил лечение в ВОПБ № 1. *После того как был выписан из больницы в мае 2009 г. в течение более 6 лет к психиатрам не обращался.*

Из трудовой книжки Золотарева П. Н. ТК-IV № 0780445 известно, что в период с 15.03.2012 г. по 22.02.2013 г. он работал на должности кредитного экспедитора в ООО “Секредит”. В период с 01.07.2013 г. по 04.12.2013 г. Золотарев П. Н. работал в должности менеджера в ООО “Стимул К”. 27.06.2014 г. Золотарев П. Н. получил профессию “промышлennого альпиниста” (свидетельство № 409к/5 из учебного центра “УККОМ”). Работал по данной специальности в Москве, жил на съемной квартире, периодически приезжая во Владимир.

В сентябре 2015 г. Золотарев П. Н. был госпитализирован в ВОПБ № 1 в связи с тем, что появился страх, тревога, беспокойство. В отделении был возбужденным, злобным, периодически становился импульсивным. Состояние оставалось неустойчивым. Дома не удерживался, ездил то в Москву, то в Муром. Жил в коммунальной квартире, где ему мать купила комнату, постоянной работы не имел. Последняя госпитализация 27.01.2017 г. Бригадой СМП был доставлен в ВОПБ № 1 в связи с тем, что напал на соседа по коммунальной квартире, заявлял, что “сосед оскорбляет его мать, набрасывался с ножом, принуждает смотреть какие-то фильмы, говорит, что бога нет”. В отделении Золотарев П. Н. был подозрительным, счи-

## И. Э. Гушанский

тал, что больные настроены против него. 25.04.2017 г. был выписан домой. Поддерживающую терапию Золотарев П. Н. не принимал, один раз пришел к участковому врачу-психиатру 15.12.2017 г. В августе 2017 г. Золотарев П. Н. переселился в комнату в общежитии. Золотарев П. Н. женат не был. Детей не имеет.

Из ссылок на материалы уголовного дела в заключении комиссии экспертов № 121 от 02.02.2018 г. известно, что Золотарев П. Н. обвиняется в том, что в ночь с 18 на 19 декабря 2017 г. в комнате 410 д.15 ул. Мопра г. Владимира, после распития спиртных напитков и словесного конфликта нанес Гусевой С. В. удар ножом в шею. От полученных телесных повреждений пострадавшая скончалась на месте происшествия. В ходе следствия Золотарев П. Н. дал признательные показания и сообщил, что познакомился с Гусевой С. В. 17.12.2017 г. путем переписки в социальной сети и договорился о встрече. Встретившись, Гусева С. В. и Золотарев П. Н. в магазине приобрели бутылку коньяка. На допросе Золотарев П. Н. сообщил, что он пригласил Гусеву С. В. домой, далее она попросила сделать ему массаж, после чего они занялись сексом. В дальнейшем Гусева С. В. и Золотарев П. Н. занимались просмотром фильма и распивали коньяк. Гусева С. В. стала рассказывать, что в социальной сети ей пишет неизвестный человек. Стала показывать переписку с разными мужчинами. Золотарев П. Н. сообщил, что отреагировал на это крайне негативно, испытывал чувство ревности, т.к. Гусева С. В. ему сильно понравилась. Золотарев П. Н. спросил Гусеву С. В., согласна ли она стать его девушкой, но она ответила отказом. После этого, Золотарев П. Н. вскочил с кровати, схватил нож и подошел к лежащей на кровати Гусевой С. В. После короткого диалога Золотарев П. Н. нанес один удар в правую часть шеи лежащей на кровати Гусевой С. В. Золотарев П. Н. пояснил, что Гусева С. В. начала дергаться и хрюпать, нож из её шеи он доставать не стал.

В рамках уголовного дела на основании постановления старшего следователя следственного отдела по Ленинскому району г. Владимира СУ СК России по Владимирской области, в отношении Золотарева П. Н. было назначено проведение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в ГУЗ Владимирской области “ОПБ № 1”.

При сомато-неврологическом обследовании у Золотарева П. Н. на обоих предплечьях были выявлены старые рубцы от саморезов. При неврологическом обследовании менингиальных симптомов, патологических рефлексов, симптомов очагового поражения ЦНС выявлено не было.

При описании психического состояния Золотарева П. Н. комиссией экспертов № 121а указывается, что на момент обследования он был правильно ориентирован, внутренне напряжен, часто на вопросы отвечал не в плане заданного. Отмечалась скучная мими-

ка, напряженное выражение лица, отрывистая речь, фразы до конца не договаривал. Контакт с экспертами носил малопродуктивный характер, в переживаниях был недоступен. Ответы давал после длительных пауз. Золотарев П. Н. не смог последовательно и достоверно изложить катамnestические сведения. Эксперты утверждают, что в ходе беседы у Золотарева П. Н. были расплывчатые, нечеткие, амбивалентные высказывания. Иногда в ответ на вопросы задавал нелепые контрвопросы, не касающиеся темы беседы. Указывается, что у подэкспертного мышление непоследовательное, паралогичное, разноплановое, нецеленаправленное, иногда вплоть до разорванности. На вопрос какое сегодня число, отвечал, что у него были часы на руке, когда он жил в Москве. Золотарев П. Н. сообщил, что чувствует, что в жизни не все так, как надо, ему кажется, что “он грешен, слышит внутренний голос, который отдает ему приказы”. Эксперты указывают, что в ходе беседы Золотарев П. Н. пускался в малопонятные рассуждения. Отмечается, что настроение у подэкспертного без видимых колебаний, эмоционально однообразен, критика к своему состоянию отсутствует. О правонарушении Золотарев П. Н. говорил неохотно. Сообщил, что убил женщину, т.к. она хвасталась перед ним, что у неё много мужчин, к нему относилась плохо, и ему показалось, что в неё злые силы вселились, т.к. она помазалась арабской парфюмерией. Особого сожаления по поводу содеянного Золотарев П. Н. не высказывал.

Комиссия экспертов № 121а пришла к заключению, что Золотарев П. Н. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении, развившейся на органически неполнценной почве. Эксперты утверждают, что данные анамнеза свидетельствуют о присущих подэкспертному с детства шизоидных чертах характера и появлении на фоне неврозоподобной симптоматики, логоневроза и эпизиндрома зрительных псевдо-галлюцинаций. Эксперты указывают также на наличие у Золотарева П. Н. с подросткового возраста биполярных аффективных колебаний с суициальными тенденциями, явлений метафизической интоксикации, бредовых идей отношения, присоединением в дальнейшем идеаторных автоматизмов, бредовых идей преследования, особой значимости, манихейских идей, эпизодов психомоторного возбуждения. По мнению экспертов, у Золотарева П. Н. нарастала негативная симптоматика, сопровождающаяся нарушением социально-трудовой адаптации, инвалидизацией. Диагностические выводы эксперты обосновывают данными неоднократных прежних стационарных обследований, а также результатами проведенного исследования, выявившего свойственные шизофреническому процессу нарушения мышления, нарушения эмоционально-волевой сферы, нарушение критических способностей, формальность контакта, нелепость

## **Каковы критерии длительности принудительного лечения?**

высказываний, расплывчатость и амбивалентность суждений, аффективную напряженность.

Комиссия экспертов № 121 пришла к выводу, что Золотарев П. Н. в период инкриминируемого ему действия и на момент проведения экспертизы не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, а также не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать по ним показания. Эксперты утверждают, что Золотарев П. Н. нуждается в назначении принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением в соответствии со ст.97 ч. 1,2, ст. 101 ч. 4 УК РФ.

Обосновывая свой вывод о принудительных мерах медицинского характера в отношении Золотарева П. Н., эксперты ссылаются на неоднократность совершения им общественно опасного действия, его выраженную социальную опасность, отсутствие критики подэкспертного к болезни и состоянию в целом, уклонение от лечения и наличие постоянных бредовых расстройств. Эксперты указывают на наличие трудностей содержания Золотарева П. Н. в условиях общепсихиатрических стационаров, склонности к нарушению режима, а также на наличие особой опасности для других и возможности причинения иного существенного вреда.

Из представленных специалисту для анализа документов известно, что Золотареву П. Н. были присущи такие черты характера как общительность, целеустремленность, активность. В представленных для анализа специалисту характеристиках из Владимирского Государственного Университета, а также из ООО "ИнфоДемо", где Золотарев П. Н. работал в 2004 г., указывается, что Золотарев П. Н. по характеру был общительным, целеустремленным, пользовался авторитетом среди сверстников, легко находил контакт с людьми.

Утверждения экспертов о наличии у Золотарева П. Н. с детских лет шизоидных черт характера (замкнутости, нелюдимости) не вытекают из исследовательской части заключения экспертов № 121а и вызывают сомнения в своей объективности. Не соответствуют действительности и выводы экспертов о наличии у Золотарева П. Н. с подросткового возраста биполярных аффективных колебаний с суициdalными тенденциями, явлений метафизической интоксикации, бредовых идея отождествления. Данные утверждения экспертов противоречат сведениям, представленным в материалах уголовного дела и данным медицинской документации.

Стоит отметить, что до возникновения в 2005 году острого психического расстройства у Золотарева П. Н. возникали эпилептиформные расстройства, проявляющиеся судорожными припадками с потерей сознания, "отключениями сознания (абсансы), транзиторными явлениями деперсонализации и дереализации". В 1996 году Золотарев П. Н. находился на стационарном лечении с диагнозом: "Эпилепсия с полиморфными приступами". С 05.12.1996 г. по август 2003 г. Золотарев П. Н. наблюдался и получал лечение у врача-невропатолога по поводу "эпилепсии с полиморфными приступами на фоне сообщающейся гидроцефалии". В 1999 году при обследовании ему выставлялся диагноз: "Органическое поражение центральной нервной системы. Неврозоподобный синдром. Эпизиндром в анамнезе". ЭЭГ- исследование выявляло у Золотарева П. Н. снижение порога судорожной готовности. В апреле 2005 года призывающей комиссией он был признан ограниченно годным к военной службе, ему выставлялся диагноз: "Эпилепсия при единичных и редких (судорожных и бессудорожных) эпилептических припадках без психических нарушений". Анализ медицинских данных, анамнестических сведений позволяет утверждать, что симптомы органического поражения центральной нервной системы не сопровождались у Золотарева П. Н. до декабря 2005 года интеллектуально-мнемическими расстройствами, нарушением познавательных способностей, не препятствовали его обучению и трудовой деятельности, но требовали наблюдения у врача-невропатолога и приема противоэпилептического препарата финалпесина (карбамазепина).

Факторами, провоцирующими возникновение в декабре 2005 года острого психотического состояния, был отказ от приема противосудорожных препаратов, усиленная физическая и интеллектуальная нагрузка. Острое психотическое состояние, возникшее у Золотарева П. Н. в декабре 2005 года, сопровождалось учащением эпилептиформных припадков и их эквивалентов в виде сумеречных состояний. У Золотарева П. Н. отмечалось изменение сознания с нарушением ориентировки, искаjjенным восприятием окружающего, бредовыми малосистематизированными идеями отождествления и преследования. Золотарев П. Н. в декабре 2005 года, находясь в остром психотическом состоянии, совершил попытку хищения, а затем, находясь под стражей, ряд суициdalных попыток, результатом одной из которых была кома I степени.

Определением суда в отношении Золотарева П. Н. было вынесено решение о его невменяемости и назначалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. На фоне лечения Золотарева П. Н. в психиатрическом стационаре специализированного

типа его состояния значительно изменилось: купировались острые психотические расстройства, поведение стало упорядоченным, появилась критическое отношение к перенесенной болезни, значительная часть болезненных бредовых переживаний была амнезирована. Данные факты свидетельствуют о наличии у Золотарева П. Н. острых психотических расстройств транзиторного характера и ставят под сомнения выводы экспертов о наличии у Золотарева П. Н. хронического психического расстройства в форме параноидной шизофрении, для которой характерно наличие стойких бредовых идей воздействия, психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций, нарушение критики к своему состоянию, отсутствие расстройств сознания. Не характерным для параноидной шизофрении является амнезия бредовых переживаний.

Комиссия врачей психиатров ОПБ № 4 при освидетельствовании подэкспертного 07.02.2007 г. пришла к выводу, что Золотарев П. Н. психотических расстройств не обнаруживает, социальной опасности не представляет. В связи со стойким улучшением психического состояния принудительное лечение ему было отменено и в апреле 2007 г. Золотарев П. Н. был выписан домой под наблюдение врача-психиатра по месту жительства.

Комиссия экспертов № 121а проигнорировала тот факт, что в период с мая 2009 г. по сентябрь 2015 г., т.е. в течение более 6 лет, Золотарев П. Н. к врачам-психиатрам не обращался, в психиатрические стационары не госпитализировался, был социально адаптирован. В этот период времени он работал в должности кредитного экспедитора в ООО "Секредит", менеджером в ООО "Стимул К". В 2014 г. Золотарев П. Н. закончил обучение в учебном центре Департамента образования г. Москвы и получил профессию "промышленного альпиниста". Данные факты свидетельствуют об отсутствии психических расстройств у подэкспертного в течение 6 лет, его социальной и трудовой адаптации. Золотарев П. Н. в течение 6 лет находился в состоянии стойкой длительной ремиссии.

С сентября 2015 г. состояние Золотарева П. Н. стало ухудшаться: появилась тревога, беспокойство, в поведении отмечалась импульсивность, по отношению к окружающим. Золотарев П. Н. становился злобным, агрессивным, отмечалась его социальная и трудовая дезадаптация. Он не трудоустраивался, конфликтовал с соседями по коммунальной квартире. В связи с ухудшением психического состояния Золотарев П. Н. неоднократно госпитализировался в психиатрические стационары. В период, относящийся к инкриминируемому деянию (в ночь с 18 на 19 декабря 2017 г.), Золотарев П. Н. находился в остром психотическом состоянии, его действия были обусловлены бредовыми расстрой-

ствами, и он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

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

1. Заключение комиссии экспертов № 121/а от 02.02.2018 г. 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 экспертищих исследований". Заключение комиссии экспертов клинически не обосновано, лишиено полноты аргументации и доказательности, носит односторонний характер, не содержит научно достоверного и объективного анализа материалов уголовного 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 2003 г.

В соответствии с п. 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. В заключении комиссии экспертов № 121/а психическое состояние Золотарева П. Н. описано достаточно поверхностно: не отражены в полной мере имеющиеся на момент обследования психотические расстройства, особенности его памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания, отношение подэкспертного к имеющимся психическим расстройствам и сложившейся судебной ситуации.

В соответствии с пунктом 3.2. инструкции Минздрава, диагноз психического расстройства формулируется в соответствии с общепризнанными международными стандартами. Диагноз параноидной шизофрении выставлен подэкспертному без шифра, соответствующего критериями Меж-

## Каковы критерии длительности принудительного лечения?

дународной классификации болезней 10-го пересмотра.

- Экспертами не был проведен достаточно полный и всесторонний анализ медицинской документации. Без должного внимания осталась важная в клиническом отношении информация о наличии у подэкспертного эпилептиформных расстройств, проявляющихся судорожными припадками с потерей сознания, "отключением сознания (абсансов), транзиторными явлениями деперсонализации и дереализации. Эксперты проигнорировали данные характеристики с места учебы и места работы подэкспертного, сведения из трудовой книжки.

- Утверждения экспертов о наличии у Золотарева П. Н. с детских лет шизоидных черт характера (замкнутости, нелюдимости) не вытекают из исследовательской части заключения экспертов № 121а, не опираются на анализ материалов уголовного, дела медицинских фактов и документов и вызывают сомнения в своей объективности.

- Выводы экспертов о наличии у Золотарева П. Н. с подросткового возраста биполярных аффективных колебаний с суициальными тенденциями, явлений метафизической интоксикации, бредовых идей отношения не соответствуют действительности, противоречат сведениям, представленным в материалах уголовного дела и данным медицинской документации.

- Диагноз параноидной шизофрении, выставленный подэкспертному, клинически не обоснован, не отражает в полной мере клиническую картину психического расстройства. В выводах экспертов не оценивается характер течения заболевания, игнорируются факты, свидетельствующие о наличии у Золотарева П. Н. в анамнезе длительной (более 6 лет), стойкой ремиссии, наличии трудовой и социальной адаптации.

- Заключение экспертов о наличии у Золотарева П. Н. постоянных бредовых расстройств не соответствует данным анамнеза, клиническим фактам и документам.

2. Диагностические выводы экспертов недостаточно аргументированы, клинически необоснованы и не могут лежать в основе рекомендаций медицинских мер принудительного характера в отношении Золотарева П. Н.

С учетом эпизодического характера течения психического расстройства у подэкспертного, проявляющегося сменой острых транзиторных психотических эпизодов и периодов ремиссии, сопровождающихся его относительной социальной и трудовой адаптацией, решение вопроса о мерах принудительного характера в отношении подэкспертного необходимо решать в зависимости от наличия или отсутствия у него обострения психических расстройств. При улучшении его психического состояния и достижения состояния ремиссии у подэкспертного, степень его социальной опасности значительно уменьшается. При выходе из остального психического состояния Золотарев П. Н. не нуждается в принудительных мерах медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением. Он может быть переведен в психиатрический стационар общего типа, а при достижении стойкой терапевтической ремиссии ему показано амбулаторное наблюдение и лечение по месту жительства.

3. С учетом изложенных доводов, учитывая сложность клинической картины заболевания у подэкспертного, считаю, что для получения более полной, объективной экспертной и диагностической оценки психического состояния Золотарева П. Н. на момент инкриминируемого ему деяния и в настоящее время, решения вопроса о принятии в отношении него медицинских мер принудительного характера, необходимо проведение Золотареву П. Н. повторной судебно-психиатрической экспертизы в условиях стационара.

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

## Что это, если не карательная психиатрия?

Андрею Германовичу Киселеву 60 лет, и он пациент со стажем: с 1998 г. много раз госпитализировался в московскую психиатрическую больницу № 1 им. Алексеева с диагнозом “шизофрения, осложненная злоупотреблением алкоголя”, с 2003 г. ПНД отмечает нарастающие изменения личности и выраженное снижение психоэнергетического потенциала, с 2009 г. имеет 2-ую бессрочную группу инвалидности по психическому заболеванию. При этом он время от времени работал (дворником, художником, рабочим и т.п.), посещал диспансер, проживает с женой и сыном, которые о нем очень заботятся.

3 марта 2013 г. Киселев, будучи в приподнятом настроении, отправился в магазин “Пятерочка” и, имея полный кошелек денег, набрал там разных продуктов и, как потом было написано в обвинительном заключении, “попытался похитить товар на общую сумму 1792 рубля 90 копеек” (одну тысячу семьсот девяносто два рубля 90 коп.!), однако был задержан сотрудниками магазина. Амбулаторная СПЭ пришла к выводу, что он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, и суд назначил ему амбулаторное принудительное лечение и наблюдение психиатра по месту жительства.

Диспансер (ПНД № 1, филиал ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева) Киселев посещал регулярно, от лечения не отказывался, однако в 2014 г. наступило очередное обострение, и он в течение месяца лечился в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. После выписки из стационара вновь регулярно посещал ПНД, отмечалось улучшение состояния, но “периодически предъявлял жалобы на слабость, апатию, нежелание чем-либо заниматься”. Алкоголем не злоупотреблял, никаких общественно опасных действий не совершал. Тем не менее, в конце 2015 г. по ходатайству диспансера Савеловский районный суд Москвы продлевает ему принудительное амбулаторное лечение.

И вновь Киселев постоянно посещает диспансер, жалуется на побочные эффекты от проводимой терапии, и в апреле 2017 г. самостоятельно прекращает лечение. Напрасно сын уговаривает егоходить к врачу, объясняет, что лечение назначено судом, и его нельзя просто так прекратить. Отец непреклонен и в течение 11 месяцев диспансер не посещает. За это время состояние его ухудшилось, и когда в марте 2018 г. сын, наконец, привел отца на прием, состояние его расценивалось как нестабильное, “определенось галлюцинаторно-параноидной симптоматикой”, и была назначена массивная терапия, которая буквально свалила Киселева с ног, “превратила в овощ” по словам родственников. Он с трудом двигался и едва говорил, очень много спал и жаловался на выраженную слабость. Несмотря на это, он аккуратно принимал назначенные лекарства, 2 раза в месяц приходил

на осмотр врача и инъекции галоперидола. Сын жестко контролировал поведение отца и был уверен, что врачи поймут причины временного отказа от лечения. Ведь за это время никто не поинтересовался, что происходит с пациентом, не позвонил, не навесил дома, не помог уговорить продолжать лечение.

В мае 2018 г. ПНД провел Киселеву заочную (!) врачебную комиссию, которая приняла решение ходатайствовать об изменении принудительной меры медицинского характера и направления Киселева в стационар общего типа. Такое серьезное решение, меняющее судьбу человека, комиссия приняла, даже не взглянув на пациента. Якобы его не смогли найти, хотя он появлялся у своего лечащего врача дважды в месяц. Как выяснилось позже, приглашение на комиссию было направлено по адресу его сестры, которая давно не поддерживает с ним никаких отношений. Обосновывая свое решение, врачи ссылались на “грубое нарушение режима наблюдения и лечения в настоящее время” (тогда как пациент уже два месяца находился на активной терапии и регулярно посещал диспансер), “тенденцию к злоупотреблению спиртными напитками” (которые он, по свидетельству жены и сына, не употребляет уже в течение 4 лет), “недостаточное критическое отношение к содеянному” (не раскаялся! А вдруг еще раз попробует у强壮?) и своему состоянию (аккуратный прием терапии, которую он очень плохо переносит, вероятно, недостаточное основание).

13 августа 2018 г. судья Савеловского районного суда г. Москвы А. Ю. Абрамова, единолично, рассмотрев ходатайство заместителя главного врача ПНД № 1 С. А. Голубева, постановила “изменить Киселеву А. Г. принудительную меру медицинского характера с принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа”. Любой человек, совершивший аналогичное правонарушение, отделался бы небольшим штрафом, но Киселев, как пациент психиатрической службы, уже пять лет находится на принудительном лечении и теперь рискует оказаться в стационаре закрытого типа. Спрашивается: какую опасность для себя и других лиц он представляет? Какой иной существенный вред может принести? Ведь только это является основанием для назначения принудительного лечения. Перевод Киселева на принудительное лечение в стационар общего типа, отрыв от заботящихся о нем родственников и привычной домашней среды приведет к еще большей дезорганизации его психического состояния и окончательной десоциализации. Судья может этого и не понимать, но врачи не должны это игнорировать!

Показательно, что жена и сын говорят о его поведении дома, как поведении “послушного ребенка” и активно протестуют против принудительного лечения в стационаре. А ведь им жить с ним, и они пережили несравненно худший период его психического состояния. Как можно не считаться с их намного лучшей информированностью и их требованиями?

Между тем, сам Киселев А. Г. в настоящее время находится на лечении в соматической больнице с диагнозом “железодефицитная анемия”. В поисках внутреннего кровотечения врачи провели ему крайне неприятные и травматичные исследования в виде гастроскопии, колоноскопии и т.п., и не смогли ничего обнаружить. Последнее их предположение — это результат массивной психотропной терапии, которая была ему назначена в последнее время и которую он продолжал принимать до тех пор, пока не попал в больницу, где лечение было скорректировано.

По мнению специалистов НПА Киселев А. Г. не представляет опасности для себя и других лиц и не нуждается в принудительном лечении в стационаре общего типа<sup>1</sup>. Поведение врачей ПНД № 1 мы расцениваем как желание избавиться от неудобного хронического пациента, так же как избавляются от них, помешая их в ПНИ вопреки их желанию и желанию родственников.

3 сентября 2018 г.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
СПЕЦИАЛИСТА-ПСИХИАТРА  
на Киселева Андрея Германовича, 1957 г.р.**

Из анамнеза известно, что Киселев Андрей Германович, 1957 г.р., с 1998 г. периодически лечился в психиатрической больнице им. Н. А. Алексеева с диагнозом “шизофрения шубообразная”, с 2000 г. — “приступообразно-прогредиентная с выраженным изменениями личности”, затем эпизодическими обострениями, всякий раз в виде депрессивно-параноидного синдрома с психопатоподобным дефектом. С конца 2009 г. инвалид 2-ой группы бессрочно.

03.03.2013 г., находясь в повышенном настроении, вне алкоголизации, Киселев попытался вынести из магазина “Пятерочка” продукты, не оплатив 1792 руб. 96 коп., имея при себе достаточно денег. Был задержан с формулировкой “пытался похитить”, ущерба не нанес, признан судом невменяемым, назначено амбулаторное принудительное лечение. Аккуратно посещал диспансер, но в 2014 г., в связи с обострением,

лечился в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, в 2015 г. амбулаторное принудление было продлено. В 2017 г. перестал посещать диспансер, ссылаясь на тяжелые побочные явления. В результате, спустя 11 месяцев началось очередное обострение, в сопровождении сына обратился в диспансер, где была назначена терапия. Спустя 5 месяца этого интенсивного лечения попал в соматическую больницу, выявившую железодефицитную анемию, которую врачи связывали с психотропной терапией.

Я дважды консультировал Киселева на протяжении августа 2018 г. в городской клинической больнице им. С. И. Спасокукоцкого, где работаю врачом-психиатром с 1980 г. Вызов психиатра был связан с информацией о его лечении в ПНД, необходимостью преемственности этой терапии и ее совместимости с новыми назначениями. Психическое состояние как при первом посещении, так и спустя неделю, было совершенно однообразным: больной лежал в стереотипной позе, погруженный в себя, не обращая внимание на окружающее, соседи по палате подтвердили, что он все время такой, что “до него не достучаться”, “не растолкать”. Совокупность его облика и поведенческих проявлений соответствовала выраженной апатической тоскливой депрессии. В результате упорных активных психотерапевтических усилий на протяжении не менее получаса удалось выдавить из него несколько односложных ответов, свидетельствующих о внутренне опустошенном мире, равнодушии ко всему, преобладании апатии, отсутствии каких-либо мыслей, тем более грез, игры воображения и каких-либо побуждений. Он послушно выполнял инструкции, послушно следовал режиму отделения, принимал лекарства, не проявляя никаких признаков собственной активности. Не предъявлял никаких жалоб, отрицал их наличие, в том числе пониженное настроение. Доминировали полное равнодушие, апатия, но без собственно двигательной заторможенности и без выраженных паркинсоноподобных проявлений. Болезнь впервые проявилась, по его словам, без всякой видимой внешней причины, неспособностью читать, а раньше “читал запоем”, — свидетельство первичного волевого снижения, которое началось со снижения устойчивости активного внимания еще в юности.

В представлении врачебной комиссии в суд (об изменении принудительной меры медицинского характера) и проведенной заочно, психическое состояние описано на высоком клиническом уровне, в полном соответствии с тем, что отметил и я в своих двух записях в истории болезни, но в грубом противоречии с заключительным выводом — ходатайством о замене амбулаторного принудительного лечения на лечение в стационаре общего типа.

Основанием для этого послужили “грубое нарушение в настоящее время режима наблюдения и лечения у врача-психиатра, тенденция к злоупотреблению

<sup>1</sup> Уже когда номер был сдан в печать, родственники сообщили, что апелляционная инстанция отклонила ходатайство диспансера о переводе Киселева на принудительное лечение в стационар общего типа. Сейчас НПД собирается провести новую комиссию, на этот раз с участием самого пациента. Интересно, к какому выводу она придет?

спиртными напитками и недостаточно критическое отношение к содеянному и своему состоянию”.

На поверхности реакция комиссии на то, что больной не явился на медицинскую комиссию (его якобы не могли найти), а до этого почти год не посещал диспансер. Только позже выяснилось, что приглашение на комиссию было направлено по адресу его сестры, которая давно не поддерживает с ним никаких отношений, а главное, не было учтено, что Киселев на момент проведения комиссии уже два месяца находился на активной терапии, регулярно дважды в месяц посещая своего врача в диспансере, отмечалась положительная динамика.

Что касается алкоголизации, то и жена, и сын подтверждают, что в течение уже 4 лет алкоголь Киселев не употреблял.

Наконец, писать о “недостаточно критическом отношении к содеянному и своему состоянию”, следовало на основании непосредственного освидетельствования больного. Из выписки диспансера явствует, что при совершении правонарушения он находился в “повышенном настроении” в контрасте с депрессивно-параноидным состоянием в период обострений, а в описании психического состояния Киселева самой комиссией указано: “Я уже давно не помню, что и как было”. Наличие некритичности Киселева к содеянному для членов комиссии, видимо, определялось отсутствием раскаяния, выраженного словесно. О возобновлении активной психотропной терапии в течение последних двух месяцев комиссия не упомянула. Между тем, эта терапия, по словам родственников, превратила Киселева в “овощ”, была проведена диспансеризация, по результатам которой его поместили в соматическую больницу, где обнаружилась железодефицитная анемия, с высокой вероятностью связанная с этой терапией, а также ряд других серьезных недугов, требующих дообследования.

Любой человек, совершивший аналогичное правонарушение, отдался бы небольшим штрафом, но Киселев, как пациент ПНД, уже пять лет находится на принудительном лечении. Спрашивается: какую опасность для себя и других лиц он представляет, если известно, что его заболевание, впервые зафиксированное в 1998 г., уже с 2003 г. сопровождается указанием на “нарастающие изменения личности и выраженное снижение психоэнергетического потенциала”? За последующие 15 лет этот дефект — и в этом само существо шизофрении — волевое сниже-

ние, потеря спонтанной целенаправленной активности, неспособность доводить до конца начатое только нарастал. Поэтому суициdalная попытка 2000 г. уже не повторится, а все агрессивные и суицидальные высказывания носили чисто вербальный характер. Показательно, что жена и сын говорят о его поведении дома, как поведении “послушного ребенка” и активно протestуют против принудительного лечения в стационаре. А ведь им жить с ним, и они пережили несравненно худший период его психического состояния. Как можно не считаться с их намного лучшей информированностью и их требованиями?

Спрашивается, неужели в стационаре терапия будет еще активнее? Конечно, дело только в гарантированной терапии, но такую гарантию дает внутримышечное введение пролонгов антипсихотических нейролептиков, которое можно делать амбулаторно. Кроме того, необходимо учесть нынешнее состояние соматического здоровья Киселева, которое требует дообследования и специализированной терапии.

Итак, в отношении Киселева отсутствуют какие-либо риски опасности для себя или других лиц, или причинения иного существенного вреда. Комиссия не провела анализа, каким образом больной сорвался с амбулаторной терапии, за 11 месяцев больного никто не посетил на дому, наконец, ходатайство комиссии врачей грубо противоречит описанию психического состояния Киселева, в котором нет ничего, что послужило бы действительным основанием для перевода его на лечение в условиях стационара. Ходатайство комиссии в отношении Киселева — пример явного наказания по недоразумению и чисто формального подхода.

Перевод Киселева на принудительное лечение в стационар общего типа, отрыв от заботящихся о нем родственников и привычной домашней среды приведет к еще большей дезорганизации его психического состояния и окончательной десоциализации. Это противоречит основным положениям Конвенции о правах инвалидов, ratifiedированной Россией в 2012 г. и требующей максимальной интеграции инвалидов в общество.

*Врач-психиатр  
высшей квалификационной категории,  
канд. мед. наук,  
президент НПА России  
Ю. С. Савенко*

# ПСИХОТЕРАПИЯ

---

## Особенности психологической работы с религиозными переживаниями психотического клиента

Е. М. Леонтьева<sup>1</sup>

Статья посвящена некоторым аспектам психологической работы и реабилитации клиентов, имеющих в опыте религиозные переживания в рамках психотических расстройств. Кратко описываются существующие подходы к проблеме дифференциации религиозного опыта и симптомов болезни, проблемы специалиста в работе с такими клиентами; анализируется типичная структура опыта психотического клиента, включающая в себя: интериоризацию определенных религиозных представлений, пиковые переживания, значение опыта как болезненного или греховного, интеграцию множественных означений в процессе реабилитации. В статье приводятся клинические примеры, на которых показаны разнообразные нюансы психологической работы с такими явлениями как: зависимость от пережитого опыта, утрачива и кризис веры и др.

**Ключевые слова:** психотический клиент, религиозный опыт, реабилитация, психологизация, шизофrenия.

Подступаясь к этой непростой теме, стоит сказать о том, что столкновение с религиозными переживаниями психотического клиента для психолога — важный профессиональный вызов. Данная статья не претендует на полноту описания поставленной проблемы, обозначая лишь некоторые важные аспекты практики.

Начать необходимо с главного и очень важного постулата, на основании которого должен выстраиваться подход к работе с такими переживаниями. Религиозные, мистические, магические и все такого рода переживания/опыты, полученные человеком, независимо от его состояния (болезни/здоровья/химического воздействия/психологической защиты) являются чрезвычайно важными, главными, значимыми, узловыми, максимально эмоционально насыщенными переживаниями в целой жизни человека.

### Подходы к проблеме дифференциации религиозного опыта и симптомов болезни

У. Джеймс в “Многообразии религиозного опыта” [1] писал, что такие состояния и опыты “являются откровениями, моментами внутреннего просветления, неизмеримо важными для того, кто их пережил, и над чьей жизнью власть их остается незыблемой до конца”. Некоторые авторы разделяют религиозный опыт и психопатологические состояния, считая, что не все

переживания сверхъестественного относятся к религиозному опыту. Исходя из определения Н. Хабеля [2], религиозный опыт не включает в себя психопатологические состояния и состояния, индуцированные психоактивными веществами, поскольку эти состояния преимущественно переживаются вне рамок определённой религиозной традиции.

Именно ограничение рамками определенной традиции не позволяет получать помощь и утешение психотическим клиентам в реабилитационный период у служителей культа. Их опыт слишком часто не вписывается в рамки традиции. На самом деле, он никогда в нее не вписывается и поэтому возможности соответствующих институций весьма ограничены.

Также эти ограничения открывают дверь миру индивидуальной психологии и поэтому так нужны психологи, которые могут обращаться с персонализированным опытом клиента вне насилия традиционных религиозных представлений. Существуют психологические исследования, изучающие религиозное поведение при шизофrenии, выделяющие критерии “здравой веры” [3] и делающие вывод о формальности религиозного поведения и недостаточной глубине религиозных действий таких пациентов, однако, информация, полученная в этих исследованиях, ничего не добавляет и ничем не помогает специалистам, которые работают с этими “недостаточно глубокими” переживаниями в терапии или реабилитации.

Примером попытки совмещения психологического и психиатрического подхода является концепция интерференции мистических и психотических феноменов, выдвинутая D. Lukoff [4], различающая

<sup>1</sup> Клинический психолог, специалист по реабилитации больных шизофrenией, автор романа “Про психов” <https://istina.msu.ru/profile/elenaleontieva/>

1) мистический опыт; 2) психоз; 3) мистический опыт с психотическими явлениями; 4) психоз с мистическими явлениями. Результатом дальнейших разработок этой проблемы американскими психологами и психиатрами явилось введение в классификацию DSM-IV нового кода: V62.89 Религиозные и духовные проблемы [5].

Продуктивной для специалистов по реабилитации выглядит позиция Пашковского В. Э., скрупулезно описавшего связи психических расстройств и религиозно-мистического опыта и подчеркнувшего, что: “содержание религиозных переживаний не подчиняется законам формальной логики, не тестируется категориями “истинно — ложно”. В этой связи становятся размытыми критерии такого понятия, как “религиозный бред”, поскольку утрачивается один из важнейших компонентов общепринятого определения бреда — несоответствие субъективных убеждений объективной реальности (6).

### Психологический подход

Стоит выделить две главные сложности для специалиста:

1. От психолога требуется ревизия и осознание своих собственных религиозных представлений.

2. Психологу необходимо четко дифференцировать терапевтические инструменты:

— психологизацию психотических переживаний (перевод и связь необычных событий и переживаний с обычной жизнью, избегаемыми и сложными чувствами, психическими защитами и др.) **отличать от**

— работы с внутренней феноменологией собственно религиозного опыта, его содержанием и сделанными из него выводами.

Для целей данной статьи используется психологическая лексика, а не клинико-психологическая и не психиатрическая, что обусловлено психотерапевтическим контекстом рассмотрения проблемы. Тоже самое справедливо и для обозначения Клиент, а не Пациент. В выборе акцентировать клиентскую составляющую нет идеологического критерия. Скорее есть желание указать на: 1. Специфику предмета — религиозные переживания, которые сами по себе не являются болезненными, и соответственно не нуждаются в лечении. 2. Специфику психотерапии и психотерапевтической позиции, стоящей на феноменологическом подходе [7].

Попробуем описать максимально **типичную структуру религиозного опыта**, который получает психотический клиент: интериоризация определенных религиозных представлений, пиковые переживания, означение опыта как болезненного или греховного, интеграция множественных означений в процессе реабилитации.

1. Начало болезни (период до появления клинических проявлений): происходит нарастание психоло-

гического стресса, дезорганизация и изменение чувствительности, подавление или неудачная канализация переживаний, фокусировка на внутренней жизни, поиски помощи. Именно в этот период часто происходит так называемая **метафизическая или философская интоксикация** [8] — поиск, ревизия, интровертирование разнообразных идей и концепций о мироустройстве. Принято приписывать этот синдром пациентам подросткового возраста, однако, в более поздних возрастах также типичны раздумья, чтение философских, оккультных и религиозных текстов разнообразного качества, посещение святых мест и т.д.

2. **Болезненный, острый период**: происходит нарастание болезненных симптомов, актуализация примитивных психологических защит, искажение реальности, вплоть до ее потери или замены. В этом периоде случаются **пиковые переживания**, часто носящие религиозный характер — пробуждение божественной сущности, встреча с ней, история испытаний. Эти события могут быть нагружены совершенно противоположными разнообразными эффектами. От нечеловеческого ужаса до экстаза и блаженства. Это разнообразие и неоднозначность эффекта роднит пиковые переживания и религиозные мистические состояния, общим для которых являются неболезненные “измененные состояния сознания”, содержащие по Ясперсу К. множество модусов, общим фактором которых является отклонение от нормальной ясности, континуальности и связи с “Я” [9].

Типичные переживания психотического клиента зачастую повторяют религиозную мифологию, внося в нее творческие корректизы. Доминирующий религиозный миф для нашей культуры — христианский, соответственно, структура психотических переживаний воспроизводит разные аспекты христианского мифа — искушение, борьба с темными силами, принесение жертвы, апокалипсис, воскрешение мертвых и т.д.

J. Perry выделил **восемь тем**, характеризующих религиозные переживания при измененных состояниях сознания [10]:

- **Смерть.** Встречи с усопшими или встречи со смертью.
- **Возрождение.** Воскресение, обретение новой личности, нового имени.
- **Странствия.** Мессианские путешествия.
- **Столкновения с духами.** Бесовские (демонические) силы или духовная помощь.
- **Космический конфликт.** Добро и зло, свет и тьма и т.д.
- **Волшебные полномочия.** Телепатия, ясновидение, способность проникновения в чужие мысли, способность перемещать объекты.
- **Новое общество.** Реформаторство, радикальная перемена в обществе, в религии.

## **Особенности психологической работы с религиозными переживаниями психотического клиента**

- **Божественный союз.** Близость или родственные отношения с богом или с библейскими персонажами.

Клинически эти темы проявляются в возникновении идей величия в форме присвоения сверхъестественных божественных полномочий, сочетающихся с правильной ориентировкой в собственной личности (двойная ориентировка), а в далеко зашедших случаях — с идеей полного перевоплощения в божественных персон. Бред отражает религиозную тематику, сложившиеся в последние годы в популяции представления [11], не только библейские (Бог, Иисус Христос, дева Мария, Христова невеста, ангелы, апостолы, пророки, богоизбранные, наместники бога на земле, антихрист, дьявол, нечистая сила, конец света, судный день), но и эзотерические (духи умерших, призраки, переселение душ, великие маги, колдуны, спириты, экстрасенсы, мировой дух, космические силы, инопланетяне). В моду входят рептилоиды, лярвы, энергетические вампиры, есть еще всякие редкие случаи.

3. В лечебный период психотический клиент получает **означение** пережитого: **эти очень важные экстраординарные переживания — продукт психического расстройства.** Они не реальны, не истинны, не имеют ценности. Судя по всему, именно в этот момент шизофрения фатально кристаллизуется, становясь социальным явлением. **Шизофрения становится феноменом контакта человека с миром.** Официально признается исключение части личной реальности из конвенциональной реальности. Раскол реальности становится диагнозом.

Важно, что эти переживания исключаются практически отовсюду, они не легитимны, не законны ни в обычном мире семьи и близкого окружения, ни в церковных учреждениях. Подавляющее число психотических клиентов ищут помощи и ответы на вопросы в церкви или у магов/целителей. До момента госпитализации фиксируется огромное количество обращений к экстрасенсам/экзорцистам/служителям культуры. Иногда такие встречи приносят облегчение, но как правило, только бросают дровишки в костер психоза. С точки зрения официальной церкви, встреча с живым богом или ощущение себя Мессией — “прелесть”, искушение, опасное греховное состояние [12].

Справедливости ради, человек в психозе приносит много проблем, мешает работать и отправлять ритуал. Редко священников обучают, что с таким человеком делать, некоторые имеют представление о психиатрии, некоторые нет. Главное, что религиозные переживания психотического клиента церкви не нужны.

Как ни парадоксально, но больше всего эти переживания нужны психиатрам. Именно врачи внимательно выслушивают, записывают и отслеживают динамику психотических состояний. Действительно, часто врач служит основным и единственным прием-

ником для исключительных переживаний своих пациентов. Это в их сознании нередко отражается фантазией о том, что психбольница — специальное место, где их религиозные опыты и полученная в них информация собирается и обрабатывается для каких-то особых целей, что людей специально кладут в больницу, чтобы изучать и т.д.

Но на такое внимание психотическому клиенту можно рассчитывать до момента купирования острого состояния. Потом приходит выздоровление и “закрепление раскола”. Это чрезвычайно болезненный процесс, полный стыда и растерянности, обиды и застенчивого гнева [13]. Представьте себя на месте психотического клиента: вы находитесь в полной уверенности, что спасли мир от гибели, пережили череду подвигов и победили страх, пережили искушение, сразились с темными силами, принесли себя в жертву, а все это оказалось фейком, иллюзией, диагнозом.

Начинается долгая дорога интеграции опыта, попытка ответить на вопрос “**а что это было?**”. И здесь, как правило, психотический клиент начинает задумываться о психотерапии или консультации психолога.

4. **Реабилитационный период.** К этому моменту мы имеем, как правило, постпсихотическую депрессию, фармакологическую нагрузку, последствия разрушительной силы психоза. Стыд за то, что произошло в психозе. Обида на всех, кто “положил в больницу”. И много чего еще. Очень часто самые яркие психотические переживания врезаются в память навсегда, подобно детским впечатлениям. К ним очень долго сохраняется доступ (это состояние и события легко вспоминаются и через год, и через три). Но если сначала психотический клиент врачу все честно рассказывает, пока критики нет, в реабилитационный период стыд и нежелание выглядеть сумасшедшим блокирует нарратив.

Человек остается наедине с этим экстраординарным опытом между двумя большими социальными институтами: церковью и психиатрией. Психиатрия маркирует этот опыт как психическое расстройство, церковь как грех. Теперь единственный социальный институт, где можно осмыслять эти переживания — психотерапия. Учитывая, как мало психотических клиентов получают психотерапию, с сожалением приходится констатировать, что человек остается с этим опытом один.

Теперь для нарратива и анализа психотическому клиенту необходимо **особое доверие к психологу**. Доверие возникает из интереса и готовности психолога к восприятию реальности клиента, к готовности честно ответить на вопрос — верите ли вы во все это, было ли с вами нечто подобное и вообще, что вы об этом думаете?

И вот здесь возвращаемся к **пункту первому о сложностях** такой работы. Желательно, чтобы психолог имел внятное представление о собственных религиозных взглядах и необычных опытах в своей жизни,

тщательно проанализированных. Честность чрезвычайно важна. Нет готовности быть честными и открытыми с психотическими клиентами — лучше не браться за эту работу. Фальшивый психотический клиент прекрасно чувствует и, если быть неискренним, его недоверие лишь возрастет.

Далее есть важный момент **доверия и сочувствия опыту клиента**. Психотический клиент жаждет в реабилитационный период ответа на вопрос: **а что это было?** И он усиленно его ищет. Практика говорит, что **чем меньше ответов и хуже интеграция, тем скорее вероятно обострение**. Повторение психоза — зачастую настаивание на своем варианте реальности и отчаянная попытка человека доказать себе, что он не безумен. Парадокс. Сойти с ума, чтобы доказать, что ты здоров.

Последние годы успешной оказывается практика работать с повторяющимися психозами как с вариантом **зависимого поведения**. Круги психозов могут длиться несколько лет, состоят из периодических обострений и кратковременных ремиссий низкого качества. Вообще, подход к психотическим расстройствам как к зависимому поведению представляется весьма перспективным для реабилитации, однако эта тема требует самостоятельного обсуждения.

### Пути интеграции

Итак, психотический клиент нуждается в **такой интерпретации**, которая объяснит разом, что он и Мессия, и психически больной, и обычный человек, которому пора возвращаться на работу, в семью, в обычную жизнь. Зарабатывать деньги, чистить зубы, быть на связи с космосом и пить таблетки, строго следя за назначениями врача. Весьма непростой лайфменеджмент.

Сложная задача в психотерапии. Особенно важно, чтобы психолог поддерживал **все** эти части, пока они важны для клиента в определенной пропорции. Необходимо возвращаться к сути религиозных переживаний, интегрируя этот опыт, раз за разом лишая эти переживания изолированности и сверхценности.

Сама структура индивидуального психотического мифа очень важна. Иногда из нее довольно легко **вычленяются те переживания, которые причудливым образом “прикрыли” собой переживания здравой реальности**. Соответственно, задача работы с психологом соединить эти вещи, лишить религиозные переживания сакральности, но присвоить им функцию и легитимность. Другими словами, **психологизировать** эту часть реальности, не отменяя ее фактическости. Психологизируется она довольно просто — достаточно предположить, что психотический опыт необходим для перевода непереносимых чувств в символическую реальность, в которой человек получает больше свободы. По словам одной клиентки, молодой девушки: “я ужасно боюсь идти на экзамен,

потому что могу не справиться с волнением, зато мне довольно просто перейти черту реальности, за которой я стану опасной непредсказуемой женщиной с психиатрическим диагнозом”. Психологизация позволяет “превратить” бесов в чувства, а грех в систему психологического конфликта и самонаказания. Психотическая реальность действительно, как замечал Л. С. Выготский, походит на сон [14]. Он имел в виду нарушение контакта с собой, но также важно, что человек и во сне, и в психозе получает полную свободу отыгрывания: во сне мы можем делать и переживать ужасные вещи, совершать невообразимые поступки и переживать неописуемые чувства, но особенно не придаем им значения уже после завтрака. В психозе так же, только границы сна и бодрствования нет, и после завтрака ничего не заканчивается.

В психотических переживаниях довольно часто высшая сила, Бог, Сущность и т.д. наделены мистическими, ревнивыми, карающими чертами. Особенно если религиозное переживание было оформлено эсхатологическими сюжетами, то личность высшей силы и ее роль чрезвычайно важны, представляя психологу возможности работы с проекцией (частей личности клиента на высшую сущность, значимых других в иерархические религиозные фигуры).

Приведу несколько примеров: *мужчина 34 лет, живущий весьма замкнуто, после смерти собаки (единственного живого существа, с которым у него были человеческие отношения) развивает острый психоз с переживаниями ничтожности/грандиозности, выраженными уже в терапии в формуле “Где Бог, а где Мойша?”*. Мойша — бедный еврей, у которого есть только собака, он — ничтожное существо. Бог может уничтожить Мойшу в любой момент, ибо Мойша не значит ничего, особенно после смерти собаки, которая его любила, и он был достоин жизни. В реабилитационный период эти переживания связались в сознании клиента с ужасом нищеты (он заработал большую сумму, создав программное обеспечение, но к моменту смерти собаки (стресс) деньги практически кончились). Ко всему прочему присоединилась вина перед родителями за то, что они платят за его квартиру (карающий Бог). Впрочем, к счастью для этого клиента, его статус ни у кого не вызвал сомнений, и он легко получил инвалидность и пенсию. Учитывая весьма скромные запросы, инвалидность была решением проблемы и обеспечила его психическую устойчивость на долгие годы.

*Молодая женщина 30 лет после долгой ремиссии переживает послеродовой психоз, в котором хочет бросить профессию экономиста и получает благословение свыше на исцеление других людей, наложение рук и т.д. (мифологически повторяется путь Мессии: бросить обычную жизнь ради спасения других людей, мотив жертвы)*. В терапевтической работе обнаруживается чрезвычайно сильный страх за жизнь новорожденного младенца, страх не спра-

## **Особенности психологической работы с религиозными переживаниями психотического клиента**

*ваться с ролью матери, обеспечивающей безопасность, и ощущение того, что собственная жизнь принесена в жертву ребенку.*

В приведенных выше примерах психологизация пережитого психотического опыта, связывание его с аспектами реальности, помогала процессу интеграции и ответу на вопрос: **а что со мной было?**

### **Кризис веры**

Выделим и другие аспекты религиозных переживаний психотического клиента, которые приводят к **кризису веры**. В общем и целом, можно сказать, что после психоза возможно диаметрально противоположное развитие религиозного мировоззрения. В одном случае: психоз, болезнь, врачи приводят к Богу, то есть воспринимаются как правильный путь, приведший к спасению. В этом случае человек делает религиозную практику частью своей жизни. В другом, наоборот: означение религиозных переживаний в психозе как психической болезни обесценивает религию, религиозный миф и приводит к кризису веры. Раз пережитое было неправдой, значит, вообще вся религия — неправда. Такие клиенты перестают ходить в церковь, снимают крест и становятся достаточно саркастичны ко всему мистическому и нерациональному.

*Молодой мужчина, после онейроида, в котором происходило воскрешение мертвых и уничтожение людского рода, и он должен был всех спасти, но не спас, переживал очень длительную тяжелую депрессию. В процессе психотерапии, ему удалось сформулировать, что он испытывает кризис веры. Сохраняя с детства наивную веру в милосердие христианского Бога, в любовь и высшую защиту, он полностью ее утратил, получив опыт, в котором высшая сила не проявила к нему и к его семье персонально никакого милосердия. Он нашел новую работу, получил поддержку в близких отношениях, но он не знал, как жить дальше с “таким Богом”. В терапии он признавался, что более не верит в Бога и переживает утрату веры чрезвычайно мучительно. Вместе с верой, он, казалось, утратил радость, познав ту часть реальности, в которой разрушение и смерть неизбежны, а высшие силы равнодушны. Будучи по характеру очень добродушным и жизнерадостным человеком, он полностью утратил беззаботность. Интересным является то, что психологизация никак не помогала справиться ему с кризисом веры. У него не получалось присвоить себе разрушительные влечения и агрессию, хотя на уровне идеи он принял такую возможность. Улучшил ситуацию поиск ответов в восточных религиозных философиях, где этот мужчина обнаружил поддерживающие для своей веры аспекты божественных сущностей и религиозного мифа. В итоге он решил, что ему ближе буддизм, чем христианство и кризис веры был преодолен.*

Таким образом, развитие и концовка истории очень важны для понимания процессов клиента (спас/не спас мир и т.д.), от развязки сюжета многое зависит. Если переживались приятные аспекты грандиозности (величие, значимость, божественное пробуждение, любовное слияние) — есть **риск формирования зависимости** от этих приятных переживаний, и работать с ними надо точно так же как с химической зависимостью. В данном случае зависимостью, организуемой силами самого организма. Тогда риск обострения будет связан с желанием получить еще раз незабываемые ощущения психоза.

**Признание клиентом и психологом влечения и потребности в повторении психотических переживаний, запретного удовольствия от них — составляет основу терапевтического альянса при реабилитации подобных расстройств.**

Если история в психозе закончилась плохо, выявила отвергаемые аспекты личности, некоторый опыт был не завершен, — риск обострения будет связан с попыткой исправить ситуацию, переписать опыт, попробовать еще раз. В связи с этим, стратегия терапевтической работы будет совершенно разная. Принцип **достаточности опыта** — еще один важный концепт реабилитации, работающий во всех случаях, в которых остаются психологические причины, провоцирующие рецидив и описанные выше. Принцип достаточности основан на том, что психотический клиент с помощью психолога формирует законченный нарратив, с которым имеет дело в терапии. Все возможные развития этого нарратива могут быть воплощены не в психозе, а в реальности — в фантазировании, творчестве, жизненных коррелятах, в которых воплощались бы потребности клиента. Осознание реалистических альтернатив в нарративе клиента — необходимый этап интеграции психотического опыта и, в конечном счете, расщепленной личности клиента. Бдительность психолога к моментам, в которых привлекаются психотические защиты и их фрустрация также очень важна.

В завершении темы стоит сказать о необходимости привлечения философской базы для реабилитационного и психотерапевтического процесса, поскольку биopsихосоциальный подход дает много возможностей для понимания комплексных причин расстройств, однако, не удовлетворяет потребности психотического клиента в интеграции психотического опыта и ответе на вопрос — что со мной произошло/ что со мной происходит. Некоторые перспективы научных подходов к многозначности/множественности/многовариантности событий и мира позволяют такому клиенту опираться на собственную реальность, реальность психолога и конвенциональную реальность. Таким образом, отвечая на вопрос клиента, **“а что со мной произошло”**, можно сказать, что произошло одновременно несколько событий. Событий, рассказанных и происходящих на разных языках

## **E. M. Леонтьева**

— языке психиатрии, языке религии, языке психологии и т.д. И задача клиента не выбрать реальность, а совместить. Выбрать невозможно. Любой выбор лишь усиливает расщепление и противоречит потребности психики в интеграции опыта, в связности.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Джеймс, У. Многообразие религиозного опыта. Издание журнала “Русская Мысль”. Москва, 1910, Лекция XVI.
2. Habel, Norman, O'Donoghue, Michael and Maddox, Marion. ‘Religious experience’. In: Myth, ritual and the sacred. Introducing the phenomena of religion // Underdale: University of South Australia, 1993.
3. Бровченко К. Ю. Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями // Религиозность и клиническая психиатрия // ФГБНУ НЦПЗ — Москва, 2017. <http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/conf/Material21042017.pdf>
4. Lukoff D. The diagnosis of Mystical Experiences with Psychotic Features // J. Trans. Psychol. — 1985. — Vol. 17. — P. 155 – 181.
5. Lukoff D., Lu F., Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual problems // J. Nerv. Ment. Dis. — 1992. — fol. 180, № 11. — P. 673 – 682.
6. Пашковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Издательский дом СПБМАПО, 2007. — 144 с.
7. Ясперс К. Введение в философию / К. Ясперс; пер. и ред. А. А. Михайлова. — Минск: Пропилеи, 2000. — 192 с.
8. Личко А. Е. Синдром метафизической интоксикации // Шизофрения у подростков. — Ленинград: Медицина, 1989. — 214 с.
9. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. — 3 Auft. — Berlin: Thieme, 1923. — 420 S.
10. Perry J. W. The far side of madness. Englewood Cliffs. — N. J.: Prentice-Hall, 1974.
11. Каариайнен К., Фурман Д. Е. Религиозность в России в 90-е годы // Старые церкви, новые верующие: религия в массовом сознании постсоветской России / Под ред. К. Каариайнена, Д. Е. Фурмана. — СПб.: Летний Сад, 2000. — С. 7 – 48.
12. Григорий Синаит // Творения. — М.: Новоспасский монастырь, 1999.
13. Леонтьева Е. М. Значение первого опыта госпитализации в психиатрический стационар для последующей реабилитации // Безумие: опыт иного, феноменологический подход. — Москва: Лев, 2017. — 59 – 67 с. <https://istina.msu.ru/publications/article/118635408/>
14. Выготский Л. С. Нарушение понятий при шизофрении / Л. Выготский // Избранные психологические исследования. — М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. — С. 481 – 496.

## **Рекомендуем!**

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

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

## **РЕКОМЕНДУЕМ**

**3-й том Избранных глав  
общей психопатологии и частой психиатрии  
Исаака Михайловича Беккера  
“ШКОЛА МОЛОДОГО ПСИХИАТРА”**

**M., 2017**

## **Тело и психика — взгляд психотерапевта**

### **XXIII Консторумские чтения (окончание<sup>1</sup>)**

2-ое отделение XXIII Консторумских чтений, состоявшихся 22 декабря 2017 г. в Москве, включало в себя 5 докладов, тезисы которых (за исключением доклада Н. Л. Зуйковой) мы здесь приводим, и заключительное слово психиатра, психотерапевта, заместителя председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России.

#### **Подростковое тело, как оно есть (зачем подростки повреждают себя?)**

О. Б. Левковская, врач-психотерапевт ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой; преподаватель кафедры детской и подростковой психиатрии и психотерапии РМАНО

Доклад был посвящен психотерапевтическим аспектам подростковой инициации в русском обществе. Подростковая потребность в отделении от родительской семьи и в переходе в статус взрослого является общепсихологическим феноменом. Она может реализовываться как по нормативному, так и по девиантному пути, в зависимости от сочетания различных обстоятельств и факторов.

Трудно себе представить возможность существенного удлинения переходного возраста до нескольких лет, как это существует в современных экономически развитых странах, 200 – 300 лет назад в русском обществе. Как и в других культурах, чисто человеческая трансформация рассматриваемой адаптивной филогенетической модели компенсировалась тем, что и осуществление некоторых ритуалов официальной церемонии подростковой инициации, и возложение отдельных взрослых функций фрагментарно “разбрасывались” на предшествующий период детства. Таким образом реализовывалась “ступенчатая” трансформация самосознания и социального статуса взрослеющего ребенка. Происходила практическая подготовка его к несению конкретных “взрослых” функций (собирателя, охотника, воина, семьянина), не в ущерб экономическим интересам общины.

С одной стороны, существовала ранняя вовлеченность в трудовую деятельность в крестьянских семьях. С другой стороны, сам труд не был идеализирован. Здесь хорошо подтверждаются идеи А. В. Павловской и Г. Ю. Канарша о том, что в русской культуре “нет святости понятия труда”, “особого трепетного отношения, на грани “труд ради самого труда”, которое, по мнению авторов, свойственно Германии или современной Америке с их замкнуто-углубленной устремленностью к гармонии — порядку. Детский и

подростковый труд в русском народе содержал в себе, в первую очередь, смысл помощи-служения своей семье, а “подростковость” расцвечивала и обогащала его субъективным смыслом, в котором ранняя трудовая деятельность была важна не сама по себе, но достигаемые в ней успехи расширяли возможности подростка, помогали почувствовать себя более умелым, общественно значимым, подготовленным к созданию собственной семьи, “конкурентоспособным” во взрослой жизни. В дворянском сословии самоутверждение подростков происходило в безусловном принятии представлений о “дворянской чести”, позиции мужественного перенесения испытаний, а “воспитание чувств” понималось прежде всего, как воспитание благородства, честности, выносливости, стойкости, самообладания, высшим идеалом считалось служение Отечеству. В этом случае приучение детей в самом широком смысле к “переносливости” испытаний, о чем позже напишет В. М. Бехтерев, с малых лет лежало в основе формирования сословной идеи высокого нравственного общественного служения.

Таким образом, филогенетически древняя подростковая потребность с одной стороны и социальная необходимость с другой — в переходе подростка в статус взрослого — еще 100 с небольшим лет назад на Руси реализовывалась поэтапно, плавно и индивидуально. Начавшись в 4 – 6 лет, посвящение включало в себя как определенные обряды, так и опиралось на семейный и общественный уклад, традиции, неписанный кодекс поведения. К 12 – 15 годам, полностью овладев необходимым для своей социальной группы перечнем умений, подростки переходили в категорию взрослых не только в физическом плане, но и в социальном, были готовы к новым режимам функционирования. При этом, несмотря на видимую разницу между крестьянскими и дворянскими детьми (у последних взросление все же происходило не так стремительно), заметно то общее, что формировало тот или иной образ жизни, а именно — следование определенной традиции. Тесное переплетение субъективно значимых подростковых и общественных смыслов способствовало довольно раннему формированию ценностей, ориентации на свою актуальную и будущую семью, общественные интересы. А это в свою очередь помогало подросткам довольно рано почувствовать себя нужными и востребованными.

Инициация, направляемая специалистом в сотрудничестве с родителями подростка, становится альтернативой стихийной инициации. Это помогает избавить подростков от таких брутальных способов самоутверждения, какими являются в настоящее время рискованное поведение, самоповреждения, упот-

<sup>1</sup> Начало см. в НПЖ, 2018, 1, 58 – 64.

## **XXIII Консторумские чтения**

ребление психоактивных веществ (ПАВ), синдром зависимости от алкоголя и наркотиков; преодолеть инфантильные установки; реализовать свою творческую неповторимую индивидуальность, что делает подростка уважающим себя и принятым социумом. Наряду с другими задачами подростковой психотерапии, психокоррекции и психопрофилактики и с учетом национально-психологических особенностей это предполагает: а) помочь подростку в формировании чувства долга перед семьей и обществом; б) помочь семье в смещении акцентов и приоритетов с исключительно учебной успешности подростков на личностную успешность; в) поддержку в формировании перечня бытовых обязанностей, стимулирование подростка на регулярную помощь семье с выполнением определенного круга хозяйственных действий, с опекой над младшими детьми, домашними питомцами, при одновременном формировании позитивных моделей внутрисемейного поощрения данных форм поведения; г) в неполных семьях, где воспитанием мальчика-подростка занимается мать (бабушка), помочь в формировании позиции единственного (старшего) мужчины в семье, как в аспекте обязанностей, так и привилегий; е) направляющую помощь в выборе и последующем овладении конкретными трудовыми навыками и умениями (приготовление еды, уборка, вязание и т.д.); ж) организующую помощь в раннем профессиональном самоопределении, в особенности для подростков из неблагополучных семей и с интеллектуальными возможностями на границе низкой нормы; и) интересную и значимую форму работы с подростками в ключе Терапии творческим самовыражением (Бурно М. Е.) с особым “проникновенно-творческим погружением в прошлое”, в том числе с изучением национально-психологических и национально-характерологических особенностей подросткового периода в России в минувшем, как обращение к “коренной национальной природной самозащите”.

### **Здоровый дух, болеющий дух, вечный дух**

Г. Н. Иванова, врач-психотерапевт, Центр реабилитации “Волгоград”, г. Волгоград.

Веками длится спор философов: первична материя, или первично сознание, живая материя, тело излучает дух, или дух вселяет жизнь в материальное тело. Точка в этом споре не поставлена, каждый убежден в своей правоте. Что думают просто люди, не учёные, не мыслители? Можно это увидеть на примере пословиц и поговорок, в которых выразилась народная мудрость. Поговорки про тело наполнены заботой, теплом: “В здоровом теле — здоровый дух”, “Своя рубашка ближе к телу”, “Сытое брюхо к науке глухо”. А в крылатых фразах про дух, душу звучит тревожность, грусть: “душа в пятках”, “душа в по-темках”, “ни души”, “пора о душе подумать”, “душа отлетела”. Все, что относится к телу, воспринимается позитивно, все налажено, надежно, разумно. А в

высказываниях о душе больше негатива: одиночество, страх, страдание, ожидание смерти.

За многие годы работы в психотерапии я не видела, чтобы здоровое тело было стимулом для совершенствования. Физическое восстановление в процессе лечения также не вдохновляло зависимых от алкоголя и наркотиков пациентов на отказ от них, переход на здоровый образ жизни, социальную адаптацию. А душа, именно, когда страдает, становится активной, ищет выход из экзистенциального тупика, борется и совершает настоящие подвиги.

Пациентка Мария, 56 лет, пенсионерка, одинока, детей не имеет. Была консультирована по поводу имеющихся нарушений сна. Мария, после травмы головы на производстве, долго лечилась в больнице и в поликлинике, но все равно чувствовала себя плохо, не могла работать крановщицей. В конце концов, бросила работу, жила у бездетной тетки. От безделья Мария пристрастилась к алкоголю, стала своей в компании других пьяниц, тетка ее выгнала из дома. Мария жила на улице, бродяжничала, катилась по наклонной плоскости. Но однажды случился необыкновенный поворот в ее судьбе. Как-то раз закадычные собутыльники сидели, выпивали и слушали транзисторный приемник, найденный на помойке. Мария впервые в своей жизни услышала, как поет Элвис Пресли. С замиранием сердца, с восторгом, со слезами слушала она волшебные звуки, и произошло озарение в душе, открытие нового мира. Трудно поверить, но с этого дня Мария больше не пила, вернулась к тетке, ухаживала за ней, когда она заболела, достойно проводила в последний путь. Даже на поминках обожалась без алкоголя. Мария изучила творчество Элвиса Пресли, знает все песни наизусть, т.к. выучила английский язык. О своем безмерном восхищении она написала его внучке и получила ответ. Мария считает себя счастливым человеком. В данной ситуации терапевтом оказалась сама жизнь.

Второй интересный случай я наблюдала в своей психотерапевтической группе. В ней участвовала пациентка Анна 49 лет. Она не работала, уволилась после гибели единственного сына, находясь в глубокой депрессии. Группа была смешанного типа, преимущественно состояла из постинфарктных и постинсультных больных. На занятиях, посвященных художникам эпохи Возрождения, я спросила, какая музыка звучит в картине Рафаэля “Сикстинская мадонна”. Все единогласно ответили: “Аве Мария”. Я поставила запись, мы смотрели и слушали, а после занятия Анна сказала, что очень удивлена, что ее душа включилась, почувствовала восторг, а ведь была уверена, что умерла навсегда. Анна увлеклась живописью, по вечерам рассматривает репродукции картин близких ей по духу художников. А еще ей помогает православная вера.

Показательны некоторые примеры из наркологической практики. Два студента наркомана с зависимо-

стью от опиатов решили бороться за свое здоровье и будущее, пережив душевное потрясение. Один прочитал “Фауст” Гете по совету психотерапевта, про никся грандиозностью, масштабом борьбы добра и зла, понял главное в жизни. Дальнейшая судьба этого молодого человека благополучна, он закончил медицинский университет, стал наркологом, женился.

Прав был Достоевский, когда говорил, что красота спасет мир, и Баратынский, утверждавший, что “болящий дух врачует песнопенье”.

### **К вопросу психотерапии в пенитенциарных учреждениях**

К. М. Мижерова, психиатр-психотерапевт, член ОППЛ, Москва.

На западе основательно разрабатывается эта тема. У нас ею тоже занялись. Понятно, что в этих учреждениях оказываются люди разных характеров. И возникает вопрос: кто особенно из них нуждается в психотерапии? Или корректно ставить вопрос лишь характерологически? Так кому и как помогать? Тем, у кого есть чувство вины... Создание психотерапевтических групп через работу с аудиторией. Должен производиться отбор в эти группы, и основным критерием отбора должно стать *чувство вины* за содеянное, *настоящая* дефензивность, переживание неполноценности. Следует отметить, что и чувство вины разное, может быть и “чувство вины — без особой вины”, у кого-то слишком малое по сравнению с совершенным преступлением. И не должно быть на поверхности в этих группах “что нас изучают”, не следует говорить прямо “о честной дороге”. Организация тестирования — по методу короткого характерологического опросника М. Е. Бурно (Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). 6 изд. М., 2014. 639 с. Опросник [1, сс. 462 – 466]), живо выявляющего особенности души читателя. Это тестирование лучше проводить в группах не более 10 человек в спокойной обстановке. На этом этапе — выявлять дефензивных людей, на которых и обратить внимание. Следует отметить, что дефензивность может быть и безнравственной, например, чувство неполноценности перед успешным бандитом, “вот бы мне таким быть”. А упомянутый Опросник может невольно выявить, в том числе, хотя бы малое, чувство вины у человека. А это — надежда на то, что здесь может серьёзно помочь Терапия творческим самовыражением (ТТСБ), составной частью которой является творческая библиотерапия (Бурно М. Е. Терапия творчеством и алкоголизм. О предупреждении и лечении алкоголизма творческими занятиями, исходя из особенностей характера. Практическое руководство для врачей, психологов, педагогов, специалистов по социальной работе, социальных работников. М., 2016. 632, с. 2).

Индивидуальные встречи с психологом как правило редкие, и преступники не так часто тянутся к ним.

Остаются психотерапевтические лекции в аудитории, помогающие выбирать книги, созвучные переживаниям заключённых. Русский врач, университетский профессор Иустин Евдокимович Дядьковский, современник Лермонтова, например, полагал, что к лечебным душевным средствам относится и “выбор больному предметов для чтения” (Дядьковский И. Е. Общая терапия, сочинённая для руководства слушателей своих. М., 1836. 124, с. 25). Русский книговед-классик Николай Александрович Рубакин (1862 – 1946) называл “законом Геннекена” открытую французским литератором Эмилем Геннекеном (1858 – 1887) важнейшую закономерность в книжном деле. Существование её и отмеченного выше закона состоит в следующем: “Литературное произведение тем сильнее действует на читателя, чем более читатель сходен устройством души с автором произведения” (Геннекен Э. Опыт построения научной критики (эстопсихология). Пер. с франц. СПб., 1892. 124 с., сс. 36,38; Рубакин Н. А. Библиологическая психология. М., 2006. 800 с., с. 279). То есть. следует осуществлять руководство чтением — библиотерапию по закону Э. Геннекена – Н. А. Рубакина. Политические заключённые в сталинское время часто спасались чтением, если оно было доступно, переписывали в лагерях друг у друга стихи в тетради. В то же время уголовников такого рода помочь увлекала сравнительно редко. Следует помнить, что чтение процесс “обоюдоострый”, и можно усилить “злое” в человеке, чтение лишь “подкрепляет” то, к чему человек склонен. Вспомним, к примеру, рассказ, кстати, бывшего заключённого, О. Генри “Дороги, которые мы выбираем”. Критерием помочь должна быть настоящая дефензивность, иначе возможно подготовить “устойчивого к стрессам бандита”, хорошо подготовить “ко злу”. Помощь должна осуществляться там, где раскаиваются, а это бывает не так часто. Полезна провокация “добрых движений души” в заключенных, подчеркивание общественной нужности их деятельности (что в национально-психологических особенностях россиян). Побуждение заключенных к участию в благотворительных мероприятиях, к “социальному служению”. Дать шанс делать добро, почувствовать “вкус пользы людям”. Надо так и говорить: “Поможем сиротам!”. Нужна профориентация, к чему часто и приводит Терапия творческим самовыражением Бурно. Следует отметить необходимость особой психотерапевтической работы с сотрудниками пенитенциарных учреждений. Следует делать все, что просветляет душу, способствует добру. Хотя помнить, что природа человека берет свое, и надеяться на большие успехи здесь не приходится. Но какие-то люди, благодаря психотерапии в пенитенциарных учреждениях, возможно, выйдут на дорогу добра.

## **XXIII Консторумские чтения**

### **Применение элементов метода ТТСБ в работе медицинских психологов на базе Госпиталя для ветеранов войн**

Г. Т. Грдзелидзе, действительный член ППЛ, медицинский психолог. Госпиталь для ветеранов войн № 3; Е. В. Соколинская, действительный член ППЛ, кандидат психологических наук, медицинский психолог. Госпиталь для ветеранов войн № 3.

В современном научном мире проблема старения и старости (или, как говорят психологи, возраста поздней взрослости) приобретает все большую актуальность. Тенденция к снижению рождаемости на фоне увеличивающейся продолжительности жизни населения, неизбежно ведет к активному движению в сторону “седовласого общества”. Хотелось бы привести интересные данные из введения книги американских исследователей Д. Роу и Р. Кана “Успешное старение” о том, что считается, за последние 4,5 тысячи лет (от Бронзового века до 1900 года), продолжительность жизни увеличилась на 27 лет, а за короткий период с 1900 до 1990 года увеличилась еще, по крайней мере, на столько же. Непрерывный рост числа пожилых людей (старше 65 лет) в структуре общества представляет, возможно, наиболее значительную перемену в течение XX в. Причем, прогнозируется и дальнейшее “поседение” общества в течение XXI в.

Современные пожилые люди имеют ряд важных отличий по сравнению с прежними пожилыми, а именно: более высокий уровень образования, лучший доступ к здравоохранению, большую финансовую обеспеченность и более комфортные бытовые условия. В связи с этим все большее внимание уделяется вопросам касающимся социально-психологической адаптации в позднем возрасте и условиям благополучного старения. Большинство ученых уже достаточно давно отошли от “дефицитарной модели старения” согласно которой считалось, что с возрастом все только угасает, и людей ожидают только потери и постепенное отмирание всех функций.

В современной науке старение рассматривается как продолжающееся развитие человека. Помимо приспособительных механизмов оно включает в себя и способы активного взаимодействия с миром, где наряду с инволюционными процессами, имеют место процессы и факторы противостоящие инволюции.

Для многих современных людей пожилого возраста имеет большое значение не просто прибавить годы к жизни, но и по выражению известного геронтолога И. Давыдовского — жизнь к годам. Хотя, конечно, мы не будем отрицать, что старость по выражению того же ученого, это не болезнь, но она болезненна.

Течение заболеваний в пожилом и старческом возрасте имеет замедленный и замаскированный характер с пониженным порогом чувствительности, нередко затрудняющим диагностику. Кроме того, известно, что для людей позднего возраста характерно наличие полиморбидности, то есть протекания одновременно

нескольких хронических заболеваний. Это вынуждает людей возраста поздней взрослости особое внимание уделять состоянию своего здоровья и в среднем 1 – 2 раза в год находиться на стационарном лечении, что в свою очередь не может не оказываться на их психологическом благополучии. Изменение привычных условий пребывания является своего рода стрессом для людей старшего поколения и требует адаптации и особого подхода в том числе с учетом их возрастных и характерологических особенностей.

Несомненно, психологическое и телесное состояние тесно связаны между собой, особенно у людей почтенного возраста. Например, по опросам ученых выяснилось, что в позднем возрасте люди нередко ставят человеческие качества врача даже выше профессиональных. Так что крылатое выражение “Слово лечит” для многих пожилых пациентов далеко не пустой звук.

Также хотелось бы отметить трудности, возникающие в работе медицинского персонала с таким контингентом пациентов, в результате чего у сотрудников может развиться “синдром эмоционального выгорания”, с истощением эмоциональных ресурсов, которое имеет негативное влияние на их здоровье и качество жизни.

В связи с вышесказанным, хотелось бы особо отметить необходимость наличия в стационарах таких специалистов как медицинские психологи, в чьей помощи нередко нуждаются не только пациенты и их родственники, но также и сами сотрудники лечебных учреждений, и тем самым подчеркнуть тесную связь работы медицинских психологов в условиях стационара с целями и задачами практической медицины.

Мы работаем медицинскими психологами в Московском госпитале для ветеранов войн № 3. Это современная многопрофильная клиника, которая функционирует с 1991 года. В основном, нашими пациентами являются люди, находящиеся в пожилом и старческом возрасте, средний возраст которых составляет примерно 84 года. На консультацию к медицинскому психологу пациенты попадают чаще по назначению лечащего врача, но также могут обратиться и самостоятельно. Основные проблемы, с которыми пациенты обращаются к нам на консультацию, это различные нарушения сна, снижение когнитивных функций, проблемы эмоционального характера (тревожность, вспыльчивость, раздражительность, слезливость и т.д), потеря супруга/ти, взрослых детей, чувство тоски, одиночества, ощущение собственной ненужности, невостребованности, проблемы семейного характера (трудности во взаимоотношениях с родственниками). Также нередко встречаются случаи дезадаптации пребывания в стационаре (конфликты пациентов между собой и с персоналом, отказы от процедур и исследований) и т.д. Кроме того, медицинским психологам иногда приходится беседовать с

родственниками пациентов и активно работать с медперсоналом госпиталя.

В своей работе мы используем различные методы психологической коррекции, но особенно хочется подчеркнуть использование в нашей профессиональной деятельности элементов метода М. Е. Бурно ТТС. Это российский клинико-психотерапевтический метод, работающий в поле терапии духовной культурой в широком смысле, имеющий в своей основе креативный психотерапевтический механизм, но отличающийся от других методов терапии творчеством своим естественно-научным мироощущением. Можно с уверенностью сказать, что наша работа “пропитана” характерологическим подходом, на основе креативного механизма, что проявляется в индивидуальной и групповой работе с пациентами (мы применяем различные методики ТТСБ, например, учим пациентов находить необычное в самых обычных окружающих нас вещах и предметах, ищем то, чему можно порадоваться каждый день, мотивируем на написание мемуаров, объясняем их характерологические особенности с учетом возраста (например, заострение некоторых характерологических черт), объясняем как с этим жить как адаптироваться, показываем что все мы разные и в то же время дополняем друг друга, мотивируем на поиск вдохновения в повседневной жизни, приводим литературные и жизненные примеры того, как люди продолжали полнокровно жить и творить в старости и т.д.). Тем самым пытаемся решать задачи повышения качества жизни людей позднего возраста, особенно переживающих свою неполнценность, в виде тревожности, мнительности, склонности к сомнениям, неуверенности в себе и т.д.

Для работы с сотрудниками разработан и успешно применяется проект по профилактике и реабилитации “синдрома эмоционального выгорания”, в основе которого также находится метод ТТСБ. Так как медицинским работникам приходится по роду своей деятельности сталкиваться с повышенными психоэмоциональными нагрузками и стрессами, у них может развиться состояние характеризующееся истощением эмоциональных ресурсов, которое выражается нарастающим безразличием к своим обязанностям, негативным отношением к пациентам и коллегам по работе, ощущением собственной несостоинности как профессионалов, что в дальнейшем нередко приводит к невротическим и психосоматическим заболеваниям и, конечно же, отражается на их качестве жизни. На занятиях с сотрудниками мы изучаем основные типы характеров, проводим творческие мастерские, лекции по конфликтологии, показываем роль характерологического подхода в успешном разрешении конфликтов, обсуждаем возможности применения в практической работе полученных знаний и т.д. В результате, удается снизить уровень эмоционального выгорания на 1 – 2 степени и добиться довольно стойких результатов, что выражается в измене-

нении отношения к пациентам на более понимающее и позитивное, в повышении уровня эмоциональной наполненности, в том числе, в результате обретения более или менее стойкого чувства творческого вдохновения с опорой на понимание своей характерологической природы, а также в повышении позитивного отношения сотрудников к себе как к профессионалам.

Таким образом, можно сказать, что в результате работы с медицинским персоналом с применением элементов метода ТТСБ удается достичь изменения общего психологического климата в коллективе, общего эмоционального фона, настроенности на работу, что на практике проявляется в значительном снижении жалоб и увеличении положительных отзывов от наших пациентов и как следствие повышении эффективности лечения.

Здесь хотелось бы особенно подчеркнуть тот момент, что мы можем влиять на общее психологическое и соматическое состояние наших пациентов не только через их непосредственную психологическую коррекцию и лекарственную помощь, но и через работу с медперсоналом.

Таким образом, подводя итог нашего выступления хотелось бы отметить, что применение элементов метода ТТСБ в работе медицинских психологов имеет положительный эффект как в работе с пациентами, так и с сотрудниками нашего госпитала.

#### **Завершающее слово Б. А. Воскресенского**

Завершая конференцию, Б. А. Воскресенский обратил особое внимание присутствующих на то, что вся конференция прошла при переполненном зале, что свидетельствует о живейшем интересе психотерапевтического сообщества к проблемам психосоматики.

История и современное место психосоматических теорий в целостном антропологически-психиатрическом мировоззрении были представлены во вступительном слове Президента НПА Ю. С. Савенко, зачитанном исполнительным директором ассоциации Л. Н. Виноградовой. Доклад подчеркнул в качестве основополагающих принципов деятельности психотерапевта целостность человека и “благование перед жизнью” (Альберт Швейцер). Провозглашенный настрой сохранялся на протяжении всей конференции.

Далее Б. А. Воскресенский постарался подчеркнуть наиболее яркие, значимые положения заслушанных докладов. Выступление Аллы Владимировны Александрович “Музыкальные психотерапевтические занятия в рамках ТТС М. Е. Бурно” прозвучало особенно ярко и убедительно благодаря включенным в него музыкальным иллюстрациям-аудиозаписям.

Андрей Аркадьевич Шмилович, как всегда, сочетал широту взгляда с конкретными клиническими суждениями. Он сформулировал четкие критерии ограничения депрессивных расстройств от внешне сходных с ними состояний.

## **XXIII Консторумские чтения**

Далее прозвучал доклад Д. С. Радионова (в соавторстве с автором этих строк) “Витальность как психопатологическая и психотерапевтическая проблема”.

Доклад Людмилы Васильевны Махновской по-особому был ценен тем, что привлек внимание (а кого-то впервые познакомил) с психотерапевтическими (и, наверное, правомерно будет сказать, и психиатрическими) аспектами служения Митрополита Сурожского Антония. Его опыт этого плана, запечатленный в неисчислимом количестве текстов, — учебное пособие для специалистов, лечебник для пациентов.

В выступлении Кирилла Евгеньевича Горелова “К проблеме целостности психотерапевтических, реабилитационных усилий” отчетливо, с конкретными примерами-ситуациями прозвучала мысль об индивидуализации психотерапевтических подходов к каждому пациенту в условиях диспансерной работы. Практическую значимость представленного опыта подтверждает множество последовавших за докладом вопросов — слушатели живо расспрашивали о катамнезах представленных наблюдений.

В неформальном общении во время перерыва на чай участники, докладчики, и слушатели — продолжили обмен мнениями, поисками, находками.

Второе отделение открыло доклад Ольги Борисовны Левковской “Подростковое тело как оно есть (зачем подростки повреждают себя?)”. Через культурно-исторический взгляд на проблему докладчице удалось представить многообразие проявлений аутоагgressии, прогностические оценки, разграничить универсальное—общепсихопатологическое, архетипическое и личностное в расстройствах этого ряда.

Галина Николаевна Иванова на основе своей клинической практики показала, что телесные и психическое процессы у одного и того же больного могут “продвигаться в разных направлениях”. С одной стороны человек духовно-душевно-телесно целостен, с

другой каждый компонент трихотомии живет своей жизнью. И это необходимо учитывать в лечебно-диагностическом процессе.

Интересно было услышать доклад Ксении Марковны Мижеровой о психотерапии в пенитенциарных учреждениях и наработках, применяемых в таких специфических ситуациях. Доклад вызвал острую дискуссию о пределах милосердия (точнее говоря, лечебной помощи) по отношению к лицам, преступившим закон.

Живой практический интерес (организационные вопросы — возможность проведения занятий в современных экономических условиях, заинтересованность участников групп, показатели эффективности) вызвал доклад Елены Владимировны Соколинской и Георгия Тамазовича Грдзелидзе “Применение элементов метода ТТСБ в работе медицинских психологов на базе Госпиталя для ветеранов войны”.

Заключая научную часть конференции, Б. А. Воскресенский и Л. В. Махновская отметили высокий научный уровень прозвучавших сообщений, их практическую значимость, дружескую и творческую атмосферу их обсуждения. Все присутствующие искренне, горячо пожелали выздоровления основателю и бессменному председателю Чтений профессору Марку Евгеньевичу Бурно.

Третье отделение конференции — традиционный (и, наверное, уместно будет сказать — обязательный) полторачасовой концерт силами участников психотерапевтического реалистического театра-сообщества, организованного также М. Е. Бурно, а ныне возглавляемого Ингой Юрьевной Калмыковой. Она вела представление очень по-доброму, спокойно и четко. Было незаметно, что исполнители имеют какие-то “проблемы”, но всем было очевидно, что они духовно свободные — в высшем смысле этого слова — люди. Это и есть клиническая реалистическая психотерапия, психотерапия в действии.

# ОБСУЖДЕНИЯ, ПОЛЕМИКА

---

## Модели классификации психологических проблем

С. С. Худоян<sup>1</sup> (Ереван, Армения)

В статье обосновывается необходимость создания классификационной системы психологических проблем. Представляются существующие классификации психологических проблем в разных психотерапевтических направлениях. В общих чертах представляются психодинамические диагностические системы — “Операционализированная психодинамическая диагностика” и “Психодинамическое диагностическое руководство”, а также экзистенциальные и когнитивные психологические проблемы. Предлагается три модели классификации психологических проблем: 1) классификация психологических проблем на основе их формальных характеристик; 2) классификация психологических проблем личности (для практической психологии в целом); 3) отраслевая классификация психологических проблем.

**Ключевые слова:** психологическая проблема, модели классификации, классификация проблем личности, формальная классификация проблем, отраслевая классификация проблем.

Во всех сферах и отраслях психологии, где осуществляются практические психологические работы, специалист сталкивается со специфическими психологическими проблемами, для которых нет общепринятых классификационных и диагностических систем (таких как DSM или ICD в психиатрии). Каждый специалист, на основе собственных знаний, опыта и научно-практической ориентации сам определяет проблему клиента. В результате, как при практической работе, так и при обучении специалистов, процесс ориентации в психологических проблемах получает субъективный, интуитивный, а если специалист строго следует какому-то определенному теоретическому или практическому направлению, то и односторонний характер.

В разных отраслях современной практической психологии можно встретить многочисленные описания психологических проблем, однако классификационно-диагностические системы не разработаны. Единственная сфера, где можно найти классификационные схемы психологических проблем это клиническая психология. Здесь не разработана общая классификационная система психологических проблем, однако отдельные психотерапевтические системы, в частности психодинамическая, экзистенциальная, когнитивная и другие, очертили круг специфических психологических проблем, в которых психопатология не акцентируется. При этом многие из этих проблем были выявлены и описаны именно в данных сис-

темах (в результате чего представители одного направления могут и не знать о психологических проблемах, выявленных в других терапевтических системах), следовательно, эти классификации можно рассматривать как отдельные группы проблем и в общей классификационной системе психологических проблем личности представить как психологические проблемы психотерапевтических систем. Лучше всего изучены психоаналитические (психодинамические) психологические проблемы. На их основе разработаны диагностические системы — операционализированная психодинамическая диагностика (ОПД) и “Психодинамическое диагностическое руководство” (ПДР) [4; 12].

Попытаемся в общих чертах представить эти системы. Они, согласно авторам этих проектов, дополняют и расширяют психиатрические диагностические системы DSM и ICD, основаны на концепциях психоанализа и эго-психологии и предназначены для психодинамически ориентированных психотерапевтов (хотя могут быть использованы и представителями других школ [12]). Классы психологических проблем в этих системах выделены не на основе структур психики или личности, а важных для психодинамического подхода аспектов диагностики и терапии. Так, в РМД выделены следующие диагностические оси: 1) Р ось — паттерны и расстройства личности (представлены расстройства личности, такие как шизоидное, параноидное, нарциссическое и др.); 2) М ось — психическое функционирование (представлены психические способности личности, такие как регуляция, внимание, учение, качество внутренних переживаний и т.д.); 3) S ось — проявление симптомов и проблем (представлены субъективные переживания симпто-

<sup>1</sup> Доктор психол. наук, зав. кафедрой прикладной психологии Армянского государственного педагогического университета имени Х. Абояна.

мов психических расстройств) [10]. В ОПД представлены следующие диагностические оси или шкалы: 1) субъективное переживание болезни пациентом и предпосылки лечения (диагностируются мотивация пациента и показания к психодинамической терапии); 2) ось отношений (диагностируются перенос пациента, контрперенос терапевта и другие отношения пациента с его микросредой; 3) ось конфликта (диагностируются семь типов психических конфликтов, таких как зависимость против автономии, конфликты самооценки, Эдипов комплекс и т.д.); 4) ось структуры (определяются уровни развития структуры личности); 5) синдромальная ось (представляет диагностические категории DSM и ICD) [4; 8].

Психологическая проблема, как феномен в рамках нормы, в этих системах не концептуализируется, не анализируются ее сущность и характеристики. Конкретные категории психологических проблем не выделяются (наверное, исключением является ось конфликта в ОПД, где некоторые конфликты, например, эдипально — сексуальные конфликты или конфликты Сверх-Я, самооценки можно рассматривать как категории психологических проблем) и не представляются симптомами их диагностики, т.е. это не категориальные классификации. В этих системах представлены психические расстройства (например, расстройства личности или расстройства детского и подросткового возраста в PDM) и психологические феномены, например, так называемые способности, которые оцениваются от нормального функционирования до патологии [11, с. 63], т.е. применяется так называемый измеряющий подход к классификации. Например, в ОПД, в оси 4 — “Структура”, измеряется интегрированность структуры личности. Выделяются хорошо (автономная личность, психические структуры которой хорошо дифференцированы, а конфликты разрешаются), средне (саморегуляция менее развита, а психические структуры менее дифференцированы), низко (психическая система и структуры личности слабо развиты) интегрированные и дезинтегрированные (психические структуры фрагментированы, имеются психотические проявления) структуры [8, с. 212].

В современной психиатрии и клинической психологии категориальные (DSM, ICD) и измеряющие (PMD, OPD, ICF) классификации психических расстройств часто противопоставляются [7; 12; 13], оцениваются положительные и отрицательные стороны этих подходов. Т. Браун и Д. Барлоу оптимальным решением этой проблемы, считают сохранение существующих диагностических категорий, однако предлагают определить уровни проявления этих категорий [7, с. 552]. Фактически, представленные выше диагностические системы предлагают именно такое решение, однако в рамках психодинамического подхода.

Что касается классификационной системы не патологических психологических проблем, то на наш

взгляд, на современном этапе практическая психология нуждается в категориальном подходе, более того измеряющая классификация в данном случае возможна и целесообразна только после построения категориальной классификации.

Следующее направление, где четко выделена собственная система психологических проблем, это экзистенциальная психотерапия. Согласно Н. В. Гришиной, экзистенциальные проблемы “... происходят из столкновения, “конfrontации”... человека с проблемами бытия. Принципиальное отличие экзистенциальных проблем от других психологических проблем человека состоит в том, что они не требуют “устранения”, напротив, “проживание” экзистенциальных проблем — это и есть жизнь” [3, с. 112]. Б. Якобсен представляет экзистенциальные проблемы в форме следующих дилемм: 1) счастье против страдания; 2) любовь против изолированности; 3) несчастье против успешности; 4) страх смерти против вовлеченности в жизнь; 5) свободный выбор против обязательства жизненной реальности; 6) смысл жизни против бессмыслицы [цит. по 3, с. 114]. В качестве экзистенциальных проблем выделяются также экзистенциальную вину и стыд [9].

Когнитивная психотерапия также четко сформировала свой круг психологических проблем. Здесь в качестве психологических проблем представляются неадаптивные когнции — иррациональные убеждения (“несчастья человека обусловлены внешними причинами... прошлое человека полностью определяет его настоящее поведение... всегда есть правильное, точное и совершенное решение проблемы...” [6, с. 252 – 253]), когнитивные и метакогнитивные процессы (негативные автоматические мысли и образные представления [2], умственная жвачка, неконтролируемость, фиксация на опасностях [15]), установки (беспомощность, неприятие, установка все или ничего, чтение мыслей и т.п. [2, с. 204]), стратегии мышления (генерализации, переоценивания и недооценивания, персонализации, дихотомическое мышление, произвольные умозаключения [2, с. 21]). В когнитивной терапии разработаны специальные опросники, диагностирующие когнитивные проблемы личности (например, методика диагностики иррациональных убеждений А. Эллиса или шкала дисфункциональных установок (attitudes) А. Бека и др.).

Кроме клинической психологии, существуют многочисленные проблемы и в других сферах психологической практики, которые очень мало изучены и не систематизированы (например, в отраслях социальной, военной, педагогической, юридической психологии и т.п.). Эти проблемы, можно представить в группе отраслевых психологических проблем и изучать, и классифицировать в рамках соответствующих отраслей психологической практики. В качестве примера представим некоторые категории психологических проблем разных отраслей психологии: а/ педагог-

гическая психология — проблемы связанные с конфликтами ученик-учитель (ученик-ученик, учитель-родитель и т.п.), отчуждением ученика в классе, усвоением знаний и другие; б/ социальная психология — психологические проблемы семьи, межгрупповых взаимоотношений, психологические проблемы этноса; в/ военная психология — психологические проблемы, связанные с боевым духом в армии, с девствиной, межличностными взаимоотношениями военных, боевым стрессом и другие.

Нами была предложена модель классификации психологических проблем по форме и содержанию [5]. С точки зрения формы мы выделили следующие виды психологических проблем: 1) осознанные, плохо осознанные и неосознанные; 2) причинные (отражающие причины других проблем) и следственные (являются следствием других проблем, например, тревога может быть следствием внутри-личностного конфликта); 3) внешние (например, отрицательные эмоции) и глубинные (например, внутри-личностные конфликты); 4) принятые и не принятые пациентом проблемы; 5) сложные и простые проблемы; 6) явные и скрытые проблемы; 7) реальные и вымышленные проблемы; 8) проблемы, которые представляет пациент и проблемы, которые приписываются пациенту родственники или специалисты; 9) разрешимые и неразрешимые проблемы; 10) по значимости для субъекта можно выделить актуальные и неактуальные, основные и второстепенные психологические проблемы; 11) по времененным характеристикам и остроте можно различить старые (например, старые обиды) и новые, хронические (проблемы с которыми человек живет долгое время) и острые и т.п.

Практическая психология наиболее остро нуждается в классификации психологических проблем личности на основе их содержания, в выделении, группировке и описании категорий проблем разных подструктур личности (категориальная классификация психологических проблем личности). Именно на этой классификации, на наш взгляд, должна быть построена диагностическая система психологических проблем. Для классификации психологических проблем мы выделили следующие сферы их проявления: 1) психическая сфера личности; 2) биологическая подструктура личности; 3) социальная подструктура личности (система взаимоотношений личность-среда); 4) развитие личности, ее жизненный путь, настоящее и будущее. В этой классификационной модели, на наш взгляд, целесообразно в отдельной группе представить также психологические проблемы разных психотерапевтических направлений (психоаналитические, экзистенциальные, когнитивные, бихевиоральные проблемы и др.).

Ниже схематически представим основные группы психологических проблем в выделенных сферах личности. При этом хотим отметить, что как выделенные сферы, так и группы психологических проблем,

включенных в эти сферы, относительны, мы представляем лишь модель, а не классификационную систему.

### Проблемы, связанные с психической подсистемой личности

1. Проблемы системы Я — проблемы, связанные с самосознанием, идентичностью, Я — концепцией, отношением к себе, с чувством Я, с целостностью Я (неадекватная Я — концепция, нарциссизм, комплекс неполноценности, проблемы половой, профессиональной идентичности и т.п.). Проблемы, связанные с подструктурами Я (например, слабое это, сильное суперэго или ид, внутри-личностные конфликты). Проблемы с защитными механизмами личности (неадекватные, незрелые защитные механизмы и т.п.). Проблемы, связанные с самоанализом и рефлексией, с осознанием и вербализацией собственных переживаний и т.п.

2. Проблемы с осознанием и критической оценкой действительности (проблемы с пониманием и адекватной оценкой ситуации, сверхдоверчивость, наивность и т.п.).

3. Проблемы, связанные с потребностно-мотивационной сферой личности, — потеря смысла жизни, снижение мотивации, узкий круг интересов, неадекватные потребности, фрустрированность потребностей, неадекватные формы удовлетворения потребностей и т.п.

4. Проблемы, связанные с волевой сферой личности, — слабовольность, проблемы с самоконтролем, импульсивность, неразвитость волевых качеств личности и т.д.

5. Проблемы, связанные с эмоциональной сферой, — повышенная тревожность, апатия, агрессивность, депрессия, неадекватные эмоции, сверхэмоциональность, эмоциональная незрелость, эмоциональная ходячность и т.п.

6. Проблемы, связанные с когнитивной сферой личности, — проблемы, связанные с ощущениями (например, дискомфорт, связанный с плохим зрением, слухом и др.). Проблемы, связанные с восприятием (например, проблемы с восприятием времени, пространства, речи и др.). Проблемы, связанные со вниманием (например, рассеянность, проблемы с концентрацией, устойчивостью, переключаемостью внимания и т.п.). Проблемы, связанные с памятью (например, стрессогенная амнезия, трудности запоминания, узнавания лиц и т.п.). Проблемы, связанные с мышлением и интеллектом (например, проблемы с осмыслением, иррациональные убеждения, низкий уровень интеллекта и т.д.)? В эту категорию, на наш взгляд, можно включить также такие проблемы, как когнитивный диссонанс, дефицит информации, информационный стресс, проблемы связанные с мироизменением и т.п.

## **С. С. Худоян**

7. Проблемы, связанные с речью, — проблемы, связанные с заиканием, со связанностью речи, задержкой речевого развития, дислексия, дисграфия и т.п.

8. Проблемы, связанные с половой сферой личности, — фригидность, слабая потенция, отсутствие сексуального удовлетворения, проблемы связанные с сексуальной ориентацией и т.п.

9. Поведенческие проблемы — зависимости, импульсивное, иррациональное, неадекватное поведение, энурез, тикозные расстройства, гиперактивность, агрессивное поведение, лживость, нарушения сна, проблемы, связанные с пищевым поведением и т.п.

10. Проблемы, связанные с темпераментом и характером, — акцентуации характера, социопатии, отрицательные черты характера и т.д.

11. Проблемы, связанные с восприятием, реакциями на стресс и копингом, — неадекватные копинг-стратегии и реакции на стресс, посттравматические стрессовые расстройства, снижение стрессоустойчивости и т.п.

12. Проблемы духовно-нравственной и религиозной сфер личности — чувство вины, моральное падение, моральный конфликт, духовный кризис, ценностный конфликт, фанатизм, проблемы, связанные с сектами и др.

### **Психологические проблемы, связанные с биологической подсистемой личности**

1. Психологические проблемы, связанные с соматическими заболеваниями (например, страх смерти при инфаркте миокарда, депрессии раковых больных, эмоциональные проблемы при гормональных расстройствах т.п.).

2. Психологические проблемы, связанные с нормативными стрессогенными биологическими процессами (менструация, роды, климакс и т.п.).

3. Психологические проблемы, способствующие возникновению соматических болезней (например, алекситимия, чувство вины, отрицательные внушения и т.п.).

4. Соматизированные психологические проблемы (например, соматизированная депрессия, конверсионные расстройства).

5. Психологические проблемы, связанные с косметическими операциями, с пересадками органов, хирургическими изменениями внешности.

6. Психологические проблемы, связанные с телесными травмами и деформациями, отравлениями мозга и др.

### **Психологические проблемы социальной подструктурой личности**

1. Психологические проблемы, связанные с межличностными отношениями (межличностные конфликты, соперничество, взаимная неприязнь, любовь

ные проблемы, охлаждение отношений, специфические проблемы, обусловленные прерыванием межличностных отношений, например, смерть близких людей, расставание пар, проблемы, связанные с взаимоотношениями противоположных полов, друзей, родственников, соседей и т.п.).

2. Психологические проблемы отдельных сфер жизнедеятельности личности (семейные, трудовые, учебные психологические проблемы, специфические проблемы, связанные с отдельными специальностями, например, проблемы в спорте, в дипломатии, в полиции и т.п.).

3. Трансгенерационные проблемы (идентификации с родственниками, затрудняющие жизнь личности, синдром годовщины и др.).

4. Психологические проблемы, связанные с жизненным пространством личности, — проблемы, обусловленные отсутствием жилья, плохими жилищными условиями. Психологические проблемы, связанные с физическим воздействием среды (жара, холод, радиация, нехватка кислорода и др.).

### **Психологические проблемы, связанные с развитием личности, с ее жизненным путем, настоящим и будущим**

1. Проблемы, связанные с отклонениями нормативного психического и социального развития (недоразвитие или задержка развития когнитивных функций, эмоциональная незрелость, трудности социализации и т.п.).

2. Проблемы, связанные с нормативными инволюционными процессами (проблемы, связанные с нормативными изменениями внешности, снижением половой активности и т.п.).

3. Проблемы, связанные с ненормативным развитием личности (проблемы, возникающие в процессе личностного роста, деградация личности и т.п.).

4. Нормативные и ненормативные кризисы развития личности, кризисы, связанные с нормативными жизненными событиями (рождение ребенка в семье, выход на пенсию, смерть родителей и т.п.).

5. Проблемы, связанные с решением возрастных задач развития (например, с усвоением речи, ходьбы, с усвоением полоролевого поведения и т.п.).

6. Проблемы, связанные с профессиональной ориентацией, карьерой, профессиональным развитием и т.п.

7. Специфические проблемы отдельных возрастных периодов (подростковые проблемы, проблемы позднего возраста и т.п.) и др.

Мы попытались представить наш подход к категориальной классификации психологических проблем личности. При этом категориальная классификация основывается на симптоматическом подходе, т.е. каждая категория описывается комплексом симптомов, следовательно, каждая категория психологических

проблем должна представляться в классификационной системе с ее основными признаками, симптомами проявления. Отметим также, что в практической работе специалист обычно сталкивается не с одной изолированной психологической проблемой, а с системой взаимосвязанных, взаимообусловленных проблем, и эффективность работы во многом зависит от системного подхода к решению проблематики, а не отдельной проблемы личности. В связи с этим, мы считаем важным внедрение в практическую психологию такого понятия, как “психологическая проблематика личности” или “система психологических проблем личности”. Как и любая система, психологическая проблематика тоже имеет иерархическую структуру, состоит из центральной, исходной и производных, или же актуальной и второстепенных проблем. Изучить проблематику личности, значит систематизировать, составить иерархию (например, причинно-следственную) психологических проблем. Предложенную модель классификации психологических проблем личности, на наш взгляд, можно представить как общую для практической психологии в целом (как общая психология для психологической науки), которую можно применять в разных сферах практической практики, в первую очередь в консультативной и клинической психологии. Основываясь на этой модели, разные отрасли практической психологии могут разрабатывать собственные, отраслевые системы классификации психологических проблем.

Завершая эту статью, хотим отметить, что мы пытались лишь поднять проблему классификации психологических проблем и представить модели ее решения, а создание классификационной системы возможно лишь на коллективной основе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бек, Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. — М.: ООО “И. Д. Вильямс”, 2006. — 400 с.

2. Бек, А., Раши, А., Шо, Б., Эмери, Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
3. Гришина, Н. В. Экзистенциальные проблемы человека как жизненный вызов // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12. 2011. Вып. 4. С. 109 – 116.
4. Операционализированная Психодинамическая Диагностика (ОПД)-2. Руководство по диагностике и планированию терапии. — М.: Академический проект; Культура, 2011, 454 с.
5. Худоян, С. С. Психологическая проблема: сущность, характеристики, виды // Журнал практической психологии и психоанализа, 2017, № 2. <http://psyjournal.ru/articles/psihologicheskaya-problema-sushchnost-harakteristiki-vidy>.
6. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / Пер. с англ. — СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 272 с.
7. Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. Journal of Abnormal Psychology, 114(4), pp. 551 – 556.
8. Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., and Stasch, M. (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. Psychopathology 40, pp. 209 – 220.
9. Feuerstein, G. (2003). Sacred Sexuality: The Erotic Spirit in the World’s Great Religions. Rochester, VT: Inner Traditions Bear and Company.
10. Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psycho-diagnostic Chart. Bulletin of the Menninger Clinic, 78(1), pp. 1 – 15.
11. Huprich, S. K., McWilliams, N., Lingiardi, V., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. Psychoanalytic Inquiry, 35, pp. 60 – 73.
12. Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., and Gordon, R. M. (2015) The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing Patients for Improved Clinical Practice and Research, Psychoanalytic Psychology, 32(1), 94 – 115.
13. Linden, M. (2017) Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). Behavioral Sciences and the Law, 35(2), pp. 124 – 134.
14. Psychodynamic Diagnostic Manual Second Edition Pdm-2. Lingiardi V., McWilliams N. (Editors) New York: Guilford Press, 2017.
15. Wells, A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Guilford Press: New York. 2009.

# ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

---

## На самом деле это происходит с нами<sup>1</sup>

150 тысяч наших сограждан, мирных и честных людей, поставлены сегодня вне закона. В любой момент каждый из них может быть арестован и приговорен к лишению свободы. Эти люди не убивали, не насиловали, не воровали и не изуверствовали. Они, как и более 8 миллионов их собратьев в мире, изучают и проповедуют Библию, и стараются жить по ней. Теперь их бросают в тюрьмы. Вина их в том, что они — Свидетели Иеговы.

Каждый из них может стать сегодня политическим заключенным.

\* \* \* \* \*

Более года назад, 20 апреля 2017 года, на религиозной свободе в России поставлен крест — Верховный Суд РФ признал все 396 организаций Свидетелей Иеговы экстремистскими и запретил их деятельность за то, что в своих изданиях Свидетели ставили свою религию выше других. В истории о том, как человек нашел у Свидетелей Иеговы ответы на вопросы, которые не мог разрешить католический священник, суды усмотрели пропаганду религиозного превосходства, — вот и весь экстремизм. Такой “экстремизм”, и куда более брутальный, может быть найден в вероучительных, богослужебных и прочих текстах большинства конфессий. Если подходить к религиозным писаниям с тем же мерилом, запрещать придется все религии.

\* \* \* \* \*

Далее заработал механизм, бессмысленный и бездушный. Органы правопорядка, устраивая облавы и задержания, и суды, санкционируя обыски в домах Свидетелей и заключая их под стражу, ссылаются на решение Верховного Суда о безоговорочном запрете деятельности этой религиозной организации. Верховный Суд, запрещая Свидетелей, ссылался на решения районных судов о признании текстов экстремистскими. Районные суды ссылались на заключения экспертов. Работающие на ФСБ и центры “Э” эксперты способны обнаружить “признаки экстремизма” даже в рецепте борща. В итоге круговая безответственность власти привела к полицейской операции, развернутой от Калининграда до Камчатки против ни в чем не винных законопослушных граждан. Эта спецопера-

ция проводится, по сути, на основании нескольких заочных экспертиз.

Логика проста: если Свидетели Иеговы экстремисты, они должны сидеть. Участие в деятельности экстремистской организации наказуемо до 6 лет лишения свободы, а “организация деятельности экстремистской организации” — до 10 лет. На 15 июня 2018 года судами заключены под стражу 20 Свидетелей. Это — позор российского правосудия.

По всему миру Свидетели Иеговы исповедуют свою религию открыто и свободно. Запрещены они в Китае, Северной Корее, Таджикистане, Туркменистане, Саудовской Аравии, Иране, Ираке, и теперь — в России. Нашу страну в этот список включил, по сути, ее Верховный суд, и это еще больший позор для страны, входящей в Совет Европы.

\* \* \* \* \*

Свидетели Иеговы не раз подтверждали силу своей веры и при худших испытаниях в нацистских и советских лагерях. Они были запрещены в гитлеровской Германии и в СССР. Достаточно напомнить о массовом переселении последователей этой религии в 1951 году, когда за два дня тысячи семей были лишены жилища и имущества, погружены в товарные вагоны и вывезены в Сибирь и Казахстан. И были полностью восстановлены в правах сразу после падения тоталитарных режимов. По действующему Закону РФ “О реабилитации жертв политических репрессий” Свидетели Иеговы признаны “жертвами произвола тоталитарного государства”. Одна из основ вероучения Свидетелей Иеговы — непротивление злу насилием. Хотя формально Верховный суд запретил Свидетелей Иеговы не за антимилитаризм (ведь право на отказ от военной службы, в том числе по религиозным убеждениям, закреплено в Конституции), одна из основных причин гонений на Свидетелей Иеговы — их абсолютный пацифизм, категорическое неучастие в насилии.

Этой конфессии действительно нечего предъявить, раз уж не нашлось ничего хуже, чем недоброжелательные отзывы о священниках. В СССР эту “особо опасную антисоветскую секту” обвиняли в отказе от службы в армии, от участия в выборах, вступления в профсоюзы и подписания петиций “в защиту мира”. Но сегодня Свидетели проходят вместо действительной военной альтернативной гражданской службу, а прочее оказывается делом добровольным. Устарело и

<sup>1</sup> <https://civitas.ru/na-samom-dele-eto-proishodit-s-nami/>, опубликовано 19.06.2018.

обвинение в отказе от переливания крови, особенно когда отказ относится к ребенку: ведущий российский гематолог академик А. И. Воробьев поддержал позицию Свидетелей о применении кровезаменителей вместо донорской крови.

Сегодня страх перед “тоталитарной сектой Свидетелей Иеговы” создают прямым подлогом и передергиванием, например, составляя черный список “плохих религий” с общим списком их преступлений, так что Свидетелям Иеговы приходится отвечать за чужие прегрешения, действительные или мнимые.

\* \* \* \*

Происходящее с ними, по сути, происходит с нами: это проверка иммунных сил общества. Преследования Свидетелей Иеговы показывают несостоятельность антиэкстремистского законодательства вообще. Если общество не защитит Свидетелей Иеговы, если они не будут восстановлены в правах, это будет означать, что экстремистом может быть объявлен каждый.

Список содержащихся под стражей обвиняемых по статье 282.2 УК, фактически привлеченных к ответственности за исповедание религии Свидетелей Иеговы (по состоянию на 19 июня 2018 года):

1. Деннис Кристенсен (Орловская обл.) ПЦ “Мемориал” признан политзаключенным
2. Анатолий Вилиткевич (Башкирия) ПЦ “Мемориал” признан политзаключенным
3. Роман Маркин (Мурманская обл.)
4. Виктор Трофимов (Мурманская обл.)
5. Валентин Осадчук (Приморский кр.)
6. Владимир Кочнев (Оренбургская обл.).
7. Александр Суворов (Оренбургская обл.).
8. Дмитрий Михайлов (Ивановская обл.)
9. Ильхам Каримов (Татарстан)
10. Владимир Мякушин (Татарстан)
11. Константин Матрашов (Татарстан)
12. Айдар Юльметьев (Татарстан)
13. Иван Пуйда (Хабаровский кр.)
14. Константин Петров (Магаданская обл.)
15. Евгений Зяблов (Магаданская обл.)
16. Сергей Еркин (Магаданская обл.)
17. Сергей Климов (Томская обл.)
18. Сергей Скрынников (Орловская обл.)
19. Неизвестный верующий (Татарстан)
20. Неизвестный верующий (Татарстан)
21. Константин Баженов (Саратовская область)

22. Алексей Буденчук (Саратовская область)
23. Феликс Махаммадиев (Саратовская область)

**Мы призываем и требуем:**

прекратить преследование Свидетелей Иеговы за их вероисповедание;

незамедлительно освободить из-под стражи Свидетелей Иеговы, обвиняемых по статье 282.2 УК РФ (организация деятельности экстремистской организации или участие в ней), фактически же — за исповедание своей религии;

отменить, используя имеющиеся процессуальные возможности, решение Верховного суда от 20 апреля 2017 года о ликвидации и запрете деятельности организаций Свидетелей Иеговы.

*Людмила Алексеева, председатель Московской Хельсинкской группы; Борис Альтшулер, физик и правозащитник, член Московской Хельсинкской группы; Валерий Борщев, член Московской Хельсинкской группы; Александр Верховский, член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека, директор Информационно-аналитического центра “Сова”; Светлана Ганнушикина, Комитет “Гражданское действие”, член Правления “Мемориала”; Валентин Гефтер, Институт прав человека; Александр Даниэль, историк, “Мемориал”; Юрий Джигладзе, Центр развития демократии и прав человека; Сергей Кривенко, член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека; Лев Левинсон, Институт прав человека; Сергей Лукашевский, директор Сахаровского центра; Олег Орлов, член Совета правозащитного центра “Мемориал”; Ян Рачинский, председатель правления Международного общества “Мемориал”; Лев Пономарев, исполнительный директор Общероссийского движения “За права человека”; Юрий Савенко, президент Независимой психиатрической ассоциации России; Наталья Таубина, директор Фонда “Общественный вердикт”; Александр Черкасов, председатель Совета правозащитного центра “Мемориал”; Павел Чиков, Международная правозащитная группа Агора; Герман Алёткин, председатель РПОО родителей призывников Татарстана “За сыновей”; Дмитрий Алешиковский, медиа-менеджер, филантроп, журналист; и др.*

## О ситуации с Рособрнадзором

Публикуем заявление российских ученых от 27 июля 2018 года о ситуации с Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки.

Мы, члены и профессора РАН и члены Клуба “1 июля”, с большим беспокойством и недоумением следим за подготовкой постановления правительства РФ о расширении сферы ответственности Рособрнадзора, в том числе и на научные институты РАН. Это решение в корне противоречит закрепленной в федеральном законодательстве функции РАН как верховного экспертного органа страны в области науки.

К тому же результаты деятельности Рособрнадзора свидетельствуют об отсутствии у него компетенции, необходимой для оценки научных и образовательных организаций высокого уровня. Работа образовательных организаций оценивается им на основе искусственных, чисто бюрократических показателей, не имеющих никакого отношения к реальной научной и образовательной работе.

Кроме того, Рособрнадзор получает эту чрезвычайно ответственную работу людям, не только не имеющим никакого авторитета в научном сообществе и ничем не доказавшим своей компетенции, но и уличенным в грубейших нарушениях научной этики, в частности в защите диссертаций, имеющих множественные некорректные заимствования, и в участии в защите таких диссертаций. Речь идет о людях, которых и близко нельзя подпускать к сфере науки и образования, а поручать им решать судьбу высших учебных заведений — верх абсурда и некомпетентности.

Такая деятельность Рособрнадзора уже привела к тяжелым последствиям, поставив под удар лучшие гуманитарные вузы страны. Недавно было принято решение об отзыве государственной аккредитации у Московской школы социально-экономических наук. Характер предъявленных ей претензий, как и состав экспертов, готовивших это решение, — очередное проявление указанных выше особенностей деятельности Рособрнадзора.

Учитывая, что годом ранее, опять-таки по формальным и надуманным причинам, тем же ведомством была, по сути, прекращена деятельность еще одного авторитетного в научном сообществе вуза — Европейского университета в Санкт-Петербурге, — деятельность Рособрнадзора становится всё более похожа на целенаправленное уничтожение лидеров современного высшего образования в России.

Передача в ведение Рособрнадзора еще и научных учреждений приведет к катастрофическим последст-

виям. Можно только догадываться, сколь разрушительной для отечественной науки может оказаться деятельность “экспертов”, полагающих, что английский язык не нужен менеджерам, а ведущий мировой специалист по римскому праву не вправе руководить юридическим факультетом.

Мы твердо убеждены, что решения, принятые Рособрнадзором за последнее время, требуют не наделения его новыми функциями, а напротив, тщательного анализа качества его работы независимыми экспертными органами. Они должны не только оценить обоснованность этих решений, но и высказать свое суждение в принципе о целесообразности существования данного ведомства. С нашей точки зрения, Российская академия наук, безусловно, могла бы выступить в качестве одного из инициаторов и организаторов подобной экспертизы.

Мы считаем, что из существующих в настоящее время в России институций только Российская академия наук может обеспечить экспертизу и контроль качества научных и образовательных учреждений по существу, а не на основании лишенных смысла бюрократических показателей. Поэтому соответствующие функции Рособрнадзора должны быть переданы Российской академии наук, что соответствовало бы и действующему закону о РАН, согласно которому именно она является главным экспертным органом в стране.

**Академики РАН:** А. Е. Аникин, Ю. Д. Апресян, В. Б. Бражкин, В. А. Васильев, А. А. Гусейнов, М. В. Данилов, В. Е. Захаров, Л. М. Зелёный, Е. А. Кузнецова, А. П. Кулешов, А. М. Молдован, В. А. Рубаков, А. В. Соболев, А. А. Старобинский, С. М. Стишов, Р. А. Сурис, А. В. Чаплик, М. И. Яландин.

**Чл.-корр. РАН:** В. М. Алпатов, Л. Я. Аранович, П. И. Арсеев, Л. Д. Беклемишев, А. А. Белавин, Д. М. Бондаренко, Н. Б. Вахтин, М. М. Глазов, Д. С. Горбунов, Б. Н. Гошицкий, Н. П. Гринцер, А. В. Дыбо, А. И. Иванчик, А. А. Котов, Р. В. Мизюк, В. В. Пухначев, В. И. Ритус, Н. Н. Розанов, Н. Н. Сибельдин, А. В. Сиренов, Е. В. Скляров, Р. Л. Смелянский, О. Н. Соломина, А. Л. Топорков, Ф. Б. Успенский, Е. А. Хазанов, Е. М. Чуразов, Д. Г Яковлев.

**Профессора РАН:** С. А. Бурлак, В. В. Измоденов, И. М. Индрupский, Я. В. Кудрявцев, Н. Ю. Песков, Т. К. Пинегина, Г. С. Соколовский, А. А. Ширяев.

*Цитируется по: [www.kommersant.ru/doc/3696761](http://www.kommersant.ru/doc/3696761)*

## Маковое дело: ФСКН умерла, но дело ее живет<sup>1</sup>

Химик Ольга Зеленина была задержана в 6 утра 15 августа 2012 года. Провела 42 дня в изоляторе временного задержания и СИЗО. 24 сентября 2012 года Мосгорсуд признал ее арест незаконным. С 26 сентября 2012 года находится под подпиской о невыезде (сначала из Москвы до декабря 2015, а потом из Лунино).

Более 1666 томов уголовного дела. Из них 218 томов собрано на стадии предварительного следствия, 468 томов составляют первое обвинительное заключение, 468 — второе обвинительное заключение, 468 томов перевода на иностранный язык, 58 томов — третье обвинительное заключение, 60 томов перевода на иностранный язык.

Дело длится почти 8 лет, с октября 2010 года. По делу проходят 13 человек.

235 заключений экспертов, из них 183 по результатам физико-химических экспертиз.

Исследовано 10 тыс. мешков, 250 тонн пищевого мака (25 кг = мешок).

Согласно заключениям экспертов, количество исследованных образцов составляет 13628 штук. При этом, по данным Минюста, анализ одного образца на содержание опиатов стоит от 5 тыс. руб. То есть общая (расчетная) сумма затрат более 68 млн руб.

20 следователей в течение двух лет работали по всей России (Абакан, Белгород, Красноярск, Краснодар, Москва, Пенза, Воронеж).

Анализ “Диссернета” показал, что 1 и 2 обвинительные заключения в отношении Ольги Зелениной, обвиняемой в превышении должностных полномочий, были полностью идентичны обвинительному заключению ларечника из Нижнекамска Эшонова, обвиняемого в сбыте наркотических средств под видом пищевого мака. Процент заимствования близок к 100 % (885 страниц) [1].

В период с 25 февраля по 2 марта 2013 года состоялась командировка в Вену (Австрия), Прагу (Че-

хия) и Мадрид (Испания) генералов ФСКН в составе: советника директора ФСКН России Н. А. Архипова, зам. руководителя Международно-правового департамента ФСКН России — начальника Договорно-правового управления генерала-майора полиции В. В. Зиновьева, зам. начальника Управления по противодействию наркопреступности Оперативно-розыскного департамента ФСКН России полковника полиции А. Д. Широкожухова. Официальная цель поездки — изучение опыта данных стран по культивированию и производству мака. Гостей встречали официальные представители ФСКН России И. А. Вобликов (в Австрийской Республике) и И. Я. Майке (в Королевстве Испания).

С 2016 года в Брянском областном суде состоялись 164 судебных заседания. Некоторые длились до 22 часов ночи. Фигуранты уголовного дела вынуждены ездить в Брянск еженедельно из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнекамска и Лунино.

15 присяжных уже два года участвуют в процессе в Брянском областном суде, еще 5 сошли за это время с дистанции. Им оплачиваются в дни заседаний 80 % от оклада судьи.

Больше 150 млн руб. потрачено на переводы всех документов на таджикский и армянский языки. Среди обвиняемых 2 таджики и 2 армянина. Стоимость — 400 руб. за лист. В процессе принимают участие 2 переводчика с таджикского и армянского. Час работы каждого стоит государству 700 руб.

360 тыс. руб. стоили два электронных браслета для обвиняемых Романа Шилова и Армена Карапетяна, находящихся под домашним арестом.

К этому нужно добавить расходы бюджета на зарплату судьи Тулегенова, его помощника и секретаря судебного заседания, которые с мая 2016 года работают только по “маковому делу”, а также работа приставов и прочих сотрудников, обеспечивающих работу суда.

<sup>1</sup> novayagazeta.ru/articles/2015/07/09/64866-makovyy-konveyer

**Акад. А. С. Тиганов — министру здравоохранения  
Московской области проф. И. В. Суслоновой**



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»  
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

MENTAL HEALTH RESEARCH CENTRE RUSSIAN  
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

115522, Москва, Каширское шоссе, 34  
[www.psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru), [www.nepz.ru](http://www.nepz.ru),  
[nepz@nepz.ru](mailto:nepz@nepz.ru)

Tel +7(499)617-61-74, 617-61-56  
Fax +7(499)617-70-10

34, Kashirskoye Sh,  
Moscow, 115522, Russia

№ 170

"21" октября 2014 г.

Министру здравоохранения  
Московской области  
профессору, д.м.н. Н.В. Суслоновой

Глубокоуважаемая Нина Владимировна!

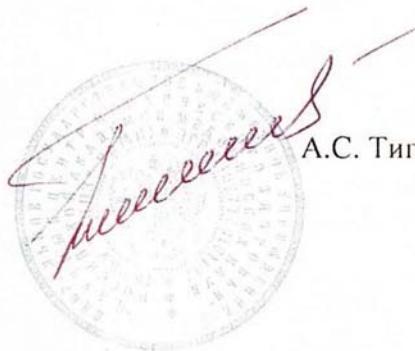
Коллектив ученых ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН просит Вашего содействия в решении вопроса о присвоении ГБУЗ МО «Психиатрическая больница №5» имени профессора, доктора медицинских наук Анатолия Кузьмича Ануфриева.

Профессор Анатолий Кузьмич Ануфриев - один из выдающихся отечественных психиатров второй половины 20 века. Ему посвящен ряд публикаций в научных психиатрических журналах и изданиях. И именно Московской областной больнице №5 были отданы 33 года службы этого ученого, в которой он работал главным врачом (1959-1962 гг.) и затем являлся бессменным консультантом. В настоящее время в этой больнице бережно сохраняются и развиваются традиции гуманного отношения к пациентам и приоритетности клинико-психопатологического метода в их исследовании, заложенные этим выдающимся клиницистом и психопатологом.

Профессору А. К. Ануфриеву принадлежит развитие клинико-психопатологического и клинико-эпидемиологического направления школы академика А.В. Снежневского и создание нового научного направления пограничной психиатрии и психиатрической психосоматики на основе развития учения общей патологии и общей психопатологии академика И.В. Давыдовского и академика А.В.Снежневского. Эти итоги имеют не только историческое и актуальное, но и перспективное значение для развития отечественной психиатрии. Мы полагаем, что присвоение имени проф. А.К.Ануфриева Московской областной больнице №5 явится не только исторической данью этому выдающемуся ученому, но также событием, имеющим непреходящее значение для молодого поколения психиатров Российской Федерации.

Директор ФГБУ «НЦПЗ» РАМН  
академик РАН

А.С. Тиганов



*Приложение: справка № 269 от 19.09.2014 г из архива НЦПЗ РАМН*

# ХРОНИКА

---

---

## НПА России — за соблюдение прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах

НПА России активно участвует в обсуждении реформы психоневрологических интернатов, которая давно назрела и должна соответствовать положениям ратифицированной Россией Конвенции о правах инвалидов о недопустимости дискриминации инвалидов и необходимости их полноценной интеграции в социальную жизнь. Все положения Конвенции распространяются и на инвалидов по психическому заболеванию, никаких изъятий в отношении прав и свобод данной категории граждан не предусмотрено, так же как на этих граждан распространяются все нормы ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”.

Вот уже более двух лет при Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации работает межведомственная рабочая группа, которая разрабатывает подходы к реформе. Одним из результатов деятельности этой группы стал документ под названием “Перечень недопустимых ограничений прав и свобод лиц, получающих социальные услуги в психоневрологических интернатах”, разработанный в соответствии с протоколом заседания от 04.08.2017 г. и направленный в Минтруд России.

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, с учетом предложений, высказанных членами рабочей группы, подготовило информационное письмо (№ 12-3/10/B-3095), и 26 апреля 2018 г. направило его в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения “в целях профилактики и недопущения нарушений прав и ограничения свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, при предоставлении им социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания”.

В письме содержалось много полезной информации относительно прав и свобод граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, однако предлагалось распространить на них ограничения, предусмотренные ст. 37 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” для пациентов психиатрических стационаров, в частности, ограничения права пользоваться телефоном, принимать посетителей, приобретать необходимые вещи, а также вести переписку без цензуры.

**НПА России совместно с Общероссийской общественной организацией инвалидов вследствие психических заболеваний и их семей “Новые возмож-**

**можности” направило с министерство критический отзыв** на подготовленный документ и **просьбу срочно отозвать это информационное письмо**. В своем отзыве НПА, в частности, обращала внимание министерства на то, что “правовые и организационные основы деятельности по предоставлению социальных услуг гражданам, проживающим в организациях социального обслуживания, регулируются Федеральным законом “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации” от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ, в ст. 12 которого говорится, что “поставщики социальных услуг при оказании социальных услуг не вправе ограничивать права, свободы и законные интересы получателей социальных услуг”. Ограничения прав пациентов допустимы только в психиатрических стационарах, которыми учреждения социального обслуживания не являются. Введение ограничений прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, приводит к их социальной изоляции и прямо противоречит Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Россией в 2012 г.”.

Надо сказать, что министерство продемонстрировало полную открытость и готовность сотрудничать с неправительственными организациями. 29 апреля 2018 г. НПА направило свое обращение, а уже **14 мая состоялось совещание у первого заместителя министра труда и социальной защиты А. В. Вовченко**, на которое были приглашены представители НПА и “Новых возможностей”. На совещании выяснилось, что сотрудники министерства, готовившие информационное письмо, просто автоматически перенесли все положения ст. 37 закона о психиатрической помощи, включая возможные ограничения, на лиц, проживающих в психоневрологических интернатах. **По результатам совещания было принято решение отозвать письмо, и 15 мая 2018 г.** в регионы было направлено сообщение, в котором говорилось, что письмо отзывается “в целях дополнительной проработки с федеральными органами исполнительной власти и **общественными организациями** вопроса о профилактике и недопущении нарушения прав и ограничения свобод лиц, страдающих психическими расстройствами при предоставлении им социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания”.

В настоящее время идет подготовка нового информационного письма, и НПА видит свою задачу в том,

чтобы не допустить каких-то еще нарушений прав граждан с психическими расстройствами. Актуальная задача на этом пути — добиться пересмотра санитарно-гигиенических требований к условиям проживания в психоневрологических интернатах, пересмотра архитектурно-планировочных решений.

Дело в том, что условия, в которых постоянно проживают граждане, находящиеся в психоневрологических интернатах, оказывают отрицательное воздействие на их здоровье, прежде всего, психическое. **Жилые помещения ПНИ устроены, как в больницах, — по коридорному типу**, т.е. спальни связаны с другими помещениями через общий коридор (систему коридоров). В ПНИ в одном помещении с общим коридором и общими санузлами могут проживать более 100 человек. В спальнях могут проживать до 15 человек в условиях скученности и отсутствия личного пространства. Принудительное размещение на постоянное проживание посторонних друг другу людей в спальных комнатах интернатов уменьшает достоинство человека и воспринимается многими проживающими как необоснованное вмешательство в сферу личного самоопределения. Нередки случаи, когда на одного человека приходится менее 5 кв. метров спальни. В одном ПНИ могут проживать от 100 до 1300 человек, в среднем — 300 человек.

При этом такое устройство **жилых помещений в ПНИ закреплено в действующих санитарных правилах** (СП 2.1.2.3358-16, а ранее СанПиН 2.1.2.2564-09). Более того, требования к условиям проживания в ПНИ были ухудшены в 2014 г. Так в первоначальной редакции СанПиН 2.1.2.2564-09 содержались требования к нормам площади спальных комнат в ПНИ не

менее 6 – 8 кв.м. на человека, требования к наличию при каждой спальной комнате санузла, определенные требования к оборудованию и площади санузлов. В 2014 г. данные требования были отменены и в СП 2.1.2.3358-16 не вошли.

В отличие от ПНИ для интернатов **общего типа** санитарные правила предусматривают жилые помещения по квартирному типу для группы из 5 – 6 человек с общей гостиной, кухней, столовой, прихожей, **санитарным узлом** (п. 3.4 СП 2.1.2.3358-16). Таким образом, санитарные правила устанавливают для лиц, страдающих психическими расстройствами, худшие условия проживания, чем для иных категорий граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания. Такой подход не приемлем, поскольку, он дискриминирует лиц с психическими расстройствами.

В связи с этим 25 июня 2018 г. НПА России обратилась к министру труда и социальной защиты Российской Федерации М. А. Топилину с предложением:

**Предусмотреть устройство жилых помещений в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами (ПНИ), по квартирному типу в жилой ячейке для групп не более 5 – 6 человек с общей гостиной, кухней, столовой, прихожей, санитарным узлом, как это установлено для интернатов общего типа (п. 3.4 СП 2.1.2.3358-16). В жилой ячейке предусмотреть комнату для персонала.**

Пока на это письмо ответа не последовало, однако в данном деле у НПА много союзников, и общими усилиями мы надеемся добиться пересмотра действующих норм.

## **РЕКОМЕНДУЕМ!**

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

# **НЕОБЫКНОВЕННЫЙ ФАШИЗМ**

**КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ И УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА**

**М., 2017**

## Роль НКО в борьбе против пыток

Каждые 4 – 6 лет государства, входящие в ООН, отчитываются перед Комитетом против пыток о том, как они исполняют Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Кроме доклада, представленного государством, Комитет изучает так называемые альтернативные доклады, подготовленные неправительственными организациями страны, чтобы иметь больше источников информации.

25 июня 2018 г. в Женеве состоялось рассмотрение очередного шестого периодического доклада России по выполнению Конвенции. Помимо официальной делегации, в рассмотрении доклада принимали участие российские правозащитники и журналисты, которые представили в Комитет против пыток ООН свои альтернативные доклады. Представители комитета обычно проводят накануне ряд закрытых заседаний, встречаясь с представителями аппарата уполномоченного по правам человека, НКО, независимыми журналистами и юристами. Представители НПА России не смогли в этот раз участвовать в заседании Комитета ООН по рассмотрению доклада Российской Федерации, однако приняли участие в подготовке сводного доклада российских НКО, координатором которого выступил Фонд “Общественный вердикт”.

**В этом году Россия отчитывалась сразу за 6 лет (2012 – 2018 гг.).** Конечно, большая часть доклада была посвящена ситуации в тюрьмах, колониях, СИЗО и отделениях полиции, применению чрезмерной силы во время протестных митингов и демонстраций, атакам на правозащитников и журналистов в Чечне, случаям домашнего насилия и насилия в отношении женщин на Северном Кавказе и т.п., однако были отмечены и опасные нарушения прав человека в психиатрии. В частности, в резюме альтернативного доклада были такие пункты:

**33.** Кодекс административного судопроизводства (КАС РФ) создал новую процедуру помещения граждан в психиатрические стационары в недобровольном порядке и понизил объем гарантий: решение о возможности гражданина лично участвовать в судебном заседании принимает врачебная комиссия, тем самым грубо нарушаются право гражданина на защиту в суде. В то же время закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” продолжает действовать в прежней редакции. Он требует обязательного присутствия пациента при рассмотрении дела о недобровольной госпитализации. С принятием нового КАС РФ возникла коллизия законов.

**34.** Недееспособное лицо, если оно по своему состоянию не способно подать личное заявление, помещается в ПНИ по решению органа опеки и попечи-

тельства, принятому на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Сложившая практика помещения людей в ПНИ противоречит позиции Конституционного Суда. В 2011 г. КС принял Определение от 19 января 2011 г. № 114-О-П по жалобе Ибрагимова А. И. и указал, что правовые позиции и выводы, сформулированные им о недопустимости недобровольной госпитализации в психиатрический стационар без надлежащего судебного контроля применимы и в отношении порядка и процедуры помещения недееспособных граждан в специализированные (психоневрологические) учреждения. Помещение людей, признанных недееспособными, в психоневрологические интернаты (ПНИ) в настоящее время происходит вне судебного контроля по решению органов опеки и попечительства. Прокуратура не усматривает в таком порядке нарушения закона. Если человек хочет подать жалобу, находясь в ПНИ, сделать этого он практически не может, поскольку все его контакты, за редким исключением, ограничиваются персоналом ПНИ. Администрация ПНИ нередко препятствует жителям ПНИ в участии в инициированных ими официальных разбирательствах.

**35.** Практика госпитализации сирот в психиатрические больницы в отсутствие медицинских оснований продолжает быть распространенной. Правозащитники фиксируют множество случаев помещения из интернатов в психиатрические стационары в качестве наказания. Дети, находящиеся в коррекционных интернатах, становятся жертвами грубых нарушений прав человека. Превенции этих нарушений, в том числе насилия по отношению к детям, нет из-за отсутствия внешнего контроля и неэффективности прокурорского.

Подробно разбирались также вопросы организации здравоохранения в российской пенитенциарной системе и оказания медицинской помощи наркозависимым, попадающим под стражу. Этими вопросами НПА России прицельно занималась в 2014 – 2016 гг. и подготовила ряд рекомендаций, которые были переданы руководству ФСИН.

**Официальная российская делегация** во главе с заместителем министра юстиции Михаилом Гальпериным пыталась опровергать информацию, представленную НКО, ссылалась на нормы законов, которые способствуют предотвращению пыток, рассказывала о проверках, которые начались во всех колониях после сообщения о пытках заключенного в Ярославской колонии, говорила, что сообщения о преследовании геев в Чечне не подтвердились, и что им никогда не поступало сообщений о случаях, когда полицейские отказываются регистрировать жалобы на домашнее насилие, “убийства чести” и похищения невест, и т.д. **Все это звучало мало убедительно,** и

члены Комитета задавали много уточняющих вопросов.

В своих рекомендациях, **Комитет в очередной раз выразил сожаление по поводу того, что Россия до сих пор не криминализировала пытки в качестве самостоятельного преступления в Уголовном кодексе и настоятельно призвал Россию сделать это.** Этот вопрос поднимается еще с 1997 года, однако российские власти так и не закрешили в законодательстве понятие “пытка” в качестве отдельного преступления, они лишь добавили упоминание пыток в один из пунктов статьи 117 УК (истязания). Однако эта статья редко применяется на практике, и силовиков обычно судят за пытки по статьям 286 УК (превышение должностных полномочий) или 302 УК (причуждение к даче показаний)

Комитет также рекомендует России **ратифицировать Факультативный протокол к Конвенции против пыток и создать национальный превентивный механизм (НПМ).** В качестве альтернативы НПМ в России созданы общественные наблюдательные комиссии, которые еще несколько лет назад достаточно эффективно осуществляли общественный контроль за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и выполняли функцию превенции пыток. Однако сейчас состав ОНК **резко изменился**, во многих регионах **опытные правозащитники заменены на бывших сотрудников правоохранительных органов**, администрации колоний стали чинить препятствия работе членов ОНК, и в ре-

зультате последние превращаются в чисто декоративную структуру.

Комитет против пыток ООН призвал власти обеспечить, чтобы на практике члены ОНК имели беспрепятственный доступ во все места лишения свободы, включая психиатрические учреждения, чтобы они могли проводить конфиденциальные беседы с задержанными лицами, и чтобы любые должностные лица, включая тюремную администрацию, которые препятствуют их работе, подвергались соответствующему наказанию.

Надо сказать, что рекомендация о включении психиатрических больниц в число объектов, подлежащих контролю членами ОНК, уже выполнена — в ФЗ “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания” внесены соответствующие дополнения, а НПА России разработала проект об обучении членов ОНК основам контроля психиатрических больниц, осуществляющих принудительное лечение, и психиатрических экспертных учреждений. Осталось найти средства на его осуществление и воплотить желаемое в действительное. Мы уже получили множество писем от членов ОНК разных регионов страны, подтверждающих высокую заинтересованность в таком проекте.

Л. Н. Виноградова

**РЕКОМЕНДУЕМ  
читать и выписывать**

**газету “ТРОИЦКИЙ ВАРИАНТ — НАУКА”  
— честная информация о ситуации в науке.**

**info@trvscience.ru; trv@trovant.ru; www.trv-science.ru**

**Особенно, № 4 (248) 27.02.2018:**

- о бухгалтерско-казарменном подходе к науке чиновников;
- о 20-летней псевдонаучной деятельности чл.-корр. РАН О. И. Эпштейна и его релиз-активных лекарств (в частности, пропротеина-100 для лечения алкоголизма) — новое название гомеопатических средств;
- о позорном маковом деле, начатом ФСКН в 2008 г. и длившемся до сих пор

## **“Те, для кого проводятся реформы психиатрической и социальной помощи, должны быть их участниками”: круглый стол в Общественной палате РФ**

*17 августа Независимая психиатрическая ассоциация России совместно с Общественной палатой Российской Федерации провела круглый стол “Участие НКО, представляющих граждан с психическими расстройствами, в разработке реформы психиатрической и социальной помощи, направленной на защиту их прав и интеграцию в общество”. Круглый стол проводился в рамках проекта НПА России “Вовлечение граждан с психическими расстройствами и их родственников в процесс защиты их прав и интеграции в общество” с использованием средств гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.*

Мы хотели организовать площадку для дискуссии всех сторон, заинтересованных в разработке и реализации реформы психиатрической и социальной помощи, поэтому к участию в круглом столе были приглашены как представители неправительственного сектора, так и государственных структур, а также врачебного сообщества.

Основная цель дискуссии — донести до представителей власти, что необходимо не просто учитывать мнение тех, ради кого осуществляется реформа, и их представителей, но и активно включать их в этот процесс.

Нельзя не признать, что за последние несколько лет люди с психическими расстройствами перестали быть уж совсем “невидимками”, из исключительно правовой категории они все-таки превратились в некоторую социальную группу, существующую в обществе и претендующую на участие в его жизни. Однако, стигматизация и дискриминация в отношении этой категории людей все еще колоссальная, и в том числе в государственных структурах.

Круглый стол открыл А. М. Царев, первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по развитию некоммерческого сектора и поддержке социально ориентированных НКО. Он рассказал о целях обсуждения, порядке работы и ожиданиях организаторов. Далее проект резолюции круглого стола представили Л. Н. Виноградова, исполнительный директор НПА России и С. А. Колосков, помощник депутата Государственной Думы О. Н. Смолина, член Рабочей группы по реформированию психоневрологических интернатов при Минтруде России. Они отметили, что в целом НКО, представляющие интересы лиц с психическими расстройствами, на сегодняшний день недовольны результатами реформы системы психиатрической и социальной помощи. Те действия, которые были предприняты в этом направлении, свидетельствуют о

том, что у государства нет продуманной политики в отношении лиц с психическими расстройствами. Для того, чтобы ратифицированная Россией Конвенция о правах инвалидов в полном объеме была применима к людям с психическими расстройствами, реформирование системы психиатрической и социальной помощи должно осуществляться при наличии постоянной обратной связи. Пока же ответственные за проведение реформ слушают, но не слышат тех, в чьих интересах проводятся реформы. Между тем, успех возможен лишь тогда, когда пациенты станут сторонниками и активными участниками реформ.

Как отметил С. А. Колосков, представителям гражданского общества не удалось достучаться до государственных органов, но они были услышаны Президентом: после встречи с представителями социально ориентированных НКО в июле 2017 г. глава государства утвердил поручения Правительству РФ, которые должны были быть выполнены до 25 декабря 2017 г. Эти поручения касались нормативно-правового закрепления форм сопровождаемого проживания; вопросов социального обслуживания людей, которые утратили способность к самообслуживанию; внесения изменений в законодательство с тем, чтобы НКО могли стать поставщиками социальных услуг для инвалидов. Ни одно из этих поручений не было выполнено, констатировали участники круглого стола. В связи с этим в своей резолюции участники предлагают ряд конкретных мер, которые позволят значительно продвинуться на пути реализации поручений Президента и, следовательно, соблюдения прав людей, страдающих психическими расстройствами.

Участники в своих докладах и в ходе дискуссии неоднократно подчеркивали одну очень важную мысль. Именно она должна лежать в основе государственной политики в отношении лиц, страдающими психическими расстройствами, и в основе любых реформ, касающихся системы психиатрической и социальной помощи: эти люди — часть общества, и у них должна быть реальная возможность жизни в этом обществе. И не в качестве какой-то изолированной его части. Должна быть создана система реабилитации, интеграции в общество и защиты.

Докладчики, а ими были представители общественных организаций, представляющих лиц с психическими расстройствами, из Москвы, Тамбова, Самары, Твери и Нижнего Новгорода, рассказали о ряде довольно серьезных проблем, с которыми им приходится сталкиваться в своей работе.

Ю. Н. Аргунова, руководитель юридической службы НПА России, в своем выступлении отметила, что на сегодняшний день государственные структуры не

## **“Те, для кого проводятся реформы психиатрической и социальной помощи...”**

справляются с возложенными на них функциями в сфере обеспечения прав граждан с психическими нарушениями. Особенно печальна ситуация с органами опеки и попечительства: на них законом возложены серьезные полномочия по защите прав и законных интересов людей с психическими расстройствами, но они, к сожалению, выполняют их плохо и формально. Число возложенных обязанностей растет, но сотрудники органов опеки и попечительства ни по уровню знаний, ни по штатной численности с этими обязанностями не справляются. Например, при поступлении недееспособного лица в ПНИ органы опеки и попечительства автоматически опекуном назначают директора интерната, лишая при этом опекунских функций назначенного ими ранее опекуна из числа родственников, хотя закон предоставляет возможность назначить нескольких опекунов. Очень плохо следят органы опеки и попечительства за исполнением обязанностей опекуна интернатом. В нашей практике бывали случаи, когда граждане, признанные недееспособными, за время длительного пребывания на лечении в больнице теряли жилье, а органы опеки и попечительства ничего об этом и не знали. Специалистов органов опеки и попечительства необходимо обучать на систематической основе, возможно, к этому как раз стоит привлекать специализированные НКО.

Ю. Н. Аргунова отметила также следующие проблемы в сфере защиты прав людей с психическими расстройствами, которые требуют решения:

- больницы должны обеспечивать проведение выездных судебных заседаний и доступ адвоката при решении вопроса о недобровольной госпитализации, чтобы не было заочных процессов;
- лишено правового смысла и может повлечь дезорганизацию работы психиатрического учреждения и серьезные злоупотребления наделение прокурора правом подавать заявления недобровольной госпитализации;
- не урегулированы должным образом вопросы принудительного лечения;
- не создана служба защиты прав пациентов;
- не разработана нормативно-правовая база по диспансерному наблюдению;
- не имеет механизма реализации предусмотренный законом институт независимой медицинской экспертизы;
- необходимо подключиться к созданию нормативно-правовой базы по общественному контролю за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания, т.к. он теперь касается и психиатрических больниц, и экспертных учреждений.

Помимо существующих пробелов в законодательстве, по словам Ю. Н. Аргуновой, сложившаяся правоприменительная практика не соответствует правовым нормам. Во многих случаях не требуется создавать новые нормы, а нужно обеспечить выполнение существующих.

Представители региональных НКО, представляющих интересы людей с психическими расстройствами,

рассказали о болевых точках в своем регионе. Например, в Тамбове региональному отделению “Новых возможностей” отказали в участии в областной программе по трудоустройству инвалидов. М. Н. Полухина также рассказала, что в связи с внесением изменений в перечень медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения людям с психическими расстройствами теперь получить путевку в санаторий практически невозможно.

Н. В. Климок из Тверского отделения “Новых возможностей” поделилась своим опытом организации сопровождаемого труда и взаимодействия со службой занятости. Как отметила Наталья Вениаминовна, квотируемые места для инвалидов на самом деле для них не приспособлены, условия труда зачастую таковы (например, 12-часовой рабочий день), что инвалид просто не сможет работать на таком месте. И служба занятости здесь ничего поделать не может, она не наделена такими полномочиями. Кроме того, за отказ в приеме на работу инвалида должна существовать ответственность, на практике пока этого нет.

В Самаре довольно сложная ситуация: сейчас в очереди на помещение в ПНИ стоят 500 человек. Сам интернат выполняет функции опекуна одновременно в отношении около 200 человек, понятно, что ни о каком учете интересов отдельной личности речь не идет. А органы опеки и попечительства не готовы наделять функциями опекуна наряду с интернатом, например, родителей или иных родственников, хотя формально такая возможность есть. Система, к сожалению, закрыта и не готова идти на контакт с НКО, волонтеры которых могли какие-то функции взять на себя.

Во время общей дискуссии участники говорили о том, что необходимо определиться с тем, какие функции берет на себя социальная защита, а какие — система здравоохранения и построить схему их взаимодействия; каким образом медицинские услуги должны оказываться в учреждении социального обслуживания — ПНИ (сейчас с этим большая проблема, в интернатах отсутствует антидементная, наркологическая помощь, не хватает врачей-неврологов и т.д.); нужно создавать защищенные рабочие места; продолжать реформу, пробовать различные формы сопровождаемого проживания и т.д.

Проблем довольно много, но у участников круглого стола есть свои варианты их решения, которые изложены в резолюции (она была скорректирована с учетом предложений, прозвучавших в ходе дискуссии), а главное, — готовность и решимость участвовать в обсуждении и решении всех проблем, связанных с соблюдением и защитой прав и интересов людей с психическими расстройствами. С полным текстом резолюции можно будет ознакомиться на сайте НПА России, а видеозапись круглого стола доступна по ссылке <https://www.oprf.ru/press/conference/3548>.

**Евгения Доброванова**

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

---

## Бертольд Брехт (1898 – 1956)

### БАРАНИЙ МАРШ

(Из пьесы “Швейк во Второй мировой войне”)

Шагают бараны в ряд,  
Бьют в барабаны, —  
Кожу для них дают  
Сами бараны.

Мясник зовёт. За ним бараны сдуру  
Топочут слепо, за звеном звено,  
И те, с кого давно на бойне сняли шкуру,  
Идут в строю с живыми заодно.

Они поднимают вверх  
Ладони к свету, —  
Хоть руки уже в крови, —  
Добычи нету.

Мясник зовёт. За ним бараны сдуру  
Топочут слепо, за звеном звено,  
И те, с кого давно на бойне сняли шкуру,  
Идут в строю с живыми заодно.

Знамёна горят вокруг,  
Кресты повсюду,  
На каждом — здоровый крюк  
Рабочему люду.

Мясник зовёт. За ним бараны сдуру  
Топочут слепо, за звеном звено,  
И те, с кого давно на бойне сняли шкуру,  
Идут в строю с живыми заодно.

Перевод Аркадия Штейнберга.

## Казимеж Пшерва Тетмайер (1865 – 1940)

### КОНЕЦ XIX ВЕКА

Проклятье? Лишь дикарь, испуганный и гневный,  
грозит своим богам пораненной рукой.  
Ирония?.. Но яд иронии людской  
слабей иронии всей жизни повседневной.

Презренье... Лишь глупец, безумьем ослеплённый,  
на тяжкий груз глядит с усмешкой на лице.  
Отчаянье?.. И мы, в пылающем кольце, —  
самых себя убить должны, как скорпионы?

Борьба?.. Но муравей в борьбе с локомотивом  
напрасно пыжится — он проигрывает спор.  
Покорность?.. Но, ложась покорно под топор,

ты легче примешь смерть в сравненьи со  
строптивым?

Грядущее?.. Но кто раскроет нам однажды  
загадки мёртвых звёзд и сроков бытия?  
Блаженство?.. Но душа несътая твоя,  
все страсти утолив, опять горит от жажды.

Что ж остаётся нам от времени былого?  
Все веры рухнули; столетье истекло...  
Где твой надёжный щит? Чем ты поборешь зло,  
премудрый человек?.. Но он в ответ — ни слова.

Перевод Аркадия Штейнберга.

## Рисунки Леонида Пастернака и Валентина Серова

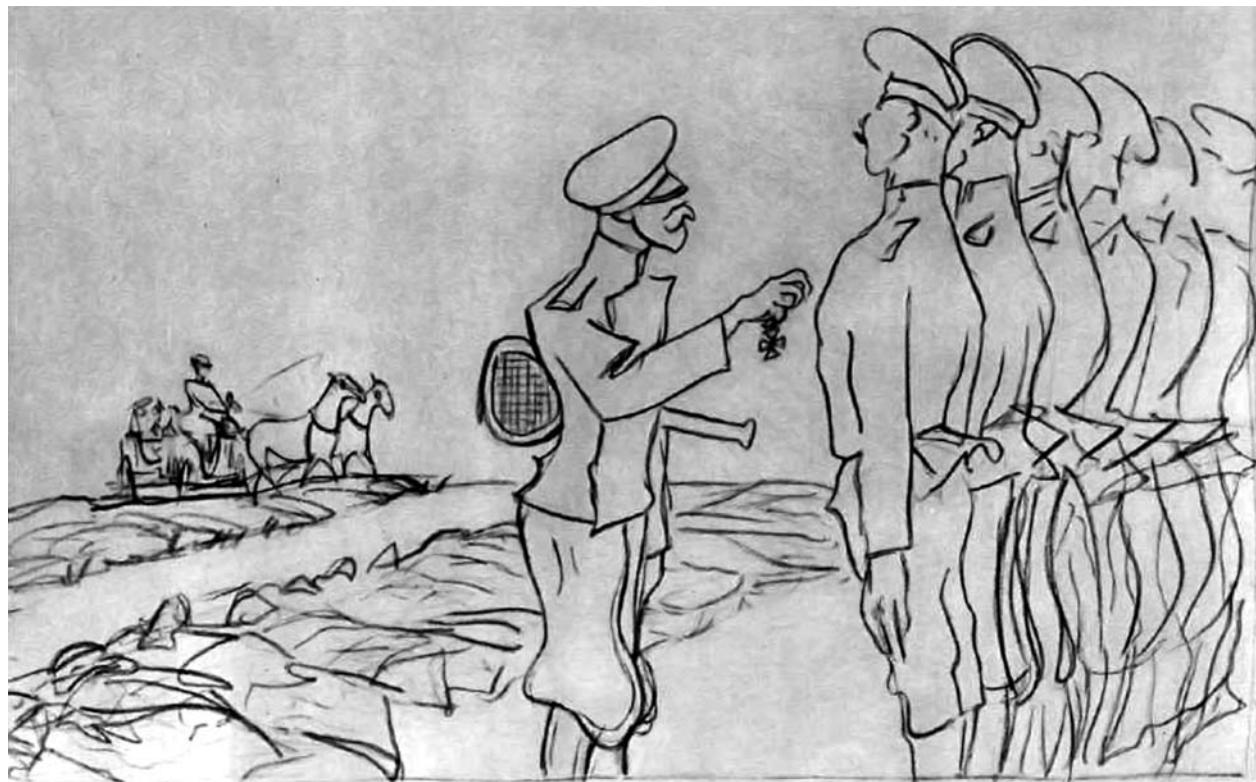


Леонид Пастернак. После экзекуции. 1899.



В.А.Серов. "Солдатушки, бравы ребятушки! Где же ваша слава?". 1905

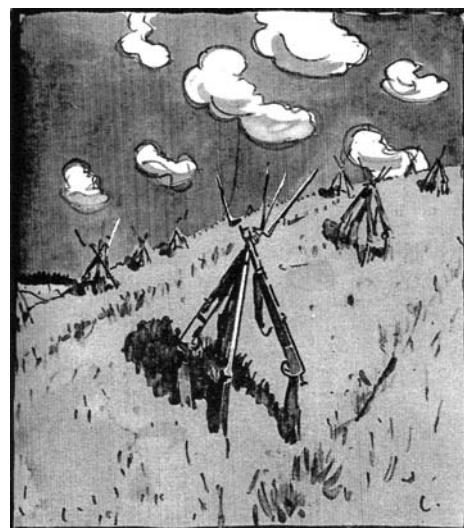
Рисунки Леонида Пастернака и Валентина Серова



В.А.Серов. 1905 год. После усмирения. Карикатура на Николая II



В.А.Серов. Разгон демонстрации казаками в 1905 г.



В.А.Серов. Виды на урожай. 1906

# **ЮБИЛЕЙ**

---

## **80-летие президента НПА России, главного редактора Независимого психиатрического журнала**

*Дорогой Юрий Сергеевич!*

*Мы, Ваши коллеги, друзья и соратники,  
поздравляя Вас с неправдоподобной для Вас годовщиной, хотим отметить  
Ваш не иссякающий творческий энтузиазм  
и исторический вклад в отечественную психиатрию, удивительное умение  
ориентироваться в безбрежном море профессиональной литературы  
и воскрешать самые достойные имена и работы.*

*Мы радуемся Вашей неизменной неуспокоенности,  
не притупившемуся критическому взгляду на происходящее,  
восхищаемся Вашей активной гражданской позицией,  
так необходимой в наше время, особенно в психиатрии.*

*Ваши усилия по сохранению преемственности  
этой давней традиции отечественной психиатрии,  
как и ее гуманности и всеотзывчивости,  
которые Вы постоянно оживляете из славного прошлого,  
вселяют надежду,*

*что начатое Вами дело неизбежно даст достойные плоды,  
а из-под Вашего пера выйдет еще немало проблемных работ.*

*Желаем Вам еще многие лета здоровья, благополучия  
и новых творческих достижений,  
а Вашей семье, Вашим близким и всем нам —  
радости от общения с Вами и совместной работы,  
которая вдохновляет и приносит удовлетворение.*

*Ваши друзья.*

## **Освобождение от политического обмана, идеологического рабства и научной предвзятости**

**Ю. С. Савенко**



Оглядываясь на собственную жизнь с 80-летнего возраста, прошедшую 54 года при советской власти и 26 после, поучительно проследить, как происходило освобождение от мощно отработанных с детского сада политических и идеологических шор.

В значительной мере это происходило самостоятельно, естественным путем, так как родители — сами свободные от шор — не посвящали меня в реальное положение вещей и правильно делали, так как советская власть успешно воспитывала павликов морозовых, превознося его поступок — донос на отца, так же как донос на мужа Любови Яровой и героини фильма “Партийный билет”... — как подвиг, дело чести. Положение профессорского сына, защищенного от многих жизненных невзгод, конечно, нетипично и значительно продлевало период инфантильного понимания действительности.

Я поступил в школу в 1945 г., это была мужская школа, где большое внимание уделялось военной подготовке и воспитанию пламенными патриотами советского режима на уроках сталинской конституции, истории и литературы. Средствами театра, кино, художественной литературы и школьных учебников культивировалось восхищение восстаниями, революциями, национально-освободительными движениями, террористами-народовольцами. Все это накладывалось на историческую перспективу от подвига 300 спартанцев и восстания Спартака до борьбы черногорцев с турками и англо-бурских войн с множеством русских добровольцев, устремившихся на Балканы и Трансвааль. Поэтому вполне естественно, что первое критическое прозрение случилось, когда я прочитал в учебнике истории, что Шамиль, 25 лет геройски противостоявший превосходящим силам русской армии, — английский шпион. Нелепость этого утвер-

ждения рушила доверие ко многому другому. Потом последовало, что Берия английский шпион, потом антисоветская группа..., а в газетах со всей страны об этих еще только что высокочтимых вождях писали: “Мы с радостью узнали о разоблачении...”. Но окончательное, с потрясением, освобождение произошло после реакции на мой безобидный выкрик на собрании в адрес секретаря обкома партии, когда меня едва не отправили на год работать на шахты. Но не меньшее впечатление производило и доносительство, — меня нашел в огромном зале студент-доносчик, которому сокурсники делали “темную”, но зато быстро сделавший карьеру, а меня позднее еще несколько раз вызывали за неосторожные разговоры.

Спасало не только положение отца, но и направленность интересов на жизнь природы — растений, насекомых, птиц, на книги об этом, от Сетона-Томпсона до Н. А. Холодковского и Н. М. Верзилина. В те времена экология была принципиально другой, и в парках во множестве летали жуки-олени, а в море стаи рыб-игл, лучшие индикаторы неотравленной и незамусоренной природы.

Параллельно с этим происходило и научное прозрение. Если по психологии был добротный школьный учебник Б. М. Теплова, то философию на первом курсе мединститута изучали, прежде всего, по работе Ленина “Материализм и эмпиокритицизм”. Штудируя и почти переписав ее, я обнаружил, что на 98 % она состоит из грубой ругани, а все ее содержание умещается на нескольких страничках. Доводы Эрнста Маха и Рихарда Авенариуса звучали более убедительно, хотя масштаб этих фигур тогда замалчивался.

Но самым сильным потрясением навсегда стало для меня собственное выступление на первом курсе на биологическом кружке, где я изложил учение Трофима Лысенко, тщательно изучив его “Агробиологию” и другие труды, гармонично связанные с диалектическим материализмом. Все было в библиотеке отца, так как профессуру обязывали подписываться не только на займы, но и на все многотомные издания классиков — Маркса и Энгельса, Ленина, Сталина, Мао Цзэдуна, Мичурина... Хотя охват материала в моем докладе всех впечатлил, но каким-то третьим чувством я почувствовал в похвалах горечь ведущего кружка заведующего кафедрой М. М. Зотина. А спустя несколько лет горы постоянно прочитываемой литературы по проблеме наследования благоприобретенных признаков сделали меня ее знатоком и привели к пониманию, что такое Лысенко. А жгучее воспоминание об этих похвалах достойного специалиста — до сих пор заноза, незабываемое напоминание, как незаменим непосредственный опыт собст-

венных ошибок. В первую очередь, я был обязан книге великого биолога, генетика, математика Дж. Б. С. Холлэна “Факторы эволюции” 1934 года, хотя и в урезанном цензором виде. На протяжении последующих лет уничижение Рудольфа Вирхова малограммированной О. Б. Лепешинской, анекдотическая борьба за приоритеты, Павловская сессия, как продолжение стиля сессии ВАСХНИЛ, унылое 15-летие торжества квазинаучных механицистов вызывали сопротивление критике всех новаций нейрофизиологии — роли ретикулярной формации, центрэнцефалической системы, лимбической системы, саморегулирующегося гематоэнцефалического барьера, аутохтонности как таковой, а также генетики, кибернетики и т.д.

Приехав в аспирантуру в Москву в 1963 г., основные силы я потратил на изматывающие в течение года бесплодные попытки получить временную прописку, навсегда вызвавшие отвращение к коридорам власти. Мне постоянно говорили: “Вас не имели права принять в аспирантуру без общежития”, пока до меня не дошло, что все предпочитают закрыть глаза, чем что-то делать. Все же, я успел посетить множество лекций выдающихся физиков и математиков, нейрофизиологов (П. К. Анохина, И. С. Бериташвили), курс общей психологии А. Н. Леонтьева и А. Р. Лuria, заседания с участием И. М. Гельфанда и М. Л. Цейтлина, лекции Ю. А. Шрейдера, а потом были непосредственные контакты с Ф. В. Бассиным, Л. П. Латашом, И. М. Фейгенбергом и А. М. Вейном. Все это выводило на передовую арену борьбы новых подходов и воскрешения выдающихся предтеч, прежде всего, Н. А. Бернштейна, а в психиатрии — Карла Ясперса и Артура Кронфельда.

В эту пору, на в целом верном курсе, я поддался очарованию точности тестологии с ее математическим аппаратом и ореолом прежних преследований и принял активное участие в ее восстановлении на ответственных форумах, а теперь сокрушаюсь итогам этого, которые предвидела Б. В. Зейгарник. Она познакомила меня с переводом работ Курта Левина и донесла собой атмосферу его школы с приоритетом процесса решения задачи, а не результата.

Работая допоздна в библиотеке им. Ленина, изучая ее полузакрытые фонды и руководствуясь книжной интуицией, я открыл для себя С. Кьеркегора и Оисипа Мадельштама, тексты которых действовали воодушевляюще. Знакомясь со всеми отечественными профессиональными журналами 20–30-х годов, я был как магнитом притянут к нескольким работам Курта Гольдштейна, к обзорам гештальт-направления, к работам и рефератам Н. П. Бруханского, прежде всего, его 60-страничного тезисного перевода третьего издания “Общей психопатологии” Карла Ясперса.

Проникнувшись духом целостного непредвзятого подхода гештальт-школы, я столкнулся с тем, что результаты собственного исследования подтверждали позиции противоположной — бихевиористской — школы. Это послужило прозрению: в состоянии тревожной депрессии, которую я исследовал, психика и организм в целом функционируют на более прими-

тивном уровне бихевиористских принципов, выведенных из экспериментов на крысах, вырванных из родной среды, брошенных в лабиринты, избиваемых током — явное экспериментальное воспроизведение тревожного состояния. Так пришло понимание неразрывной привязанности результатов к контекстуальным факторам, пониманию того, что авторы разных концепций правы для своего аспекта рассмотрения в отношении определенных граничных интервалов. Между тем, до сих пор результаты как экзаменов, так и экспертных заключений, не индексируются на личностный характер ситуационных реакций, у одних мобилизующий, у других тревожный вплоть до “функционального слабоумия” на этот короткий момент.

Огромное впечатление произвели на меня “Логические исследования” Э. Гуссерля, сокрушительная критика психологизма и его изгнание из логики и психологии посредством феноменологического метода, положенного К. Ясперсом в доступном для врача виде в основу психопатологического описания.

В 1967 г. я организовал перевод “Философской автобиографии” Ясперса, книги, которая даже самой интонацией буквально покоряла всех, кто прочел ее, о чем мне говорил и Н. Г. Шумский. Как несказанно повезло психиатрии, что ее новый фундамент еще в 1913–1923 гг. заложил такой кристально чистый во всем человек, сама философия которого выросла из опыта коммуникации с психически больными. Для экзистенциальной философии, как никакой другой, важен пример собственной жизни, а не одни писания. Поэтому глубокое недоверие вызывали первоначально увлекавшие меня М. Хайдеггер и К. Г. Юнг, активно сотрудничавшие с нацистским режимом, — “гениальная ненаучность”, по выражению Гуссерля, одного и мистичность другого. Трезвый проницательный и высоко гуманный подход Ясперса в психиатрии, философии, истории и политике поразительно современен (НПЖ, 2005, 1, 69–73; 2006, 3, 65–68).

Но дальнейшее продвижение связано с критической онтологией Николая Гартмана, с которой я познакомился первоначально по книге, вышедшей из ГУЛАГа Т. Н. Горнштейн “Философия Николая Гартмана”, сумевшей в тогдашних условиях полноценno передать содержание его грандиозных вкладов во все разделы философии, на которые опирались Курт Шнейдер, Г.-Й. Вайтбрехт и мн.др.

Наконец, последние годы прошли под знаком наиболее перспективного для нас, на мой взгляд, критического рационализма Карла Поппера и его последователей Имре Лакатоса, Ханса Альberta и Джозефа Агасси.

Непревзойденный уровень критики своих ошибок Н. И. Пирогова и М. И. Аствацатурова в дореволюционную эпоху, как и драматическое самоуничижение на Павловской сессии в советскую эпоху, подменяет-ся в наше время благодатной мифологией. Это нежелание выносить сор из избы mestami уже материализовалось в адское зловоние загнивших свалок, которые отправляют людей.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

*Брентано Франц.* Будущее философии. Избранные труды. М., 2018.

*Марсель Габриэль.* Люди против человеческого. М. – СПб., 2018.

*Мильян-Пуельес Антонио.* Структура субъективности. М. – СПб., 2018.

*Лосский Н. О.* Философия и публистистика. Избр. статьи. М., 2017.

*Ямпольская Анна.* Искусство феноменологии. М., 2018.

*Ваарденбург Жак.* Религия и религии. Систематическое введение в религиоведение. СПб., 2016.

Иудаизм.: Pro et contra. СПб., 2017.

\* \* \*

*Тьюк Сэмюэль.* Описание ретрита, заведения близ Йорка для умалищенных. Изд. Общество Друзей. 2018. (Знаменитая веха в истории мировой психиатрии 1813 г.).

*Клерамбо Гаэтан Гасьян де.* Психический автоматизм., М., 2018.

*Роджерс Карл.* Групповая психотерапия. М., 2017.

*Франчесетти Д., Джечеле М., Рубала Я.* (ред.). Гештальт-терапия в клинической практике. К психопатологии и эстетики контакта. М., 2017.

\* \* \*

*Валь Франс де.* Политика у шимпанзе. Власть и секс у приматов. М., 2018.

*Бадью Ален.* Загадочные отношения философии и политики. М., 2016.

*Бенуа Ален де.* Карл Шmittt сегодня. М., 2016.

*Гидденс Э., Саттон Ф.* Основные понятия в социологии. М., 2018.

*Ванагайте Р., Зурофф Э.* Свои. Путешествия с врагом. М., 2018.

*Головников П. В., Есаков Г. А., Мацкевич И. М.* (ред.), *Хелльманн У.* Необыкновенный фашизм. Криминологическая и уголовно-правовая характеристика. М., 2017.

*Белль Генрих.* Как возникает насилие и к чему оно может привести: Генрих Белль и РАФ. М., 2018.

*Моммзен Ганс.* Нацистский режим и уничтожение евреев в Европе. М., 2018.

*Морев Глеб.* Диссиденты. М., 2017.

\* \* \*

*Пивоев В. М.* Ирония, как феномен культуры. М. – Берлин, 2017.

*Набоков Владимир.* Строгие суждения. М., 2018.

*Бубер Мартин.* Десять ступеней. Хасидские высказывания, собранные и изданные Мартином Бубером. М. – Иерусалим, 2018.

# ABSTRACTS

---

## BIOPSYHOSOCIAL MODEL OF MENTAL DISORDERS AND INTERDISCIPLINARY

*Yu. S. Savenko*

The author clarifies the essence, volume and origins of the concept of a “biopsychosocial” model of mental disorders, its understanding and connection with problems of interdisciplinarity and unity of the individual with the private world.

**Keywords:** biopsychosocial model and its origins, interdisciplinarity, Umwelt, Lebenswelt, private world.

## STRATUM THEORIES IN PSYCHIATRY AND THE CONCEPT OF THE BASIC TYPES ON INDIVIDUALITY BY EDUARD SPRANGER

*N. Yu. Pyatnitskiy*

The concept of basic types of individuality of German philosopher, psychologist and pedagogue E. Spranger that included the idea of value in the systematic of human characters is analyzed. The concept of 6 types of individuality: “economic”, “theoretic”, “aesthetic”, “social” and “religious” concerns the stratum theories concepts that were famous from antiquity and in the XX century were in first line presented by philosophical doctrines of existential strata of N. Hartmann and emotion’s strata of M. Scheler. Even earlier stratum concept in psychophysiological aspect was applied by English neurologist J. H. Jackson to neurological and psychopathological syndromes. E. Spranger’s concept of personality strata was in the spotlight of contemporary leading German psychiatrists who were dealing with the problem of psychopathy and psychopathies systematic. Herewith all the types except for religious that were described by E. Spranger in the case of unilateral strengthening of their features were evaluated as different types of psychopathy

**Keywords:** personality types, psychopathy, stratum theory, E. Spranger, systematics of characters, criterion of value.

## ETHICAL ISSUES OF ATTITUDES TOWARDS OLD AGE IN HEALTH CARE

*I. V. Siluyanova, L. E. Pishchikova*

The article analyzes the vulnerabilities of the late age and offers ethical principles in relation to older people: understanding aging as a favorable regulatory process; observance of presumptions of mental health, sanity, capacity to contract and legal capacity to act; inadmissibility of ageism; inadmissibility of cruel treatment, violence and neglect; recognition of dementia as a disease and not

as a normative manifestation of aging; preserving dignity and respect of a person until the last stage of dementia and his right to reside in his home; inadmissibility of euthanasia.

**Keywords:** healthy aging, discrimination, ageism, abuse, dementia, Alzheimer’s disease, euthanasia, code of ethics.

## INVOLUNTARY HOSPITALIZATION IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL ON THE ADMINISTRATIVE CLAIM... OF THE PROSECUTOR?

*Yu. N. Argunova*

The legislative novel on granting to the public prosecutor the right, along with the representative of a psychiatric hospital, to submit an administrative claim to the court about hospitalization of a person in a psychiatric hospital in involuntary order is considered. The position of the authors of the bill is analyzed. An opinion about the insolvency of innovation and the resulting reduction in the level of legal protection of citizens is advanced.

**Keywords:** involuntary hospitalization in a psychiatric hospital; prosecutor’s participation in administrative case.

## FEATURES OF PSYCHOLOGICAL WORK WITH RELIGIOUS EXPERIENCES OF A PSYCHOTIC CLIENT

*E. M. Leontieva*

The article is devoted to some aspects of psychological work and rehabilitation of clients who have religious experiences in the course of psychotic disorders. Briefly describes the existing approaches to the problem of differentiation of religious experience and symptoms of the disease, the specialist’s problem in working with such clients; the typical structure of the experience of a psychotic client is analyzed, including: the internalization of certain religious beliefs and ideas, peak experiences, the identification of experience as painful or sinful, the integration of multiple meanings in the process of rehabilitation. The article cites clinical examples, which show a variety of nuances of psychological work with such phenomena as: dependence on experience, loss and crisis of faith, etc.

**Keywords:** psychotic client, religious experience, rehabilitation, psychologization, schizophrenia.

## Abstracts

### THE MODELS OF CLASSIFICATION OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS

*Samvel S. Khudoyan*

The article substantiates the necessity of creating classification systems of psychological problems in practical psychology. The psychological problems identified in different psychotherapeutic schools are described. The psychodynamic diagnostic systems (“Operationalized psychodynamic diagnosis” and “Psychodynamic diagnostic manual”), as well as existential and cognitive psy-

chological problems are outlined. Three models for the classification of psychological problems are proposed: 1) the classification of psychological problems on the basis of the form of their manifestation; 2) classification of psychological problems of different subdisciplines of psychology; 3) classification of psychological problems of personality (for practical psychology in general).

**Keywords:** classification of psychological problems, models of classification, psychological problems of personality, existential problems, cognitive problems.

## ВНИМАНИЕ!

**Чтобы сохранить бумажную версию  
“Независимого психиатрического журнала”  
— трибуну НПА России —  
подписывайтесь на него**

**Индекс — 73291  
по каталогу Агентства «Роспечать»**

РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. С. Савенко*

### ОСУЩЕСТВЛЕННАЯ УТОПИЯ

**Первый эксперимент профессиональной самоорганизации  
в психиатрии**

***К 30-летию Независимой психиатрической ассоциации России  
1989 – 2019***

**Москва: изд-во «Грифон», 2018**